

COUR DES COMPTES

LA
SÉCURITÉ SOCIALE

SEPTEMBRE 2010

	Pages	Réponses
<i>Introduction générale</i>	<i>1</i>	
<i>Première partie – La situation des comptes de la sécurité sociale en 2009</i>	<i>3</i>	<i>507</i>
CHAPITRE I LES TABLEAUX D'EQUILIBRE, L'ANALYSE DES COMPTES ET LE FINANCEMENT DES DEFICITS	5	
I. L'avis de la Cour sur les tableaux d'équilibre	7	
II. L'évolution des comptes de la sécurité sociale en 2009	12	
III. Le financement des déficits du régime général	26	
IV. Les dettes de l'Etat à l'égard de la sécurité sociale	31	
<i>Recommandations</i>	<i>32</i>	
CHAPITRE II L'OBJECTIF NATIONAL DE DEPENSES D'ASSURANCE MALADIE (ONDAM)	33	<i>507</i>
I. L'ONDAM : vue rétrospective	35	
II. Le pilotage de l'ONDAM 2009	44	
III. L'évolution des dépenses 2009 dans le champ de l'ONDAM	53	
<i>Synthèse</i>	<i>60</i>	
<i>Recommandations</i>	<i>60</i>	
CHAPITRE III LES COMPENSATIONS INTER-REGIMES	61	<i>507</i>
I. Le déséquilibre structurel de certains régimes	64	

	Pages	Réponses
II. Les transferts de compensation démographique entre régimes d'assurance vieillesse	69	
III. Les transferts de compensation démographique entre régimes d'assurance maladie	74	
IV. La gestion et le contrôle des transferts de compensation	79	
<i>Synthèse</i>	81	
<i>Recommandations</i>	82	
CHAPITRE IV	83	
LE SUIVI DES RECOMMANDATIONS FORMULEES PAR LA COUR SUR LES NICHES SOCIALES		
I. Une analyse statistique globale	85	
II. Le suivi des niches sociales	87	
<i>Deuxième partie – La gestion des caisses et des régimes</i>	109	508
CHAPITRE V	111	
LES CONTROLES DE CAISSES DANS LE CADRE DU RESEAU D'ALERTE		
I. L'évolution des réseaux	113	
II. Les enseignements des contrôles réalisés dans le cadre du réseau d'alerte	122	
CHAPITRE VI	131	508
LE SYSTEME D'INFORMATION DE LA BRANCHE MALADIE DU REGIME GENERAL		
I. La responsabilité de l'Etat	133	
II. La conformité aux normes et aux bonnes pratiques	140	

	Pages	Réponses
III. Une gestion peu satisfaisante	148	
<i>Synthèse</i>	157	
<i>Recommandations</i>	158	
CHAPITRE VII	159	510
L'ABSENTEISME MALADIE DANS LES		
ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE		
I. Temps de travail et absentéisme	161	
II. Un absentéisme maladie important	166	
III. Des politiques insuffisantes	175	
<i>Synthèse</i>	181	
<i>Recommandations</i>	182	
CHAPITRE VIII	183	512
LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE AUX		
PRESTATIONS SOCIALES DANS LE REGIME		
GENERAL		
I. Une prise de conscience récente des enjeux	186	
II. Les outils juridiques et techniques	192	
III. Des évolutions trop lentes dans les organismes	198	
<i>Synthèse</i>	205	
<i>Recommandations</i>	206	
CHAPITRE IX	207	513
LE FONCTIONNEMENT DES COMMISSIONS DE		
RECOURS AMIABLE DANS LES ORGANISMES DE		
SECURITE SOCIALE		
I. Le fonctionnement des CRA	210	

	Pages	Réponses
II. Les contestations de droits	216	
III. Les remises de dettes	223	
<i>Synthèse</i>	228	
<i>Recommandations</i>	229	
CHAPITRE X	231	514
L'ORGANISATION DE LA PROTECTION SOCIALE		
DANS LES INDUSTRIES ELECTRIQUES ET		
GAZIERES		
I. Une organisation spécifique et complexe	233	
II. Des choix porteurs de déséquilibres financiers pour la collectivité	243	
<i>Synthèse</i>	257	
<i>Recommandations</i>	258	
<i>Troisième partie – La gestion des risques</i>	259	522
CHAPITRE XI	261	522
LA SITUATION FINANCIERE DES HOPITAUX		
I. Des difficultés financières concentrées mais mal mesurées	264	
II. La mise sous tension financière des établissements	271	
III. L'effet de ciseaux entre charges et recettes	280	
IV. La réactivité insuffisante des acteurs	287	
<i>Synthèse</i>	291	
<i>Recommandations</i>	292	

	Pages	Réponses
CHAPITRE XII	293	524
LA POLITIQUE D'EQUIPEMENT EN IMAGERIE MEDICALE		
I. Un régime d'autorisations insuffisant pour répondre aux enjeux de santé publique	296	
II. La tarification des actes d'imagerie	302	
III. Une prise en compte insuffisante des évolutions	311	
<i>Synthèse</i>	315	
<i>Recommandations</i>	316	
CHAPITRE XIII	317	525
LES SOINS DENTAIRES		
I. Une politique sanitaire insuffisamment affirmée	319	
II. Une politique tarifaire inefficace et obsolète	330	
<i>Synthèse</i>	349	
<i>Recommandations</i>	350	
CHAPITRE XIV	351	528
DECOTES ET SURCOTES DANS LES PENSIONS DE RETRAITE		
I. Une réglementation évolutive, aux effets différenciés	354	
II. Neutralité actuarielle et barème de décotes et surcotes	364	
III. L'intégration des décotes et surcotes dans le système de retraites	370	
IV. La difficile évaluation du dispositif	383	

	Pages	Réponses
V. Perspectives	388	
<i>Synthèse</i>	391	
<i>Recommandations</i>	392	
CHAPITRE XV	393	529
L'INVALIDITE ET L'INAPTITUDE DANS LE		
REGIME GENERAL		
I. Des prestations complexes et mal connues	395	
II. Des dispositifs devenus inadaptés	408	
III. La nécessité de réformes profondes	419	
<i>Synthèse</i>	424	
<i>Recommandations</i>	425	
CHAPITRE XVI	427	530
LES AIDES PUBLIQUES APPORTEES AUX		
FAMILLES MONOPARENTALES		
I. La monoparentalité, facteur de précarité	429	
II. Les aides publiques destinées à accroître les revenus des parents isolés	435	
III. Les aides publiques destinées à faciliter l'accès à l'emploi des familles monoparentales	450	
<i>Synthèse</i>	456	
<i>Recommandations</i>	456	
CHAPITRE XVII	457	530
ASPECTS INTERNATIONAUX DE LA SECURITE		
SOCIALE		
I. Les populations concernées et les institutions compétentes	459	

	Pages	Réponses
II. Les problèmes posés à la sécurité sociale par l'accroissement des migrations	467	
<i>Synthèse</i>	480	
<i>Recommandations</i>	480	
<i>Conclusion générale</i>	481	
<i>Annexe</i>	485	
<i>Liste récapitulative des recommandations</i>		
<i>Réponses des ministres</i>	493	
<i>Réponses des organismes</i>	505	
<i>Glossaire</i>	535	

DÉLIBÉRÉ

Conformément aux dispositions de l'article L. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour des comptes, délibérant en chambre du conseil, a adopté le présent rapport.

Ce texte a été arrêté au vu des projets qui avaient été communiqués au préalable aux administrations et aux organismes concernés, et après qu'il a été tenu compte, quand il y avait lieu, des réponses fournies par ceux-ci. En application des dispositions susvisées, ces réponses sont jointes au rapport ; elles engagent la seule responsabilité de leurs auteurs.

Etaient présents : M. Migaud, Premier président, MM. Pichon, Picq, Babusiaux, Mme Ruellan, MM. Descheemaeker, Hespel, Bayle, présidents de chambre, Mme Cornette, président de chambre maintenu en activité, MM. de Mourgues, Richard, Arnaud, Duret, Ganser, Martin (Xavier-Henri), Troesch, Beaud de Brive, Cardon, Théron, Mme Froment-Meurice, MM. Beysson, Moreau, Freches, Mme Levy-Rosenwald, MM. Moulin, Lefas, Johanet, Durreleman, Cazala, Alventosa, Lafaure, Andréani, Mmes Morell, Fradin, MM. Gautier (Louis), Braunstein, Brochier, Mme Dayries, MM. Levy, Bernicot, Phéline, Tournier, Vachia, Mme Moati, MM. Cossin, Diricq, Lefebvre, Couty, Sabbe, MM. Valdigué, Lair, Hayez, Mme Trupin, MM. Corbin, Ravier, Doyelle, Ménard, de Gaulle, Mme Saliou (Monique), MM. Piolé, Uguen, Mme Carrère-Gée, MM. Ory-Lavollée, Salsmann, Guédon, Bourlanges, Baccou, Mme Malgorn, MM. Sépulchre, Antoine, Mousson, Guérout, Mmes Bouygar, Vergnet, MM. Hernu, Chouvet, Viola, Mmes Démier, Cordier, MM. Migus, Laboureix, Mme Esparre, M. Geoffroy, conseillers maîtres, MM. Cadet, Schott, Cazenave, Hagelsteen, Klinger, Dubois, Blairon, conseillers maîtres en service extraordinaire, M. Rabaté, conseiller maître, rapporteur général.

Etait présent et a participé aux débats : M. Bénard, Procureur général, assisté de M. Michaut, avocat général.

Etait présent en qualité de rapporteur et n'a pas pris part aux délibérations : M. Fetet, auditeur.

Madame Mayenobe, secrétaire général, assurait le secrétariat de la chambre du conseil.

Fait à la Cour, le 7 septembre 2010.

**Les travaux, dont ce rapport constitue la synthèse,
ont été effectués par :**

- M. Alain Gillette, Mmes Martine Bellon, Marianne Lévy-Rosenwald, MM. André Gauron, Michel Braunstein, Jean-Pierre Bonin, Noël Diricq, Laurent Rabaté, Jean-Pierre Viola, conseillers maîtres ;

- MM. Paul Samaran, Christophe Colin de Verdière, Mmes Pascale Bouzane de Mazery, Stéphanie Bigas-Reboul, Marie-Anne Toupin-Jacquet, M. Daniel Vasseur, conseillers référendaires ;

- M. Simon Fetet, auditeur ;

- Mme Béatrice Le Bret, M. Sébastien Gallée, Mmes Geneviève Jourdir, Laurence Assous, Carole Pelletier, rapporteurs ;

- Mme Camille L'Hernault, expert ;

- Mmes Sylvie Apparitio, Estelle Pagliaroli assistantes ;

- M. Marc Horovitz, ingénieur stagiaire.

Ce projet de rapport a été délibéré par la 6^{ème} chambre de la Cour les 19 et 23 avril, le 7 mai et le 2 juillet 2010 sous la présidence de Mme Rolande Ruellan, présidente de chambre.

Ce projet a ensuite été arrêté par le comité du rapport public et des programmes des 4 et 26 mai et 13 juillet 2010 présidé par M. Didier Migaud, premier président, et a été communiqué, en totalité ou par extraits, aux administrations et organismes concernés.

L'examen des réponses des administrations et organismes a été effectué par la 6^{ème} chambre le 27 août 2010.

INTRODUCTION GENERALE

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'objectif national d'assurance maladie (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 de sécurité sociale, 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'équipement 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 dernière 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 veillera à assurer ultérieurement le suivi.

PREMIERE PARTIE

**LA SITUATION DES COMPTES DE
LA SECURITE SOCIALE EN 2009**

Chapitre I

Les tableaux d'équilibre, l'analyse des comptes et le financement des déficits

PRESENTATION

Conformément à l'article LO.132-3 du code des juridictions financières, le présent chapitre « comprend l'avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre relatifs au dernier exercice clos » (I). Ces tableaux sont présentés en vue de leur approbation par le Parlement dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

Ce chapitre présente, dans une deuxième partie, l'analyse de l'évolution des comptes de la sécurité sociale en 2009 par rapport à 2008 et aux prévisions adoptées par le Parlement (II).

Il évoque ensuite la situation financière du régime général et le financement de son endettement (III). La Cour revient enfin sur l'évolution des dettes de l'Etat à l'égard de la sécurité sociale (IV).

I - L'avis de la Cour sur les tableaux d'équilibre

Etablis par la direction de la sécurité sociale, les tableaux d'équilibre prennent la forme de comptes de résultat simplifiés, qui comportent trois agrégats : les dépenses, les recettes et les soldes. Ils portent sur trois sous-ensembles distincts : le régime général, l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (dont les résultats sont présentés par branche) et les organismes concourant à leur financement (FSV et, jusqu'à sa suppression au 1^{er} janvier 2009, FFIPSA).

A – Le cadre de la mission de la Cour

Pour le quatrième exercice consécutif, la Cour exprime un « avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre de l'exercice clos » en application des dispositions de la loi organique relative aux lois de financement du 2 août 2005 (LOLFSS). Comme la Cour l'a indiqué dès la première année, cet avis a pour objet d'exprimer « l'appréciation de la Cour sur la cohérence d'ensemble de la présentation des résultats annuels de la sécurité sociale »¹.

Cette appréciation porte sur les modalités d'élaboration des tableaux d'équilibre (centralisation et contrôle des comptes des régimes et organismes, pertinence et permanence des règles retenues pour établir les tableaux d'équilibre). En outre, elle prend en compte les conclusions des missions de certification des comptes des régimes et organismes par des

1. Voir rapport sur la sécurité sociale 2007, page 8.

auditeurs indépendants (Cour des comptes s'agissant du régime général et, depuis 2008², commissaires aux comptes pour les autres régimes et organismes).

B – Les tableaux d'équilibre de l'exercice 2009

Objet de l'avis de la Cour, les tableaux d'équilibre présentés ci-dessous figureront dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

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

C – L'élaboration des tableaux d'équilibre de 2009

Dans ses précédents avis, la Cour avait souligné que le contrôle des données comptables intégrées aux tableaux d'équilibre sous la forme de

2. Article L. 114-8 du code de la sécurité sociale.

tableaux de centralisation des données comptables (TCDC), malgré des améliorations progressives, n'apportait toujours pas une assurance suffisante sur leur cohérence avec les comptes des organismes.

La Cour avait en outre critiqué les retraitements effectués pour des raisons « économiques » en s'écartant des règles comptables. Contractant certains produits et charges, ils ont pour effet d'en réduire le montant affiché dans les tableaux d'équilibre, mais sans impact sur le solde.

Ces deux limites perdurent dans les tableaux d'équilibre de 2009 :

- en dépit des vérifications désormais approfondies effectuées par la mission comptable permanente des organismes de sécurité sociale (MCP) en vue de les fiabiliser, les données comptables intégrées aux tableaux d'équilibre présentent encore des divergences avec les comptes des régimes. Compte tenu de l'importance des masses financières retracées dans les tableaux d'équilibre, ces divergences n'ont cependant pas d'incidence majeure³. La préparation annoncée d'une circulaire à destination des organismes fixant les normes d'élaboration des TCDC, conformément à la recommandation exprimée par la Cour l'an dernier, devrait contribuer à renforcer leur fiabilité. A cet égard, la Cour réitère sa recommandation d'une extension de la mission des commissaires aux comptes des régimes autres que le régime général à la vérification des TCDC;
- la pratique des retraitements dits « économiques » ou « en net » demeure inchangée, avec notamment la contraction des dotations et reprises de provisions techniques et celle des dépréciations de créances de cotisations avec les produits de cotisations. Cette situation, qui déroge aux principes comptables, conduit à minorer de 16,7 Md€ le montant des produits et des charges du régime général et de 21,1 Md€ ceux de l'ensemble des régimes de base. Plus encore que les années précédentes, elle a un impact important sur la progression affichée des charges et des produits par rapport à 2008 (voir infra).

La DSS estime que les retraitements « en net », sans impact sur les soldes, permettent, « en neutralisant les effets purement comptables », de mieux rendre compte des évolutions économiques retracées dans les tableaux d'équilibre et n'envisage pas de donner suite à la recommandation de la Cour visant à leur abandon. La Cour rappelle que ces retraitements s'écartent du cadre normatif fixé par la LOLFSS pour l'élaboration des comptes sociaux et réitère par conséquent sa recommandation.

3. Les principales divergences identifiées ont d'ailleurs donné lieu à des corrections.

D – La certification des comptes en 2009 : opinions de la Cour et des commissaires aux comptes

A l'exception du régime de retraite des agents de l'Etat et de quatorze régimes de petite taille⁴, l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale figurant dans la liste triennale annexée au PLFSS pour 2009, ainsi que le FSV, ont vu leurs comptes pour l'exercice 2009 audités. Le tableau ci-dessous synthétise les conclusions des missions de certification :

La certification des comptes 2009 des régimes et organismes

	Branches du régime général	Autres régimes et organismes ⁵	Poids relatif (en % des charges totales)
Refus de certifier	1	4	31,9%
Certification avec réserves	3	2	51,3%
Certification sans réserve		14	7,4%
Régimes non significatifs ou autres cas	-	15	9,4%

Source : Cour des comptes

En 2009, les comptes de la branche retraite du régime général ont fait l'objet, comme en 2008, d'un refus de certification par la Cour. En revanche, la branche famille a vu pour la première fois ses comptes certifiés, avec des réserves. Les comptes de la branche maladie et ceux de la branche AT-MP demeurent certifiés avec des réserves⁶.

En dehors du régime général, les trois régimes organisés en réseaux de caisses locales (régime des exploitants et salariés agricoles, régime social des indépendants et régime des mines), ainsi que la CNAVPL (organisée en sections professionnelles), ont fait comme en 2008 l'objet d'un refus de certification, en l'absence d'améliorations effectives du contrôle interne en 2009. Ils représentent environ 36% du total des produits et charges des régimes de base hors régime général.

Par ailleurs, les comptes du régime de retraite de la Banque de France, audités pour la première fois en 2009, ont fait l'objet d'une

4. Le régime des agents de l'Etat, qui représente 43 Md€ de charges est examiné dans le cadre de la certification des comptes de l'Etat par la Cour. Les régimes de petite taille ne sont pas significatifs (régimes des ports autonomes, des cultes d'Alsace-Moselle, rentes d'accidents du travail du département de Paris...). Par ailleurs, les régimes de retraite de l'Assemblée nationale et du Sénat ne figurent pas dans la liste annexée au PLFSS.

5. Y compris le FSV, dont les comptes sont certifiés sans réserve.

6. Voir rapport de certification des comptes du régime général, exercice 2009.

certification sans réserve, tandis que ceux de la CPRPSNCF et de la CAVIMAC sont désormais certifiés sans réserve, suite à la levée des observations antérieures, relatives à des points comptables circonscrits⁷.

Pour le reste, la situation est inchangée par rapport à 2009. Les deux régimes qui restent certifiés avec réserve, compte tenu des limites de leur contrôle interne, sont des régimes gérés par des établissements publics administratifs et équilibrés financièrement par l'Etat et/ou par le régime général (ENIM et CNMSS⁸). Ils représentent environ 3 % des produits et charges des régimes autres que le régime général.

Les régimes dont les comptes sont certifiés sans réserve correspondent principalement à ceux gérés par la Caisse des dépôts (en particulier, la CNRACL), à des régimes spéciaux gérés jusqu'à récemment au sein d'entreprises elles-mêmes soumises de longue date à une obligation de certification (CNIEG, CPRPSNCF, CRPRATP) et aux régimes de certaines professions (CRPCEN, CNBF).

Ce bilan fait logiquement apparaître que les difficultés sont concentrées sur les régimes dotés d'un réseau et gérant l'ensemble des risques. En raison du caractère structurel des observations exprimées par la Cour comme par les commissaires aux comptes, les chantiers importants engagés par ces régimes en vue d'une amélioration de leurs dispositifs de contrôle interne, qui impliquent souvent une adaptation des systèmes d'information, sont susceptibles de n'avoir d'effet tangible qu'au terme de plusieurs années.

Par ailleurs, la Cour estime que le progrès que constitue la certification des comptes des régimes et organismes de sécurité sociale devrait s'accompagner de mesures favorisant une plus grande transparence et préconise de rendre obligatoire, à compter de l'exercice 2010, la publication des comptes des branches du régime général ainsi que de ceux des autres organismes et régimes⁹, accompagnés des rapports des commissaires aux comptes correspondants. La DSS a déjà adressé des instructions en ce sens aux régimes.

7. CPRPNSCF : valorisation des créances au titre de recours contre tiers ; CAVIMAC : absence de réciprocité des créances sur la CNAMTS avec les dettes inscrites par cette dernière à l'égard de la CAVIMAC.

8. L'ENIM bénéficie d'une subvention de l'Etat au titre de son régime de retraite et ses branches maladie et AT-MP sont intégrées financièrement au régime général. La CNMSS est intégrée financièrement au régime général.

9. Certains régimes publient déjà leurs comptes sur une base volontaire.

E – L’avis sur la cohérence des tableaux d’équilibre

En application de l’article I-VIII-2 de la LOLFSS, la Cour des comptes a procédé à des vérifications sur les tableaux d’équilibre par branche pour l’exercice 2009, établis sous la responsabilité du ministre chargé de la sécurité sociale. Ils seront présentés dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 et soumis à l’approbation du Parlement. Sur la base des vérifications effectuées, la Cour exprime l’avis suivant :

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.

II - L’évolution des comptes de la sécurité sociale en 2009

A – Les résultats d’ensemble

Le déficit d’ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des fonds concourant à leur financement, qui était resté constamment supérieur à 10 Md€ depuis 2003, a plus que doublé en 2009 pour s’établir à 24,9 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
Total¹⁰	-12,6	-14,1	-14,4	-10,2	-11,0	-11,9	-24,9

Source : Cour des comptes

Le déficit du régime général, audité par la Cour, 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€

Cette dégradation traduit un effet de ciseau entre des charges en progression de 4,3 % dans les comptes des branches¹¹, dont 4,7 % au titre des prestations légales, 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 cotisations sociales (voir infra).

Par rapport à cette vision comptable, les retraitements « en net » intégrés dans les tableaux d'équilibre du PLFSS (voir supra) ont un effet particulièrement sensible sur la présentation des résultats de 2009 : la progression affichée des charges nettes est limitée à 3,1 %, tandis que les produits nets ressortent en baisse de 0,3 %.

Comme le montre l'analyse détaillée des produits (voir infra), leur diminution n'est qu'apparente, en particulier parce qu'elle résulte de l'imputation sur ces derniers des importantes dépréciations de créances de cotisations (1,9 Md€) consécutives à la dégradation des conditions de recouvrement en 2009 ainsi qu'aux dysfonctionnements du dispositif de l'interlocuteur social unique pour le recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants¹².

10. 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 1^{er} 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€).

11. Ces évolutions sont calculées après neutralisation des transferts internes au régime général (en particulier au titre de l'AVPF) et des produits et charges constatés par la CNAMTS au titre de ses relations avec la CNSA (12,0 Md€).

12. Voir rapport de certification des comptes du régime général, exercice 2009, page 30. Cette situation affecte particulièrement les créances de CSG et de cotisations d'allocations familiales sur les travailleurs indépendants.

B – L'évolution des résultats du régime général

1 – Les déficits des branches

Le tableau suivant présente une comparaison entre les résultats de 2009 et ceux de l'année précédente ainsi qu'un rapprochement avec les prévisions initiales de la LFSS pour 2009 et les prévisions rectifiées pour 2009, adoptées dans la LFSS pour 2010.

Résultats du régime général

En M€

	Réalisés 2008	Prévisions initiales 2009 (en LFSS 2009)	Prévisions rectifiées 2009 (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

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

L'évolution des résultats par rapport à 2008 traduit une situation très dégradée pour l'ensemble des branches : après un léger redressement en 2008, le déficit de la branche maladie fait plus que doubler, à 10,6 Md€ tandis que les résultats de la branche AT-MP se détériorent d'1 Md€ et deviennent négatifs (-0,7 Md€). Le déficit de la branche famille quintuple, à -1,8 Md€ Enfin, celui de la branche retraite se dégrade de 1,6 Md€ pour s'établir à -7,2 Md€

Certes, le déficit d'ensemble du régime général (-20,3 Md€) est inférieur aux prévisions rectifiées de la loi de financement pour 2010 (-23,4 Md€), mais il représente près du double du déficit prévu dans la LFSS pour 2009, qui s'établissait à un niveau équivalent à celui du déficit constaté en 2008 (-10,5 Md€).

La prévision de déficit pour 2009 avait donné lieu à de nombreuses et importantes révisions : estimé à 15 Md€ dans le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de septembre 2008 en l'absence de mesures nouvelles, il avait été ramené à 8,6 Md€ dans le PLFSS pour 2009 et finalement voté à 10,5 Md€ en LFSS sur la base d'une hypothèse de croissance de la masse salariale de 2,75 %.

Porté à 20,1 Md€ dans le rapport à la CCSS de juin 2009 pour tenir compte d'hypothèses économiques devenues défavorables (notamment d'une variation du PIB ramenée de +0,5 % à -3 % et d'une baisse de la

masse salariale de 1,25 %), le déficit prévisionnel 2009 a finalement été arrêté à -23,4 Md€ dans la LFSS pour 2010, avec une hypothèse de baisse de la masse salariale de 2 % qui s'est avérée trop pessimiste.

L'écart entre l'exécution de cette décision et la prévision résulte ainsi pour moitié de la moindre dégradation de la masse salariale, qui s'est en définitive réduite de 1,3 %, mais également de corrections d'erreurs comptables enregistrées par la CNAF (0,6 Md€, voir infra).

2 – Les produits du régime général en 2009

Comme le montre le tableau ci-dessous, établi à partir des données comptables¹³, les produits de l'exercice 2009 enregistrent des évolutions contrastées selon leur nature :

Les produits du régime général

	En M€			
	2008	2009	Variation	En %
A - PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	304 266	307 905	3 639	1,2
I - COTISATIONS, IMPOTS ET PRODUITS AFFECTES	270 507	269 973	-534	-0,2
<i>Cotisations sociales</i>	169 162	169 856	694	0,4
<i>Cotisations prises en charge par l'Etat</i>	4 034	3 406	-629	-15,6
<i>Cotisations prises en charge par la sécurité sociale</i>	1 726	1 442	-284	-16,4
<i>Produits entité publique autre que l'Etat</i>	759	801	42	5,5
<i>CSG</i>	64 379	62 839	-1 540	-2,4
<i>Impôts et taxes affectés (ITAF)</i>	30 447	31 629	1 182	3,9
II – PRODUITS TECHNIQUES	21 297	22 795	1 498	7,0
<i>Transferts entre organismes (hors RG et CNSA)</i>	14 094	15 886	1 792	12,7
<i>Contributions publiques</i>	7 187	6 887	-299	-4,2
<i>Autres contributions</i>	16	21	5	29,0
III – DIVERS PRODUITS TECHNIQUES	2 047	2 089	42	2,1
IV – REPRISES SUR PROVISIONS	10 281	13 001	2 720	26,5
<i>- pour prestations sociales</i>	9 178	11 911	2 733	29,8
<i>- pour dépréciation des actifs circulants</i>	545	151	-394	-72,2
<i>- pour autres charges techniques</i>	558	938	380	68,1
V – PRODUITS FINANCIERS	135	47	-87	-65,0
B – PRODUITS DE GESTION COURANTE	761	899	138	18,2
C – PRODUITS EXCEPTIONNELS	522	252	-270	-51,7
PRODUITS	305 549	309 056	3 507	1,1

Source : Cour des comptes

Les cotisations sociales (169,9 Md€) ont légèrement progressé (+0,4%) malgré la baisse, jamais égalée, même en période de récession,

13. Après neutralisation des transferts internes au régime général, principalement : assurance vieillesse des parents aux foyers (4,4 Md€ versés par la CNAF à la CNAVTS), transfert de la branche AT-MP à la branche maladie (710 M€) et transferts avec la CNSA (12,0 Md€ inscrits en charges et produits par la CNAMTS).

de la masse salariale des employeurs du secteur privé (-1,3 % en moyenne annuelle contre +3,6% en 2008). Cette situation résulte principalement du fait que l'assiette des exonérations a diminué plus fortement que la masse salariale, la récession économique ayant particulièrement pesé sur les emplois peu rémunérés éligibles aux allègements généraux (effet estimé à +0,8 Md€ sur les cotisations).

Les cotisations prises en charge par le budget de l'Etat (3,4 Md€) ont diminué de plus de 15 %, traduisant pour l'essentiel les mesures visant à limiter le champ des exonérations ciblées en faveur de zones géographiques et de publics particuliers¹⁴. Certains dispositifs restent cependant dynamiques, comme les exonérations sur les contrats d'apprentissage, qui représentent 27 % des exonérations compensées par le budget de l'Etat et qui progressent de 4,7 %.

La CSG (62,8 Md€) a diminué globalement de 2,4 %, soit 1,5 Md€, cette baisse étant principalement imputable à la CSG sur les revenus du patrimoine et des placements : la non reconduction de l'effet favorable constaté en 2008 (suite à la mise en place du prélèvement à la source sur les dividendes), qui avait conduit à enregistrer en 2008 deux années de recettes, a une incidence estimée à -1 Md€ en 2009 pour le régime général ; elle s'ajoute à la contraction de certains éléments de l'assiette de ce prélèvement, notamment les plus values immobilières. A l'instar des cotisations sociales, la CSG sur les revenus d'activité a stagné, tandis que la CSG sur les revenus de remplacement a progressé fortement (+5,7 %) sous l'effet de la dynamique des pensions de retraite et des allocations chômage qui en constituent l'assiette.

Les impôts et taxes affectés (31,6 Md€) ont augmenté de 3,9 % en 2009, en raison principalement des mesures en faveur de l'assurance maladie : affectation d'une fraction complémentaire des droits sur les tabacs (0,9 Md€) et instauration d'une contribution patronale de 2 % dite « forfait social » (0,3 Md€) sur les gains et rémunérations assujettis à la CSG, mais qui étaient jusqu'alors exclus de l'assiette des cotisations comme l'intéressement, la participation, et les boni exceptionnels. Pour sa part, la branche retraite bénéficie du doublement du taux de la contribution patronale sur les mises en retraite (0,3 Md€) et du doublement de la quote-part du prélèvement social de 2% sur les revenus du capital qui lui est affectée, au détriment du FSV¹⁵ (0,2 Md€).

14. Contrats de professionnalisation (restriction du champ d'application), ZRR (suppression de l'exonération spécifique des organismes d'intérêt général) et ZFU (fin de l'exonération à taux plein pour les entreprises implantées depuis plus de cinq ans).

15. La part affectée à la CNAVTS passe de 15 % à 30 % tandis que celle affectée au FSV est réduite de 20 % à 5 %. La part affectée au FRR (65 %) est inchangée.

Par ailleurs, la diminution du montant des allègements généraux de cotisations sociales liée à la contraction de la masse des bas salaires (voir supra) a donné lieu à un ajustement à la baisse du « panier » de recettes fiscales affectées à leur financement en loi de finances rectificative pour 2009¹⁶ (0,6 Md€). Les recettes ainsi dégagées ont été utilisées pour compléter le financement des exonérations sur les heures supplémentaires issues de la loi « TEPA » (0,4 Md€) et pour solder des dettes anciennes de l'Etat à l'égard de la CNAMTS (0,2 Md€)¹⁷.

Les produits au titre de transferts (15,9 Md€ en excluant les transferts qui se neutralisent au sein du régime général) ont progressé de 1,8 Md€ (12,7 %), essentiellement en provenance du FSV (+1,5 Md€) en raison de l'effet de la hausse du chômage sur le montant des cotisations vieillesse prises en charge à ce titre par ce dernier (voir infra).

Les reprises de provisions (13,0 Md€) augmentent fortement en raison d'un changement de mode de calcul des provisions hospitalières par la branche maladie et de corrections d'erreurs enregistrées par la CNAF (voir infra).

3 – La formation des résultats des branches

Dans les développements qui suivent, la formation des résultats des branches est analysée en se fondant sur les tableaux d'équilibre par branche qui seront présentés en LFSS et ont donc vocation à constituer une référence. Leur présentation met cependant en évidence les retraitements en net, que la Cour conteste (cf. supra), qui ont un impact significatif sur la compréhension des comptes : imputation des dépréciations et pertes de créances de cotisations en minoration des produits de cotisations et compensation des reprises de provisions pour prestations légales avec les dotations.

16. LFR pour 2009 du 30 décembre 2009.

17 Voir le rapport sur les résultats et la gestion budgétaire de l'Etat, exercice 2009, pages 35-36.

a) La branche maladie

Données issues des tableaux d'équilibre

En M€

	Tableaux d'équilibre réalisés		Variation 2008-2009	
	2008	2009	en valeur	en %
CHARGES NETTES	145 175	150 285	5 110	3,5
Prestations	130 354	137 680	7 326	5,6
Dotations nettes aux provisions sur prestations (1)	2 463	289	-2 174	-88,3
Transferts entre organismes	4 791	4 975	184	3,8
Charges financières	367	54	-313	-85,3
Charges de gestion courante	5 776	6 049	273	4,7
Autres charges	1 422	1 238	-184	-13,0
PRODUITS NETS	140 726	139 714	-1 012	-0,1
Cotisations sociales	67 014	67 157	143	0,2
Dépréciations et pertes sur créances (1)	-981	-1 632	-651	66,4
Cotisations prises en charge par l'Etat	1 776	1 481	-295	-16,7
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	1 383	1 121	-262	-19,0
CSG	52 208	50 860	-1 348	-2,6
ITAF	14 608	15 407	799	5,5
Contributions publiques	373	362	-11	-2,8
Transferts entre organismes	1 677	2 336	659	39,3
Produits financiers	7	6	-1	-14,5
Autres produits	2 661	2 615	-46	-1,7
Solde	-4 449	-10 571	-6 122	137,6

(1) retraitement en net

Source : Cour des comptes, à partir des données de la DSS

Le déficit de la branche maladie a plus que doublé en 2009 sous l'effet de la forte progression des prestations qui se poursuit et de la contraction des recettes : principal attributaire de la CSG, la branche supporte l'essentiel des effets négatifs ayant affecté le rendement de la CSG sur les placements ainsi que ceux résultant des dépréciations de créances de CSG sur les travailleurs indépendants (voir supra).

Par ailleurs, les reprises de provisions pour prestations, présentées ici en minoration des charges, ont augmenté de 2,1 Md€ en 2009 en raison de l'effet de la généralisation de la T2A en 2008 sur la méthode d'évaluation des provisions hospitalières. Jusqu'alors, les dotations hospitalières étaient fixées par arrêté en cours d'année et ne donnaient donc pas lieu à l'enregistrement de provisions. Les reprises de provisions constatées en 2009 sont mécaniquement compensées par une hausse, quasi équivalente, des charges hospitalières, ce qui explique la forte croissance apparente des charges de prestations (+5,6 %)¹⁸.

18 Les comptes de la branche précisent que les dotations aux provisions T2A comptabilisées au 31 décembre 2008 (qui ont été reprises en 2009) s'élevaient à 5,2 Md€ au titre des charges hospitalières à rattacher à 2008. Les charges effectivement constatées en 2009 à ce titre se sont établies à 5,1 Md€ soit un écart de 0,1 Md€.

L'évolution des dépenses des régimes maladie est commentée dans le chapitre II consacré à l'ONDAM.

b) La branche AT-MP

Données issues des tableaux d'équilibre

En M€

	Tableaux d'équilibre réalisés		Variation 2008-2009	
	2008	2009	en valeur	en %
CHARGES NETTES	10 530	11 137	607	5,8
<i>dont prestations : incapacité temporaire</i>	<i>3 303</i>	<i>3 501</i>	<i>197</i>	<i>6</i>
<i>Incapacité permanente (rentes, indemnités)</i>	<i>3 957</i>	<i>4 002</i>	<i>45</i>	<i>1,1</i>
PRODUITS NETS	10 770	10 423	-347	-3,2
Solde	241	-713	-354	-

Source : Cour des comptes, à partir des données de la DSS

Le résultat de la branche s'est détérioré de près d'1 Md€ en 2009, après un résultat légèrement excédentaire en 2008 pour la première fois depuis 2001. Ce dernier résultait essentiellement de la diminution de 1,7 % des prestations d'incapacité temporaire (indemnités journalières et soins, qui représentent 46 % des prestations). En effet, en dépit des redressements effectués par la CNAMTS pour limiter l'effet des sous déclarations, les prestations en établissements avaient baissé de 27,9 % en 2008, en raison de la réduction de la part des séjours déclarés par les hôpitaux au titre des accidents du travail.

La dégradation du résultat de la branche en 2009 traduit principalement la progression des charges de prestations légales (+3,3 %) elle-même tirée par les prestations d'incapacité temporaire (+6 %). Cette évolution résulte de l'effet, en base, des redressements effectués en 2008 sur les dépenses de soins en établissements et d'une progression toujours vive des indemnités journalières (+5,5 %, contre 5,6 % en 2008). Les prestations d'incapacité permanente (rentes) augmentent peu (1,1 %) compte tenu de la stabilité du nombre de bénéficiaires et d'une revalorisation des rentes de 1 % au 1^{er} avril 2009.

Par ailleurs, le transfert financier au bénéfice de la branche maladie pour compenser les sous déclarations d'accidents du travail augmente de 0,3 Md€ pour s'établir à 0,7 Md€, accroissant d'autant les produits de la branche maladie.

c) La branche retraite

Données issues des tableaux d'équilibre

En M€

	Tableaux d'équilibre réalisés		Variation 2008-2009	
	2008	2009	en valeur	en %
CHARGES NETTES	95 105	98 722	3 617	3,8
Prestations	87 249	91 414	4 165	4,8
Dotations nettes aux provisions sur prestations (1)	-69	57	126	-182,6
Transferts entre organismes	5 929	5 766	-163	-2,8
Charges financières	650	54	-596	-91,7
Charges de gestion courante	1 298	1 355	57	4,4
Autres charges	48	77	29	59,3
PRODUITS NETS	89 468	91 489	2 021	2,3
Cotisations sociales	61 204	61 677	473	0,2
Dépréciations et pertes sur créances (1)	-488	-695	-207	24,8
Cotisations prises en charge par l'Etat	1 443	1 209	-234	-16,2
ITAF	9 593	10 140	547	5,7
Contributions publiques	14	14	0	0,6
Transferts entre organismes	17 390	18 882	1492	8,6
Produits financiers	4	6	2	42,9
Autres produits	308	257	-51	-23,7
Solde	-5 636	-7 233	-1 597	28,3

(1) retraitements en net

Source : Cour des comptes, à partir des données de la DSS

Le déficit de la branche s'élève à 7,2 Md€ en 2009, contre 5,6 Md€ en 2008. Cette dégradation traduit un dynamisme toujours soutenu des charges de prestations légales (+4,8 % après +5,6 % en 2008). Le ralentissement constaté résulte essentiellement de la baisse du nombre de départs anticipés, réduit des trois quarts par rapport à 2008 en raison de l'allongement de la durée d'assurance et du durcissement, à compter de 2008, des modalités de régularisation des cotisations prescrites.

Le nombre moyen de retraités a ainsi progressé de 2,9 %, soit 0,6 point de moins qu'en 2008 et en 2007 (+3,5 %). Le nombre total de titulaires d'une pension (de droit propre et/ou de droit dérivé) servie par le régime général s'établit ainsi à 12,6 millions à fin 2009, contre 12,2 millions à fin 2008.

L'augmentation des charges relatives aux prestations d'assurance vieillesse et veuvage (+4,9%, à 89,6 Md€) résulte principalement de la croissance de l'effectif moyen (2,9 %), de la revalorisation des pensions

(+1 %¹⁹) et de l'élévation du montant moyen de la pension hors revalorisation (+0,82 %).

Par ailleurs, les produits enregistrent une progression nettement plus importante que celle des autres branches en raison d'une augmentation des transferts en provenance du FSV de 1,5 Md€ et des impôts et taxes affectés (voir supra). En outre, l'évolution des cotisations sociales a été confortée par un relèvement du plafond de 3,1 %, supérieur à l'augmentation du salaire moyen, ce qui représente un surcroît de produits de 0,3 Md€

d) La branche famille

Données issues des tableaux d'équilibre

En M€

	Tableaux d'équilibre réalisés		Variation 2008-2009	
	2008	2009	en valeur	en %
CHARGES NETTES	57 512	57 939	427	0,7
Prestations	43 559	44 504	945	2,2
<i>dont prestations légales</i>	39 923	40 748	825	2,1
<i>dont prestations extra-légales</i>	3 636	3 757	121	3,3
Dotations nettes aux provisions pour prestations (1)	665	-609	-1 274	-191,6
Transferts entre organismes	7 062	7 636	574	8,1
Charges financières	2	3	1	31,7
Charges de gestion courante	2 093	2 285	192	9,2
Autres charges	4 131	4 120	-11	-0,3
PRODUITS NETS	57 170	56 110	-1 060	-1,9
Cotisations sociales	32 586	32 834	248	0,8
Dépréciations et pertes sur créances de cotisations (1)	-538	-1 158	-620	115,2
Cotisations prises en charge par l'Etat	775	692	-83	-10,7
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	342	321	-21	-6,3
CSG	12 171	11 979	-192	-1,6
ITAF	4 224	4 143	-81	-1,9
Contributions publiques	6799	6511	-288	-4,2
Transferts entre organismes	21	23	2	8,4
Produits financiers	123	35	-88	-71,5
Autres produits	666	731	65	9,7
Solde	-342	-1 830	-1 488	434,5

(1) retraitements en net

Source : Cour des comptes, à partir des données de la DSS

A l'instar de la branche maladie, les produits nets de la branche famille sont particulièrement affectés par la baisse du produit de la CSG et par les dépréciations de créances de CSG et de cotisations famille des

19. Depuis 2009, la revalorisation intervient au 1^{er} avril et non plus au 1^{er} janvier.

travailleurs indépendants. En outre, l'intégration au 1^{er} juillet 2009 de l'allocation parent isolé (API, enregistrée au compte de résultat) dans le revenu de solidarité active (RSA, enregistré en comptes de tiers) s'est accompagnée d'une baisse des charges et des produits de 0,5 Md€²⁰, sans impact sur le solde.

Par ailleurs, les reprises de provision pour prestations (présentées ici en minoration des dotations) ont augmenté de 0,7 Md€ en raison principalement de la rectification d'une double comptabilisation erronée des provisions pour prestations en 2008 (0,6 Md€), tandis que les dotations aux provisions diminuent de 0,6 Md€ suite à divers changements comptables. Il en résulte un effet net positif sur le résultat de 1,3 Md€

En l'absence de l'erreur comptable indiquée ci-dessus, 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.

L'évolution d'ensemble des prestations légales (+2,1 %), qui exclut les aides au logement financées par l'Etat, enregistrées en comptes de tiers, recouvre des tendances contrastées en fonction des prestations. Elle doit s'apprécier au regard d'une évolution du nombre de bénéficiaires de prestations de +1,6 % (après +1 % en 2008) et d'une revalorisation de la base mensuelle des allocations familiales de 3 % (après 1 % en 2008).

Evolution des prestations légales

En M€

	Tableaux d'équilibre réalisés		Variation 2008-2009	
	2008	2009	en valeur	en %
Prestations légales	39 923	40 748	825,0	2,1
Allocations en faveur de la famille	16 177	16 016	-161,0	-1,0
Aides pour la garde des jeunes enfants	11 575	12 100	525,0	4,5
Allocation de rentrée scolaire	1 487	1 495	7,7	0,5
Allocations de logement familial	3 951	4 099	147,8	3,7
Allocations en faveur des handicapés	6 428	6 636	207,8	3,2
Frais de tutelle et autres	305	402	96,5	31,6

Source : Tableau de centralisation des données comptables (CNAF)

Les allocations en faveur de la famille²¹ diminuent de 1 % du fait de l'intégration de l'API dans le RSA au 1^{er} juillet 2009. Si l'on exclut cet

20. Jusqu'alors, l'API était constatée en charges et sa compensation par l'Etat était inscrite en produits. L'API demeure servie dans les DOM.

21. Ce poste comptable comprend principalement les allocations familiales, le complément familial, l'allocation de soutien familial, et, jusqu'au 1^{er} juillet 2009, l'API.

effet, elles ressortent en hausse de 2 % soit une progression plus faible que la revalorisation de la base mensuelle d'allocations familiales qui s'explique par l'impact des mesures nouvelles²², estimé globalement à -0,2 Md€ et par une réduction tendancielle de la taille des familles qui fait plus que compenser l'effet de la natalité.

En revanche, les prestations en faveur de la petite enfance enregistrent une croissance de 4,5 %, en ralentissement par rapport à 2008 (+6,1 %) en raison principalement de la poursuite de la montée en charge de la PAJE, dont le nombre de bénéficiaires a augmenté de 6,6 % (contre 5 % en 2008). Le volet « complément du mode de garde » est encore particulièrement dynamique en 2009 (+11 % après +15 % en 2008) tandis que l'extinction des dispositifs antérieurs se poursuit.

Enfin, l'allocation aux adultes handicapés (AAH)²³, prise en charge par l'Etat, reste en forte hausse (+8,2 %²⁴) du fait de la revalorisation de son montant (2,2 % en avril et 2,2% en septembre) suite aux engagements pris par le gouvernement d'augmenter son montant de 25 % d'ici à 2012, et de la croissance du nombre de bénéficiaires de 4 %.

C – Les résultats des autres régimes de base

Les résultats de la plupart des régimes de base sont équilibrés par des financements externes ou, s'agissant des régimes d'employeur (y compris l'Etat), par un mécanisme de cotisations fictives d'équilibre des employeurs. Leurs résultats sont donc globalement proches de l'équilibre. Les mécanismes d'équilibrage sont divers et, dans certains cas, plusieurs mécanismes coexistent pour un même régime en fonction des risques qu'il gère. Ils se distinguent des compensations entre régimes, dont les finalités sont différentes²⁵.

Parmi les principaux dispositifs d'équilibrage, on distingue :

- l'intégration financière au régime général, c'est-à-dire la prise en charge du déficit par ce dernier ; ce mécanisme, qui représente un coût d'1,2 Md€ pour la CNAMTS et 0,5 Md€ pour la CNAVTS, concerne les branches maladie et retraite du régime des salariés agricoles ainsi

22. Il s'agit principalement de l'unification des majorations pour âge des allocations familiales à compter du 1/5/08 et de la révision du mode de calcul de l'ASF, suite à l'instauration du RSA.

23. L'AAH n'est pas une prestation familiale au sens de l'article L. 511-1 du code de la sécurité sociale.

24. En raison de l'impact des changements comptables évoqués précédemment, cette évolution ne ressort pas directement de la lecture des comptes.

25. Voir chapitre III.

que, depuis 2009²⁶, la branche maladie du régime des exploitants agricole, les branches maladie et retraite de la caisse qui gère les prestations des ministres des cultes, la branche maladie du régime des militaires et les branches maladie et AT-MP du régime des marins ; son coût global est stable par rapport à 2008 ;

- les subventions d'équilibre de l'Etat, versées à certains régimes de retraite, principalement ceux de la SNCF, des marins, des ouvriers de l'Etat et des mines ; elles s'élèvent à 6,0 Md€ en 2009, contre 6,2 Md€ en 2008 ;
- les cotisations d'équilibre des employeurs, qui concernent les régimes d'employeurs non dotés d'une personnalité juridique distincte de ces derniers, notamment l'Etat. Elles représentent 39,7 Md€ en 2009.

En outre, les déficits de la couverture de base du régime social des indépendants sont équilibrés par l'attribution, à due proportion, de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (3,8 Md€ en 2009). Le solde de cet impôt a été versé au FSV pour 0,8 Md€ (voir infra).

Le financement du régime de retraite des IEG a, quant à lui, été partiellement adossé à la CNAVTS au 1^{er} janvier 2005, dans la limite des règles applicables aux prestations du régime général. Son coût net annuel pour la CNAVTS est proche de 0,3 Md€ compte non tenu de la fraction de la soulte versée au FRR qui doit en assurer la gestion jusqu'en 2020²⁷.

Seuls deux régimes importants ne sont pas dotés d'un mécanisme d'équilibrage financier : le régime des agents des collectivités locales (CNRACL), qui demeure excédentaire en raison d'un rapport démographique encore favorable²⁸, et la branche retraite du régime des exploitants agricoles géré par la CCMSA.

Suite à la suppression du FFIPSA, cette dernière doit assurer par elle-même le financement de ses déficits. Si le déficit de l'exercice 2009 (1,2 Md€) a pu être financé en quasi totalité par la trésorerie versée à la CCMSA au 1^{er} janvier 2009 suite à la reprise par l'Etat de la dette du FFIPSA, la CCMSA a commencé dès la fin de 2009 à recourir à des financements bancaires (0,1 Md€ au 31 décembre) pour couvrir les besoins de financement de la branche retraite du régime des exploitants.

26. Au titre de 2009, le dispositif d'intégration financière de la branche maladie des exploitants s'est traduit par un léger excédent (43 M€), versé à la CNAMTS. Dans le cadre de la réforme, la CNAMTS s'est vu affecter des impôts et taxes.

27. Voir infra, chapitre X.

28. Son excédent est cependant tendanciellement en baisse : 27 M€ en 2009, contre 320 M€ en 2008 et 465 M€ en 2007.

Si la suppression du FFIPSA contribue à clarifier la situation financière du régime des exploitants agricoles, aucune solution pérenne n'a été pour autant apportée à son financement. En effet, l'intégration financière de sa branche maladie au régime général des salariés a seulement pour effet de transférer les éventuels déficits futurs à ce dernier, tandis que les ressources de la branche vieillesse demeurent nettement insuffisantes pour couvrir ses dépenses.

D – La situation du fonds de solidarité vieillesse

Créé en 1993, le fonds de solidarité vieillesse (FSV) finance des avantages de retraite à caractère non contributif servis par certains régimes. Ainsi, il prend en charge les majorations de pensions pour enfants et conjoints à charge (4,2 Md€ en 2009), les allocations du minimum vieillesse (2,4 Md€), ainsi que certaines cotisations, essentiellement au titre de la validation des périodes de chômage (8,9 Md€). A elle seule, la branche retraite du régime général bénéficie de près de 90 % des concours du FSV, qui représentent environ 15 % des ses produits techniques.

Comptes annuels du fonds de solidarité vieillesse

En Md€

	2005	2006	2007	2008	2009
Produits :	12,7	13,6	14,5	15,4	13,0
CSG, prélèvement social de 2%	10,3	11,1	11,6	12,1	9,3
Contribution CNAF	2,1	2,2	2,3	2,4	2,9
C3S	0,2	0,2	0,5	0,8	0,8
Autres	0,1	0,1	0,1	0,1	ns
Charges :	14,7	14,8	14,3	14,6	16,2
Prises en charge de prestations	6,2	6,4	6,6	6,8	7,0
Prises en charge de cotisations	8,4	8,2	7,6	7,6	8,9
Autres	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3
Résultat	-2,0	-1,3	0,2	0,8	-3,2

Source : FSV

Après deux exercices excédentaires (0,8 Md€ en 2008, après 0,2 Md€ en 2007), le FSV a de nouveau présenté des résultats très dégradés en 2009, son déficit atteignant -3,2 Md€ en raison de la conjonction de deux facteurs négatifs.

D'une part, la LFSS pour 2009 a sensiblement réduit les recettes du fonds, en accompagnant la reprise des déficits du régime général et du FSV par la CADES d'un transfert de 0,2 point de CSG du FSV à la CADES, privant celui-ci de ressources estimées à 2,1 Md€ en 2009.

Par ailleurs, si la prise en charge par la CNAF des majorations de pensions pour enfants (qui constitue un produit pour le FSV) a été portée de 60 % à 70 % en 2009²⁹, les ressources supplémentaires que cela procure au fonds (0,4 Md€) ont été de fait transférées à la CNAVTS par une modification concomitante de la clé de répartition du prélèvement social de 2 % sur les revenus du capital, défavorable au FSV³⁰. Ces dernières évolutions, au total sans impact sur les ressources du FSV, conduisent ainsi à reporter sur la CNAF une partie du déficit de la CNAVTS : les charges supplémentaires pour la CNAF auront pour contrepartie une augmentation symétrique des produits de la CNAVTS.

D'autre part, la dégradation de l'emploi a eu une incidence importante sur les dépenses du fonds au titre de la prise en charge des cotisations des chômeurs (8,9 Md€), qui ont crû de 17,5 %.

Alors même que les déficits cumulés du FSV ont été repris en totalité par la CADES en 2009 (4 Md€), se pose à nouveau la question de l'équilibre financier de ce fonds, où est logée de fait une partie importante des déficits du régime général. Le FSV, qui n'a pas la faculté d'emprunter, est en pratique financé par la CNAVTS à travers les dettes non rémunérées qu'il a à l'égard de cette dernière (4,1 Md€ au 31 décembre 2009).

A défaut de nouvelles ressources, la dégradation prévisible des résultats du FSV continuera à peser sur la situation financière du régime général qui devra mobiliser la trésorerie correspondant aux déficits non financés et en supporter le coût.

III - Le financement des déficits du régime général

A – Le financement du régime général en 2009

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€, 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 -18,8 Md€ à fin 2008. La branche famille présente pour la première fois une situation de trésorerie négative (-0,7 Md€ contre +2,1 Md€ au 31 décembre 2008).

29. Et à 100 % d'ici à 2011.

30. La part affectée au FSV passe de 20 % à 5 % en 2009, celle affectée à la CNAVTS de 15 % à 30 %. La part affectée au FRR (65 %) est inchangée.

Soldes des comptes courants des branches du régime général

En Md€

	31 décembre 2008	31 décembre 2009	Variation
Maladie	-8,2	-12,7	-4,5
AT-MP	-1,1	-1,7	-0,6
Retraite	-11,6	-10,3	1,3
Famille	2,1	-0,7	-2,8
Situation de trésorerie du régime général	-18,8	-25,3	-6,5

Source : ACOSS

Le financement de ces besoins de trésorerie est assuré par l'ACOSS, dans la limite du plafond de « ressources non permanentes » autorisé par la LFSS. Fixé par dérogation à 35 Md€ entre le 1^{er} janvier et le 31 mars 2009 et, au-delà, à 18,9 Md€ par la LFSS pour 2009, ce plafond a été rehaussé par décret à 29 Md€ en juillet 2009.

Au 31 décembre 2009, l'endettement financier net de l'ACOSS s'élevait à 23,9 Md€ contre 17,2 Md€ fin 2008³¹. Il est inférieur d'1,3 Md€ au besoin de financement du régime général à cette date en raison d'un volant de trésorerie en attente de reversement à des tiers. Dans un contexte de faiblesse historique des taux d'intérêt et de baisse de l'encours moyen pendant l'année suite aux versements de la CADES, les charges financières se sont établies à 96 M€ contre 832 M€ en 2008.

Endettement financier net de l'ACOSS

En Md€

	31 décembre 2008	31 décembre 2009	Variation
Billets de trésorerie	11,2	9,6	-1,6
Avance de trésorerie (CDC)	6,3	14,7	8,4
Disponibilités	-0,3	-0,4	-0,1
Endettement financier net	17,2	23,9	6,7

Source : ACOSS

Si l'on exclut les versements de la CADES (17 Md€ après 10 Md€ fin 2008), la variation de trésorerie de l'ACOSS s'élève à -23,7 Md€ en 2009. L'écart entre cette variation de trésorerie et le déficit du régime général (-20,3 Md€) traduit principalement la reconstitution rapide des dettes du FSV à l'égard de la CNAVTS (voir supra).

31. L'endettement net correspond au solde entre les dettes financières et la trésorerie disponible.

En l'absence d'un nouveau transfert de déficits à la CADES, le plafond d'emprunt à court terme de l'ACOSS a été porté à 65 Md€ par la LFSS pour 2010. L'ampleur jamais égalée des besoins prévisionnels de financement a conduit à adapter le plan de financement de l'ACOSS pour sécuriser son accès aux liquidités.

Un prêt à un an de 20 Md€, débloqué au 1^{er} trimestre 2010, a ainsi été accordé par la Caisse des dépôts et consignations (CDC)³². Au-delà de ce prêt, l'ACOSS peut recourir dans la limite de 11 Md€ à des avances à court terme dans le cadre de la convention avec la Caisse des dépôts, qui a été prolongée par avenant jusqu'au 30 juin 2010 sans modification des conditions tarifaires³³.

L'ACOSS émet également des billets de trésorerie sur le marché français dans le cadre d'un programme qui bénéficie d'une notation identique à celle de l'Etat. Le plafond de son programme de billets de trésorerie a été récemment relevé de 11,5 Md€ à 25 Md€. Dans ce cadre, le plan de financement de l'ACOSS prévoit un recours maximal aux marchés à hauteur de 15 Md€ tandis que 10 Md€ pourraient être souscrits par l'agence France Trésor (pour un montant maximal de 5 Md€) et par des organismes de sécurité sociale dans une logique d'optimisation de la trésorerie de la sphère sociale³⁴.

Enfin, un programme d'*euro commercial paper* de 20 Md€ a été mis en place pour permettre un accès aux marchés internationaux en complément des billets de trésorerie émis en France. Ce programme est géré par l'AFT, qui assure un rôle de prestataire de services.

Si les aménagements apportés au plan de financement de l'ACOSS pour 2010 permettent de répondre aux besoins de trésorerie à court terme, ils ne constituent cependant qu'une solution par défaut en l'absence d'un nouveau transfert de déficits à la CADES, qui aurait nécessité d'accroître les ressources de cette dernière, afin de ne pas allonger la durée d'amortissement de la dette sociale conformément aux principes fixés par la LOLFSS.

L'ACOSS se trouve de fait placée dans une situation où elle doit financer un endettement massif à caractère structurel au moyen de ressources de trésorerie à court terme, en contradiction avec les

32. Une première tranche de 15 Md€, au taux annuel de 1,24 %, a été versée le 1^{er} janvier 2010, et la seconde (5 Md€ au taux de 1,22 %), le 9 mars 2010.

33. La convention porte sur un montant plafonné à 31 Md€ (soit 20 Md€ au titre du prêt et 11 Md€ au titre des avances de trésorerie). Un nouvel avenant prorogeant la convention jusqu'au 31 décembre 2010 est en cours de signature.

34. Il s'agit principalement de la CNSA et du RSI au titre de son activité de recouvrement de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S).

dispositions de la LOLFSS qui limitent le recours à l'emprunt au financement des besoins infra annuels de trésorerie.

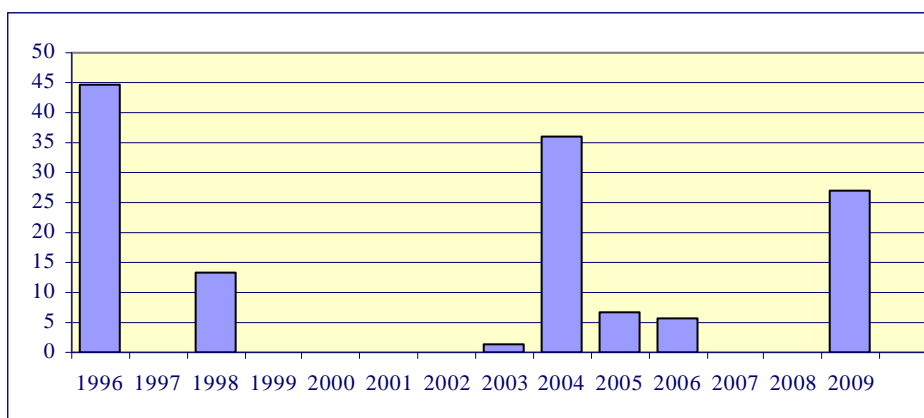
Dans ce contexte, la Cour réitère sa recommandation de limiter le recours à l'emprunt par l'ACOSS au seul financement des besoins infra annuels de trésorerie.

B – Le financement de la dette sociale par la CADES

Depuis sa création, la CADES a repris 134,6 Md€ de déficits, dont 91,8 Md€ restaient à amortir au 31 décembre 2009³⁵. Les charges financières nettes constatées depuis l'origine s'élèvent à 26,8 Md€³⁶.

Historique des reprises de déficits par la CADES³⁷

En Md€



Source : Cour des comptes

L'ordonnance de 1996 instituant la CADES l'avait créée pour une durée de treize ans et un mois. L'extinction de la dette sociale aurait donc dû avoir lieu le 31 janvier 2009. Les reprises intervenues postérieurement à cette date ont conduit à repousser le terme de l'amortissement de la

35. Le transfert intervenu en 2009 (27 Md€) portait sur les déficits cumulés au 31 décembre 2008 de la branche maladie du régime général, de la branche retraite du régime général et du FSV.

36. Conformément au plan comptable de la CADES, ces charges nettes sont retracées dans un agrégat intitulé « produit net bancaire », composé des charges d'intérêts nettes des produits, des commissions bancaires et autres charges et produits financiers.

37. Les déficits repris par l'Etat au titre des exercices 1992 et 1993 (23,4 Md€) et financés par la CADES par des versements annuels entre 1996 et 2005 (donc non inscrits au passif de la CADES) sont présentés ici avec les déficits repris en 1996.

dette sociale : le transfert intervenu en 1998 s'est accompagné d'un allongement du terme de cinq ans, puis la loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004 a mis fin à toute durée déterminée, l'existence de la CADES étant acquise jusqu'à « l'extinction des missions » de cette dernière.

En 2005, la LOLFSS a restauré une discipline, en prévoyant que tout nouveau transfert de déficit de la sécurité sociale à la CADES doit s'accompagner de l'affectation de nouvelles recettes destinées à maintenir le terme prévisionnel de l'extinction de la dette sociale. De ce fait, la reprise de 27 Md€ intervenue en 2009 a été accompagnée d'une affectation de 0,2 point de CSG, soustraits de la fraction de la CSG affectée au FSV.

En 2009, la CADES a ainsi perçu 8,1 Md€ de recettes nettes de CRDS et de CSG (contre 6,0 Md€ de CRDS en 2008), qui ont été employées à hauteur de 5,3 Md€ pour amortir la dette sociale, soit 0,2 Md€ de plus que l'objectif d'amortissement fixé par les dispositions rectificatives pour 2009 de la LFSS pour 2010. Le solde (2,8 Md€) a financé les charges d'intérêts.

Selon les informations financières publiées par la CADES au 31 décembre 2009, le terme de l'amortissement de la dette se situait à cette date en 2021. Comme la Cour l'a souligné dans son rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques, à mesure que l'on se rapprochera du terme, tout nouveau transfert de déficits devrait, dans le cadre de la législation actuelle, être amorti sur une durée de plus en plus courte, nécessitant un apport croissant de ressources à la CADES.

Dans ce contexte, le gouvernement a proposé, à l'issue des travaux de la commission de la dette sociale le 30 juin dernier, un schéma de reprise des déficits 2009 à 2011 du régime général et du FSV ainsi que des « déficits des régimes de retraite jusqu'en 2018, date à laquelle le retour à l'équilibre est attendu »³⁸, estimés au total à 130 Md€. Ce schéma implique un allongement « exceptionnel et limité de la durée de vie de la CADES » afin de « ne pas pénaliser la reprise de la croissance par une augmentation brutale des prélèvements obligatoires »³⁹. Outre cet allongement, limité à 4 ans, le PLFSS pour 2011 devrait proposer l'affectation de ressources nouvelles à la CADES, à hauteur de 3,2 Md€ en 2011, et une « mobilisation » des ressources et des actifs du FRR⁴⁰.

38 Cf. étude d'impact accompagnant le projet de loi organique relatif à la gestion de la dette sociale.

39 Cf. exposé des motifs du projet de loi organique précité.

40 Cf. étude d'impact précitée.

IV - Les dettes de l'Etat à l'égard de la sécurité sociale

Au 31 décembre 2009, les dettes exigibles de l'Etat 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 (0,6 Md€).

Ces dettes correspondent aux insuffisances cumulées de crédits budgétaires telles que mesurées dans l'« état semestriel des sommes restant dues par l'Etat » remis au Parlement en application de l'article 17 de la LOLFSS. Elles ne tiennent pas compte des passifs inscrits dans la comptabilité générale de l'Etat au titre des charges à rattacher à l'exercice (charges à payer) et des provisions pour risques et charges.

Evolution des dettes de l'Etat à l'égard de la sécurité sociale

En Md€

	Ensemble des régimes de base	Régime général	Autres régimes
Dettes exigibles au 31 décembre 2008	3,6	3,0	0,6
Régularisations des dettes 2008 intervenues en 2009	-0,1	-0,1	
Remboursements de dettes antérieures à 2009 sur crédits 2009	-0,1	-0,1	
Insuffisances de crédits de l'exercice 2009	1,6	1,4	0,2
Excédents de crédits de l'exercice 2009 (RSA/RSTA)	-0,4	-0,4	
Dettes exigibles au 31 décembre 2009 avant mesures de la LFR pour 2009	4,6	3,8	0,8
Incidence des mesures de la LFR pour 2009 :			
Ouverture de crédits au titre de la remise à niveau des dotations 2009	-1,3	-1,2	-0,1
Ouverture de crédits au titre du remboursement de dettes antérieures à 2009	-1,9	-1,8	-0,1
Affectation à l'apurement de dettes anciennes à l'égard de la CCMSA de l'excédent dégagé par l'Etat dans le cadre de la réforme du financement du régime des exploitants agricoles	-0,4		-0,4
Affectation à l'apurement de dettes anciennes à l'égard de la CNAMTS de l'excédent de financement 2009 des allègements généraux de cotisations sociales	-0,2	-0,2	
Incidence des mesures de la LFR	-3,8	-3,2	-0,6
Dettes exigibles au 31 décembre 2009 après mesures de la LFR	0,8	0,6	0,2
dont dettes (+)/créances (-) au titre de 2009	-0,1	-0,2	0,1
dont dettes au titre des années antérieures à 2009	0,9	0,8	0,1

Source : Cour des comptes

Les mesures de la loi de finances rectificative pour 2009 ont réduit de manière importante les besoins de financement des régimes de base de sécurité sociale, en premier lieu ceux du régime général, et dans une moindre mesure ceux du régime agricole. Elles demeurent cependant insuffisantes pour rétablir une situation dans laquelle l'Etat n'aurait plus de dettes, autres que frictionnelles, à leur égard.

En effet, en différant les ouvertures de crédits nécessaires en loi de finances initiale, l'Etat accentue les besoins de financement du régime général et les charges financières afférentes. A cet égard, la Cour relève que la loi de finances pour 2010 ne marque pas de rupture majeure avec les pratiques antérieures, même si certaines dotations ont été réévaluées.

En conséquence, elle souligne que les crédits ouverts en loi de finances initiale devraient être déterminés encore plus en cohérence avec les prévisions de dépenses des régimes de sécurité sociale établies par ces derniers en vue de la préparation des PLFSS.

En outre, elle estime nécessaire que l'Etat rembourse ses dettes résiduelles à l'égard des régimes de base de sécurité sociale au 31 décembre 2009 lesquelles, bien que réduites à 0,8 Md€ continuent à peser sur leurs besoins de financement.

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).*
-

Chapitre II

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)

PRESENTATION

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est un dispositif mis en place en 1996 visant à maîtriser les dépenses de santé⁴¹ financées par la sécurité sociale.

Cette année, la Cour des comptes a analysé le fonctionnement général du dispositif en mettant en perspective les réalisations des dernières années (I), avant d'en faire, comme elle le fait dans chaque RALFSS, le bilan pour l'année écoulée (II). Est enfin présentée l'évolution des dépenses en 2009 dans le champ de l'ONDAM (III).

Les défauts de construction et de suivi de l'ONDAM ont été parallèlement mis en évidence par les travaux de la Cour et ceux du groupe de travail présidé par M. Raoul Briet, chargé en février 2010 par le Premier ministre de formuler des propositions pour améliorer le pilotage des dépenses de l'assurance maladie. Les administrations ont déjà mis en œuvre certaines des recommandations formulées par ce groupe. Il en sera fait mention ci-après en tant que de besoin.

I - L'ONDAM : vue rétrospective

A – Un objectif régulièrement dépassé

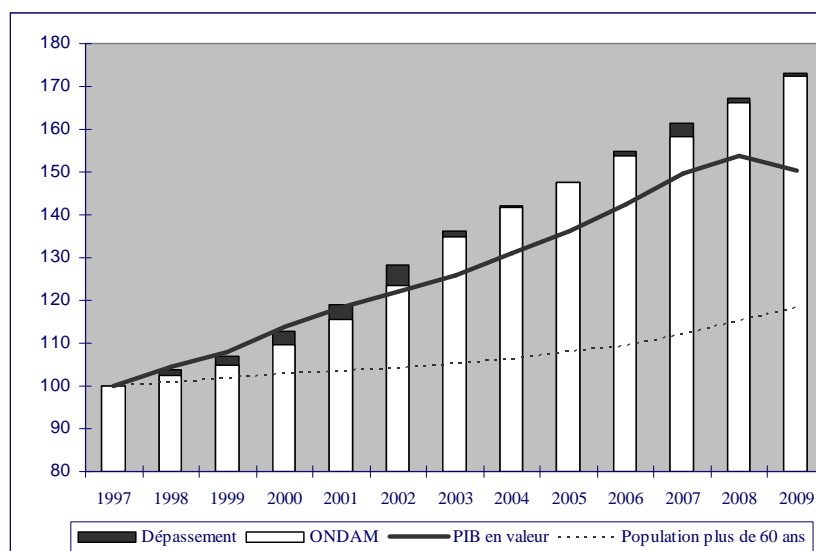
L'ONDAM détermine un niveau de dépenses qui a vocation à ne pas être dépassé, même si ce dernier l'a été régulièrement depuis 1997.

Le graphique ci-dessous montre que l'accroissement important de l'ONDAM, sur la période observée, est supérieur à l'augmentation du PIB en valeur et encore plus nettement à celle de la population, notamment âgée.

41. Les dépenses de santé dans le périmètre de l'ONDAM sont financées, contrairement à la dénomination ONDAM, non seulement par l'assurance maladie, mais aussi par la branche accidents du travail-maladies professionnelles.

Dépenses de santé de la sécurité sociale : objectifs de dépenses réalisations et dépassements

Base 100 en 1997 pour l'ONDAM, le PIB et la population



Source : LFSS et rapports CCSS

Ce dispositif a connu des évolutions notables en 2004 (loi sur l'assurance maladie) puis en 2005 (loi organique du 2 août). Ainsi, en 2004, un comité a été créé afin d'alerter le Parlement, le gouvernement et les caisses d'assurance maladie en cas d'évolution des dépenses de santé incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement. Depuis 2005, les LFSS comportent des informations relatives à l'ONDAM plus complètes : elles constatent la réalisation des dépenses dans le périmètre de l'ONDAM pour l'exercice écoulé, décomposent l'ONDAM en sous-objectifs et enfin sont accompagnées en annexe d'un rapport décrivant l'évolution de l'ONDAM pour les quatre années à venir.

Pour autant, depuis l'origine, l'ONDAM repose sur une logique encore insuffisamment rigoureuse qui vise à assurer la maîtrise des dépenses de santé, à partir de trois phases successives, qui consistent :

- d'abord, à définir le niveau de dépenses pour l'année à venir. Il s'agit de la phase de programmation ;
- puis à suivre et piloter le niveau des dépenses au cours de l'exercice ;
- enfin, une fois l'exercice comptable clos, à effectuer le constat des dépenses pour observer si l'objectif de dépenses fixé a été respecté ou non.

B – Une formalisation insuffisante de l'ONDAM et de ses sous-objectifs

La LFSS fixe l'objectif de dépense (ONDAM) et celui de chacun des six sous-objectifs : dépenses de soins de ville, dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité, autres dépenses relatives aux établissements de santé, contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées, contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées, dépenses relatives aux autres modes de prise en charge.

Un vocabulaire quelquefois inapproprié

Comme la Cour l'avait déjà signalé, le vocabulaire utilisé est souvent inapproprié :

- on parle de dépenses d'assurance maladie alors qu'il s'agit des dépenses d'assurance maladie, d'accidents du travail et des maladies professionnelles, sur lesquelles la maîtrise doit s'exercer ;
- l'objectif national est constitué de sous-objectifs qui sont, pour certains, eux-mêmes décomposés curieusement en objectifs⁴² ;
- la LFSS appelle « objectif révisé » la prévision de dépenses dans le champ de l'ONDAM de l'année en cours...

Si ces constats n'ont pas de conséquence directe sur le fonctionnement de l'ONDAM, ils contribuent à faire obstacle à sa bonne compréhension par les non-spécialistes.

1 – Le processus de construction de l'ONDAM

En règle générale, le montant de chacun des sous-objectifs pour l'exercice N est déterminé en septembre N-1, dans le cadre de l'élaboration du PLFSS, de la façon suivante :

- la DSS actualise par sous-objectif les prévisions de dépenses de l'exercice N-1. Ce travail est effectué, non pas à partir des réalisations de l'exercice N-1, qui, à cette date, ne sont connues au plus que pour les premiers mois, mais par une actualisation des hypothèses qui avaient permis de déterminer les montants des sous-objectifs pour l'année N-1. Ces prévisions de dépenses de l'exercice N-1, corrigées des changements de périmètres intervenus entre N-1 et N, constituent la base de l'année N ;

42. Ainsi, le sous-objectif « autres dépenses relatives aux établissements de santé autres dépenses de santé » comprend une composante « objectif de dépense d'assurance maladie (ONDAM) ».

- les évolutions tendanciennes sont mesurées à partir des dépenses pour la dernière période connue. Il s'agit de déterminer quelle est l'évolution naturelle des dépenses par sous-objectif, c'est-à-dire l'évolution qui aurait lieu si aucune dépense nouvelle ou aucune économie n'était mise en œuvre. Appliquée à la base, l'évolution tendancielle permet ainsi de connaître les prévisions de dépenses pour l'exercice N ;
- les dépenses nouvelles et les économies sont ensuite prises en compte pour déterminer le montant de chacun des sous-objectifs.

La nature des deux sous-objectifs relatifs à la contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées et à celle pour personnes handicapées, dits « médico-sociaux », est différente. En effet, la dépense correspondant à chacun des deux sous-objectifs est la contribution de l'assurance maladie à la CNSA⁴³, telle qu'elle a été définie par l'ONDAM, indépendamment des paiements effectués par l'assurance maladie aux établissements médico-sociaux. Ainsi, les deux sous-objectifs seront toujours respectés. C'est au niveau de la CNSA qu'il convient dès lors de vérifier le respect des objectifs de dépenses médico-sociales (objectif global de dépenses - OGD).

2 – Les observations de la Cour

Les travaux réalisés par la Cour ont conduit, pour la phase de détermination de l'ONDAM, aux constats suivants :

- la base utilisée pour la construction de l'ONDAM est la prévision de dépenses de l'année N-1, telle qu'elle est estimée au mois de septembre N-1. L'écart entre cette prévision de dépenses et les dépenses in fine constatées est à l'origine du tiers des dépassements des objectifs depuis 2005. Pour tenir compte de l'aléa qui existe sur le montant de la base, la construction de l'ONDAM de l'année N devrait intégrer des mesures d'économie supplémentaires (en réserve) ;
- la liste détaillée des catégories de dépenses figurant dans chacun des sous-objectifs n'est pas formellement définie lors de la détermination de l'ONDAM. Par conséquent, la vérification du respect des sous-objectifs, en fin d'exercice, pose des difficultés ;

43. La CNSA étant financée par la contribution de l'assurance maladie et par ses ressources propres.

- les hypothèses permettant de déterminer les évolutions tendanciennes ne sont pas explicites, ce qui ne permet pas d'en assurer la validation⁴⁴ ;
- la préparation de mesures d'économie et leur présentation ne sont pas suffisantes pour s'assurer de leurs montants puis pour suivre leur mise en œuvre. De plus, les mesures de maîtrise médicalisée mises en œuvre par l'UNCAM sont retenues pour leur montant intégral, alors que le programme de qualité et d'efficacité (PQE) pour la branche maladie considère que l'objectif de maîtrise médicalisée est atteint si les économies réalisées représentent 80 % des économies prévues⁴⁵ ;
- enfin, cette phase de détermination de l'ONDAM ne donne pas lieu à l'élaboration, pour chacun des sous-objectifs ou leurs composantes, d'une feuille de route qui serait confiée à un chef de file.

C – Les faiblesses du pilotage infra-annuel de l'ONDAM

Pour assurer le pilotage infra-annuel des dépenses dans le champ de l'ONDAM, l'administration doit être en mesure d'en actualiser régulièrement les prévisions et les différents acteurs doivent pouvoir réagir si ces prévisions dépassent les objectifs fixés par la LFSS.

1 – L'actualisation des prévisions de dépenses

De façon très schématique, il existe deux principaux points de rendez-vous pour actualiser les prévisions de dépenses en cours d'année :

- le premier est la confirmation de la base N-1 utilisée pour construire l'objectif de l'année N. Cette vérification intervient au cours de la première quinzaine du mois d'avril N, dès que les comptes des différents régimes de l'année N-1 parviennent à la DSS, sous forme de tableaux de centralisation des données comptables (TCDC)⁴⁶ ;
- le second se situe en novembre de N, date à partir de laquelle les prévisions de dépenses pour les soins de ville de l'année N peuvent

44. Suite aux propositions du groupe de travail présidé par M. Raoul Briet, la construction et le constat de l'ONDAM devraient faire l'objet de développements complémentaires, notamment quant aux hypothèses d'évolutions tendanciennes retenues ou de bilan des mesures de l'année écoulée.

45. Le niveau de réalisation effective des économies résultant de la maîtrise médicalisée est même toujours inférieur à 80 % : 74 % pour 2006, 69 % pour 2007 et 76 % pour 2008 d'après les annexes 1 des PLFSS.

46. Ces tableaux sont produits par les divers régimes à partir de leurs comptes (Cf. supra chapitre I). Ils nécessitent quelques retraitements en raison du caractère trop global de certaines informations.

être extrapolées avec une précision suffisante à partir des dépenses de l'exercice en cours, c'est-à-dire lorsque les dépenses du régime général pour les soins effectués de janvier à juillet sont connues.

En dehors de ces deux principaux points de rendez-vous, les prévisions peuvent aussi être actualisées, notamment à partir des informations relatives à la mise en œuvre des mesures d'économie.

Concernant les prévisions de dépenses hospitalières, l'extrapolation des réalisations des premiers mois à l'année entière ne peut être faite cependant qu'au mois de décembre, c'est-à-dire une fois l'exercice quasiment achevé. Cette situation résulte notamment du fait que les modifications des tarifs n'interviennent chaque année qu'au 1^{er} mars. C'est d'ailleurs parce que ces prévisions ne sont disponibles qu'en décembre que l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée a produit, en décembre 2009, une note sur les dépenses hospitalières, en plus des rapports de juin et octobre prévus par la réglementation.

2 – Les modalités de suivi des prévisions

Il n'existe pas d'enceinte dans laquelle les différentes structures responsables de la mise en œuvre des sous-objectifs ou de leurs composantes (DSS, DGOS, CEPS, CNAMTS...) seraient régulièrement réunies⁴⁷ pour faire le point des prévisions de dépenses et pour suivre les mesures d'économie. En outre, le calendrier et les modalités de diffusion et d'exploitation de ces informations ne sont pas concordants avec la disponibilité de ces dernières :

- en premier lieu, la publication des deux rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale (juin et septembre) ne coïncide pas avec les deux principaux points de rendez-vous relatifs à l'ONDAM de l'année (avril et novembre) et n'est pas plus coordonnée avec celle des rapports de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée ;
- ensuite, le comité d'alerte rend son avis annuel obligatoire quelques jours avant le 1^{er} juin (date limite), alors que l'actualisation de la base

47. Suite aux propositions du groupe de travail mentionné supra, un comité de pilotage de l'ONDAM, présidé en alternance par les ministres chargés des comptes et de la santé et le directeur de la sécurité sociale a été créé à l'été 2010 (de telles réunions avaient auparavant été organisées, mais à une fréquence très variable : deux fois en 2006 puis une en 2008 et une en 2009). Un groupe de suivi statistique de l'ONDAM, mis en place dans le même cadre, présidé par le directeur de la sécurité sociale et comprenant les directions concernées (DGOS, DGCS, direction du budget) et l'ensemble des producteurs de données (organismes nationaux de sécurité sociale, ATIH et CNSA) se réunit avec une périodicité mensuelle.

des prévisions de dépenses est disponible depuis un mois et demi. Un premier avis du comité d'alerte pourrait dès lors être rendu mi-avril, dès que les comptes des régimes de l'année N-1 sont connus et que la vérification de la base est effectuée⁴⁸.

3 – La procédure d'alerte

Lorsque le comité d'alerte considère qu'il existe un risque sérieux que les dépenses dans le champ de l'ONDAM dépassent l'objectif voté de plus de 0,75 %⁴⁹, il notifie ce risque au Parlement, au gouvernement et aux caisses nationales concernées. La procédure d'alerte est alors déclenchée et ces caisses doivent proposer, dans un délai d'un mois, des mesures d'économie. Le comité d'alerte dispose ensuite d'un autre mois pour rendre un avis sur l'impact financier des mesures proposées.

Mais la première véritable révision des prévisions de dépenses ne peut être effectuée qu'au cours de la première quinzaine du mois d'avril (cf. supra). Les différents délais prévus font que, en cas de risque de dépassement, l'avis du comité d'alerte sur les mesures d'économie proposées ne peut intervenir avant le début du mois de juin. Ces mesures d'économie ne pourront donc être effectives que pour les derniers mois de l'année, une fois adoptés les textes nécessaires. Pour compenser un dépassement correspondant au seuil d'alerte (0,75 %), les mesures doivent donc avoir un rendement en année pleine au moins deux fois plus élevé que ce qu'il aurait été si elles avaient été appliquées toute l'année, c'est-à-dire un rendement, en année pleine, de 2,4 Md€ (valeur pour 2009). Un tel chiffre correspond au montant des économies totales prévues lors de la construction de l'ONDAM 2009 : la conception d'un plan d'économies dans un délai restreint pour un tel montant est donc illusoire.

Depuis les modifications législatives de 2004, la procédure d'alerte n'a été déclenchée qu'en 2007 : la prévision de dépenses reprise fin mai 2007 par le comité d'alerte correspondait à un dépassement de 2,0 Md€ et l'impact prévu des mesures d'économie supplémentaires était compris entre 0,4 et 0,8 Md€ pour l'exercice, ce qui aurait ramené le dépassement entre 1,2 et 1,6 Md€. C'est finalement un dépassement de 3,0 Md€ qui a

48 Suite aux propositions de ce même groupe, le comité d'alerte devrait voir son rôle renforcé par l'instauration d'un ou deux avis supplémentaires : l'un avant le 15 avril sur les risques de dépassements éventuels dus à des écarts sur la base utilisée ou au retard de mise en œuvre des mesures d'économie, l'autre, avant le 15 octobre de l'année N, sur le projet de construction de l'ONDAM de l'année N+1.

49. Niveau défini par l'article D. 114-4-0-7 du code de la sécurité sociale, qui correspond pour l'année 2009 à 1,18 Md€

été constaté par la LFSS pour 2009⁵⁰. La procédure d'alerte n'a donc pas pu, en 2007, limiter de façon significative le dépassement.

D – Le caractère partiel du constat des dépenses dans le champ de l'ONDAM

Le constat de l'année, N fait à partir des TCDC de cette même année, est repris dans le rapport de la commission des comptes de juin de l'année N+1 puis dans la LFSS pour N+2.

Les travaux réalisés par la Cour ont conduit aux constats suivants :

- alors que la LFSS décompose depuis 2005 le montant de l'ONDAM en sous-objectifs, le constat des dépenses ne distingue toujours pas les dépenses relevant du 2^{ème} sous-objectif (dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité) de celles du 3^{ème} (autres dépenses relatives aux établissements de santé), en raison, d'après la DSS, d'incertitudes portant sur un seul poste comptable, en l'occurrence celui relatif à certaines dépenses des cliniques privées ;
- le principe retenu par la DSS est que les dépenses prises en compte dans le constat sont les dépenses correspondant aux soins de l'année. Si, pour la plupart des postes de dépenses, le plan de compte permet de faire la distinction entre les dépenses de soins au titre de l'année et celles au titre des années précédentes, ceci n'est pas possible pour deux postes importants⁵¹ : celui relatif aux prises en charge des cotisations sociales des praticiens et auxiliaires médicaux (PAM), d'un montant de 1,96 Md€ en 2009 (sous-objectif de dépenses de soins de ville) et celui des dépenses des assurés français pour les soins reçus à l'étranger remboursés via le CLEISS, d'un montant de 0,43 Md€ (sous-objectif de dépenses relatives aux autres modes de prise en charge), dont le montant varie dans des proportions importantes d'une année sur l'autre en raison des dépenses relatives aux exercices antérieurs ;
- le constat des dépenses dans le champ de l'ONDAM (sous-objectif de dépenses de soins de ville) prend en compte certaines indemnités journalières des agents de la fonction publique d'Etat, alors que ce montant est établi sur une base forfaitaire. Certes, la prise en compte de ces indemnités n'a pas d'incidence sur le constat, du fait que la même dépense a été prise en compte pour la détermination du montant de l'objectif. Il reste qu'un élément est ainsi inutilement introduit.

50 Le dernier constat de l'ONDAM pour l'année N qui fait l'objet d'une diffusion est celui mentionné dans la LFSS pour l'année N+2. En l'état actuel du dispositif, c'est donc le montant qu'il convient de retenir.

51. Cette observation a pour corolaire une incertitude sur le constat des dépenses dans le champ de l'ONDAM (cf. ci-après).

Par ailleurs, la méthode retenue par la DSS, qui consiste à ne pas prendre en compte les dépenses relatives aux exercices antérieurs pour le calcul des réalisations de l'ONDAM de l'exercice, devrait conduire à actualiser les montants des dépenses (réalisations) qui ont déjà été constatés dans les LFSS précédentes. Ainsi, les dépenses au titre de 2006 auraient dû faire l'objet d'une actualisation lors du constat des dépenses de 2008 (+136 M€), puis lors de celui de 2009 (+62 M€), pour prendre en compte les remboursements de cotisations sociales des chirurgiens dentistes au titre de 2006. Ceci aurait eu pour conséquence de faire passer le taux de dépassement de 2006 de 0,78 % à 0,88% puis à 0,92 %. La conséquence finale de la méthode mise en œuvre est que les dépenses supplémentaires de l'exercice au titre des exercices antérieurs n'ont pas à être compensées par des économies, car elles ne sont pas prises en compte pour le calcul du dépassement.

Enfin, le constat devrait faire l'objet d'une diffusion aux administrations et organismes en charge de la gestion de sous-objectifs ou de composantes de l'ONDAM, au moins pour leur permettre de construire l'ONDAM de l'année suivante à partir de bases plus fiables. Ce n'est pas toujours le cas : ainsi la DGOS ne disposait pas, pour les sous-objectifs hospitaliers, des informations par composantes ayant conduit au constat de l'ONDAM.

E – Une dimension pluriannuelle de l'ONDAM peu réaliste

Depuis 2005, l'annexe B de la LFSS présente les taux d'évolution de l'ONDAM pour les trois années suivant celle sur laquelle porte la loi. Ces taux ne résultent pas de travaux particuliers de projection mais sont le reflet d'orientations politiques trop optimistes, comme l'illustre le tableau ci-dessous qui montre comment, pour une année donnée, le taux a toujours évolué à la hausse au fur et à mesure que l'échéance se rapprochait. Ainsi l'écart entre la première prévision et le taux d'évolution finalement observé varie de 1,3 point (pour 2008) à 2,0 points (pour 2007).

Evolution des taux d'augmentation de l'ONDAM présentés en LFSS pour les années de 2006 à 2010 (valeur unique ou fourchette)

En %

	LFSS 2006	LFSS 2007	LFSS 2008	LFSS 2009	LFSS 2010	Taux d'augmentation des dépenses réalisées
2007	2,20 %	2,50 %				4,20 %
2008	2,20 %	2,20-2,50 %	2,80 %			3,50 %
2009	2,20 %	2,20-2,50 %	1,50-2,00 %	3,30 %		3,70 %
2010		2,20-2,50 %	1,50-2,00 %	3,30 %	3,00 %	-

Source : Annexe B des LFSS de 2006 à 2010 et, pour les taux d'augmentation, LFSS et rapports de la CCSS

La forte évolution de ces augmentations montre le caractère factice de ces prévisions.

II - Le pilotage de l'ONDAM 2009

A – La construction de l'ONDAM 2009

1 – Eléments généraux

a) *Les évolutions de 2009*

La LFSS pour 2009 a fixé le montant de l'ONDAM à 157,6 Md€ Ce montant correspond à une augmentation de 3,3 % des dépenses (taux d'évolution de l'ONDAM) par rapport aux dépenses de l'exercice 2008, telles qu'elles étaient prévues en septembre 2008. Par rapport à celui qui avait été fixé pour l'exercice 2008 et à périmètre constant, l'objectif pour 2009 est en augmentation de 5,8 Md€, soit 3,8 %⁵².

Ces deux taux sont à mettre en perspective avec ceux qui avaient été prévus pour l'exercice 2009 par les LFSS 2006 (2,20 %), 2007 (fourchette de 2,20-2,50 %) et 2008 (1,50-2,00 %).

Cette augmentation de 3,3 % du montant de l'ONDAM est le résultat d'une évolution tendancielle de 4,5 %, augmentée par l'effet des mesures nouvelles d'un montant de 436 M€ et infléchie par les mesures d'économie prévues pour un montant total de 2 308 M€

Les sous-objectifs qui connaissent les plus fortes augmentations relatives, par rapport aux prévisions de dépenses telles que connues en septembre 2008, sont les deux sous-objectifs médico-sociaux (+8,3 % pour les personnes âgées et +4,7 % pour les personnes handicapées) suivis du sous-objectif de dépenses des établissements de santé tarifés à l'activité (+3,4 %).

b) *Composition des sous-objectifs en 2009*

La Cour a établi un tableau recensant les diverses composantes des sous-objectifs, document non disponible sous cette forme jusqu'à présent.

52. L'écart entre 3,8 % et 3,3 % correspond au dépassement de l'objectif 2008 tel qu'il était prévu en septembre 2008.

Composition et montant des sous-objectifs de l'ONDAM en 2009

Sous-objectifs et montants ⁵³	Composantes des sous-objectifs
Dépenses de soins de ville (73,2 Md€)	- honoraires (médicaux, infirmiers, dentistes, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes...) et prise en charge des cotisations sociales des PAM - produits de santé et autres prestations (médicaments, produits et prestation de la LPP, biologie, transports) - indemnités journalières (IJ) sauf IJ maternité
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité ⁵⁴ (50,9 Md€)	- dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements pour leur activité objet d'un tarif (T2A), forfaits annuels, médicaments et dispositifs médicaux implantables (DMI) facturés en sus des séjours, forfaits haute technicité (dépenses dites ODMCO) - dotations pour les missions d'intérêt général et les aides à la contractualisation (MIGAC)
Autres dépenses relatives aux établissements de santé (18,7 Md€)	- dépenses de soins de suite et de réadaptation et de séjours en établissements psychiatriques en application d'un tarif pour les cliniques privées pour les frais de séjours, les médicaments, les dispositifs médicaux (dépenses dites OQN SSR et psy) - dotations annuelles de financement pour les soins de suite et de réadaptation, pour l'activité de psychiatrie, pour les unités de soins de longue durée (USLD) pour les hôpitaux publics ou participant au service public et les hôpitaux locaux, dépenses de soins des établissements de Mayotte et de St-Pierre-et-Miquelon (dépenses dites de l'ODAM) - établissements conventionnés installés à l'étranger (Andorre, Monaco), dépenses hospitalières en France des personnes relevant de régimes étrangers (dépenses dites non régulées) - dotation au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)
Dépenses en établissements et services pour personnes âgées (6,2 Md€)	contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées
Dépenses en établissements et services pour personnes handicapées (7,7 Md€)	contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge (0,9 Md€)	dotation au FIQCS, dépenses du secteur médico-social hors champ de la CNSA, remboursement au CLEISS des dépenses relatives aux soins des assurés français à l'étranger

Source : Cour des comptes

2 – Le sous-objectif de dépenses de soins de ville

Le sous-objectif de dépenses de soins de ville, d'un montant de 73,2 Md€ a été construit à partir de la prévision de dépenses telle qu'établie en septembre 2008 et en tenant compte des modifications de

53. Montants prévus par la LFSS pour 2009, c'est-à-dire avant « transferts de fongibilité ».

54. Hôpitaux publics ou participant au service public (établissements dits ex DG) et cliniques privées (établissement dits ex OQN).

périmètre⁵⁵. Le taux d'évolution tendancielle retenu était de 5,2 %, les mesures nouvelles représentant un montant total de 440 M€⁵⁶. Pour obtenir un taux d'évolution de 3,1 %, des mesures d'économie ont été prévues pour un montant de 1 945 M€ Elles devaient permettre de réduire de moitié environ l'évolution tendancielle des dépenses d'assurance maladie.

Ces mesures d'économie peuvent avoir soit un effet direct (mécanique), lorsqu'il s'agit par exemple d'une modification de tarif, soit un effet indirect, lorsqu'il s'agit de modifier les comportements des professionnels de santé. Le montant attendu des mesures à effet direct (935 M€ en 2009) est certain si celles-ci sont mises en œuvre selon le calendrier prévu. Pour les mesures à effet indirect (870 M€ en 2009), le montant attendu ne peut jamais être déterminé avec certitude. Les différentes mesures sont reprises dans le tableau suivant.

Mesures d'économie pour les soins de ville pour l'année 2009

En M€

Mesure	Montant	Type d'effet
Baisse des prix sur les dispositifs médicaux (mise en œuvre par le CEPS)	50	direct
Marges de distribution des médicaments en ville et rétrocession (mise en œuvre par le CEPS)	100	direct
Accroissement des baisses de prix des médicaments génériques dans le cadre du plan médicament (mise en œuvre par le CEPS)	40	direct
Baisses de prix de médicaments sous brevet et convergence des prix par classe dans le cadre du plan médicament (mise en œuvre par le CEPS)	340	direct
Révision de la cotation des actes les plus courants et automatisés de biologie, baisse des tarifs des actes de radiologie (mise en œuvre par l'UNCAM)	200	direct
Baisses de tarif ciblées sur certains actes réalisés par les médecins spécialistes (mise en œuvre par l'UNCAM)	50	direct
Majoration de la modulation du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins (mise en œuvre par l'UNCAM)	150	direct
Economie sur les aides à la télétransmission des feuilles de soins	5	direct
Développement de l'utilisation des grands conditionnements (mise en œuvre par le CEPS)	30	indirect
Encadrement des transports sanitaires effectués par les taxis (mesure déjà prise en compte dans les mesures d'économie 2008, mais non aboutie en 2008, mise en œuvre par l'UNCAM)	40	indirect
Fixation d'un nombre de séances pour les actes en série sur référentiels HAS (mise en œuvre par l'UNCAM)	65	indirect

55. Par exemple les dépenses pour certains dispositifs médicaux pour les personnes âgées hébergées en établissements, soit 155 M€ ne sont plus remboursées en tant que soins de ville (cf. ci-après).

56. Notamment 75 M€ pour la revalorisation des transports sanitaires, 350 M€ pour la revalorisation des tarifs de certains professionnels de santé.

Mesure	Montant	Type d'effet
Gestion médicalisée de la liste des produits de santé remboursables et suites des recommandations médico-économiques de la HAS, en fonction de l'évaluation par le HAS du service médical et des recommandations et avis médico-économiques émis par la HAS (mise en œuvre par le CEPS)	130	indirect
Lutte contre les fraudes et contrôle des droits (mise en œuvre notamment par l'UNCAM)	85	indirect
Maîtrise médicalisée : 220 M€ attendus pour les prescriptions hors médicaments et 300 M€ pour les médicaments (mise en œuvre notamment par l'UNCAM dans le cadre de la convention nationale liant l'assurance maladie aux syndicats de médecins)	520	indirect
Extension en année pleine des mesures d'économie 2008 mises en œuvre en cours d'année 2008 (effet report)	140	-
Total	1 945	-

Source : DSS et annexe 9 du PLFSS pour 2009

3 – Le sous-objectif de dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité

Le sous-objectif de dépenses relatives aux établissements tarifés à l'activité, d'un montant de 50,9 Md€, a été construit à partir de la prévision de dépenses telle qu'établie en septembre 2008 et en tenant compte du passage à la T2A des établissements de santé des armées. En retenant comme hypothèse une augmentation du volume d'activité de 2,10 % pour les hôpitaux publics et de 2,09 % pour les cliniques privées, la DGOS estimait être en mesure de maintenir l'évolution du montant du sous-objectif à 3,1 % avec un quasi-maintien des tarifs pour les hôpitaux publics (baisse moyenne de 0,03 %) et une légère augmentation pour les cliniques privées (augmentation moyenne de 0,5 %).

Les modalités d'ajustement des actes tarifés

Les mesures d'économie portant sur les actes tarifés des établissements hospitaliers consistent à ajuster le tarif, afin que l'application de celui-ci au volume d'actes prévu pour l'exercice à venir corresponde au montant retenu (pour les actes tarifés) dans le cadre de la détermination du sous-objectif de dépenses des établissements tarifés à l'activité. Cet ajustement du tarif prend par ailleurs en compte autant l'augmentation de certains coûts, tels les coûts salariaux, que les gains de productivité attendus.

4 – Le sous-objectif des autres dépenses relatives aux établissements de santé

Le sous-objectif des autres dépenses relatives aux établissements de santé, d'un montant de 18,5 Md€⁵⁷, a été construit à partir de la prévision de dépenses telle qu'établie en septembre 2008, en lui appliquant une augmentation de 2,0 %.

5 – Les deux sous-objectifs de dépenses médico-sociales

Le montant du sous-objectif « contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées », soit 6,4 Md€⁵⁸, a été déterminé à partir de la contribution de 2008 (5,5 Md€), augmentée de :

- 480 M€ (soit 8,7 %) au titre de l'extension en année pleine des conventionnements de 2008, de la médicalisation de l'offre⁵⁹ et des créations de nouvelles places ;
- 155 M€ au titre des dépenses pour certains dispositifs médicaux qui ne sont plus remboursés en tant que soins de ville, mais sont désormais incluses dans les forfaits de soins des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
- 260 M€ au titre des établissements financés auparavant comme unités de soins de longs séjours (USLD) et en 2009 en tant qu'établissements médico-sociaux.

De même, le montant du sous-objectif « contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées » a été déterminé à partir de la contribution de 2008 (7,4 Md€) augmentée de 343 M€ au titre notamment des diverses mesures nouvelles.

La méthode de détermination des montants de ces deux sous-objectifs fait abstraction des versements effectués aux établissements

57 Le montant de 18,5 Md€ diffère de celui adopté en LFSS (18,7 Md€) du fait du « transfert de fongibilité », intervenu postérieurement à la LFSS, résultant de la prise en charge en 2009 en tant qu'établissements médicaux-sociaux de certaines unités de soins de longs séjours (USLD) jusque là intégrées au sous-objectif des autres dépenses relatives aux établissements de santé.

58 Le montant de 6,4 Md€ diffère de celui adopté en LFSS (6,2 Md€) du fait du « transfert de fongibilité », relatif aux USLD (cf. note précédente).

59. Programme PATHOS.

médico-sociaux. Au demeurant les crédits de la CNSA ⁶⁰, qu'ils proviennent de l'assurance maladie (pour 91 % du montant total) ou qu'ils constituent des ressources propres de la CNSA, ne sont que partiellement consommés, notamment en l'absence de dispositif budgétaire fiable.

Les montants des deux sous-objectifs de dépenses médico-sociales ont donc essentiellement un caractère formel.

6 – Le sous-objectif de dépenses relatives aux autres modes de prise en charge

Le sous-objectif de dépenses relatives aux autres modes de prise en charge représente un montant de 0,9 Md€ Il est sans changement par rapport à celui de l'exercice précédent. Il faut noter que les dépenses de soins à l'étranger remboursées directement à l'assuré ne sont pas comptabilisées dans ce sous-objectif, alors que celles faisant l'objet d'un tiers payant le sont.

B – Le suivi des dépenses dans le champ de l'ONDAM réalisé au cours de l'année 2009

Les prévisions de dépenses de l'exercice 2008 ayant servi de base pour déterminer les montants des différents sous-objectifs de l'année 2009 ont pu être vérifiées au cours de la première quinzaine d'avril 2009, suite à la centralisation des TCDC 2008 des différents régimes. La DSS a pu alors constater que le montant de l'ONDAM 2009 avait été déterminé en sous-évaluant les dépenses de l'exercice 2008 d'une centaine de millions d'euros. Une nouvelle prévision de dépenses a alors été réalisée à partir de ce constat et de la mise en œuvre des mesures d'économie, dont le rendement a dû être réduit de 600 M€ environ. Une diminution prévisionnelle du rendement des mesures d'économies avait d'ailleurs déjà été identifiée dès le mois de décembre 2008.

Ces hypothèses ont conduit à une prévision de dépenses correspondant à un dépassement de l'ordre de 400 M€, soit 0,25 %, formalisée dans le rapport de la commission des comptes de juin 2009. Le comité d'alerte a repris ces prévisions dans son avis du 29 mai 2009 sans avoir à déclencher la procédure d'alerte, le dépassement prévu restant inférieur au seuil d'alerte (0,75 %).

60. Cf. l'enquête conjointe de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale des finances sur la consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses OGD, février 2010, disponible sur le site de la Documentation française.

La prévision de dépassement ayant été revue à la hausse (500 à 550 M€) par la DSS en août 2009, trois nouvelles mesures d'économie ont été proposées en PLFSS pour 2010 comme mesures modificatives pour 2009 :

- une réduction de 150 M€ de la contribution des régimes d'assurance maladie aux dépenses médico-sociales ;
- une réduction de la dotation au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) de 50 M€;
- enfin une réduction des dotations au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation déléguées aux hôpitaux (MIGAC) pour 25 M€

Ce n'est qu'en décembre 2009 que les prévisions ont pu faire apparaître l'ampleur du dépassement qui devrait être constaté par la LFSS pour 2011 (de l'ordre de 700 M€, cf. ci-après) lorsqu'il a été possible d'élaborer une prévision des dépenses hospitalières non plus à partir de l'actualisation des hypothèses de construction de l'ONDAM, mais à partir des dépenses effectives des premiers mois de l'année 2009.

C – Les dépassements des dépenses en 2009

1 – Le constat de la DSS

Le constat des dépenses de l'exercice 2009 a pu être réalisé par la DSS en avril 2010 après production des TCDC par les différents régimes et leur exploitation. Ce constat, repris par la commission des comptes dans son rapport du mois de juin 2010, est donné par le tableau suivant.

Constat provisoire des dépenses 2009 dans le champ de l'ONDAM réalisé par la CCSS

En Md€

Sous-objectifs	Montants des sous-objectifs	Dépenses constatées	Dépassements
<i>Soins de ville</i>	73,2	73,4	0,2
Etablissements de santé tarifés à l'activité	nd	nd	nd
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	nd	nd	nd
<i>Total établissements de santé</i>	69,4	70,0	0,6
Etablissements et services pour personnes âgées	6,4	6,3	-0,2
Etablissements et services pour personnes handicapées	7,7	7,7	0,0
Autres modes de prise en charge	0,9	1,0	0,0
Total	157,6	158,4	0,7

Note de lecture : les écarts sur les totaux et les dépassements proviennent des arrondis.

Source : Rapport de la CCSS du mois de juin 2010

2 – Le constat révisé par la Cour

Suite à ses travaux de vérification, la Cour formule les observations suivantes. Certaines reprennent celles qui avaient été faites pour les exercices précédents (cf. supra) : ainsi le constat de la commission des comptes porte sur les dépenses de l'exercice au titre des soins de la seule année 2009 ; le constat des dépenses pour les deux sous-objectifs relatifs aux établissements de santé est réalisé globalement ; les indemnités journalières des fonctionnaires, financées par l'Etat, ne sont pas constatées à partir de données comptables.

Plusieurs observations sont en outre spécifiques à l'exercice 2009 :

- la LFSS pour 2010 a révisé le niveau de la contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées, en la réduisant de 150 M€ Dans la mesure où, par construction, la dépense est égale au montant du sous-objectif arrêté, le montant du sous-objectif aurait dû être révisé. Aucune « sous-réalisation » n'aurait alors été constatée ;
- une correction comptable a modifié depuis 2009 la date de comptabilisation des dépenses de remboursements des soins à l'étranger des assurés du régime général. Mais le sixième sous-objectif avait été construit sans tenir compte de cette évolution. Son effet sur les comptes 2009, de 156 M€, n'a pas été retraité par la DSS lors du constat des dépenses relatives aux autres modes de prise en charge ;
- les dépenses de scanners et d'IRM des centres de santé et des structures non hospitalières (GIE, GIP...) ont été comptabilisées par les caisses d'assurance maladie en soins de ville, alors que lors de la construction de l'ONDAM, elles étaient classées parmi les dépenses de cliniques privées. Ce reclassement n'a pu être estimé ;
- les tickets modérateurs des affections hors liste, pris en charge par les régimes autres que le régime général, ne sont pas retenus. Il en va de même pour les aides à la télétransmission de ces régimes. Ces choix sont pour la plupart sans conséquence sur le niveau de dépassement, sauf si les dépenses varient d'une année à l'autre ;
- les versements de l'assurance maladie aux instituts pour jeunes sourds et au Samu social (37 M€ au total) n'ont pas donné lieu à un remboursement de la part de la CNSA. Ils restent donc à la charge de l'assurance maladie mais ils n'ont pas été pris en compte dans le constat de l'ONDAM (6^{ème} sous-objectif).

En tenant compte de ces différents éléments, la Cour a recalculé à partir des TCDC les dépenses constatées pour chacun des sous-objectifs de l'ONDAM. Le résultat des travaux de la Cour est donné par le tableau suivant.

**Constat provisoire des dépenses 2009 dans le champ de l'ONDAM
révisé par la Cour**

En Md€

Sous-objectifs	Montants sous-objectifs	Dépenses constatées	Dépassements	Taux de dépassement
Soins de ville	73,20	73,36	0,16	0,22%
Etablissements de santé tarifés à l'activité	50,83	51,38	0,55	1,08%
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,53	18,60	0,07	0,38%
<i>Total établissements de santé</i>	<i>69,36</i>	<i>69,98</i>	<i>0,62</i>	<i>0,89%</i>
Etablissements et services pour personnes âgées	6,27	6,27	0,00	0,00%
Etablissements et services pour personnes handicapées	7,73	7,73	0,00	0,00%
Autres modes de prise en charge	0,93	0,86	-0,07	-7,53%
Total	157,49	158,20	0,71	0,45%

Source : Cour des comptes d'après les TCDC

Le constat diffère un peu de celui présenté devant la commission des comptes en raison notamment :

- du montant du sous-objectif de dépenses pour les établissements et services pour personnes âgées qui aurait dû être révisé ;
- de la présentation décomposée en deux constats de dépenses pour les deux sous-objectifs hospitaliers ;

L'impossibilité de quantifier certains retraitements nécessaires conduit à une incertitude de l'ordre de 200 M€⁶¹, qui porte tant sur les montants des dépenses dans le champ des sous-objectifs que sur celui de l'ONDAM.

3 – L'origine des dépassements

Les raisons qui permettent d'expliquer le dépassement du sous-objectif de dépenses de soins de ville et celui du sous-objectif de dépenses des établissements de santé tarifés à l'activité sont de nature différente.

Concernant les soins de ville, deux facteurs explicatifs du dépassement de l'ordre de 200 M€ peuvent être avancés :

61. Si le constat avait porté sur les dépenses correspondant aux soins réalisés non seulement pendant l'exercice, mais aussi pendant les exercices antérieurs, l'incertitude aurait alors été moindre, pour les raisons exposées supra, et il ne serait pas nécessaire de réviser ce montant lors du constat des dépenses pour les exercices suivants.

- le caractère partiel de la réalisation des mesures d'économie (de l'ordre de 70 %). Ainsi, pour les mesures à effet direct, 782 M€ d'économies auraient été réalisées sur un montant total prévu de 935 M€. L'écart entre le montant prévu et le montant réalisé est la conséquence, dans la plupart des cas, de retards ou d'absence de mise en œuvre des mesures. Pour les mesures à effet indirect (hors maîtrise médicalisée), 105 M€ d'économies auraient été réalisées sur un montant total prévu de 350 M€. Les raisons qui expliquent cet écart sont diverses. Quant aux mesures relevant de la maîtrise médicalisée, leur effet est, à ce stade, difficile à quantifier ;
- les conséquences de la grippe A (H1N1)v. Elles n'avaient pas été prises en compte pour la construction de l'ONDAM et contribuent pour 200 M€ au dépassement, essentiellement en raison des provisions.

La prévision de dépenses pour 2008 sur le poste médicaments, retenue pour la construction de l'objectif 2009, était trop élevée de 330 M€, ce qui a eu l'effet inverse : le montant de l'objectif a été surévalué, conduisant en conséquence à réduire le dépassement.

Pour les dépenses des établissements de santé tarifés à l'activité, deux raisons ont été identifiées :

- les conséquences du déploiement de la nouvelle nomenclature V11, qui a consisté à faire évoluer la structure du tarif (avec notamment l'introduction d'un niveau de sévérité allant de 1 à 4 pour chaque groupe homogène de soins ou GHS), n'avaient pas été suffisamment prises en compte. Sa contribution au dépassement serait de l'ordre de 710 M€;
- l'hôpital a aussi connu un surcroît d'activité du fait de l'épidémie de grippe A (H1N1)v. Son effet, pour ce qui est de l'hôpital public, a été estimé par l'ATIH à 120 M€.

Pour chacun de ces deux sous-objectifs, l'écart entre, d'une part, les dépassements constatés et, d'autre part, les montants des mesures d'économie non réalisées et les dépenses non prévues montre d'ailleurs la difficulté d'estimer les bases et les évolutions tendanciennes de façon fiable.

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

Il convient pour finir d'examiner comment les dépenses de santé financées par la sécurité sociale, c'est-à-dire les dépenses dans le champ de l'ONDAM, ont évolué pour l'année 2009 par rapport à celles de l'année précédente, en faisant abstraction des montants des objectifs tels qu'ils avaient été définis à l'origine. Les dépenses, classées de la même

façon que pour la détermination de l'ONDAM, sont présentées dans le tableau qui suit.

Evolution des dépenses de santé financées par la sécurité sociale

En Md€

	Montants des dépenses 2008	Montants des dépenses 2009	Taux d'évolution
Soins de ville	70 784	73 360	+3,64 %
Etablissements de santé tarifés à l'activité	49 358	51 382	+4,10 %
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18 350	18 600	+1,36 %
Etablissements et services pour personnes âgées	5 523	6 267	+13,47 %
Etablissements et services pour personnes handicapées	7 378	7 727	+4,73 %
Autres modes de prise en charge	879	857	-2,50 %
Total	152 272	158 193	+3,89 %

Source : Cour des comptes d'après les TCDC 2008 et 2009

Chacun des grands postes est analysé ci-après.

A – Les dépenses de soins de ville

Il s'agit des dépenses liées aux remboursements d'honoraires des professionnels libéraux, de produits de santé et de prestations, et des paiements d'indemnités journalières. Ces dépenses ont évolué de la façon suivante.

Evolution des dépenses de soins de ville

En M€

	Montant des dépenses 2008	Montant des dépenses 2009	Taux d'évolution
Honoraires	29 622	30 637	+3,43 %
Médicaux	15 690	15 993	+1,93 %
Infirmiers	4 371	4 759	+8,88 %
Dentistes	3 207	3 224	+0,51 %
Masseurs kinésithérapeutes	2 855	2 922	+2,33 %
Prise en charge de cotisations	1 800	1 958	+8,81 %
Autres	1 698	1 781	+4,88 %
Produits de santé et autres prestations	32 025	33 138	+3,47 %
Médicaments	21 150	21 914	+3,61 %
Produits et prestations de la liste (LPP)	4 525	4 563	+0,85 %
Biologie	3 272	3 336	+1,96 %
Transports	3 079	3 324	+7,98 %
Indemnités journalières	9 137	9 586	+4,91 %
Total	70 784	73 360	+3,64 %

Source : Cour des comptes d'après les TCDC 2008 et 2009.

Les dépenses de soins de ville ont progressé de 3,64 % en 2009 par rapport à 2008. La progression est plus marquée pour les transports

(+7,98 %), les soins infirmiers (+8,88 %), les indemnités journalières pour arrêt maladie et accidents du travail (+4,91 %) et les prises en charge conventionnelles des cotisations personnelles des professionnels libéraux (+8,81 %).

Les dépenses de transport (3,3 Md€) ont augmenté suite à l'application de l'avenant n°5 à la convention entre l'UNCAM et les transporteurs en ambulances et en véhicules légers. Cet avenant a eu un effet immédiat sur la hausse des tarifs. En revanche, la maîtrise des volumes de transport en ambulances, qui constituait aussi un objectif de l'avenant, n'a pu être observée en 2009, comme le montre le tableau ci-après.

Analyse de l'évolution des dépenses de transport⁶²

	Répartition des dépenses 2009	Evolution 2009/2008	dont évolution des volumes	dont évolution des prix	dont évolution du taux de prise en charge
Ambulances	40 %	8,3 %	4,0 %	4,0 %	0 %
Véhicules sanitaires légers (VSL)	25 %	2,3 %	-1,1 %	3,9 %	-0,1 %
Taxis	30 %	8,7 %	4,9 %	3,7 %	-0,1 %
Autres	5 %	nd	nd	nd	nd
Total	100 %	7,2 %	3,0 %	4,1 %	0,0 %

Source : Commission de suivi des dépenses de santé, CNAMTS, avril 2010

Les dépenses pour les transports en taxi augmentent de 8,7 %, autant sous l'effet des volumes que des tarifs, alors que le dispositif de convention-type des caisses de sécurité sociale avec les entreprises de taxi avait été présenté comme une mesure d'économie avec un rendement attendu de 40 M€ en 2009.

Les dépenses de soins infirmiers (4,8 Md€) augmentent de 8,9 %. Si l'avenant conventionnel de 2008 a eu un effet direct sur les tarifs des actes et des déplacements (augmentation en moyenne de 3 %), il n'a pas eu d'effet sur la maîtrise des volumes de soins qui ont augmenté de 6 % environ en 2009, du fait non seulement du vieillissement de la population

62. Les taux sont établis à partir de données statistiques corrigées des variations des jours ouvrés, et non à partir des données comptables.

assurée⁶³, mais aussi de l'augmentation du nombre d'infirmiers libéraux (+4,3 % par an en moyenne depuis 2005) ;

Les indemnisations d'arrêts pour maladie et accidents de travail représentent une dépense de 9,6 Md€ au titre de 2009, soit une progression de 4,91 %. Les arrêts pour maladie de moins de trois mois (43 % des journées indemnisées) ont progressé de 3 % en 2009 (contre 6 % en 2008). L'épidémie de grippe A (H1N1)v ne permet pas à elle seule d'expliquer cette augmentation, d'autant plus que la situation de l'emploi salarié, qui s'est dégradée en 2009, a eu tendance à faire diminuer le nombre d'indemnités journalières de moins de trois mois. Les indemnités pour arrêt de plus de 90 jours augmentent, sans que les raisons aient pu être identifiées.

Les prises en charge des cotisations personnelles de sécurité sociale de certaines professions de santé ont augmenté à un rythme plus élevé (8,81 %) que celui des honoraires (3,43 %)⁶⁴.

La faible évolution (+0,85%) des dépenses relatives aux produits et prestation de la liste (LPP) résulte du transfert d'une partie des dispositifs médicaux pour 155 M€ dans le budget des EHPAD opéré pour l'exercice 2009 (cf. supra). En neutralisant ce transfert, le taux d'évolution de ce poste est de +4,26% et celui des dépenses de soins de ville de +3,86%.

Enfin, l'incidence de la grippe A (H1N1)v a été estimée à 0,3 % des dépenses de soins de ville, soit environ 200 M€ correspondant à 5,7 millions de personnes demandant un remboursement d'honoraires, de médicaments ou bénéficiant d'indemnités journalières.

B – Les dépenses hospitalières

1 – Les dépenses des établissements tarifés à l'activité

Les dépenses des hôpitaux publics et des cliniques privées, pour leur activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et les

63. L'effet du vieillissement de l'ensemble des assurés est estimé à +1,7 % par an. Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a récemment publié un avis indiquant que le vieillissement des assurés n'explique qu'à la marge la hausse des dépenses d'assurance maladie. Cependant tel n'est pas le cas pour les soins infirmiers dont bénéficient principalement les personnes âgées (70 % des actes sont opérés sur les plus de 70 ans).

64. Il faut noter que la Cour des comptes a, dans le cadre de ses travaux de certification des comptes 2009, émis une réserve compte tenu de l'incertitude sur ce poste.

dotations pour les missions d'intérêt général et les aides à la contractualisation, ont évolué de la façon suivante.

Evolution des dépenses des établissements tarifés à l'activité

En M€

	Montant des dépenses 2008 ⁶⁵	Montant des dépenses 2009	Taux d'évolution
Activité (ODMCO)	42 746	43 735	+2,31 %
Activité des hôpitaux publics	33 396	33 976	+1,74 %
Médicaments et DMI	2 420	2 604	+7,60 %
Forfaits annuels	926	965	+4,17 %
Actes tarifés	30 050	30 408	+1,19 %
Activité des cliniques privées	9 350	9 759	+4,37 %
Médicaments et DMI	1 475	1 512	+2,51 %
Forfaits annuels	74	78	+5,68 %
Forfaits haute technicité	96	164	+70,42 %
Actes tarifés	7 705	8 005	+3,89 %
MIGAC	6 613	7 647	+15,65 %
MIGAC des hôpitaux publics	6 538	7 574	+15,84 %
MIGAC des cliniques privées	75	74	-1,60 %
Total	49 358	51 382	+4,10 %
Total hôpitaux publics	39 933	41 550	+4,05 %
Total cliniques privées	9 425	9 833	+4,32 %

Source : Cour des comptes d'après les TCDC pour les cliniques privées et ATIH pour les hôpitaux publics

La répartition des missions financées par les tarifs et les MIGAC a été modifiée, essentiellement pour les hôpitaux publics, sans toutefois avoir une conséquence directe sur le niveau total des dépenses, qu'il s'agisse des hôpitaux publics ou des cliniques privées. Ainsi, les MIGAC ont été augmentées de 100 M€ pour la prise en charge des patients en situation de précarité et de 633 M€ pour la permanence des soins hospitaliers, en diminuant d'autant les tarifs. Cette modification de répartition explique l'augmentation des MIGAC de 15,84 % pour les hôpitaux publics et le fait que l'augmentation de l'activité tarifée est moindre pour les hôpitaux publics (+1,19 %) que pour les cliniques privées (+3,89 %).

On constate ensuite une augmentation des dépenses de 4,10 %, plus importante pour les cliniques privées (+4,32 %) que pour les hôpitaux publics (+4,05 %). Les différents facteurs de cette augmentation sont les suivants :

65. Il s'agit des dépenses de l'année 2008 (versements aux établissements et provisions), augmentées de 340 M€ en ce qui concerne les actes tarifés des hôpitaux publics pour tenir compte du passage à la T2A du service de santé des armées.

- la mise en œuvre de la nouvelle nomenclature des actes dans le cadre de la version V11 de la tarification (cf. supra) le 1^{er} mars 2009 a eu, selon l'ATIH, toutes choses restant égales par ailleurs, un effet de +2,3 % sur le niveau des dépenses correspondant aux GHS, plus prononcé pour les hôpitaux publics (+2,4 %) que pour les cliniques privées (+1,9 %) ;
- le niveau d'activité, en nombre de séjours, a plus augmenté pour les hôpitaux (+1,6 %) que pour les cliniques privées (+0,8 %). Néanmoins, l'augmentation du nombre de séjours pour les hôpitaux est pour une part importante due à l'augmentation du nombre de séances, qui représentent un coût plus faible que celui des séjours, lesquels évoluent de moins de 1 %. L'effet de la grippe A (H1N1)v sur l'activité de hôpitaux publics serait de l'ordre de +0,3 % ;
- le tarif moyen a augmenté de 0,08 %, ce qui correspond à une diminution de 0,03 % pour les hôpitaux publics (une fois l'effet des transferts de certaines dépenses vers les MIGAC neutralisé) et à une augmentation de 0,5 % pour les cliniques privées.

En pondérant ces différents facteurs, on aurait dû logiquement constater une plus forte augmentation des dépenses pour les hôpitaux publics que pour les cliniques privées. L'observation de la tendance contraire (+4,05 % pour les hôpitaux publics contre +4,32 % pour les cliniques privées) pourrait par hypothèse résulter des méthodes d'évaluation des provisions qui diffèrent entre les deux secteurs (méthode définie par l'ATIH pour les hôpitaux publics et méthodes définies par les régimes d'assurance maladie pour les cliniques privées). L'interprétation des données comptables relatives aux dépenses hospitalières pose donc une réelle difficulté.

2 – Les autres dépenses relatives aux établissements de santé

Les autres dépenses relatives aux établissements de santé sont très hétérogènes et sont constituées, pour la plupart, par des dotations. Elles sont donc prévisibles.

Evolution des autres dépenses relatives aux établissements de santé

En M€

	Montant des dépenses 2008	Montant des dépenses 2009	Taux d'évolution
Dépenses de l'ODAM	15 393	15 514	+0,79 %
Dépenses OQN psy et SSR	2 106	2 238	+6,25 %
Dépenses non régulées	650	658	+1,1 %
Dotations au FMESPP	201	190	-5,42 %
Total	18 350	18 600	+1,36 %

Source : Cour des comptes d'après les TCDC

Elles ont augmenté de 1,36 % en 2009. Les dépenses de soins de suite et de réadaptation (SSR) et les activités de psychiatrie des établissements du champ OQN ⁶⁶ (dépenses OQN psy et SSR) augmentent de 6,25 %. Cette augmentation est proche de celle qui avait été prévue en début d'année.

C – Les dépenses relatives aux établissements médico-sociaux

Les dépenses dont il est fait état ci-après sont les dépenses payées par les caisses d'assurance maladie et refacturées à la CNSA, qui les finance avec les dotations de l'assurance maladie et ses propres ressources.

Ces dépenses⁶⁷ sont présentées dans le tableau suivant.

Evolution des dépenses relatives aux établissements médico-sociaux

En M€

	Montants budgétés par la CNSA						Montant des dépenses effectives		
	Assurance maladie 2008	Ressources CNSA 2008	Total 2008 (OGD)	Assurance maladie 2009	Ressources CNSA 2009	Total 2009 (OGD)	2008	2009	Evolution (%)
Etablissements pour personnes âgées	5 938	1 089	7 027	6 267	1 325	7 592	6 137	7 323	19,33 %
Etablissements pour personnes handicapées	7 378	276	7 654	7 727	283	8 010	7 690	7 924	3,04 %
Total	12 901	1 365	14 266	13 994	1 608	15 602	13 827	15 247	10,34 %

Source : Cour des comptes d'après les TCDC

L'accroissement des dépenses pour les établissements pour personnes âgées (19,33 %) est plus fort que celui du montant budgété par la CNSA (8,0 %). Le montant des dépenses reste néanmoins inférieur au montant budgété (7 592 M€).

Par contre, l'augmentation des dépenses pour les établissements pour personnes handicapées (3,04 %) est plus faible que celle (4,5 %) du montant budgété par la CNSA (8 010 M€). Cette situation conduit à une sous-consommation globale des crédits de l'ordre de 80 M€, alors que les dépenses pour les établissements pour personnes handicapées avaient légèrement excédé les montants budgétés en 2008.

66. Etablissements qui n'étaient pas financés par dotation globale, c'est-à-dire de façon approximative les établissements privés.

67. Elles ne comprennent pas les quelques dépenses du secteur médico-social financées par l'assurance maladie (centres de soins spécialisés pour toxicomanes, centres de cures ambulatoire en alcoologie...), d'un montant de 352 M€ prises en compte dans le sous-objectif des autres modes de prise en charge

SYNTHESE

Par ses finalités, l'ONDAM s'apparente à un dispositif de contrôle de gestion : il est censé comprendre à ce titre une définition stratégique des objectifs, des plans d'action pour permettre d'atteindre ces objectifs, un système de « reporting » pour assurer le suivi de la réalisation des objectifs, et éventuellement prendre des mesures correctrices, et enfin une méthode d'évaluation pour s'assurer que les résultats sont atteints.

En réalité, cela est loin d'être le cas. Aussi une meilleure formalisation du dispositif est nécessaire pour renforcer la rigueur avec laquelle il doit être mis en œuvre. Il est aussi nécessaire d'améliorer les prévisions infra-annuelles de dépenses. Les recommandations de la Cour détaillées ci-après visent ces objectifs.

En outre, le pilotage des dépenses médico-sociales est de fait exclu du dispositif. Il importe qu'un dispositif de pilotage de ces dépenses, qui représentent 1/10^{ème} de l'ONDAM, soit défini et mis en œuvre.

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 (1^{er} 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.*

Chapitre III

Les compensations inter-régimes

PRESENTATION

La loi a institué en 1974 des mécanismes de compensation financière, d'une part entre les régimes de retraite obligatoires de base et d'autre part entre les régimes d'assurance maladie⁶⁸. 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.

Ce sujet a déjà donné lieu à de nombreux travaux d'analyse. La Cour a réalisé deux enquêtes dont les conclusions ont été présentées dans le rapport annuel au Parlement sur la sécurité sociale de septembre 1995⁶⁹ et dans le RALFSS de septembre 2003⁷⁰.

La première enquête avait relevé un certain nombre d'erreurs, d'approximations et d'imperfections, tant dans la déclinaison réglementaire du cadre conceptuel défini par la loi que dans sa mise en œuvre. Elle avait conclu que les règles applicables aux compensations démographiques avaient vieilli et devraient faire l'objet d'une refonte générale, visant à la fois leur simplification et le strict respect des objectifs qui leur étaient assignés. Le seconde, qui ne portait que sur les compensations entre régimes d'assurance vieillesse, avait à nouveau préconisé un réexamen d'ensemble des mécanismes de compensation afin d'en renforcer l'équité, et donc l'acceptabilité par les régimes.

Peu de suites ont été données à ces recommandations. Or, si les transferts réalisés dans le cadre de la compensation démographique ne constituent qu'une partie des transferts entre régimes, ils représentent encore une composante importante des ressources de certains régimes. C'est pourquoi la Cour a estimé nécessaire de les réexaminer cette année.

Ainsi, après une présentation de l'ensemble des transferts entre régimes résultant des déséquilibres importants de certains d'entre eux (I), les transferts de compensations démographiques seront examinés pour l'assurance vieillesse (II) et pour l'assurance maladie (III) ainsi que pour les modalités de gestion et de contrôle des transferts (IV).

68. A l'origine, il existait aussi un mécanisme de compensation pour les prestations familiales, qui a été supprimé à la création du régime unique d'allocations familiales (cf. infra).

69. Rapport annuel au Parlement sur la sécurité sociale publié en septembre 1995 – Les transferts financiers entre régimes : compensations et répartitions (p. 100 à 149).

70. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale publié en septembre 2003 (p. 288 à 304) - transferts de solidarité entre régimes.

I - Le déséquilibre structurel de certains régimes

A – Des caractéristiques démographiques très différentes d'un régime à l'autre

Dans chaque régime de sécurité sociale de retraite ou d'assurance maladie, les cotisations versées financent les prestations des bénéficiaires.

Le rapport entre les nombres de cotisants et de bénéficiaires (rapport démographique) constitue le principal facteur d'équilibre des régimes mais les mutations économiques font parfois varier fortement ce rapport.

Evolution des rapports démographiques des principaux régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse

(effectifs en milliers)

	Cotisants actifs 2007 ⁷¹	Retraités de droits propres 2007	Rapport démographique 2007	Rapport démographique 1993
Régime général (CNAVTS)	17 073	10 643	1,60	1,85
Agents de l'État	2 452	1 514	1,62	2,98
Agents des collectivités locales et de la fonction publique hospitalière (CNRACL)	1 952	626	3,12	4,01
Commerçants (RSI-commerçants)	776	805	0,96	0,93
Salariés agricoles (MSA-salariés)	664	1 884	0,35	0,41
Artisans (RSI-artisans)	629	582	1,08	1,13
Exploitants agricoles (MSA-exploitants)	566	1 752	0,32	0,45
Professions libérales (CNAVPL)	554	163	3,41	3,80
Personnel de la SNCF (CPRP SNCF)	163	188	0,87	0,86
Industries électriques et gazières (CNIEG)	140	111	1,26	1,65
Ouvriers de l'État (FSPOEIE)	52	60	0,87	nd
Clercs et employés de notaires (CRPCEN)	48	48	1,00	1,14
Avocats (CNBF)	46	5	8,32	nd
Personnel de la RATP (CRP RATP)	44	33	1,35	1,35
Régime des marins (ENIM)	37	73	0,51	0,66
Ministres des cultes (CAVIMAC)	15	63	0,24	0,34
Personnel de la Banque de France	14	12	1,22	1,48
Régime des mines (CANSSM)	10	203	0,05	0,13
Ensemble			1,34	1,46

Source : Annexe au PLFSS 2009 pour les données de l'année 2007 et Cour des comptes pour l'année 1993

71 . Effectifs déterminés selon d'autres règles que celles utilisées pour la compensation.

Ainsi, en 2007 le nombre de cotisants pour un retraité se situait pour les différents régimes de retraite entre 0,05 pour le régime des mines (CANSSM) et 8,32 pour celui des avocats (CNBF). Tous régimes de retraite confondus, il est passé de 1,46 en 1993 à 1,34 en 2007.

Pour l'assurance maladie, il existe aussi un écart entre les régimes, mais dans des proportions moindres : en 2007, le nombre de cotisants pour un bénéficiaire se situait entre 0,06 pour le régime des mines et 0,50 pour celui des travailleurs indépendants (RSI).

Pour les régimes dont le rapport démographique est très défavorable, un ajustement des taux de cotisations ou du montant des prestations versées n'est pas suffisant pour rétablir leur équilibre. Considérant implicitement que la pérennité de ces régimes au rapport démographique défavorable devait être assurée, le législateur a créé différents types de transferts en leur faveur.

B – Les différents mécanismes de transfert

Ces transferts sont régis par plusieurs mécanismes :

- des subventions d'équilibre versées par l'Etat ou l'affectation d'impôts et de taxes ;
- la prise en charge des déficits de certains régimes spéciaux par le régime général ;
- enfin, les transferts de compensations démographiques entre régimes, déterminés notamment en fonction des effectifs de cotisants et de bénéficiaires.

La répartition des montants en fonction des mécanismes de transferts est donnée par le tableau suivant :

**Montants et parts relatives pour les différents mécanismes de transfert
entre régimes de retraite et maladie en 2008**

En Md€

	Total	Subventions de l'Etat ou affectation d'impôts et taxes		Déficits de certains régimes spéciaux pris en charge par le régime général		Compensations démographiques	
Produits de transfert pour les régimes de retraite	18,00	8,15	45%	0,52	3%	9,33	52%
Charges de transfert pour les régimes de retraite	9,84	-	-	0,51	5%	9,33	95%
Produits de transfert pour les régimes maladie	8,07	3,65	45%	1,20	15%	3,22	40%
Charges de transfert pour les régimes maladie	4,56	-	-	1,34	29%	3,22	71%

Source : Tableaux de consolidation des données comptables 2008

Les transferts résultant des mécanismes de compensation démographique représentent ainsi une part prépondérante des transferts totaux. Mais, tant en valeur absolue qu'en valeur relative par rapport au total des transferts, les transferts de compensations démographiques sont bien plus importants pour les régimes d'assurance vieillesse (9,33 Md€ représentant 52 % des produits et 95 % des charges de transfert) que pour les régimes d'assurance maladie (3,22 Md€ représentant 40 % des produits et 71 % des charges de transfert).

Dans les deux cas, la prise en compte de la solidarité contribue au déficit du régime général.

C – Les transferts entre régimes de retraite

Pour certains régimes de retraite, les transferts, tous mécanismes confondus, qu'ils soient en provenance des autres régimes ou de l'Etat, représentent une part importante de leurs produits ou charges, comme le montre le tableau qui suit :

Part des charges et produits de tous les transferts par rapport aux produits et charges totaux des différents régimes de retraite de base en 2008

(Md€ et %)

	Produits hors produits de transfert	Charges hors charges de transfert	Résultat « brut »	Produits de transfert ⁷²	Part des produits de transfert dans le total des produits	Charges de transfert ⁷³	Part des charges de transfert dans le total des charges	Résultat
ENIM	0,20	1,12	-0,92	0,92	82,1%	0,00	0,1%	0,00
CANSSM	0,39	1,91	-1,52	1,62	80,7%	0,00	0,0%	0,10
FSPOEIE	0,46	1,69	-1,22	1,22	72,4%	0,00	0,1%	0,00
CAVIMAC	0,07	0,25	-0,17	0,17	69,5%	0,00	0,0%	0,00
CPRP de la SNCF	1,89	5,02	-3,14	3,14	62,4%	0,00	0,0%	0,00
MSA-exploitants	4,08	9,36	-5,27	5,29	56,4%	0,00	0,0%	0,02
CRP RATP	0,42	0,85	-0,43	0,47	52,9%	0,04	4,6%	0,00
MSA-salariés	3,18	5,77	-2,58	2,61	45,1%	0,01	0,1%	0,02
RSI-commerçants	2,44	3,94	-1,49	1,53	38,5%	0,00	0,0%	0,04
RSI-artisans	2,38	3,28	-0,91	0,71	23,1%	0,00	0,0%	-0,19
CNAVPL	1,44	0,97	0,47	0,00	0,0%	0,48	32,9%	-0,00
CNBF	0,18	0,16	0,02	0,00	2,1%	0,07	30,5%	-0,04
CNRACL	15,05	12,27	2,78	0,00	0,0%	2,45	16,7%	0,32
CNAVTS	90,69	90,87	-0,18	0,02	0,0%	5,48	5,7%	-5,64
Autres régimes	49,72	48,91	0,82	0,29	0,6%	1,31	2,6%	-0,21
Total	172,61	186,36	-13,74	18,00	9,4%	9,84	5,0%	-5,59

Source : Tableaux de consolidation des données comptables 2008

Pour les régimes dont le rapport démographique est le plus défavorable, les produits de transfert représentent plus de la moitié des produits : 82,1 % pour les marins (ENIM), 80,7 % pour les mines (CANSSM), 72,4 % pour les ouvriers de l'Etat (FSPOEIE), 69,5 %, pour les ministres des cultes (CAVIMAC), 62,4 % pour la SNCF, 56,4 % pour les exploitants agricoles et 52,9 % pour la RATP.

Les charges de transfert représentent aussi pour certains régimes une proportion importante des charges totales : pour le régime des professions libérales (CNAVPL) 32,9 %, celui des avocats (CNBF) 16,7 %, le régime des collectivités locales et de la fonction publique hospitalière (CNRACL) 16,7 % et le régime général (CNAVTS) 5,7 %.

Ces différents transferts rapprochent tous les régimes de l'équilibre, sauf le régime général (CNAVTS) qui voit en 2008 son déficit porté de 0,18 à 5,64 Md€

72. Tous mécanismes de transferts confondus (cf. ci-après).

73. Idem.

D – Les transferts entre régimes d'assurance maladie

Les transferts, tous types confondus, en provenance des autres régimes ou de l'Etat, représentent aussi une part importante des produits ou des charges pour certains régimes d'assurance maladie.

Part des charges et produits de transfert par rapport aux produits et charges totaux des différents régimes d'assurance maladie en 2008

(Md€ et %)

	Produits hors produits de transfert	Charges hors charges de transfert	Résultat « brut »	Produits de transfert ⁷⁴	Part des produits de transfert dans le total des produits	Charges de transfert ⁷⁵	Part des charges de transfert dans le total des charges	Résultat
CANSSM	0,46	1,58	-1,12	1,00	68,4%	0,00	0,1%	-0,12
ENIM	0,18	0,40	-0,21	0,25	58,0%	0,03	6,8%	0,01
CAVIMAC	0,09	0,20	-0,11	0,11	56,1%	0,00	0,0%	0,00
SNCF	1,33	2,01	-0,68	0,69	34,4%	0,05	2,3%	-0,03
MSA - exploitants	6,28	8,60	-2,32	2,79	30,7%	0,05	0,6%	0,42
RSI maladie	7,63	8,06	-0,43	1,70	18,2%	1,25	13,4%	0,02
MSA - salariés	4,45	5,18	-0,73	0,82	15,6%	0,00	0,1%	0,08
CRPCEN	0,35	0,28	0,07	0,00	0,0%	0,07	20,4%	-0,00
RATP	0,31	0,27	0,03	0,00	0,0%	0,03	11,5%	0,00
CNAMTS	160,97	163,09	-2,11	0,70	0,4%	3,04	1,8%	-4,45
Autres régimes	3,05	3,05	-0,00	0,00	0,1%	0,04	1,2%	-0,03
Total	185,11	192,72	-7,62	8,07	4,2%	4,56	2,3%	-4,10

Source : Tableaux de consolidation des données comptables 2008

Les transferts représentent, pour les régimes d'assurance maladie dont le rapport démographique est le plus défavorable, plus de la moitié de leurs produits : 68,4 % pour le régime des mines (CANSSM), 58,0 % pour celui des marins (ENIM), 56,1 % pour celui des ministres des cultes (CAVIMAC) et encore 34,4 % pour celui de la SNCF. Les charges de transfert représentent aussi pour certains régimes une proportion importante des charges totales : pour le régime des clercs et employés de notaires (CRPCEN) 20,4 % et celui de la RATP 11,5 %. Ces différents transferts rapprochent tous les régimes de l'équilibre, sauf le régime général (CNAMTS) qui voit en 2008 son déficit porté de 2,11 à 4,45 Md€

74. Tous mécanismes de transferts confondus (cf. ci-après).

75. Idem.

II - Les transferts de compensation démographique entre régimes d'assurance vieillesse

La loi de 1974⁷⁶ a institué des mécanismes de compensation, conçus pour « remédier aux inégalités provenant des déséquilibres démographiques et des disparités de capacités contributives entre les différents régimes ». Mais cette loi, considérant que les mécanismes de compensation ne pouvaient être que provisoires, avait aussi fixé l'objectif de « construire un système de protection sociale commun à tous les Français au plus tard le 1^{er} janvier 1978 dans les trois branches : assurance maladie-maternité, vieillesse, prestations familiales »⁷⁷. Faute d'avoir atteint cet objectif pour l'assurance vieillesse et l'assurance maladie, les différents mécanismes de compensations subsistent.

Le cadre conceptuel de ces mécanismes défini par la loi en 1974 a été décliné par voie réglementaire. L'administration a ensuite établi, à partir de ces textes, les formules de calcul permettant de déterminer annuellement les montants des compensations.

Tous les mécanismes de compensation sont des échanges à somme nulle, c'est-à-dire qu'ils ne créent pas directement de ressources pour les régimes de sécurité sociale pris dans leur ensemble et n'ont pas pour objet de réduire le déficit global de l'assurance vieillesse d'une part et celui de l'assurance maladie d'autre part.

A – Les transferts de compensation généralisée entre les régimes d'assurance vieillesse

1 – Les modalités de calcul des transferts

Les transferts de compensation entre régimes d'assurance vieillesse sont calculés à partir de certaines de leurs caractéristiques (paramètres de compensation), à savoir :

- le nombre de cotisants « actifs » et le nombre de bénéficiaires de pensions de droit propre de chacun des régimes. Les transferts de compensation sont effectués depuis les régimes dont le rapport constitué du nombre de cotisants sur le nombre de bénéficiaires est favorable, vers les régimes dont ce rapport est défavorable ;

76. Loi n°74-1094 du 24 décembre 1974 relative à la protection sociale commune à tous les Français et instituant une compensation entre régimes de base de sécurité sociale obligatoires.

77. La création d'un régime unique de prestations familiales en 1978 a conduit à la suppression des mécanismes de compensation s'appliquant aux prestations familiales.

- la capacité contributive moyenne des cotisants de chacun des régimes, qui sert à pondérer l'effectif de cotisants ;
- le montant de la prestation de référence, qui est le niveau moyen de prestation que les transferts de compensation permettraient à chaque régime de servir à ses bénéficiaires de droit propre, sans être en déficit. Le montant de la prestation de référence définit donc le niveau de solidarité entre les régimes. Il est déterminé en retenant la prestation moyenne du régime qui sert les pensions les plus faibles. Cette règle signifie que les transferts de compensation ne financent pas les régimes au-delà de cette prestation minimale et notamment pas les avantages particuliers octroyés par certains régimes à leurs bénéficiaires.

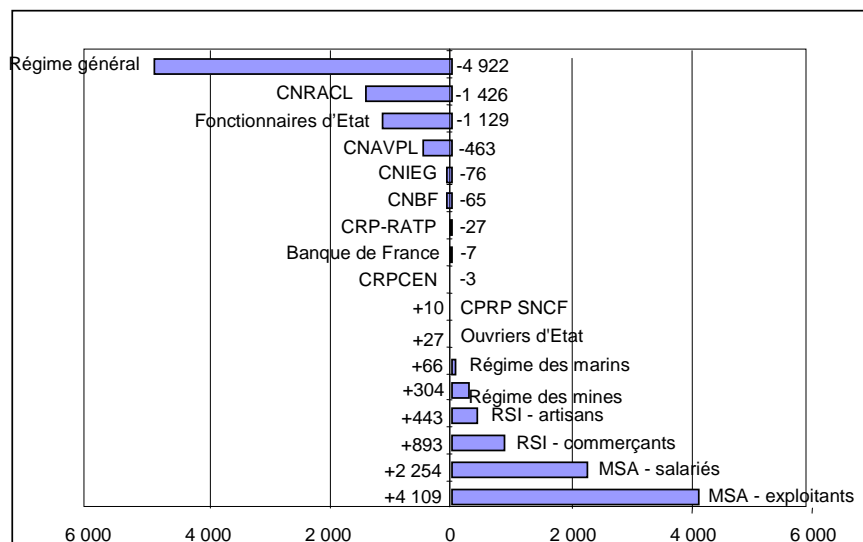
A l'instauration des mécanismes de compensation, en 1974, le législateur avait prévu que le dispositif de compensation entre régimes de retraite serait composé de deux étages, tant que les capacités contributives moyennes des cotisants des régimes de non-salariés ne seraient pas connues avec la même précision que pour les salariés : le premier étage de compensation entre les régimes de salariés, pour lequel il est tenu compte des rapports démographiques et des capacités contributives moyennes, et l'étage de compensation entre les régimes de salariés pris dans leur ensemble et chacun des régimes de non-salariés⁷⁸, qui ne tient pas compte des capacités contributives moyennes des cotisants des régimes.

La mise en œuvre de ce mécanisme de compensation, appelé compensation généralisée, a donné lieu, pour l'année 2008, aux transferts suivants :

78. Les transferts sont ensuite répartis entre les régimes de salariés au prorata de la masse salariale des cotisants de chacun de régimes.

Transferts de compensation généralisée entre régimes de retraite pour 2008⁷⁹

(régimes contributeurs à gauche – régimes bénéficiaires à droite) en M€



Source : Commission de compensation – fascicule 2008

Les principaux régimes contributeurs sont le régime général, le régime de la fonction publique locale et hospitalière (CNRACL), le régime des fonctionnaires d'Etat et le régime des professions libérales (CNAVPL).

Les principaux régimes bénéficiaires sont le régime des exploitants agricoles, le régime des salariés agricoles, les deux régimes de travailleurs indépendants (RSI - commerçants et artisans) et enfin le régime des mines.

2 – La compensation généralisée entre régimes de retraite : des observations récurrentes

L'analyse détaillée des mécanismes de compensation faite par la Cour conduit à formuler les observations suivantes qui, pour certaines, l'ont déjà été lors des travaux précédents :

- les effectifs relatifs aux DOM sont exclus sans aucune justification des calculs de compensation. Si les données relatives aux DOM ont pu

79. Données techniques de l'année 2008 utilisées pour les acomptes comptabilisés en 2008 et régularisés en 2009.

être connues dans le passé avec une moindre précision que celles relatives à la métropole, ce n'est plus le cas maintenant ;

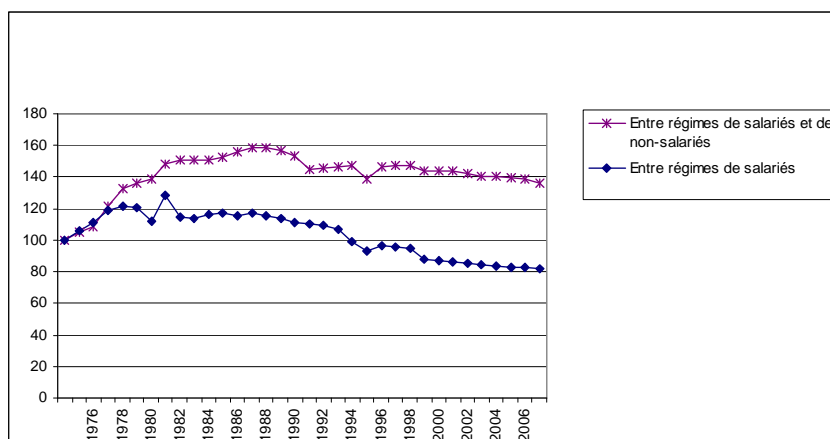
- seuls les retraités de plus de 65 ans sont pris en compte pour les calculs de compensation. Tant que certains régimes maintenaient un âge minimal de 65 ans pour bénéficier de la retraite, ne pas prendre en compte les retraités dont l'âge était compris entre 60 et 65 ans était cohérent. En effet, les mécanismes de compensation ne doivent pas compenser les avantages particuliers de certains régimes (en l'occurrence celui d'avoir la possibilité de prendre sa retraite à 60 ans). Mais une telle règle ne se justifie plus dans la mesure où l'âge minimal pour tous les régimes est, depuis 2006, au plus de 60 ans ;
- les capacités contributives des non-salariés ne sont toujours pas prises en compte, alors que celles-ci peuvent être déterminées avec une bien meilleure précision en 2010 qu'en 1974. Mais, de façon exceptionnelle, certains auto-entrepreneurs à faible capacité contributive pourraient faire, à compter de 2010, l'objet d'exclusion, alors que, lorsque la capacité contributive de certaines autres catégories de cotisants non-salariés est élevée, il n'en est jamais tenu compte ;
- il n'est pas tenu compte des rétablissements de droits et des validations de services en cas de changement de régime, alors que ces transferts s'accompagnent d'un reversement au régime d'accueil des cotisations perçues ;
- alors que certains régimes sont intégrés au régime général (régime des salariés agricoles) ou adossés au régime général (régime des industries électriques et gazières), c'est-à-dire solidaires financièrement du régime général, ces régimes continuent à être traités de façon indépendante pour les transferts de compensation ;
- il n'est pas non plus tenu compte des durées cotisées par les bénéficiaires, ce qui revient à considérer que deux régimes fonctionnant selon les mêmes règles versent en moyenne à leurs retraités les mêmes prestations, alors que les retraites moyennes peuvent être très différentes du fait des écarts entre les durées cotisées moyennes. Les conséquences de la non-prise en compte des durées cotisées se sont fortement accentuées avec la diminution régulière, dans le régime des salariés agricoles, des durées moyennes d'assurance : les salariés agricoles prenant leur retraite en 1974 avaient cotisé en moyenne à ce régime pendant 12,6 ans contre 7,3 ans en 2008, alors que cette durée était stable dans la majorité des autres régimes.

De ce fait, on peut constater que la prestation de référence a significativement diminué en monnaie constante pour l'étage de compensation entre régimes de salariés depuis 1980 et pour l'étage de compensation entre régimes de non-salariés et régimes de salariés depuis 1989, comme le montre le graphique suivant. En effet, pour la compensation entre régimes de salariés, la diminution de la prestation de

référence, qui est la prestation moyenne du régime des salariés agricoles, résulte de la baisse du nombre d'années d'assurance des cotisants de ce régime.

Evolution du niveau des prestations de référence pour les deux étages de la compensation généralisée entre régimes de retraite

(en monnaie constante, base 100 en 1975)



Source : Commission de compensation – fascicules 1975 à 2008

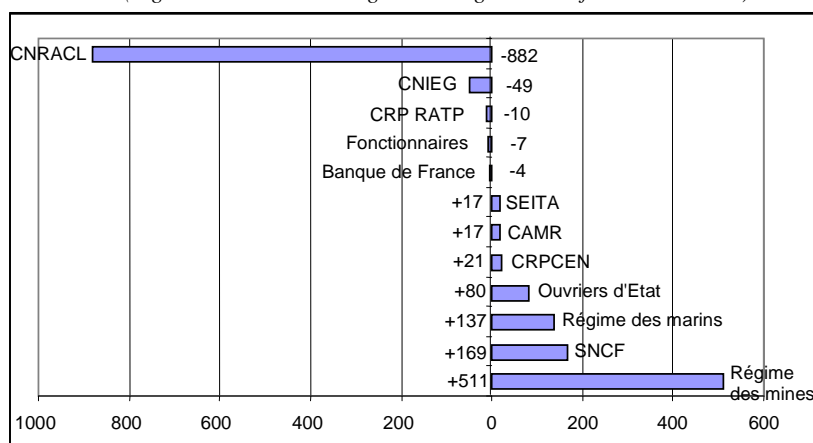
L'actualisation de ces divers paramètres entraînerait des conséquences importantes sur le calcul des compensations.

B – Les transferts de compensation spécifique vieillesse

Un mécanisme supplémentaire de compensation a été institué entre régimes spéciaux de retraite par la loi de finances pour 1986. Cette « surcompensation », qui fonctionne selon des règles proches de celles de la compensation généralisée, était censée instaurer une solidarité plus forte entre ces régimes en augmentant les transferts des régimes à rapport démographique favorable (en réalité la CNRACL, largement excédentaire, et les régimes de pensions de l'Etat) vers les régimes à rapport démographique défavorable (régimes de la SNCF, des mines, des marins). Dans la mesure où ceux-ci bénéficiaient de subventions d'équilibre de l'Etat, l'effet de ce mécanisme était in fine la réduction de celles-ci, réduction qui excédait la contribution nouvelle de l'Etat à la surcompensation. Ce dispositif organisait ainsi de fait un transfert, de

l'ordre du milliard d'euros par an⁸⁰ ces dernières années, de la CNRACL vers l'Etat.

**Transferts de compensation spécifique
entre régimes spéciaux de retraite pour 2008⁸¹**
(régimes contributeurs à gauche – régimes bénéficiaires à droite) en M€



Source : Commission de compensation – fascicule 2008

L'article 9 de la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites a prévu la disparition de ce mécanisme pour les exercices postérieurs au 1^{er} janvier 2012. Le niveau de compensation a été depuis 2004 progressivement abaissé, sauf en 2009⁸².

III - Les transferts de compensation démographique entre régimes d'assurance maladie

Comme pour l'assurance vieillesse, la loi de 1974 a instauré pour l'assurance maladie un mécanisme de compensation : la compensation généralisée entre les différents régimes. Les compensations bilatérales entre le régime général et les autres régimes d'assurance maladie des salariés préexistaient à la compensation générale et ont été maintenues.

80. 1 277 M€ en 2001, 1 368 M€ en 2002, 1 378 M€ en 2003, 1 285 M€ en 2004, 1 174 M€ en 2005, 1 040 M€ en 2006, 979 M€ en 2007, 882 M€ en 2008.

81. Données techniques de l'année 2008 utilisées pour les acomptes comptabilisés en 2008 et régularisés en 2009.

82. En 2009, le niveau n'a pas diminué, ce qui a représenté pour l'Etat une économie de l'ordre de 200 M€

A – Les transferts de compensation généralisée

Les transferts de compensation généralisée maladie sont calculés entre les régimes de salariés pris dans leur ensemble et chacun des régimes de non-salariés. La répartition du transfert incombant aux régimes de salariés est ensuite réalisée entre les différents régimes, au prorata de la masse salariale de leurs cotisants respectifs.

Comme pour la compensation généralisée entre régimes de retraite, les transferts de compensation entre régimes d'assurance maladie sont calculés à partir de certaines caractéristiques des régimes, à savoir :

- le nombre de cotisants actifs et le nombre de bénéficiaires de chacun des régimes. Les transferts de compensation sont effectués depuis les régimes dont le rapport démographique est le plus favorable vers les régimes dont ce rapport est le plus faible ;
- le montant de la prestation de référence, qui est le niveau moyen de prestation que les transferts de compensation permettraient à chaque régime de servir à ses bénéficiaires sans être en déficit. Le montant de la prestation de référence définit donc le niveau de solidarité entre les régimes. Il est déterminé en retenant la prestation moyenne du régime qui sert les prestations les plus faibles, en l'occurrence le RSI.

Comme pour l'étage de compensation entre les régimes de retraite de salariés et de non-salariés, il n'est pas tenu compte de la capacité contributive moyenne des cotisants de chacun des régimes, ce qui revient à dire que l'on considère qu'en moyenne les cotisants de chaque régime ont la même capacité contributive.

La mise en œuvre de ce mécanisme de compensation a donné lieu, pour l'année 2008, aux transferts suivants.

Transferts de compensation généralisée entre régimes d'assurance maladie pour 2008⁸³

(régimes contributeurs à gauche – régimes bénéficiaires à droite) en M€



Source : Commission de compensation – fascicule 2008

Les principales critiques relatives à ce mécanisme de compensation portent là aussi sur l'exclusion des effectifs relatifs aux DOM, qui n'est pas plus justifiée que pour les compensations entre régimes de retraite, et sur l'absence de prise en compte des capacités contributives moyennes des cotisants des différents régimes.

B – Les transferts de compensation bilatérale entre le régime général et certains régimes spéciaux d'assurance maladie

1 – Les modalités de calcul des compensations bilatérales

Les compensations bilatérales entre la branche maladie du régime général et certains régimes spéciaux de salariés sont, pour certaines, antérieures à la compensation généralisée : elles ont été instituées en 1971 pour la SNCF et en 1972 pour les régimes des mines, des marins et de la RATP. Elles ont ensuite été étendues à d'autres régimes.

Il s'agit, à la différence des compensations généralisées, d'une juxtaposition de transferts entre le régime général et chacun des régimes spéciaux de salariés.

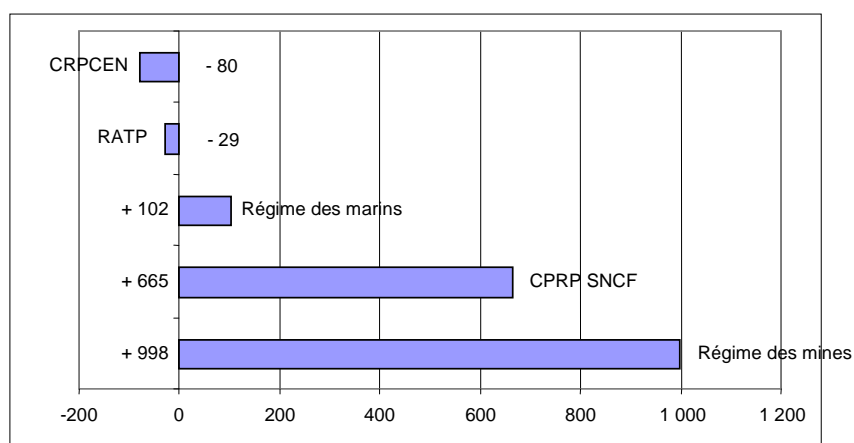
En application de ce mécanisme, le régime général prend à sa charge le déficit (ou enregistre un produit en cas d'excédent), pour ce qui concerne les prestations en nature, que le régime spécial aurait constaté s'il avait appliqué les règles du régime général : les charges des prestations légales du régime spécial sont ainsi simulées en appliquant les taux de remboursement du régime général et les produits sont évalués à partir des différentes contributions et de la masse salariale, à laquelle sont appliqués les taux de cotisation du régime général.

83. Données techniques de l'année 2008 utilisées pour les acomptes comptabilisés en 2008 et régularisés en 2009.

La mise en œuvre de ces mécanismes de compensation a donné lieu, pour l'année 2008, aux transferts suivants avec le régime général.

Transferts de compensation bilatérale maladie avec le régime général (CNAMTS) ⁸⁴ pour 2008⁸⁵

(régimes contributeurs à gauche – régimes bénéficiaires à droite) en M€



Source : Commission de compensation – fascicule 2008

Le cumul des transferts (1 656 M€) est à la charge du régime général.

2 – Constats relatifs à la compensation bilatérale

Ces transferts ne sont pas dans les faits calculés selon les dispositions réglementaires : pour leur détermination, en effet, ce n'est pas la CSG réellement perçue par les régimes qui est prise en compte dans les ressources, mais le montant de la cotisation salariale que les régimes auraient perçue si la CSG n'avait pas été instaurée. Cette façon de procéder, d'ailleurs non conforme aux dispositions réglementaires, conduit à minorer, pour le calcul du montant de compensation bilatérale, les ressources réelles des régimes et fait ainsi supporter à la CNAMTS une charge injustifiée dont le montant s'élève, pour l'année 2008, à 471 M€

84. Il s'agit de compensations bilatérales avec le régime général, c'est-à-dire que, par exemple, la CRPCEN a versé à la CNAMTS 80 M€ au titre de l'année 2008 et que le régime des marins a perçu 102 M€ de la part de la CNAMTS.

85. Données techniques de l'année 2008 utilisées pour les acomptes comptabilisés en 2008 et régularisés en 2009.

**Charge indûment supportée par le régime général (CNAMTS) au titre
des compensations bilatérales maladie pour l'année 2008⁸⁶**

(M€)

	CSG attribuée au régime et affectée au risque maladie ⁸⁷	Montant pris en compte pour les calculs de compensation	Ecart : charge indûment supportée par la CNAMTS
CPRP SNCF	547,3	283,8	263,4
Régime des mines	183,1	15,4	167,6
RATP	97,8	85,0	12,8
CRPCEN	111,9	85,2	26,7
Régime des marins	76,1	40,9	35,2
Total	1 016,2	510,4	505,9⁸⁸

Source : Fascicule de compensation 2008 et arrêtés du 15 janvier et du 22 décembre 2008.

*

* *

Il existe en plus des compensations généralisée et bilatérales d'autres transferts entre le régime général et certains régimes :

- l'intégration financière dans les comptes du régime général de l'assurance maladie des salariés agricoles, instaurée en 1963, produit, pour les prestations en nature, les mêmes résultats que le mécanisme de compensation bilatérale⁸⁹ dans la mesure où les règles de calcul des cotisations d'assurance maladie et des remboursements de soins sont identiques dans les deux cas ;
- l'intégration financière dans les comptes du régime général, du régime des exploitants agricoles, instaurée en 2009 ;
- le transfert d'équilibre versé par la CNAMTS à l'ENIM. L'existence de ce transfert rend d'ailleurs le mécanisme de compensation bilatérale avec l'ENIM inutile ;
- le transfert d'équilibre entre la CNAMTS et la caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS).

86. Données techniques de l'année 2008 utilisées pour les acomptes comptabilisés en 2008 et régularisés en 2009.

87. Soit 95,77 % de la CSG attribuée aux régimes.

88. Pour obtenir le montant pris en charge de façon injustifiée par le régime général (470,7 M€), il faut retrancher du montant total (505,9 M€) l'écart relatif au régime des marins (35,2 M€), qui reste in fine à la charge de la CNAMTS, le déficit du régime des marins étant par ailleurs supporté par le régime général.

89. A condition que sa mise en œuvre soit conforme aux dispositions réglementaires.

L'existence de ces nombreux transferts entre régimes d'assurance maladie, régis par des règles très diverses, est de nature à réduire la signification des comptes de chacun des régimes. Seul le résultat consolidé des différents régimes d'assurance maladie conserve en réalité un sens.

IV - La gestion et le contrôle des transferts de compensation

La loi a confié à la commission de compensation, qui regroupe les représentants des régimes et des directions concernées de l'administration, la mission notamment de contrôler ces paramètres.

A – Les calculs de compensation encore en encaissement-décaissement

Alors que la comptabilité des organismes de sécurité sociale est tenue en droits constatés, les calculs des montants des compensations démographiques continuent d'être réalisés en encaissement-décaissement :

- contrairement aux principes comptables, les acomptes reçus ou versés sont enregistrés en cours d'année en produit ou en charge en compte de résultat, alors qu'il conviendrait de réactualiser les estimations puis de les enregistrer comme des produits ou des charges, sur la base d'estimations réactualisées à la clôture de l'exercice ;
- les prestations de référence définies pour la compensation généralisée et les prestations prises en charge par la CNAMTS dans le cadre des compensations bilatérales sont calculées en encaissement-décaissement, donc sans tenir compte des provisions pour risque et charge (prestations de l'année non encore remboursées par les régimes à la fin de l'exercice).

B – Des erreurs et approximations nombreuses et significatives

La détermination des montants des transferts de compensation nécessite la connaissance d'un nombre réduit de paramètres pour chacun des régimes (effectifs des bénéficiaires de droit propre âgés d'au moins 65 ans pour la retraite, effectifs des cotisants « actifs », masse salariale pour les régimes de salariés, prestation moyenne calculée pour les bénéficiaires objets du dénombrement...).

Pourtant, malgré un travail entrepris par le secrétariat de la commission de compensation depuis 2001, les règles nécessaires à la détermination de ces paramètres par les régimes n'ont pas toutes encore été suffisamment explicitées ou actualisées. C'est notamment le cas lorsque les paramètres sont déterminés à partir d'estimations qui auraient dû être régulièrement revues et qui ne l'ont pas été.

Ainsi, notamment :

- le nombre de bénéficiaires des régimes d'assurance maladie est calculé, pour tenir compte des affiliations dans deux régimes différents et des doublons intra-régimes, en abattant d'un coefficient le nombre total des bénéficiaires gérés. Ce coefficient a été calculé en 1991 sans être actualisé depuis ;
- les règles de calcul de la prestation moyenne n'ont pas été explicitées. Elles diffèrent donc d'un régime à l'autre ;
- les affiliations rétroactives de cotisants ne sont pas prises en compte, notamment pour les travailleurs indépendants, alors que les radiations rétroactives le sont, minorant ainsi le nombre de cotisants ;
- certains bénéficiaires de droit dérivé sont pris en compte, sous prétexte qu'ils auraient pu bénéficier d'un droit propre.

Par ailleurs, des erreurs ont été relevées pour certains paramètres. Il s'agit notamment de :

- la masse salariale des cotisants du régime général qui, depuis plusieurs années, est mal calculée. Elle est sous évaluée de l'ordre de 2 % et conduit à réduire les compensations démographiques à la charge de la CNAVTS et de la CNAMTS ;
- la masse salariale du régime des agents des collectivités locales et de la fonction publique hospitalière, qui a été surévaluée de 2001 à 2006 de 2,6 % en moyenne.

Enfin, certaines règles sont contestables. Il s'agit principalement du dénombrement des cotisants du régime général, qui est effectué à partir des données de l'INSEE (le total de la population française pour ce qui concerne l'assurance maladie et de la population salariée en ce qui concerne l'assurance vieillesse), desquelles sont déduits les effectifs des autres régimes. Cette façon de procéder rend les effectifs du régime général dépendants autant des changements de méthode d'évaluation de l'INSEE que de l'évolution propre du régime.

Ces erreurs ou approximations ont, pour la plupart, des conséquences significatives sur les montants des transferts.

C – Un dispositif de vérification insuffisant

Les différents régimes communiquent chaque année à la direction de la sécurité sociale les paramètres nécessaires aux calculs de compensation. Si le secrétariat de la commission de compensation réalise un certain nombre de vérifications, d'ailleurs insuffisantes, il n'a pas connaissance des contrôles réalisés par ailleurs, notamment dans le cadre des travaux de certification des comptes des régimes.

Les travaux réalisés par la Cour ont montré que la qualité des paramètres fournis par les régimes est perfectible. Compte-tenu des moyens limités dont dispose le secrétariat de la commission de compensation, une meilleure coordination des travaux de contrôle déjà prévus peut permettre une amélioration de la fiabilité des montants arrêtés.

Pour autant, la commission de compensation ne peut pas proposer de réforme relative aux transferts de compensation car celle-ci est à somme nulle, l'augmentation des ressources d'un régime ne pouvant provenir que des autres régimes. De ce fait, la recherche d'un consensus entre régimes ne peut être que vaine. C'est donc à l'Etat de prendre l'initiative des réformes indispensables.

SYNTHESE

Les différents transferts constituent, pour certains régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse et d'assurance maladie, une partie conséquente des charges ou des produits et permettent d'assurer la pérennité des régimes dont le rapport démographique est défavorable.

La part la plus importante de ces transferts résulte des compensations démographiques instituées en 1974, dont les règles devraient être réformées.

Pour l'assurance maladie, les transferts de compensation démographique, notamment ceux découlant des compensations bilatérales, ne sont plus adaptés. Compte tenu de la diversité des mécanismes de transferts, une mise à plat est nécessaire pour simplifier et améliorer l'équité et la transparence dans les relations entre les régimes. Le régime général ne doit cependant pas compenser les efforts contributifs insuffisants d'autres régimes.

Pour l'assurance vieillesse, dont les cotisations et les prestations sont beaucoup plus diversifiées entre régimes, les mécanismes de compensation, dont l'objet est d'assurer la solidarité démographique entre les régimes, gardent leur entière légitimité, pour autant qu'il soit remédié aux nombreuses imperfections des paramètres utilisés.

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.*

Chapitre IV

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

PRESENTATION

Comme chaque année, la Cour rend compte des suites données à ses précédentes recommandations : d'abord de manière globale, en se fondant sur l'examen qui en est fait par l'administration (I) ; ensuite de manière sélective en analysant des recommandations ayant eu des suites jugées encore insuffisantes. Elle examine cette année, à ce titre, le suivi des « niches sociales » (II).

I - Une analyse statistique globale

Afin d'apprécier le degré de mise en œuvre de ses précédentes recommandations, qui constitue l'un de ses indicateurs de performance⁹⁰, la Cour peut se fonder, dans le domaine particulier de la sécurité sociale, sur le rapport que le Gouvernement doit établir et transmettre au Parlement⁹¹ « qui présente les suites données à chacune des recommandations formulées par la Cour des comptes dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale ».

Les 156 recommandations des trois derniers rapports⁹², de 2007 à 2009, ont ainsi été examinées, en premier lieu, par la direction de la sécurité sociale, pour apprécier si elles avaient été complètement, seulement partiellement, ou pas du tout suivies d'effet. La traduction en indicateurs, effectuée par la Cour, doit certes être considérée avec prudence⁹³. Ses résultats, résumés par le tableau qui suit, donnent cependant un ordre de grandeur significatif, confirmant celui déjà signalé

90. A l'instar de nombre d'autres institutions supérieures de contrôle, la Cour a fait de ce paramètre l'un de ses indicateurs de performance. Voir l'insertion consacrée aux « effets des interventions de la Cour : une approche statistique », dans le rapport public annuel de 2009 (deuxième partie, p.1 à 4).

91. Comme la Cour l'a déjà écrit les années précédentes, cette procédure prévue par l'article 4 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 est en réalité imparfaitement respectée, puisque le travail préparatoire effectué par l'administration, et dont la Cour a connaissance, n'est pas transmis dans la forme requise au Parlement.

92. Le nombre total de recommandations est de 156 : 46 en 2007 ; 58 en 2008 ; 52 en 2009. Parmi elles, plusieurs orientations, ne sont cependant pas susceptibles d'un suivi précis.

93. Dans cette approche, les recommandations ne sont pas hiérarchisées, alors qu'elles sont d'une importance relative très variable. En outre, l'appréciation portée par la Cour sur les évolutions constatées, peut être en partie subjective (cf. infra).

l'an passé, d'un tiers des recommandations complètement mises en œuvre et d'un autre tiers seulement partiellement.

Suites données aux recommandations des trois précédents rapports

	RALFSS 2007	RALFSS 2008	RALFSS 2009	Total
a) Nombre de recommandations-orientations	46	58	52	156
b) Nombre de recommandations examinées	46	55	52	153
c) Nombre de recommandations suivies	26	19	10	55
d) Nombre de recommandations partiellement suivies ou en cours	13	20	29	62
e) Indicateur synthétique	73%	53%	47%	56%

Note de lecture : b) toutes les recommandations ne donnent pas lieu à examen : les orientations ou les recommandations réitérées en sont ainsi exclues.

e) l'indicateur synthétique valorise pour « 1 » une recommandation suivie de manière complète (c) et pour « 0,5 » une recommandation suivie de manière partielle et/ou en cours de mise en œuvre (d). On rapporte le score au nombre de recommandations examinées (b).

Source : Cour des comptes

Un indicateur synthétique (voir la ligne en e) prend mieux en compte le caractère souvent partiel des suites données : il reste supérieur à 50 %. On relève d'ailleurs que les recommandations se révèlent progressivement mieux prises en compte, leur mise en œuvre demandant souvent un certain délai. Ainsi, les recommandations du RALFSS de 2007 étaient suivies à hauteur de 57% l'an passé, de 73% cette année.

Plus généralement, ces résultats témoignent de la qualité satisfaisante du dialogue entre les administrations et la Cour, en amont du rapport, pour sa préparation, et en aval, pour la mise en œuvre éventuelle, nécessairement progressive, des recommandations⁹⁴.

Pour autant il convient de mesurer que des recommandations « partiellement suivies » peuvent recouvrir des situations qui restent relativement insatisfaisantes. C'est par exemple le cas pour le contrôle interne dans les centres informatiques de la branche maladie du régime général, analysé dans ce même rapport, qui avait déjà fait l'objet de

94. Une « coupe transversale », consistant à analyser les suites données à de précédentes recommandations de la Cour dans la dernière LFSS, confirme cette appréciation (voir le rapport public annuel de 2009, deuxième partie, pp. 23 à 32).

contrôles et de recommandations de la part des COREC et de la Cour en 2006⁹⁵ : malgré des progrès réels, plusieurs insuffisances perdurent, par exemple pour le suivi des incidents.

Compte tenu de l'importance de leur enjeu financier, dans un contexte de déficits élevés, la Cour a cette année concentré son analyse sur le suivi des niches sociales.

II - Le suivi des niches sociales

En 2007, la Cour des comptes avait procédé à un inventaire de l'ensemble des exonérations, réductions ou abattements d'assiette ou de taux applicables aux cotisations ou aux contributions sociales dites « niches sociales⁹⁶ », qui diminuent les ressources du régime général. Complétant la description trop partielle qui en était alors donnée par les documents officiels d'évaluation, elle avait estimé leur incidence en termes d'enjeu pour le régime général à 35,5 Md€ mais aussi en termes de perte de recettes pour l'Etat à 27,5 Md€⁹⁷, soit un enjeu total pour les finances publiques de 63 Md€

Les recommandations faites en conclusion de cette première enquête étaient doubles : l'importance de cet enjeu, pour les régimes obligatoires mais aussi pour les finances de l'Etat devait être mieux reconnue et les effets de ces divers dispositifs mieux évalués. La Cour appelait d'autre part à un réexamen sélectif de ces niches sociales et notamment de celles qui apparaissaient les moins justifiées -entre autres le niveau des exonérations générales et ciblées de cotisations sociales, les exemptions d'assiettes relatives aux stock-options, les indemnités de

95. Voir chapitre VI, le système d'information de la branche maladie du régime général.

96. Dans l'insertion consacrée à « l'assiette des prélèvements sociaux finançant le régime général », p.139 à 166. L'année suivante, la Cour est revenue dans le RALFSS de 2008 sur la question des exonérations générales et ciblées (p.54 à 57).

L'expression de « niche sociale » n'était pas employée alors. Elle n'est employée ni dans la loi organique sur les LFSS, ni dans la loi de programmation des finances publiques, mais elle est désormais courante et figure dans le programme de stabilité transmis par le Gouvernement à la Commission européenne.

97. Ce montant correspond à la compensation par le budget de l'Etat ou par des ITAF de la plus grande part des pertes de recettes sociales, liée aux exonérations (générales et ciblées).

départ en retraite ou de licenciement, enfin les taux et assiettes réduits des cotisations des fonctionnaires.

Trois ans après ce premier constat, la Cour tient à rappeler, pour des raisons qui tiennent à la fois à l'équité et à l'efficacité, qu'il convient de réexaminer par priorité ces dispositifs, avant d'augmenter éventuellement le taux des contributions (CSG et CRDS notamment). En effet, malgré des progrès réels, l'enjeu lié aux niches sociales reste insuffisamment reconnu et ces dispositifs trop peu évalués. En outre, un premier effort de réexamen des niches s'est révélé décevant, justifiant dans un contexte de dégradation des finances publiques des mesures plus volontaristes.

A – Des enjeux sous-estimés

1 – Des pertes de recettes importantes

La Cour a procédé à une nouvelle estimation de la perte de recettes due aux différents dispositifs d'exonération ou d'exemption des cotisations sociales ou encore de réduction des taux et d'abattement d'assiette des cotisations et contributions sociales. Ces dispositifs sont divers et nombreux : au cours de cette enquête la Cour en a identifié 178 en 2010. Leur ampleur notamment est très variable⁹⁸.

Le tableau qui suit rend compte des résultats résumés⁹⁹. Pour actualiser ses chiffrages, la Cour a d'abord repris les hypothèses qu'elle avait retenues en 2007 pour définir une « norme de référence » alors inexistante. Cette première méthode fait apparaître une augmentation des niches, puisqu'elles représenteraient, en 2009 (colonne A), 73 Md€ contre 63 en 2005 (colonne B). En euros 2005, on constate ainsi une augmentation de 9,2 % de 2005 à 2009. Le pourcentage de pertes de recettes du régime général avant compensation par l'Etat approcherait

98. 8 % des niches sociales représentent moins de 0,1 % des pertes totales de recettes. Par ailleurs, un quart des dispositifs a un poids financier inférieur à 4 %. Les 11 dispositifs les moins coûteux (hors contrat emploi-solidarité qui est un dispositif résiduel), font apparaître chacun une dépense inférieure à 5 M€, dans les cas extrêmes inférieure à 1 M€. A l'inverse, le poids des exonérations générales approche 30 Md€.

99. Le détail des calculs par mesure est renvoyé dans le tableau annexé.

ainsi 25 % (24,9 %), soit un pourcentage assez comparable à celui représenté par les dépenses fiscales¹⁰⁰.

Une deuxième estimation, fondée sur la norme de référence¹⁰¹, telle qu'elle est désormais développée dans l'annexe au PLFSS consacrée à ces niches, conduit à des montants un peu plus faibles, notamment dans la mesure où la non application de la CSG sur les prestations familiales ou de logement n'est plus considérée comme une anomalie et donc comme une niche. Pour autant, ces résultats restent assez comparables en ordre de grandeur. Ils mettent en évidence des tendances analogues. Le montant total des niches sociales s'élèverait en 2009 (colonne C) à 67 Md€(soit 22,5 % des recettes), contre 57,6 Md€en 2007 (colonne D). Certes, avec cette méthode, la proportion apparente des pertes de recettes est un peu plus faible. En revanche, la progression de 2005 à 2009 est plus marquée (+9,5 % en euros 2005).

Cette question de la méthode retenue pour estimer la perte de recette pour le régime général est complexe, certaines conventions devant être faites, notamment pour tenir compte (ou non) de l'élasticité des comportements (les versements diminuent s'ils sont plus taxés) ; pour tenir compte (ou non) des cotisations diverses prélevées au profit de Pôle emploi, de l'AGIRC et de l'ARRCO, ou encore du versement transport ; enfin pour tenir compte (ou non) de l'effet du plafond, l'essentiel des cotisations retraite au régime général restant plafonnées.

Comme le montre l'annexe méthodologique jointe en fin d'insertion, la méthode retenue par la Cour conduit à une estimation moyenne, l'absence d'élasticité compensant l'absence de prise en compte des autres cotisations, qui diminuent les recettes des autres régimes.

Quelle que soit la méthode retenue, il convient de souligner en outre qu'une partie importante de ces pertes de recettes est compensée par le versement au régime général (et aux autres régimes obligatoires de base) d'impositions et taxes affectées ou de crédits budgétaires. Mais l'enjeu réel pour les finances publiques est le total des exonérations de cotisations et de leur compensation, ce qui justifie que l'on fasse abstraction de cet effet dans les analyses qui suivent.

100. Le rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques de juin 2010 a analysé ces dépenses. Selon les estimations faites (p. 109 de ce rapport), elles représentaient 17 % des recettes de l'Etat en 2004, 25 % en 2008 et 29 % en 2010.

101. Une « niche » sociale ou fiscale se définit par « un allègement de la charge par rapport à ce qui serait résulté de la norme, c'est-à-dire des principes généraux du droit fiscal ou social ». Mais cette norme peut être discutée (cf. infra).

Estimation de l'évolution des pertes de recettes entre 2005 et 2009

En Md€

Catégories générales		Types de dispositifs en jeu	Perte de recettes sociales 2009 (A)	Perte de recettes sociales en 2005 (B)	Perte de recettes sociales 2009 (C)	Perte de recettes sociales en 2005 (D)
Revenus du travail	Valable pour tous	Dont mesures pour l'emploi	31,9	22,4	31,9	22,4
		Dont association des salariés au résultat	6,5	8,3	6,5	8,3
		Dont protection sociale en entreprise	6,0	5,1	6,8	5,9
		Dont salaires affectés	3,1	2,7	3,1	2,7
		Dont fin du contrat de travail	4,3	4,1	4,5	4,2
		TOTAL revenus d'activité généraux	51,8	42,6	52,7	43,5
	Caractéristiques à certaines catégories professionnelles	Dont populations spécifiques	1,1	1,0	1,1	1,0
		Dont cotisations des employeurs publics	6,5	6,0	6,5	6,0
		TOTAL revenus d'activité spécifiques	7,6	7,0	7,6	7,0
	Autres revenus	Dont prestations sociales	12,9	12,0	3,2	3,2
		Dont revenus des capitaux	0,7	0,6	2,6	2,4
Dont revenus fonciers		0,1	0,8	0,1	0,8	
TOTAL Autres revenus		13,7	13,5	5,9	6,5	
Enjeux des ITAF	Total ITAF	N/A	N/A	0,8	0,8	
TOTAL			73,0	63,0	67,0	57,6

Colonne A : Périmètre identique à 2007, même méthode de calcul, mais assiettes issues du PLFSS 2010.

Colonne B : RALFSS 2007, Cour des Comptes

Colonnes C et D : périmètre corrigé, estimation Cour des comptes à partir des données PLFSS 2010

Source : Cour des comptes

2 – Une sous-estimation du nombre et de l'incidence des niches

L'évaluation qui précède est relative au seul régime général¹⁰². Elle devrait donc être inférieure à celle qui est produite dans les

102. Sauf pour les exonérations. Les montants en 2010 comme en 2007 intègrent tous régimes (l'écart avec les données du seul régime général est d'un peu plus d'1 Md€).

documents annexés au PLFSS. On constate cependant, pour l'ensemble des régimes, que l'estimation globale annexée au PLFSS pour 2010 est beaucoup plus basse, de l'ordre de 42 Md€, ce qui traduit des progrès encore insuffisants depuis 2007, d'abord dans le recensement des niches et ensuite dans les méthodes retenues pour estimer leur incidence financière.

a) Le recensement des niches

Les progrès réalisés

La réforme des lois de financement de la sécurité sociale, adoptée en août 2005, a reconnu l'importance des niches sociales. En effet, l'article 2 5° de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale a prévu, parmi les annexes obligatoires au projet de loi, un document d'information « énumérant *l'ensemble* des mesures de réduction ou d'exonération de cotisations ou de contributions de sécurité sociale affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement et de réduction de l'assiette ou d'abattement sur l'assiette de ces cotisations ou contributions, (...) évaluant l'impact financier de l'ensemble de ces mesures, et précisant les modalités et le montant de la compensation financière à laquelle elles donnent lieu (...) ».

La variété des termes utilisés souligne la volonté d'intégrer, à juste titre, dans une même démarche des dispositifs très variés, notamment par les recettes concernées (cotisations, mais aussi contributions comme la CSG et la CRDS, et même ITAF).

La mise en œuvre progressive de cette disposition de la loi organique a démontré une volonté de mieux appréhender les divers dispositifs : si seules les exonérations étaient présentées dans l'annexe au PLFSS pour 2007, les exemptions et les divers abattements sont désormais listés depuis 2009. Nombre de dispositions relatives à d'autres régimes que le régime général sont mentionnées (il est vrai sans élément quantitatif précis, le plus souvent), depuis l'annexe au projet pour 2010. Enfin, des niches relatives à certains ITAF commencent à être évoquées.

Les insuffisances

Ces progrès demeurent cependant insuffisants, d'abord parce que le nombre de dispositifs d'exonération totale ou partielle est sous-estimé par un regroupement en « fiches » : pour 69 fiches, la Cour a distingué en effet 178 dispositifs différents. De plus, certains des dispositifs, dont la portée est parfois significative, notamment ceux relatifs aux revenus de remplacement, ne sont pas identifiés dans cette annexe.

En outre, ce recensement reste incomplet, pour des catégories entières : pour les régimes autres que le régime général, qui ne font l'objet que d'une évocation sommaire, d'une part ; pour des ITAF, d'autre part, qui ne sont plus décrits dans le tome 2 du fascicule « voies et moyens », annexé à la loi de finances depuis qu'ils ont été transférés au régime général, mais qui pour autant n'ont fait l'objet que d'une analyse sommaire dans les annexes aux PLFSS.

Ainsi les exonérations relatives à la taxe sur les salaires, par exemple, étaient analysées dans l'annexe relative aux « voies et moyens », pour une dépense fiscale évaluée en 2006 à plus d'1 Md€ lorsque le produit de cette taxe était affecté à l'Etat (et encore à environ 59 M€ en 2008, en fonction de la part résiduelle alors affectée à l'Etat). Depuis son affectation aux régimes de base (pour plus de 11 Md€), les écarts par rapport à la norme fiscale ne sont pas signalés dans l'annexe au PLFSS.

b) L'estimation de la perte de recettes

Deuxième cause de la sous-estimation persistante des enjeux, les progrès constatés dans les évaluations quantitatives restent encore insuffisants.

Des progrès

Alors que les premiers documents produits par le gouvernement à l'intention du Parlement se limitaient à une information relative à l'assiette non taxée, les annexes au PLFSS, depuis 2009, ont intégré une estimation des pertes de recettes.

Deuxième progrès, la norme de référence, par rapport à laquelle on peut apprécier s'il y a écart et donc perte de recette, est explicite. On note d'ailleurs que tel n'est toujours pas le cas pour les dépenses fiscales retracées en annexe au projet de loi de finances dans le fascicule « voies et moyens ».

Des insuffisances persistantes

Pour autant, des progrès sont encore indispensables : les taux qui accompagnent cette norme sont implicites, la méthode retenue pour estimer la perte de recettes en sous-estime l'incidence¹⁰³. En outre, la

103. Le taux pris en considération dans cette annexe n'intègre pas les cotisations retraite plafonnées. Ce choix correspond dans certains cas à l'effet d'élasticité, ou de diminution des bases en cas de hausse des taxes (voir l'encadré méthodologique en fin d'insertion).

fiabilité plus ou moins bonne de l'information n'est pas signalée (alors que c'est le cas, de manière utile, pour les dépenses fiscales). Enfin et surtout, de nombreux dispositifs ne sont toujours pas chiffrés. C'est en particulier le cas pour les cotisations des fonctionnaires, dont l'incidence est estimée par la Cour, en 2007 comme en 2009, à plus de 6 Md€¹⁰⁴.

3 – Des efforts insuffisants pour évaluer et maîtriser les niches

Au-delà du recensement, qui constitue un préalable, des premiers efforts ont été entrepris pour évaluer l'impact ou maîtriser le coût des niches sociales. Mais ils restent très insuffisants par rapport aux enjeux.

a) Des évaluations très limitées

Un enjeu majeur

Si un bon système de prélèvements (fiscaux et sociaux), simple et lisible, doit avoir une assiette aussi large que possible permettant de contenir les taux, des niches peuvent cependant contribuer à mobiliser les prélèvements au service d'objectifs économiques ou sociaux (généraux, ou sectoriels).

La question centrale, dès lors, n'est pas tant celle du niveau absolu ou même relatif des niches, par rapport aux recettes, que celle de l'efficacité ou de l'efficience de chacun de ces dispositifs. Il faudrait donc avant tout évaluer de manière périodique ces niches et apprécier ainsi leur adéquation aux objectifs fixés, sur le plan économique et social, ainsi que leur coût pour les finances publiques¹⁰⁵.

Des progrès encore apparents

Cet enjeu avait été reconnu dès la loi de financement pour 2003 qui avait prévu le principe d'une évaluation quinquennale de l'ensemble des dispositifs. Mais la première évaluation soumise au Parlement, à l'automne 2007, est restée sommaire. Les fiches se limitaient à un rappel des textes applicables et à une estimation de la seule assiette.

104. L'extension aux cotisations maladie et famille des dispositions qui limitent la cotisation vieillesse au seul traitement indiciaire doit être considéré comme un écart à la norme. Les taux restent également minorés par rapport au régime général.

105. L'indicateur d'objectif le plus pertinent serait donc la part des niches évaluées et parmi elles la part reconnue pertinente. Tel n'est pas le parti retenu par le PQE « financement » qui présente plusieurs indicateurs relatifs aux exonérations, et un relatif aux exemptions, mais sans qu'il soit possible d'en retirer une appréciation utile.

La loi de programmation des finances publiques (LPFP) de février 2009 (dans ses articles 10 à 12) a reformulé cet objectif d'évaluation des niches, en précisant que les dispositifs nouveaux devraient être réévalués au bout de trois ans et que l'ensemble des dispositifs existants devraient être évalués, quant à eux, d'ici juin 2011.

Mais les réalisations sont encore très limitées. On peut certes citer une enquête relative aux exonérations ciblées en zone de revitalisation rurale, achevée fin 2009. Plus récemment, au cours des premiers mois de 2010, plusieurs enquêtes ont été menées, pour trois domaines (les exonérations générales, les revenus de remplacement et l'épargne), intégrant l'analyse des dépenses fiscales et des niches sociales.

Le travail mené jusqu'ici demeure donc encore assez restreint par rapport aux enjeux et sa diffusion est très limitée, même dans les administrations appelées à préparer les réformes éventuelles des prélèvements.

Pendant, un comité de pilotage des évaluations a été constitué, à l'été 2010, afin d'établir le programme des évaluations à mener dans le cadre de la LPFP et de répartir la tâche entre les différentes administrations.

b) La maîtrise financière

Au-delà de l'évaluation des niches, qui constitue un préalable, la LPFP précitée de février 2009 a posé une exigence nouvelle de *maîtrise financière* de ces niches, en prévoyant que l'effet global en soit plafonné et que les nouveaux dispositifs soient gagés par la réduction des anciens. Le programme de stabilité relatif aux finances publiques pour la période 2010-2012, a même fixé un objectif de réduction du montant cumulé des dispositifs, dépenses fiscales et niches sociales conjointes, de 5 Md€ sur deux ans.

Mais l'effet contraignant est en l'état limité. Selon l'article 10 II de la LPFP, les niches sociales ne devaient pas avoir pour effet de réduire les recettes de base des régimes obligatoires en deçà de 445,4 Md€ pour 2010. Or la prévision associée à la LFSS pour 2010 est de 403,7 Md€. Cela signifie qu'aucune mesure nouvelle de réduction des cotisations n'était possible. Pourtant, la LFSS pour 2010 a bien prévu l'extension de trois dispositifs¹⁰⁶, en violation de ce principe. Il est vrai que la portée

106. La réforme du volontariat par la création du service civique, la réforme des exonérations des travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi en agriculture ou l'ouverture du régime de l'auto-entrepreneur aux professions libérales affiliées à la caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (CIPAV).

juridique d'une loi cadre n'est à ce jour¹⁰⁷ pas supérieure à celle d'une loi ordinaire ou à celle d'une loi de financement de la sécurité sociale.

Même en supposant cette difficulté juridique surmontée, la maîtrise de l'incidence financière globale des niches sociales ne peut se limiter à un décompte des flux nouveaux créés ou supprimés. Cet objectif implique dès lors de rendre plus rigoureuse la définition des niches, l'estimation de leur incidence et l'appréciation de leur efficacité et de leur efficience.

A cet effet, le comité de pilotage, créé pour seulement évaluer d'ici juin 2011 les dépenses fiscales et les niches sociales, pourrait voir ses missions prolongées dans le temps et élargies. Il pourrait notamment s'efforcer de garantir une plus grande cohérence, entre les dépenses fiscales et les niches sociales. En effet, alors même que nombre de dispositifs interviennent concomitamment, la cohérence des chiffrages n'est pas vérifiée et le total des effets fiscaux et sociaux n'est pas affiché.

En complément et afin de garantir une transparence accrue des travaux réalisés, une mission périodique de synthèse des évaluations existantes pourrait être confiée au conseil des prélèvements obligatoires.

107. A cependant été annoncée une perspective de révision constitutionnelle, qui introduirait une nouvelle catégorie de loi, des « lois cadres pluriannuelles » de programmation des finances publiques. Il est probable que des objectifs de réduction ou de maîtrise des niches sociales y seraient repris.

B – Une réduction nécessaire des niches

Sans attendre que soient achevées les évaluations nécessaires, la Cour préconisait en 2007 de réexaminer à la baisse plusieurs dispositifs, dont la pertinence paraissait discutable. Étaient ainsi cités en particulier les gains liés aux stocks options, aux indemnités de rupture du contrat de travail ou le niveau réduit des cotisations sociales des fonctionnaires.

Des efforts ont bien été réalisés dans le sens des orientations de la Cour, mais leurs résultats sont restés modestes, en raison à la fois d'un nombre trop limité des niches concernées et de la création concomitante de nouveaux dispositifs. Au final, le coût des mesures nouvelles se révèle plus élevé que celui des révisions. C'est pourquoi un effort plus soutenu est désormais indispensable.

1 – Des résultats décevants

a) Les données générales

Le tableau suivant identifie l'ensemble des mesures nouvelles contenues dans les lois de financement successives.

Certes, les données qui suivent résultent d'une appréciation faite lors de la création des différentes mesures, qui n'a pas été toujours vérifiée ex post (on constate à nouveau que des niches nouvelles sont créées, sans que leur incidence ait toujours été évaluée par l'administration). De plus, certaines données sont manquantes¹⁰⁸. Malgré ces limites, cette première comparaison entre les mesures de création et d'extension de niches et celles de suppression ou de réduction fait apparaître un solde d'un peu plus d'1 Md€ d'aggravation du coût global des niches sociales, de 2007 à 2010.

108. C'est en particulier le cas lorsque les outils statistiques disponibles ne permettent pas, même de manière approchée, d'estimer le coût des mesures.

Estimation du coût des mesures intervenues depuis 2007

En M€

Niches créées ou élargies			Niches supprimées ou réduites		
Année	Mesure	Coût	Année	Mesure	Economie
2007	Exonération heures supplémentaires (loi TEPA)	3 000	2007	Contribution patronale et salariale sur les stock-options	300
	Extension des allègements généraux (déduction des temps de pause habillage-déshabillage)	250		Réforme des préretraites : alignement de la CSG sur le droit commun, et contribution patronale portée à 50%	nd
				Contribution spécifique de 50% sur les indemnités de mise à la retraite d'office (25% jusqu'au 31 décembre 2008)	500
2008	Exonération en ZRD	16	2008	Suppression des exonérations AT-MP	500
	Prime exceptionnelle de 1 000 € (loi « pouvoir d'achat »)	70		Réforme du dispositif de contrat de professionnalisation et intégration dans le dispositif des allègements généraux	50
	Suppression de l'obligation de blocage de la participation	nd		Suppression des exonérations pour les nouvelles embauches dans les OIG en ZRR	135
	Prime exceptionnelle de 1 500 € (loi en faveur des revenus du travail)	nd		Refonte des contrats aidés	0
	Exemption d'assiette sur les indemnités versées sur la rupture conventionnelle	97		Structures d'aide sociale	
	Gel et lissage des seuils pour les exonérations en loi de modernisation de l'économie	60		Réforme des exonérations en ZRU et ZRR par une mise en cohérence avec les allègements généraux	85
	Affectation à un PERCO des sommes versées d'un CET	nd		Deux contributions sur les stock-options et attributions gratuites d'actions	220
	Prime transport	160		Suppression du chèque transport (remplacé par la prime transport)	nd
2009	Bonus exceptionnel outre-mer	95	2009	Réforme des exonérations applicables en ZFU	70
	Exonération porteurs de presse	12		Rationalisation des exonérations dans les DOM	60
	Création du régime de l'auto-entrepreneur et possibilité de cumul avec l'ACCRE	20		Suppression du droit à l'image collectif des sportifs	36
	Prolongation dans le temps et extension dans l'espace (18 nouveaux bassins d'emploi) du contrat de transition professionnelle	nd		Forfait social de 2% sur les revenus d'intéressement, participation et épargne salariale	280
	Exonération en faveur des jeunes agriculteurs	e		Travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi dans le secteur agricole	37
	Aménagement des allègements généraux pour exclure la majoration de certains temps d'équivalence (secteur du transport routier de marchandise)	130		Assujettissement dès le premier euro des indemnités de rupture supérieures à 1 M€	nd
	Extension de la mesure d'OIG en ZRR aux offices de tourisme	25		Suppression de l'exonération décès - assurance vie	273
2010	Ouverture du régime de l'auto-entrepreneur au stock des professions libérales affiliées à la CIPAV	8	2010	Plus-values de cessions mobilières	113
	Réforme des exonérations des travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi en agriculture	168		Doublement du taux des contributions dues sur les retraites chapeau et création d'une contribution additionnelle de 30% sur les rentes supérieures à 8 plafonds annuels de la sécurité sociale	26
	Réforme du volontariat par la création du service civique	20		Doublement du forfait social	380
				Carried interest (intéressement à la performance de dirigeants de fonds d'investissements)	nd
Total estimé des créations 2007-2010		4 131	Total estimé des suppressions 2007- 2010		3 065

Source : *Présentation Cour des comptes à partir de données DSS*

b) L'effort de réduction de l'impact des niches sociales

Les mesures adoptées par les LFSS 2008, 2009 et 2010 pour supprimer ou réduire plusieurs niches sont restées trop limitées.

Certes, la taxation sociale de l'épargne, par exemple, jusque là très favorable, a été rapprochée du droit commun pour les contrats d'assurance vie multi-supports ou les plus-values de cession de valeurs mobilières.

De même, sans être supprimées, la plupart des exemptions (à l'exception notable des tickets restaurant, des chèques vacances ou des chèques emplois services distribués par les comités d'entreprise) ont fait l'objet d'une taxation nouvelle, dans le cadre d'un forfait social (d'abord fixé à 2 %, pour 2009, puis porté à 4 % pour 2010).

Enfin, la taxation des stocks options, des retraites chapeau ou encore des indemnités de départ en retraite a également été accrue, avec des taux spécifiques. Des annonces récentes ont en outre été faites, dans le cadre du projet de loi sur les retraites, prévoyant une augmentation de ces taux, pour les stocks options¹⁰⁹ et les retraites chapeau¹¹⁰.

c) La croissance du coût des niches

Dans le même temps, cependant, des dispositifs ont été étendus, voire créés. Le principal concerne l'exonération de charges sociales des heures supplémentaires et leur détaxation fiscale. L'incidence pour les régimes sociaux est évaluée à 3 Md€ et donne lieu à compensation par l'Etat¹¹¹.

De même, diverses mesures, les unes indirectes (comme celles liées à la hausse du SMIC, dans le cadre de la sortie des mesures liées à la réduction du temps de travail), les autres directes, par modification de certains paramètres, expliquent l'augmentation très vive des exonérations générales dont l'incidence est ainsi passée de 17 à 25 Md€ comme le montre le tableau ci-après.

L'effet global sur les recettes du régime général en est nul, puisque ces pertes nouvelles sont compensées par l'Etat. Au total, pour le régime général le solde est même légèrement positif, puisque les suppressions ou réductions de niches, quant à elles, ont produit un effet direct sur ses

109. Passage de la contribution patronale sur les stock-options de 10 à 14 %, et passage de la contribution du salarié de 2,5 % à 8 %.

110. Mise en place d'une contribution sociale de 14 % pour le bénéficiaire.

111. L'incidence fiscale est de son coté évaluée à 1 Md€

recettes (hors exonérations, le coût global passe de 35,2 Md€ en 2007 à un coût de 34,9 Md€ en 2009, en euros courants).

A nouveau, cependant, il faut souligner que c'est l'analyse globale, du point de vue des finances publiques, qui doit être privilégiée. Or, sous cet aspect, du fait de la hausse des exonérations, une aggravation du coût des niches est constatée.

Evolution de la perte de recettes en raison des exonérations

En M€

	Perte de recettes en 2005	Perte de recettes en 2009	Evolution
Réduction générale des cotisations patronales de sécurité sociale	17 147	22 357	30%
Exonération d'allocations familiales (exos AF)	30	26	-13%
Heures supplémentaires/complémentaires (loi TEPA)	0	2 953	N/A
Aide incitative à la RTT (« Aubry I »)	175	0	N/A
Réduction des cotisations en faveur de l'aménagement et de la réduction du temps de travail (exonération « Robien »)	87	0	N/A
Réduction bas salaires (« RBS » - Loi de 1995)	-11	0	N/A
RTT Aubry II	11	0	N/A
Total I	17 439	25 336	45%

Source : Cour des comptes (à partir de données ACOSS)

2 – La définition d'une stratégie plus volontariste

L'objectif posé par la Cour en 2007 de mettre la révision des niches sociales au service de l'objectif de retour à l'équilibre des comptes sociaux demeure plus que jamais essentiel. Il suppose une approche renouvelée, qui pourrait se fonder sur les principes qui suivent.

a) Rechercher une meilleure lisibilité d'ensemble

L'effort de réduction des niches s'est réalisé sans alignement sur les taux de droit commun. De ce fait, on a multiplié les taux spécifiques et les cas particuliers, comme pour la taxation des retraites chapeau ou des départs en retraite.

Acceptable dans une première phase, cette diversité des taux est contestable à plus long terme. Il conviendrait de viser désormais un

principe de lisibilité, en veillant à aligner les différents taux et à les fonder, autant que possible sur des principes généraux.

b) Calibrer les avantages en fonction des objectifs prioritaires

Les niches sociales constituent un ensemble hétérogène, stratifié et répondant à des objectifs très divers, économiques ou sociaux. Il paraîtrait dès lors utile d'explicitier et de clarifier ces objectifs, ce qui permettrait de les prioriser, en donnant la préférence aux objectifs de maintien ou de développement de l'emploi ou de redistribution sociale.

Certes, des niches qui visent à soutenir l'emploi ne sont pas, de ce seul fait, justifiées, si leur effet n'est pas ciblé de manière adaptée. En particulier, la Cour ne peut que confirmer ici ses analyses antérieures des exonérations générales et sa recommandation d'un meilleur ciblage, ce qui peut passer par une baisse du seuil de sortie¹¹².

Sous réserve d'une analyse attentive des modalités, une telle révision permettrait de mieux proportionner les avantages aux objectifs. Ainsi, pour ne donner que cet exemple, des objectifs tels que l'intéressement et la participation, méritent sans doute d'être encouragés, mais de manière plus réduite.

Enfin, certaines finalités comme le maintien dans la même entreprise des cadres jusqu'à leur retraite (avec les retraites chapeau) sont contraires à des politiques publiques qui visent à encourager la mobilité des salariés et à harmoniser pour ce faire les règles des divers régimes de retraite. Il en va de même pour les indemnités de rupture du contrat de travail : la très large exonération de fait de ces indemnités, qui ne sont soumises à cotisation qu'au-delà de seuils élevés, va à l'encontre de l'objectif de favoriser le maintien des seniors dans les entreprises (pour les indemnités de départ en retraite) ou le maintien dans l'emploi (pour celles de licenciement).

3 – Des pistes de mesures de réduction

A titre indicatif, la Cour a estimé l'incidence de plusieurs mesures de réduction des niches actuelles qui permettraient, dans le sens des orientations exposées, de réduire les pertes globales pour les finances publiques.

112. Voir RALFSS de 2008, p. 57.

a) Le niveau du forfait social

Le forfait social a été appliqué aux divers dispositifs d'association des salariés au résultat (intéressement, participation, PEE, etc.) à un taux limité qui n'a d'ailleurs pas contrarié la progression des sommes distribuées à ces divers titres. Comme le montre le tableau en annexe, malgré le forfait, de 2 % en 2009, la perte de recettes liées à la participation et à l'intéressement a progressé de 12 % entre 2005 et 2009. Or les objectifs poursuivis, s'ils sont légitimes, ne sont peut-être pas prioritaires.

On pourrait dès lors envisager de porter ce forfait au niveau des taux cumulés des cotisations maladie et famille (soit 19 % environ), c'est-à-dire celles des branches qui versent des prestations non liées aux revenus professionnels, pour lesquelles donc une contribution de l'ensemble des revenus paraît logique. Le gain total d'un tel relèvement a été estimé par la Cour à 4 Md€

Ce forfait social devrait par ailleurs être élargi aux rémunérations affectées (titres restaurant, chèques vacances, etc.), totalement exonérées de prélèvement sociaux jusqu'à présent, alors même que leur usage s'élargit progressivement et qu'il s'écarte de leur finalité première¹¹³. Le gain d'une telle extension du forfait social a été estimé par la Cour à 230 M€, au taux actuel de 4 %, et à 980 M€, au taux cible de 19 % environ.

b) Le taux de la CSG sur les retraites

Le taux de CSG appliqué aux revenus de remplacement est plus bas que le taux de droit commun, sans que cet avantage paraisse justifié d'un point de vue économique ou social (en tout cas pour les retraites les plus élevées, les taux de CSG appliqués tenant d'ailleurs compte des revenus des retraités). La contribution d'un relèvement de la CSG, de 6,6 % à 7,5 % sur les retraites de base et complémentaires, serait d'un rendement de 1,1 Md€ environ (1,5 Md€ en faisant passer le taux réduit de CSG de 3,8 à 5 %).

Des mesures analogues pourraient également être envisagées pour les autres revenus de remplacement (les indemnités de chômage, même élevées, ne sont taxées à la CSG qu'au taux de 6,2 %, de même pour les rentes d'invalidité ou les indemnités journalières pour ALD...).

113. Du fait d'un usage progressivement élargi des tickets restaurant à l'achat en supermarchés de fruits et légumes, voire de produits laitiers, le lien avec la restauration professionnelle se distend.

c) La taxation limitée des indemnités de rupture du contrat de travail et des retraites chapeau

Pour les indemnités de départ en retraite ou de licenciement, l'usage (consacré par la jurisprudence) a conduit à ne pas les soumettre à taxation sociale, ou seulement à partir de niveaux très élevés. Cet usage paraît en réalité peu fondé. La détermination par la loi de cette franchise au niveau des indemnités légales contribuerait pour un montant significatif (près de 3 Md€) à l'amélioration des recettes sociales.

De même, et malgré les mesures déjà prises ou envisagées, les retraites chapeau continuent de bénéficier d'un écart favorable, par rapport aux taux de droit commun qui peut être évalué à environ 9 %. En alignant les taux de prélèvement sur les retraites chapeau sur ceux de droit commun, le rendement serait d'environ 820 M€¹⁴.

d) La détaxation de certaines plus-values

La détaxation de certaines formes de plus values pourrait également être réexaminée, en particulier pour celles liées à la cession de fonds de commerce ou d'entreprises, aujourd'hui exonérées de prélèvements sociaux (le taux de droit commun sur les revenus de placement et du patrimoine est de 12,1 %). L'objectif invoqué lors du vote de la loi était de favoriser les transmissions de petites entreprises et de faciliter la reprise par des cessionnaires qui doivent exercer la même activité que le cédant. L'avantage bénéficie donc au cédant et ne facilite pas spécialement la reprise de l'activité. Sa remise en cause réduirait d'environ 185 M€ le coût des niches.

*

* *

Au total, malgré des évolutions récentes, la Cour est amenée à réitérer ses recommandations antérieures. En premier lieu, des évaluations périodiques et complètes des niches sociales sont indispensables. En outre, et sans exclure la nécessité d'une mesure générale de réduction, elle souhaite que soit engagé leur réexamen sélectif.

114. Le gouvernement évalue à 110 M€ en 2011 le rendement d'une telle mesure, mais son estimation repose sur un chiffre de l'assiette concernée d'environ 600 M€ valeur largement sous-évaluée au vu du nombre de bénéficiaires de retraites chapeau (2 millions selon la fédération française des sociétés d'assurance). L'avant projet de loi relatif à la réforme des retraites a annoncé cependant une hausse des taxes appliquées, pour un montant d'environ 500 M€

La Cour réitère en particulier sa recommandation relative au relèvement du taux et à l'extension de l'assiette des cotisations maladie et famille des fonctionnaires. L'incidence de ces deux mesures pour les trois fonctions publiques (de l'Etat, des collectivités territoriales et des hôpitaux) a été évaluée à 6 Md€. Certes, les recettes supplémentaires issues de cet alignement auraient un coût pour l'Etat, pour les hôpitaux (donc l'assurance maladie) et les collectivités territoriales. Mais cette clarification paraît indispensable.

D'autres mesures sont également envisageables avec, cette fois, un effet plus direct sur les finances publiques. La liste récapitulative ci-dessous montre en effet que l'incidence potentielle des principales pistes d'évolution examinées par la Cour dépasse 15 Md€. Ce montant résulterait de :

- la baisse du seuil de sortie des exonérations générales (à 1,4 SMIC) qui pourrait rapporter de l'ordre de 5 Md€;
- l'élévation du forfait social à 19 % qui pourrait rapporter au RG de l'ordre de 4 Md€; l'étendre aux rémunérations affectées rapporterait en outre de l'ordre de 1 Md€;
- l'alignement du taux maximal de CSG sur les retraites sur le taux de droit commun qui rapporterait de l'ordre de 1 Md€;
- la révision du seuil d'exonération des indemnités de rupture des contrats de travail qui rapporterait de l'ordre de 3 Md€, des mesures complémentaires sur les retraites chapeau de l'ordre de 1 Md€

Annexe : Eléments de méthode

En 2007 comme en 2010, la Cour a dû résoudre des questions de méthode complexes, les unes liées à la qualité de l'information disponible, les autres aux modalités d'estimation d'assiette ou de pertes de recettes.

a) La qualité de l'information disponible

La disponibilité de l'information comme sa qualité ont posé des difficultés en 2010 comme elles en avaient posé en 2007. Cela tient en partie à la multiplicité des producteurs de cette information et à la capacité parfois réduite de la direction de la sécurité sociale à valider ou corriger les données qui lui sont transmises.

On peut citer à titre d'exemple les indemnités de licenciement ou de mise à la retraite. Selon les sources utilisées, les calculs tant des assiettes que des pertes de recettes induites par les exonérations diffèrent dans des proportions notables.

Dans le RALFSS pour 2007 la Cour évaluait cette assiette à 7,8 Md€ L'estimation retenue dans le PLFSS pour 2010 s'élève à 3,4 Md€ Les données les plus récentes collectées par la DARES, même si elles sont peu nombreuses, ont conduit la Cour à reconstituer une assiette du même ordre que celle de 2007 (6,7 Md€ en 2007, 7,3 Md€ en 2008).

b) L'appréciation de l'élasticité

Le passage d'une assiette (déjà parfois difficile à évaluer) à une estimation de la perte de recettes induites est une source supplémentaire de difficultés et d'incertitude. En effet, il faut prendre en compte dans les évaluations l'impact qu'aurait la suppression des exonérations et exemptions d'assiette sur les recettes prélevées, par la modification ou non du comportement des personnes assujetties. On peut en effet assimiler à un coefficient « d'élasticité » la variation de l'assiette, et donc du produit des prélèvements, après mise en œuvre de ce prélèvement. Cet effet ne joue pas, en principe, pour les revenus de remplacement et les autres revenus. Mais il est potentiellement important, s'agissant des diverses formes de rémunération du travail, du fait de leur substituabilité.

Pour prendre en compte cet effet, le rapport de 2007 proposait une méthode, fondée sur une fourchette :

- dans l'hypothèse la plus favorable d'absence d'élasticité, les montants distribués restaient identiques, l'employeur acceptant de supporter la charge des cotisations ou contributions accrues ;
- dans l'hypothèse la plus pessimiste, la somme globale versée par l'employeur est considérée comme fixe, les avantages accordés étant réduits du montant de l'augmentation des cotisations.

Une deuxième interrogation porte sur le point de savoir si l'évaluation ne doit considérer que les seules cotisations aux régimes obligatoires de base (en privilégiant le point de vue de ces régimes) ou si l'on doit estimer également l'effet des autres cotisations (pour le chômage et la retraite complémentaire obligatoire, mais aussi notamment l'apprentissage, la formation continue ou les transports publics en agglomération). Un calcul approché a estimé en moyenne à 22,75 % les taux cumulés de ces diverses cotisations en faisant abstraction des différences de plafonds et de taux, variables notamment selon la taille des entreprises.

Une dernière interrogation est relative à l'effet du plafond pour les cotisations retraite plafonnées. Avec les données de 2009, le taux de cotisations apparent serait alors d'un peu plus de 34%, et non de 37,88%. Cet effet n'a pas été pris en considération, compte tenu de son niveau relativement limité.

Le tableau qui suit résume l'effet des diverses approches : les estimations incluses dans le PLFSS sont les plus réduites, dans la mesure où elles se fondent sur un taux de cotisation plus réduit, censé refléter une élasticité maximale (voir colonne 1, prise comme base 100).

Les deux colonnes suivantes correspondent à deux estimations différentes, faites par la Cour. La colonne centrale (3) correspond au calcul le plus simple, qui est détaillé dans le tableau détaillé, aux deux pages qui suivent. Les pertes de recettes y sont évaluées pour les seuls régimes obligatoires, mais sans élasticité aucune.

Evaluation des pertes de recettes (comparaison 2005-2009)

Dispositif	Pertes brutes de recettes (RALFSS 2007)	Pertes brutes de recettes (Evaluation à périmètre constant 2010)		Pertes brutes de recettes (corrections du RALFSS 2007)	Pertes brutes de recettes (Evaluation affinée 2010)
Mesures pour l'emploi	22 408	31 897		22 408	31 897
Association des salariés au résultat	8 268	6 450		8 268	6 450
<i>Dont participation</i>	2 437	2 763		2 437	2 763
<i>Dont intéressement</i>	2 247	2 476		2 247	2 476
<i>Dont abondement PEE</i>	534	538		534	538
<i>Dont PERCO</i>	50	72		50	72
<i>Dont Stock-options et actions gratuites</i>	3 000	601		3 000	601
Protection sociale en entreprise	5 114	5 950		5 936	6 769
<i>Dont retraite</i>	1 049	1 106		1 049	1 106
<i>Dont prévoyance</i>	4 065	4 844		4 065	4 844
<i>Dont retraite chapeau</i>	N/A	N/A		822	819
Salaires affectés	2 672	3 119		2 672	3 119
<i>Dont titres restaurant</i>	926	1 232		926	1 232
<i>Dont frais de transport</i>	265	380		265	380
<i>Dont chèque vacances</i>	119	183		119	183
<i>Dont comité d'entreprise</i>	1 362	1 324		1 362	1 324
Fin du contrat de travail	4 129	4 334		4 198	4 507
<i>Dont retraite</i>	537	1 009		537	1 009
<i>Dont licenciement</i>	3 592	3 325		3 592	3 325
<i>Dont autres dispositifs de licenciement et</i>	N/A	N/A		69	173
Populations spécifiques	970	1 065		970	1 065
<i>Dont professions spécifiques</i>	800	1 065		800	1 065
<i>Dont apprentis</i>	170	N/A		170	N/A

Dispositif	Pertes brutes de recettes (RALFSS 2007)	Pertes brutes de recettes (Evaluation à périmètre constant 2010)		Pertes brutes de recettes (corrections du RALFSS 2007)	Pertes brutes de recettes (Evaluation affinée 2010)
Prestations sociales	11 994	12 880		3 221	3 184
<i>Dont pensions de retraite et d'invalidité</i>	5 908	7 126		2 534	2 629
<i>Dont allocations de chômage</i>	1 480	1 625		180	92
<i>Dont IJ et rentes AT/MP</i>	507	464		507	464
<i>Dont allocations logement</i>	1 100	1 149		N/A	N/A
<i>Dont prestations familiales</i>	2 518	2 184		N/A	N/A
<i>Dont RMI/RSA</i>	481	332		N/A	N/A
Revenus de capitaux	622	713		2 387	2 586
Revenus fonciers	820	100		820	100
Cotisations des employeurs publics	6 001	6 513		6 001	6 513
<i>Dont Etat</i>	3 827	4 398		3 827	4 398
<i>Dont collectivités territoriales</i>	683	1 034		683	1 034
<i>Dont établissements publics hospitaliers</i>	1 206	779		1 206	779
<i>Dont secteur public marchand</i>	285	302		285	302
ITAF	N/A	N/A		757	803
Total	62 998	73 021		57 638	66 993
<i>% des recettes du régime général</i>	24,2%	24,9 %		21,8 %	22,5 %

Source : Cour des comptes

La colonne (2) à l'inverse, intègre cette élasticité. Quant aux deux dernières colonnes, elles retracent les pertes de recettes en incluant les diverses autres cotisations complémentaires ou supplémentaires, avec ou sans élasticité.

Evaluations selon l'élasticité (évaluation DSS = base 100)

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
PLFSS pour 2010			avec taux autres régimes	avec taux autres régimes
- Taux de cotisations de 22,93%	<i>Evaluation basse élasticité maximale</i>	<i>Evaluation haute sans élasticité</i>	<i>Evaluation basse avec élasticité maximale</i>	<i>Evaluation haute sans élasticité</i>
- Taux de CSG-CRDS de 8%	- Taux de cotisations de 37,88%	- Taux de cotisations de 37,88%	<i>Méthode Cour des comptes</i>	<i>Méthode Cour des comptes</i>
	- Taux de CSG-CRDS de 8%	- Taux de CSG-CRDS de 8%	- idem (3) pour les cotisations et CSG-CRDS	- Taux de cotisations de 37,88%
			- 22,75% d'exemption supplémentaire	- Taux de CSG-CRDS de 8%
				- 22,75% d'exemption supplémentaire
100	102	148	132	222

Source : Cour des comptes

Comme on le voit, l'estimation détaillée par la Cour est centrale, par rapport aux diverses méthodes possibles. Quelle que soit la méthode de chiffrage qui sera retenue, à l'avenir, pour les évaluations des futurs PLFSS, il conviendrait qu'elle soit explicitée et que la manière dont elle répond aux diverses contraintes méthodologiques soit mise en évidence. Cette exigence paraît importante pour garantir de nouveaux progrès dans le suivi des niches sociales.

DEUXIEME PARTIE

**LA GESTION DES CAISSES ET
DES REGIMES**

Chapitre V

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

PRESENTATION

En application de l'article LO 132-3 du code des juridictions financières, la Cour présente chaque année dans le présent rapport une synthèse des contrôles des organismes de base de sécurité sociale, effectués dans le cadre du réseau d'alerte selon les modalités définies aux articles R.. 132-4 et suivants du même code.

En liaison avec les caisses nationales et avec le concours des organismes d'audit des administrations de tutelle, la Cour a mis en place une procédure de traitement d'une dizaine d'indicateurs par branche ou régime. Ils rendent compte de plusieurs aspects de la gestion des organismes et permettent de cibler les contrôles sur les situations apparemment les plus problématiques.

Dans ce cadre, les efforts ont été, une fois encore en 2009, concentrés sur les branches maladie et famille du régime général, sur l'activité de recouvrement et sur les organismes de la mutualité sociale agricole. Un accent particulier a été mis sur la recomposition en cours des différents réseaux.

I - L'évolution des réseaux

A – L'évolution quantitative

Il y avait, au 31 décembre 2009, 728 organismes de sécurité sociale, contre 754 fin 2008, ainsi que le résume le tableau de la page suivante. La poursuite de la réduction du nombre d'organismes locaux, est due au progressif achèvement de la concentration des caisses de MSA qui, au 1^{er} avril 2010, ne sont plus que 35, mais aussi à la fusion de plusieurs CPAM et de plusieurs URSSAF.

Si, fin 2009, il y avait encore en métropole 127 CPAM, il n'y en a plus que 101 depuis le 1^{er} janvier 2010. Trois départements seulement (Pas-de-Calais, Pyrénées atlantiques, Seine-Maritime) ont deux CPAM et le Nord en conserve quatre (au lieu de neuf), tandis que la CPAM de Lozère a fusionné avec la CAF et l'URSSAF de ce département pour former pour cinq ans, à titre expérimental, la caisse commune de sécurité sociale de Lozère. De même, il n'existe plus depuis la même date que 88 URSSAF, dont 86 départementales (avec des exceptions marginales) et deux pluridépartementales : la Corse et la région parisienne (l'Ile-de-France sauf la Seine et Marne).

Les organismes de sécurité sociale au 31 décembre 2009

		Organismes de sécurité sociale		Organismes de regroupement		Organismes conventionnés	
		Fin 2008	Fin 2009	Fin 2008	Fin 2009	Fin 2008	Fin 2009
Régime général	UCANSS	1	1				
	Têtes de réseau*	4	4				
	CRAM et CRAV	18	18				
	CPAM**	128	127				
	CAF**	123	122				
	URSSAF**	98	90				
	Unions et fédérations***			98	98		
	CGSS et assimilées****	5	6				
	SLI-SLM-Mutuelles					51	51
Sous-total	378	369	98	98	51	51	
Autres réseaux	Têtes de réseau*****	3	3				
	Organismes MSA	45	42	41	41	1	1
	Caisses régionales RSI	30	30			58	44
	CARMI (mines)	7	7				
	URCAM			22	22		
	Sous-total	85	82	63	63	59	45
Autres	CAMIEG	1	1				
	CNIEG	1	1				
	Autres régimes spéciaux	18	18				
	Sous-total	20	20	0	0	0	0
Total général		Fin 2008 : 754		Fin 2009 : 728			

* CNAVTS, CNAMTS, CNAF et ACOSS

** Du fait de la création de la caisse commune de sécurité sociale de Lozère, les réseaux maladie, famille et recouvrement ont perdu un organisme.

*** 13 UGECAM, 20 centres informatiques, 39 UIOSS, 15 organismes de formation et 11 fédérations de CAF.

**** Une caisse par DOM, plus Mayotte et la caisse commune de Lozère.

***** CCMSA, CNRSI et CANSSM (régime des mines).

Source : DSS et caisses nationales

Le réseau famille, pour sa part, se prépare à n'avoir plus qu'une seule CAF par département à l'exception des Pyrénées atlantiques où vont subsister les CAF de Pau et de Bayonne à l'horizon 2011, mais aucune fusion n'est encore intervenue.

Les regroupements opérés ou à venir sont un préalable à la spécialisation des sites, nécessaire à une amélioration de la qualité du service et de la productivité. L'expérience déjà acquise montre que ces évolutions prennent souvent du temps.

On peut en outre se demander si un organisme par département est toujours la configuration adéquate aux besoins. En effet, il existe une contradiction latente entre la faiblesse de la population de nombreux départements (et donc des effectifs des organismes) et la complexité croissante des procédures, notamment dans le réseau famille. La même remarque vaut, a fortiori, pour le réseau MSA, dont certaines des caisses pluridépartementales paraissent d'ores et déjà sous-dimensionnées.

La convention d'objectifs et de gestion 2010-2013 signée entre les ministres chargés du travail et des comptes publics et l'ACOSS s'inscrit d'ailleurs dans cette approche. A l'horizon 2015, il ne devrait plus y avoir qu'une URSSAF par région administrative même si les opérations de base continueront de s'effectuer dans les sites actuels. Toutefois, une telle perspective suppose que la branche du recouvrement ait rénové son système informatique, le système actuel (le SNV2) ne pouvant sans doute pas s'adapter à une telle évolution.

B – L'évolution des performances globales des réseaux

Le choix d'un nombre réduit d'indicateurs de signalement¹¹⁵ pour chaque réseau vise à détecter les éventuelles insuffisances dans les organismes. Mais il permet aussi, avec des précautions dues aux limites inévitables des indicateurs, de suivre les évolutions globales des performances d'ensemble des réseaux.

1 – Des indicateurs de portée variable

De façon générale, les contrôles réalisés une année N résultent des indicateurs de l'année N-2, fournis par les têtes de réseau, les seuls disponibles au moment de l'établissement du programme de contrôle. Toutefois, au moment où les contrôles d'organismes sont effectués, la plupart des indicateurs de l'année précédente sont disponibles, ce qui permet d'avoir une idée des évolutions récentes et de l'effectivité des mesures correctives engagées.

Bien entendu, la pertinence de ces indicateurs doit au préalable faire l'objet d'un travail attentif conduisant à leur révision périodique. Deux exemples le montrent, pour le contrôle interne, d'une part, la mesure de l'efficacité d'autre part¹¹⁶.

115. Retenus parmi ceux disponibles dans les caisses nationales ou parfois construits par elles pour répondre aux demandes de la Cour.

116. Deux autres domaines font l'objet d'un suivi par des indicateurs de signalement : la qualité des comptes et l'efficacité (ou l'évolution de la productivité).

a) Les indicateurs relatifs au contrôle interne

Les progrès du contrôle interne dans chaque branche sont mesurés à partir de deux données, l'une fondée sur les taux d'erreurs détectées, l'autre sur le degré de mise en œuvre dans chaque caisse locale des actions prévues par un référentiel national. Dans ce dernier cas, cependant, l'indicateur est le plus souvent déclaratif, ce qui conduit à considérer les résultats apparents avec circonspection. Ainsi dans le régime général, le taux de couverture du référentiel de maîtrise des risques dans la branche famille, le taux de mise à jour des plans de maîtrise socle dans la branche maladie, le score pondéré du dispositif national d'évaluation dans la branche recouvrement, ou encore le taux de couverture du référentiel de contrôle interne dans le réseau MSA, doivent être confirmés, dans les caisses locales, par un examen des procédures effectivement mises en œuvre et de leur rigueur.

Deux de ces indicateurs, toutefois, paraissent plus construits et donc moins susceptibles d'interprétations exagérément favorables : celui de la CNAMTS et celui de l'ACOSS. Ils donnent des résultats médiocres, mais vraisemblables, dans les CPAM, et des résultats meilleurs, en progrès mais très disparates, dans les URSSAF (en 2008 : de 24,09 % à 90,51 %). En revanche, les indicateurs des réseaux famille et MSA sont sujets à caution, comme d'ailleurs les deux caisses nationales viennent de le reconnaître en décidant la remise en chantier de l'ensemble de leur dispositif. Dans la branche famille, la couverture du référentiel de maîtrise des risques approchait les 95 % en 2007, avec une faible amplitude (plus mauvais score : 89,1 %, meilleur score : 99,2 %). Les contrôles réalisés par la Cour ont d'ailleurs fortement nuancé ces résultats. La même observation vaut pour les organismes MSA, dont 95 % du référentiel de maîtrise des risques paraissait couvert en 2008 (de 80,39 % à 100 %). L'exemple de la fédération de Languedoc (97,71 %) établit le caractère partiellement fictif d'un tel chiffre, la mise en œuvre effective des « bonnes pratiques » par les agents étant sensiblement plus réduite que l'affichage officiel ne le donnait à penser¹¹⁷.

Quant aux indicateurs en principe plus objectifs, ils doivent eux aussi faire l'objet d'un examen critique préalable : le taux de rejet dit « IRIS » des dossiers de prestations mesure la qualité des factures présentées à l'ordonnancement. Mais, en dépit des apparences, il faut considérer comme satisfaisante la réduction moyenne, apparemment

117. A l'inverse, la caisse de MSA Côtes normandes, qui est sans doute, parmi les caisses contrôlées en 2009, celle où le contrôle interne est le plus effectif, a le taux de couverture déclaré le plus mauvais. En effet elle ne déclare couvert un processus que s'il l'est complètement et en routine.

minime (de 2,77 % à 2,57 %), des taux de rejet automatisés de feuilles de soins. En effet, en quatre ans, le nombre des points de contrôle (et donc des possibilités de rejet) a été multiplié par près de deux.

De même, dans les caisses de mutualité sociale agricole, la sensible diminution en 2008 du taux d'erreurs de liquidation en prestations familiales, choisi comme indicateur de signalement, paraît un point positif (les taux relevés en 2006 et surtout en 2007, étaient très dégradés, atteignant presque 7,5 % pour revenir en 2008 à 1,32 %). Mais cette amélioration ne vaut sans doute pas pour l'ensemble des prestations, ce qui conduira à chercher un indicateur plus représentatif lors de la prochaine campagne du réseau d'alerte.

b) Les indicateurs de performance

Deuxième exemple, les données relatives à l'efficacité comparée des organismes, au sein de leur réseau, sont fondées pour l'essentiel sur les « taux de réussite » synthétiques, calculés chaque année par rapport aux objectifs des contrats pluriannuels de gestion, qui permettent de répartir la part locale d'intéressement entre les organismes. Ce sont donc des indicateurs composites associant une vingtaine d'indicateurs de base eux-mêmes pondérés et étalonnés, en fonction de valeurs nationales, mais aussi d'objectifs locaux, cibles propres à chaque organisme.

Mais les évolutions de ces indicateurs sont complexes. Pour la branche recouvrement, ainsi, la difficulté provient du fait que le nombre et la nature des indicateurs de performance locale ne sont pas stabilisés dans le temps, que leur pondération est variable d'une année sur l'autre et que les modifications sont communiquées tardivement aux organismes. Certes, ce procédé permet d'éviter que les organismes n'agissent qu'en fonction des indicateurs susceptibles d'influer sur leur taux de réussite global, mais il ne facilite pas leur pilotage et il ne traduit pas clairement les priorités stratégiques définies pour la branche.

De même, pour les CPAM, un des éléments forts de la notation des organismes est le taux de réussite globale dans l'exécution du contrat pluriannuel de gestion qu'ils concluent avec la CNAMTS. L'axe « régulation du système de soins » y compte pour quatre dixièmes. Or, d'une part, les CPAM sont parfois désarmées pour obtenir des améliorations significatives dans ce domaine et, d'autre part, les actions dites de « régulation » (ou de gestion du risque) sont le plus souvent pilotées par la CNAMTS par l'intermédiaire du service médical. La performance des caisses dépend donc de leur capacité à déployer les plans d'action nationaux auprès des assurés, des professionnels, voire des entreprises et leur efficacité tient alors à la qualité de la coordination entre

les services administratifs et l'échelon local du service médical. Enfin, la plupart des indicateurs dits de « régulation » sont des taux d'évolution d'une année sur l'autre, ce qui pénalise les caisses ayant les meilleurs résultats¹¹⁸.

Plus généralement, intégrées dans ces indicateurs composites, nombre de données élémentaires supposeraient une définition plus homogène et plus rigoureuse. Ainsi, d'un indicateur qui mesure le temps d'attente aux guichets : à partir de quand la computation commence-t-elle ? D'autres peuvent donner lieu à des opérations « cosmétiques » : le délai de traitement du courrier peut ainsi dépendre de la date d'enregistrement de son arrivée, non de sa date d'arrivée.... Dans la sélection des données issues des systèmes d'informations des caisses nationales, retenues pour construire les « indicateurs de signalement », la Cour s'efforce donc, autant que possible, de recourir à des indicateurs directement issus des systèmes informatiques.

2 – Un reflet des principales évolutions d'ensemble

Malgré ces inévitables limites, le recours à des indicateurs choisis de manière sélective (environ une dizaine pour chaque réseau), permet de détecter des situations d'organismes en difficulté. Notamment quand les valeurs sont dispersées autour de la moyenne (comme pour l'absentéisme).

En outre, les évolutions de certains des indicateurs paraissent instructives. Les tableaux suivants, qui récapitulent la moyenne des résultats depuis 2005 de divers indicateurs d'inspiration voisine, permettent de disposer d'une vue synoptique de ces évolutions.

118. Pour lesquelles les marges de progrès sont naturellement plus faibles.

Evolution de certains indicateurs de la branche maladie

Année	Taux de rejet IRIS (en %)	Taux de réussite globale(en %)	Taux de prescription de génériques	Evolution des prescriptions d'antibiotiques	Productivité du pôle production	Productivité du pôle support	Coût par bénéficiaire actif pondéré	Absentéisme maladie
2005	2,77	77,40	58,00%	1,20%	33 651		67,43 €	5,94%
2006	2,98	76,21	70,03%	-10,50%	35 162	7,12	64,22 €	5,72%
2007	2,86	73,63	81,75%	-3,30%	37 733	8,08	63,04 €	5,68%
2008	2,57	71,62	ab*	-9,04%	39 746	8,07	62,51 €	5,77%

Evolution de certains indicateurs de la branche famille

Année	Indice de qualité de service	Couverture du référentiel MDR	Solde de pièces à traiter (en jours de prod.)	Ecart au coût d'objectif	Nb. d'allocataires pondérés par agent	Ratio de coût global pondéré	Taux d'indus / prestations versées (en %)	Absentéisme maladie
2005	93,6	86,8	3,2	-0,48		98,09 €	3,2%	4,9%
2006	92,7	90,1	3,2	-0,26	753,6	98,02 €	3,1%	4,7%
2007	90,8	94,1	4,0	-0,10	758,1	98,09 €	3,8%	4,7%
2008	91,3	abandon	4,1	0,20	720,0	106,20 €	3,3%	4,6%

Evolution de certains indicateurs du réseau du recouvrement

Année	Coefficient performance	Taux de conformité de la répartition	Taux de couverture fichier par contrôles	Taux de restes à recouvrer à 15 mois	DNE score pondéré	Coût unitaire du compte actif
2005	82,15%		9,49%			128,6 €
2006	86,18%	99,46%	9,70%	0,89%	39,33%	126,8 €
2007	86,60%	99,73%	9,88%	0,81%	56,65%	127,7 €
2008	80,76%	99,55%	8,14%	0,89%	64,56%	130,0 €

Evolution de certains indicateurs du réseau MSA

Année	Couverture référentiel contrôle interne	Taux d'erreurs prestations familiales	Taux de restes à recouvrer	Coût de gestion (par unité d'activité)	Absentéisme maladie
2005	82,70%		4,40%	127,49 €	4,02%
2006	82,50%	6,09%	3,36%	129,63 €	3,65%
2007	91,80%	7,49%	3,41%	128,71 €	3,54%
2008	94,70%	1,32%	3,41%	126,43 €	3,68%

Source : Caisses nationales et ACOSS

Quelques précisions pour mieux comprendre les tableaux

- l'absentéisme maladie est calculé sans prise en compte de la maternité ;

- les coûts unitaires sont exprimés en euros courants et correspondent à la division de l'ensemble des charges administratives par le nombre total des bénéficiaires ou cotisants, lui-même pondéré pour tenir compte des différences de structures entre caisses ;

- pour la branche maladie, le taux de réussite globale du CPG est un indicateur comparant une série de résultats avec les différents objectifs contenus dans le contrat pluriannuel de gestion. La productivité du pôle production est exprimée en nombre de décomptes effectués en une année pour un agent affecté à la production.

- pour la branche famille, l'indice de qualité de service est un indicateur mixte qui mêle les délais de traitement des dossiers, d'attente au téléphone et d'attente à l'accueil. Le taux de couverture du référentiel de maîtrise des risques (MDR) est le pourcentage de procédures à risques couvert par des processus formalisés.

- pour la branche recouvrement, le coefficient de performance locale est de même nature que le taux de réussite globale de la branche maladie.

Quelques conclusions se dégagent de la lecture de ces tableaux, les unes sont favorables, d'autres sont plus contrastées.

3 – Les évolutions favorables de la productivité.

Il y a lieu de noter l'important effort de productivité engagé, en particulier dans la branche maladie. La productivité du secteur production de cette branche (mesurée en nombre de feuilles de soins traitées par agent) progresse de 18,1 % en quatre ans, la productivité des fonctions support (nombre d'agents hors fonction support rapporté au nombre des agents de ces fonctions) s'étant améliorée de 13,3 % en trois ans.

Les tableaux qui précèdent sont exprimés en euros courants. Mais si on opère leur conversion en euros constants, on constate ainsi que, en quatre années, le coût du bénéficiaire actif pondéré de la branche maladie a été réduit de 12,5 %. Une réduction des coûts¹¹⁹ peut être constatée dans l'ensemble des réseaux : pour le recouvrement, le coût du cotisant actif (c'est-à-dire qui paie des cotisations) a baissé de 4,7 % ; dans le réseau agricole, celui de l'unité d'activité a diminué de 6,5 %.

119. Sous réserve des résultats relatifs de la branche famille, pour laquelle l'indicateur pertinent a été modifié, suite au changement de calcul de la pondération du nombre d'allocataires.

4 – Des indicateurs d'efficacité plus contrastés

On entend par indicateurs d'efficacité, les indicateurs qui permettent d'évaluer dans quelle mesure l'organisme atteint de façon satisfaisante ses objectifs. Leur appréciation est moins aisée, d'une part parce que, dans le détail, leur contenu est comme on l'a vu modifié année après année et, d'autre part, parce qu'un taux d'évolution ne fournit qu'une information incomplète, les capacités d'amélioration n'étant pas identiques selon le point de départ.

Dans le réseau maladie, les objectifs de régulation font l'objet d'efforts importants, mais aux résultats contrastés. La réduction des prescriptions d'antibiotiques atteint des proportions significatives (une diminution d'environ 10 % en 2006 et 2008) dès lors que les caisses disposent de l'arsenal réglementaire adapté. Il n'en est pas de même notamment pour la maîtrise des dépenses de transport sanitaires.

Dans le réseau du recouvrement, on observe une quasi immobilité des grands indicateurs qui permettent d'apprécier l'efficacité des organismes. Le taux de conformité de la répartition¹²⁰, par exemple, avoisine 99,5 %, bien qu'en recul en 2008 par rapport à 2007. Il en va de même du taux des restes à recouvrer à quinze mois, inférieur à 1 %. De façon paradoxale, ces résultats mitigés doivent être considérés favorablement, dès lors que l'on prend en compte les importantes perturbations dues à la difficile mise en place de l'interlocuteur social unique en 2008, et qui persistent, quoique moins gravement, en 2009. Au total, c'est surtout le « taux de couverture » du fichier par les contrôles qui présente les moins bons résultats.

120. Qui mesure les contrôles et l'efficacité des corrections des anomalies de répartition des cotisations et des contributions.

L'interlocuteur social unique (ISU)

Avant 2008, les employeurs et travailleurs indépendants versaient leurs cotisations de sécurité sociale de façon différenciée : en tant qu'employeurs, ils versaient aux URSSAF les cotisations sociales correspondant à leurs employés, ainsi que leurs propres cotisations d'allocations familiales. Par contre, les commerçants et les artisans versaient leurs cotisations maladie et retraite au RSI.

L'interlocuteur social unique a eu pour effet de substituer les URSSAF au RSI pour la perception des cotisations maladie et retraite des artisans et commerçants, et des seules cotisations maladie des membres des professions libérales. Pour autant, le RSI conserve la responsabilité de la liquidation des cotisations et du recouvrement contentieux.

Il est résulté de ce mécanisme compliqué une multitude d'interfaces entre des systèmes d'information inachevés (RSI) ou anciens et très complexes (URSSAF), qui se sont traduites par de nombreuses difficultés, pas encore toutes résolues. Les URSSAF ont souvent dû mobiliser leurs techniciens les plus expérimentés pour l'ISU, ce qui a, parfois, eu pour conséquence de dégrader leurs résultats dans leurs missions traditionnelles.

Dans le réseau famille, la moyenne annuelle du solde de pièces restant à traiter en fin de mois, exprimé en jours de production (moyenne de la production quotidienne des douze derniers mois glissants) n'a cessé de se dégrader depuis 2005. Si, dans le détail, cet indicateur est sujet à critiques, son évolution sur quelques années paraît significative.

Dans le réseau MSA, le taux de restes à recouvrer n'a pas véritablement varié depuis trois ans, alors même que des marges de progrès existent.

II - Les enseignements des contrôles réalisés dans le cadre du réseau d'alerte

Les contrôles effectués en 2009 ont porté, comme en 2008, sur quatre réseaux : la maladie, la famille, le recouvrement et la mutualité sociale agricole, qui concentrent 395 des 443 organismes de base dénombrés dans le tableau supra. On trouvera ci-après quelques enseignements de portée générale relatifs aux fusions, puis une synthèse des principales observations, réseau par réseau.

A – Les fusions et restructurations

Parfois longues, notamment à la MSA (jusqu'à 15 ans...) mais généralement plus rapides, les fusions institutionnelles entre organismes ne sont jamais qu'une première étape, en elle-même d'intérêt limité. Il n'en résulte que la suppression de quelques emplois de direction.

Encore faut-il qu'elles aient été correctement préparées. A cet égard, la pratique de la CNAMTS de doter d'un directeur et d'un agent comptable communs les organismes appelés à fusionner est de bonne méthode. A tout le moins est-il nécessaire que des mutualisations aient déjà été opérées. Mais les autres aspects ne sont pas à négliger, notamment les aspects informatiques. Le contrôle des CPAM de Nancy et de Longwy montrait à cet égard d'inquiétants signes de retard, à quelques mois de l'échéance du 1^{er} janvier 2010.

La phase suivante, essentielle, consiste à réorganiser l'ensemble des services sur un territoire agrandi et à spécialiser les sites de production de façon à améliorer la productivité de l'organisme et l'expertise des agents.

L'opération est complexe et les résultats ne sont pas immédiats. L'UCANSS a en effet conclu, le 5 septembre 2006¹²¹, un protocole d'accord relatif aux garanties conventionnelles apportées dans le cadre de l'évolution des réseaux (réorganisation, mutualisation ou fusion), qui prévoit des garanties pour les personnels concernés et interdit toute mobilité géographique ou fonctionnelle imposée. Dès lors, sauf à convaincre les agents d'accepter un changement de site ou de fonction (ainsi que l'a fait le directeur de la caisse MSA Côtes normandes, qui est sans doute l'organisme où la logique de la fusion a été poussée le plus loin), les réorganisations se font à moyens localement inchangés.

Dans certains cas, seule une restructuration des fonctions support et de direction sera réalisée, les anciens sites de production demeurant en l'état. Plutôt qu'une fusion, il ne s'agit alors que d'une juxtaposition d'organisations préexistantes, comme le montrent les exemples des caisses MSA de Bourgogne ou de Languedoc. Dans d'autres cas, la réorganisation est plus complète. Cependant, la spécialisation des sites aboutit, dans un premier temps, à faire traiter par certains agents des dossiers dont ils n'ont pas l'habitude. Le maintien d'un niveau satisfaisant de production (en quantité et en qualité) suppose alors des actions renforcées de formation.

121. Un nouvel accord a été agréé en avril 2010 pour la période 2010-2013.

Il résulte de ces constats que si les concentrations d'organismes (au moins jusqu'à une certaine taille) sont une nécessité, leurs résultats ne peuvent s'améliorer que progressivement et à condition que les changements soient conduits avec esprit de suite. La réussite de ces réorganisations suppose en outre une capacité des directions à négocier, sur la base du volontariat, les mobilités géographiques et professionnelles que nécessite leur mise en œuvre.

B – Remarques concernant les différents réseaux

1 – La branche maladie

Les contrôles effectués dans les CPAM de Longwy et Nancy, Annecy et Créteil permettent de tirer quelques conclusions significatives, en ce qui concerne en premier lieu le chantier des réorganisations internes.

Traditionnellement élevé, le nombre des sites de production de la branche maladie doit être réduit en raison de la réduction globale des effectifs et de l'automatisation croissante des tâches de production. Mais les réorganisations que cela suppose entrent là encore en contradiction, au moins partielle, avec les réticences très fortes des personnels à la mobilité géographique et professionnelle.

Topique à cet égard est le cas de la CPAM de Créteil. Un plan d'entreprise a été élaboré en 2006-2007, puis mis en œuvre. Les agents, qui étaient au nombre de 3 000 en 1981 et encore de 1 905 fin décembre 2005, n'étaient plus que 1 391 à l'automne 2009. En quelques mois, les sites de production ont été réduits de vingt à trois. Mais certains aspects restent décevants. La plateforme téléphonique, en particulier, implantée à Thiais, n'a pas répondu aux ambitions initiales : rotation et absentéisme très élevés des agents, personnels recrutés en contrats de professionnalisation et insuffisamment formés, médiocre qualité des réponses, d'où une augmentation des réclamations... La formation a semble-t-il été le point faible du plan.

Des observations ont porté également sur le déploiement du contrôle interne. L'analyse des taux de rejet montre (alors que ces rejets diminuent au fur et à mesure que progresse la diffusion des feuilles de soins électroniques) que les transmissions de données sous d'autres formats donnent lieu à de multiples erreurs. Or à cet égard, les caisses ne sont pas dépourvues de moyens d'action à l'encontre des professionnels de santé, qu'elles n'utilisent pas toutes.

D'autre part, la lisibilité des organisations paraît une condition indispensable à l'amélioration du contrôle interne. Or les pratiques sont parfois très différentes d'une caisse à l'autre, voire d'un site à l'autre. Au sein de la CPAM de Haute-Savoie, par exemple, la gestion des prestations en nature fait encore l'objet d'une plus grande polyvalence à Annecy qu'à Annemasse.

Il semble enfin que les risques inhérents progressent avec la taille de l'organisme. A la CPAM de Créteil, le bilan annuel des actions de contrôle interne surprend par sa complexité et son étendue, qui traduit le grand nombre d'actions conduites et de réels résultats en termes de taux de rejet IRIS. Pour autant, la transposition locale effective des plans de maîtrise socle de la branche, leur mise à jour et leur appropriation par les agents et leur encadrement ne donnent lieu qu'à une traçabilité insuffisante. De façon générale, la culture de contrôle interne doit encore être développée parmi les personnels de la branche maladie.

2 – La branche famille

Le réseau d'alerte a effectué en 2009 des contrôles dans les CAF de Creil, d'Angoulême, de Dijon, de Toulouse et de Créteil. Si l'on met à part le cas de Toulouse, où l'alerte de 2007 résultait de difficultés momentanées, les conclusions des contrôles convergent sur trois points : la lourdeur et l'insuffisance du contrôle interne, le caractère structurel des difficultés et la faiblesse persistante du pilotage central du réseau.

a) Un contrôle interne insuffisamment exploité

Les caisses d'allocations familiales doivent intégrer dans leurs bases de données des éléments de toute provenance : données relatives à l'identité des allocataires et de leurs ayants droit, déclarations de revenus transmises par la DGFIP, autres éléments communiqués par les bénéficiaires eux-mêmes qui constituent un public souvent précaire où l'illettrisme n'est pas rare. Il leur faut naturellement s'assurer de la fiabilité de ces informations, ce qu'elles font au moyen d'un « contrôle des données entrantes » qui concerne globalement 30 % de ces données¹²². C'est un travail lourd, mais nécessaire et qui a porté ses

122. Lesquelles ont brutalement augmenté en 2007-2008, passant de 162,5 millions de faits en 2005 à un pic de 242,6 millions en 2008, avant de redescendre à près de 220 millions en 2009. Ce phénomène est dû notamment aux travaux pour la certification des NIR enfants (numéro d'inscription au répertoire, généralement connu sous le nom de « numéro de sécurité sociale ») ainsi qu'au traitement, début 2008, de données provenant de la DGFIP et concernant 2007.

fruits, notamment pour la certification des fichiers d'identification des allocataires.

Mais les caisses doivent également traiter ces données, en appliquant des réglementations évolutives et complexes, à l'aide de systèmes d'information inégalement performants. Sur ce travail de production, elles effectuent des contrôles dits « métier ». Ceux-ci débouchent sur des taux d'erreur parfois élevés, très variables d'une prestation à l'autre, mais aussi d'une caisse à l'autre, d'un site à l'autre et d'un agent à l'autre¹²³, ce qui tend à prouver que les instruments d'aide à l'établissement des droits sont très perfectibles. Or si les erreurs observées sont bien entendu rectifiées, elles sont insuffisamment exploitées : nature et fréquence, explication des démarches qui conduisent à les commettre, éventuellement identification des auteurs des erreurs (qui peuvent avoir besoin d'une formation complémentaire). Une pédagogie appropriée est d'autant plus nécessaire que l'amélioration et la multiplication des contrôles conduit dans un premier temps à la découverte d'un plus grand nombre d'erreurs, comme on l'a constaté à Creil, ce qui peut avoir un effet démobilisateur pour les personnels. De nombreux dispositifs devaient être mis en place par la CNAF au cours de l'année 2010 pour identifier et prévenir les risques.

b) L'incidence des modes d'organisation

Courant 2009, la presse s'est faite l'écho des difficultés de nombreuses caisses, d'abord du fait de l'absence, dans certains cas, de déclaration de revenu en provenance des services fiscaux (un certain nombre d'allocataires n'en remplissant pas), puis lors de la mise en place du revenu social d'activité (même si la montée en charge s'est avérée beaucoup plus lente que prévu). Ces problèmes se sont traduits, dans de nombreuses caisses, par la fermeture de l'accueil, parfois plusieurs semaines de suite (Nice, Créteil, Bobigny,...).

Les contrôles sur place ont permis de vérifier, cependant, que les difficultés avaient commencé bien avant dans les organismes visités. A la CAF de Côte d'Or, l'organisation de secteurs géographiques placés sous la responsabilité de cadres territoriaux, issus en majorité de l'action sociale, ne s'est pas accompagnée de la mise en place d'outils suffisants de suivi de la gestion. A la CAF de Créteil, de même, de multiples erreurs

123. A la CAF d'Angoulême, le technicien le moins performant a un taux de rejet trois fois supérieur à la cible de 10 % et le plus performant, un taux trois fois inférieur à cette même cible ; 50 % de l'effectif des techniciens ont un taux de rejet deux fois supérieur à la cible recherchée. Cette analyse a été effectuée à la demande de la direction par un cabinet externe -démarche qui demeure peu fréquente.

dans la gestion passée se sont avérées lourdes de conséquences : le matériel acquis pour la gestion électronique des documents, par exemple, n'était pas compatible avec les autres outils informatiques de la branche. Plusieurs mois ont été perdus pour mettre en place le matériel approprié. Et le décalage dans le temps entre les départs de certains agents et les recrutements des personnels appelés à les remplacer a placé la caisse dans une situation d'autant plus délicate qu'un nouveau technicien conseil n'est pas vraiment opérationnel avant dix-huit mois. Il en est résulté un déficit, au moins temporaire, de personnels opérationnels (que l'on retrouve aussi à Dijon).

Par ailleurs, les différences de productivité observées d'un agent à l'autre sont à mettre en relation, au moins partielle, avec des niveaux de formation initiale très disparates et une formation professionnelle continue sans aucun doute insuffisante.

c) Un appui national trop lointain

Si la caisse nationale n'ignore assurément aucun de ces problèmes, les faiblesses des dispositifs d'analyse de la branche (comptabilité, suivi fin de l'activité des agents, etc.) ne lui permettent ni de confirmer, ni d'infirmer les diagnostics posés par les directions locales en matière de productivité, de taux d'erreur, etc.

C'est donc de façon assez empirique qu'elle a défini des priorités. Elle a ainsi mis en place, à compter de juin 2009, un « atelier de régulation des charges » (ARC) destiné, avec l'aide de « CAF aidantes » dotées au total de 204 postes, à aider les CAF en difficulté. Le choix des « CAF aidantes » pose cependant question : deux faisaient partie de l'échantillon contrôlé par le réseau d'alerte et connaissaient elles-mêmes des difficultés...

Il a été observé, par ailleurs, que le déclenchement de l'aide intervient alors que les difficultés sont déjà manifestes depuis un certain temps. La cause tient notamment au mode de calcul du seuil¹²⁴. L'aide est donc réparatrice, au moins provisoirement, mais elle n'évite pas l'entrée dans la spirale des retards. Or ces derniers provoquent des réclamations écrites, téléphoniques, ou orales qui, à leur tour, nécessitent du temps de traitement.

Face à cela, les directions locales prennent des mesures, plus aisément dans les petits organismes que dans les gros, toujours difficiles à

124. Il s'agit du nombre de pièces restant à traiter en fin de mois, divisé par le nombre de pièces traitées en une journée moyenne de travail au cours des douze mois précédents.

piloter. A la CAF de Créteil, la stratégie d'évolution paraît avoir été délibérément implicite, mais de ce fait même, inconnue du personnel et donc insécurisante (et sans résultat très significatif).

3 – Le réseau du recouvrement

Quatre contrôles ont été opérés en 2009 dans le réseau du recouvrement, dans les URSSAF de Valence, Nîmes, Montpellier et Strasbourg.

La conclusion principale concerne l'accroissement des difficultés des organismes en matière de recouvrement. Le versement des cotisations en retard, l'accumulation des impayés se traduisent très vite pour les entreprises par une impossibilité totale de payer. Le taux des restes à recouvrer à quinze mois est donc un bon indicateur de la qualité des diligences effectuées par les organismes.

La mise en place du dispositif VLU (versement en lieu unique) a eu pour effet de dégrader les résultats des URSSAF qui ne gèrent pas les grandes et très grandes entreprises. En effet, les grandes entreprises rencontrent, en général, moins de difficultés de règlement de leurs cotisations. Une petite URSSAF qui perd la gestion d'une grande entreprise voit dès lors son taux de recouvrement se dégrader. L'URSSAF de Nîmes en a fait l'expérience : entre 2007 et 2008, son taux de restes à recouvrer a crû de 7 %.

Le dispositif VLU

Le dispositif Versement en lieu unique (VLU) permet à une entreprise qui a plusieurs établissements dans un ou plusieurs départements de verser ses cotisations en un lieu unique, ce qui simplifie ses formalités si son système de paie est centralisé.

Les entreprises de plus de 2 000 salariés, dites « très grandes entreprises » (TGE), sont tenues de déclarer leurs cotisations dans une des huit URSSAF TGE choisie par l'ACOSS.

Les entreprises ayant de 500 à 2 000 salariés, dites « grandes entreprises » (GE) peuvent, si elles adhèrent au dispositif VLU, déclarer et payer leurs cotisations dans l'une des trente URSSAF GE (dont les huit TGE).

Enfin, les autres entreprises peuvent, si elles le veulent, adhérer au dispositif VLU sans changer d'URSSAF.

Mais au-delà, la dégradation conjoncturelle très forte observée dès fin 2008 et qui s'est prolongée en 2009 ne pouvait que se traduire dans le

taux de recouvrement. A Valence, le taux de restes à recouvrer à 100 jours est passé de 1,17 % en 2007 à 4,19 % en 2009.

Enfin, la gestion des huissiers présente des insuffisances qui ont été partout signalées et constitue toujours l'un des points faibles de la politique de recouvrement, comme les COREC¹²⁵ l'avaient déjà observé en 2004¹²⁶ : différences de coûts inexplicables entre études, absence de mise en concurrence de ces dernières, souvent trop nombreuses, différences de performances parfois criantes. L'ACOSS devrait se saisir à nouveau de cette question.

4 – Le réseau MSA

Indépendamment des remarques relatives au contrôle interne ou aux fusions d'organismes déjà formulées plus haut et d'observations critiques sur le système d'information formulées par les organismes eux-mêmes et que les auditeurs se sont bornés à recueillir, trois conclusions principales peuvent être tirées des missions du réseau d'alerte, effectuées en 2009 dans les caisses ou fédérations de Bourgogne, des Côtes normandes, de Provence-Azur et de Languedoc.

La première a trait aux délais de paiement des prestations en droits propres d'assurance vieillesse des agriculteurs (AVA). Ces délais ne sont bons dans aucun des quatre organismes contrôlés, quoique pour des raisons différentes. Le ministère de l'agriculture confirme que le problème, qui concerne aussi les salariés, est lié aux restructurations du réseau et à la difficulté d'harmoniser des méthodes très disparates dans les organismes concernés. L'analyse montre cependant que le point nodal, pour les exploitants, se trouve dans la preuve de cessation d'activité des exploitants, qui est la condition *sine qua non* de la mise en paiement de la pension. La CCMSA, par circulaire de novembre 2009, a autorisé temporairement les caisses à verser pendant deux mois une avance sur pension dans l'attente de la production de la preuve. Pour sa part, le ministère envisage, pour prévenir une rupture de ressources, de substituer une déclaration sur l'honneur permettant une liquidation provisoire. Au-delà des procédures qui peuvent être améliorées subsistera sans doute le problème principal qui est qu'un exploitant n'envisage de cesser son activité qu'en cédant son exploitation.

La deuxième conclusion a trait à la gestion du recouvrement des prestations familiales indues. Au-delà des multiples causes expliquant ces indus, il a été observé que leur recouvrement est largement négligé, en

125. Comités régionaux d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale.

126. Voir RALFSS 2004, pages 127 et suivantes.

sorte qu'il existe un risque avéré de constitution de créances prescrites dans trois des quatre organismes contrôlés, en dépit du dispositif informatique fourni par la caisse centrale. Les moyens pour les récupérer existent cependant, grâce en particulier à la compensation entre prestations, désormais autorisée, mais peu utilisée. De même, la procédure de contrainte n'est pas utilisée, même quand les montants la justifient, au profit des procédures devant les tribunaux des affaires de sécurité sociale (TASS) qui sont pourtant plus coûteuses et plus longues¹²⁷.

Enfin, la troisième conclusion concerne l'importante évolution, dans trois des quatre organismes audités, du taux de restes sur cotisations à recouvrer. Il est bien entendu à mettre en relation avec la crise agricole : crise du lait en Côtes normandes, crise de la viticulture en Languedoc, crise de l'horticulture en Provence-Azur... De façon générale, les auditeurs ont permis de constater de réels efforts de prévention (par exemple par le développement de la mensualisation et des prélèvements automatiques), mais une grande réticence à utiliser les procédures de recouvrement forcé, y compris quand la situation réelle des débiteurs ne le justifie pas.

127. La caisse centrale indique que la procédure de contrainte devrait désormais être intégrée à l'outil informatique institutionnel du réseau.

Chapitre VI

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

PRESENTATION

Le système d'information de la branche maladie du régime général est l'un des plus importants de France. En 2009, il a traité les 169 Md€ de charges de la branche maladie et les 11 Md€ de celles de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), au bénéfice de quelque 50 millions d'assurés et d'ayants-droit. Plus de 3 500 agents lui sont affectés, dont une moitié sous la responsabilité directe ou indirecte de la CNAMTS, et l'autre moitié sous celle des caisses régionales et primaires. Il compte près de 100 000 utilisateurs au sein de ces dernières et échange à des titres divers 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.

La Cour a procédé à l'analyse de ce système d'information, notamment sur la base de travaux qu'elle a confiés à des experts. Ce bilan fait apparaître des insuffisances marquées, dont les responsabilités incombent autant à l'Etat, qui n'a pas réuni les conditions d'une stratégie globale en la matière (I), qu'à la CNAMTS, qui n'a pas su adapter la gouvernance de son système d'information ni se conformer suffisamment aux meilleures pratiques actuelles (II). La gestion des moyens est en outre peu rigoureuse (III).

I - La responsabilité de l'Etat

Le code de la sécurité sociale (CSS) confie aux caisses nationales la coordination du système d'information de leurs branches et la maîtrise de leur schéma directeur informatique¹²⁸. En amont, cependant, l'Etat, à qui la loi confère une responsabilité particulière dans la définition des orientations stratégiques, ne s'est pas acquitté jusqu'à présent de manière satisfaisante du double rôle qui lui appartient.

A – Les modifications législatives et réglementaires

La maîtrise d'ouvrage stratégique de l'Etat est d'abord législative et réglementaire. Le Parlement adopte fréquemment des mesures législatives en matière d'organisation et de prise en charge des soins qui s'imposent aux deux branches. La préparation et la mise en œuvre réglementaire de ces mesures incombe à l'administration centrale, qui devrait aussi éclairer le gouvernement quant à leur faisabilité technique.

128. Articles L. 221-3.1, L. 224-13 et D. 122-10.

Or, il est très rare que les études d'impact de ces mesures, quand elles existent, analysent ou garantissent leur faisabilité technique et fixent un calendrier réaliste pour leur mise en œuvre.

Le résultat en est, année après année, que la CNAMTS assure dans l'urgence des modifications souvent complexes qui concernent aussi bien de nouvelles prestations que des modifications de tarifs ou de critères de liquidation. Pour les réaliser, elle doit interrompre d'autres développements informatiques, décalant d'autant les plans de travail, ou recourir à des prestataires extérieurs inégalement aptes à maîtriser la complexité du système d'information et ce au risque d'erreurs de développement.

De surcroît, pressée par des échéances irréalistes, la CNAMTS met parfois en service des fonctionnalités sans assez respecter ses propres normes de test et de validation. Elle remédie ensuite aux imperfections dans la même urgence, au risque de perturber d'autres projets. Les relations avec les assurés, les établissements ou les professionnels de santé peuvent en souffrir : rejets de pièces ou de demandes de remboursement notamment, qui ensuite doivent être solutionnés manuellement. Le cas échéant, les problèmes non résolus amènent les caisses primaires à contourner les procédures normales. Cela occasionne des effets collatéraux qui ne sont ni économiques ni de bonne gestion.

Ainsi la franchise de 0,50 € sur les médicaments et 21 autres cas de figure similaires ont été introduits au 1er janvier 2008 avec des défaillances qui ont lésé -marginale-ment et, pour l'essentiel, temporairement- 242 427 assurés, mais il en résultait d'emblée une économie de 3 M€ par jour (890 M€ en 2008, tous régimes). Un exemple plus général est celui des dispositions impliquant des modifications dans les postes de travail des professionnels ou des établissements de santé : tant la tutelle que les opérateurs concernés constatent que le déploiement de ces solutions informatiques s'étend parfois sur de longues périodes et donc bien au-delà de la date fixée par les textes adoptés, sans que ces derniers aient pris en compte cette contrainte.

La méconnaissance à tous les niveaux de l'Etat des contraintes informatiques provoque ainsi des perturbations dont le coût et les effets, y compris pour les usagers, ne sont pas mesurés. Les études d'impacts devraient intégrer de façon systématique une analyse de ces contraintes techniques.

B – L'absence de stratégie globale

De telles difficultés seraient moindres si la branche avait modernisé son système d'information en utilisant les solutions les plus récentes, de nature à en garantir la flexibilité. Or, si la modernisation du parc d'équipement a été considérable, quoique parfois tardive, les logiciels utilisés, eux, ont continué à être juxtaposés, adaptés tant bien que mal aux exigences du moment, sans la rénovation radicale qui aurait apporté la flexibilité souhaitable. La responsabilité stratégique de la tutelle est en jeu là aussi, à plusieurs égards.

1 – Des conventions d'objectifs et de gestion peu exigeantes

Il incombe à l'Etat de négocier une convention pluriannuelle d'objectifs et de gestion (COG) avec chaque branche. Depuis une décennie, plusieurs rapports de l'inspection générale des affaires sociales ou des audits déclenchés par la CNAMTS ont éclairé les ministres et la CNAMTS sur l'exécution -imparfaite- du volet informatique des COG, comme sur les enjeux et les choix à effectuer. La direction de la sécurité sociale en a lucidement souligné l'acuité, sans être suffisamment écoutée.

Dans la période récente, les COG ont certes pris en compte les progrès nécessaires, notamment en matière de productivité et de téléservices. Toutefois, leurs objectifs n'ont pas tous été atteints, alors qu'ils étaient insuffisamment ambitieux en termes de performances et de flexibilité informatiques. En l'absence de tableau de bord permettant à la tutelle de mesurer l'efficacité des mesures prises¹²⁹, leur réalisation n'a pas été suivie dans des conditions conformes à la législation.

Sur le fond, la stratégie implicite a été jusqu'à récemment de ne pas accélérer la modernisation du système autant que l'état de l'art le permettait. Le ministère et la CNAMTS, malgré de lucides analyses des retards ainsi subis, se sont accordés sur un faible niveau d'exigence au regard des enjeux dans le souci notamment de ne pas multiplier des chantiers assurément très complexes.

129. Les articles L. 227-1 et L. 228-1 du CSS confient un suivi annuel à un conseil de surveillance réuni au moins deux fois par an et dont le président « remet un avis au parlement sur la mise en œuvre » de chaque COG. Cette procédure n'a pas été mise en œuvre, sauf pour l'année 2007, privant ainsi la tutelle d'un moyen de suivi stratégique, qui, au moins en matière informatique, aurait pu être éclairant.

2 – Un schéma directeur informatique non validé

A chaque COG doit correspondre un schéma directeur informatique (SDI). Mais ces documents ont rarement porté sur des périodes identiques, ni même été adoptés avant le démarrage de la COG¹³⁰. Ainsi la COG 2000-2003 prévoyait que le SDI 2000-2004 fasse l'objet d'un avenant définissant « avant le 30 septembre 2004 les engagements contractuels (entre l'Etat et la CNAMTS) réciproques au titre de la poursuite, au-delà de ce périmètre, du programme de refonte » informatique. Cet avenant n'a jamais été conclu.

Comme l'indique la CNAMTS, les imperfections de la démarche et du SDSI de l'époque ont résulté en partie de la sous-estimation de la complexité des réformes, notamment technologiques, alors engagées.

Trois ans s'écoulèrent avant que le directeur de la sécurité sociale, dressant en août 2007 le bilan de l'exécution à fin 2006 de la COG, appelle « à nouveau l'attention (de la CNAMTS) sur la nécessité d'aboutir le plus rapidement possible sur le schéma directeur informatique, la maîtrise de l'évolution du système d'information et le bon développement des projets informatiques s'avérant indispensables ». Le projet de SDI 2007-2009 ne fut transmis pourtant que fin 2007 à la tutelle, qui ne répondit qu'en septembre 2008, de manière critique et pertinente, mais trop tardive pour être utile. Ainsi n'y a-t-il eu depuis 2004 aucune validation explicite de SDSI par l'Etat. Le ministère a indiqué à la Cour sa détermination à y remédier pour la future COG 2010-2013, en usant davantage de son rôle prépondérant dans la définition des axes stratégiques de la branche maladie, leur mise en œuvre relevant de l'autonomie de gestion de celle-ci.

3 – Des répertoires parfois tardivement unifiés

Une flexibilité informatique plus grande appelle des bases de données (dites aussi « répertoires » ou « référentiels ») qui soient fiables et exhaustives. Le ministère chargé de la santé est le maître d'ouvrage d'une partie d'entre eux. Le référentiel national individu (sur la base du numéro d'inscription au répertoire de l'INSEE ou NIR), en chantier depuis 2006, a été mis en place partiellement fin 2009, mais sa pleine intégration se poursuivra au-delà de 2010.

130. Seule la COG AT-MP 2009-2012 a été adoptée en temps utile, à l'inverse de la COG 2010-2013 de la branche maladie, encore non signée mi-2010, et sans qu'un SDI cohérent les accompagne.

Le référentiel des offres de soins (RFOS) fusionnera plusieurs fichiers antérieurs relatifs aux professionnels et aux établissements, mais il n'est pas encore opérationnel.

Le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) est élaboré depuis 2003 mais n'a commencé à être renseigné qu'en 2010. Le répertoire mutualisé des entités sanitaires et sociales (RMESS), enfin, est en cours de développement. Impliquant de multiples partenaires, ces chantiers sont aussi complexes que nécessaires, mais le ministère n'a pas mobilisé les moyens qui auraient permis une mise en œuvre plus rapide.

4 – Des développements hospitaliers mal coordonnés

La Cour a examiné la manière dont l'Etat a assuré la cohérence entre sa maîtrise d'ouvrage informatique dans le secteur hospitalier et les développements informatiques qu'elle appelle au sein de la branche maladie. Les flux entre ces deux secteurs étaient jusqu'en 2004 limités aux transactions peu nombreuses concernant la dotation globale, à la part complémentaire de la couverture maladie universelle et à l'aide médicale d'Etat.

L'introduction de la tarification à l'activité a, entre autres, appelé des développements à la charge des établissements, des éditeurs de logiciels, de la CNAMTS et de ses opérateurs. Bien qu'ils aient été érigés en priorité à laquelle ont été affectés d'importants moyens informatiques, leur ampleur a été considérablement sous-estimée, alors que ce secteur représente près de la moitié des dépenses de la branche (71 Md€ en 2009, contre 75 Md€ pour la médecine de ville).

Le dialogue entre le ministère et la CNAMTS a, malgré sa densité, été parfois entaché d'incompréhensions et de retards et les difficultés internes à la CNAMTS ont été aggravées par l'insuffisance du pilotage par le ministère.

Ainsi, le forfait journalier de 18 € créé en 2006 pour les actes d'un montant supérieur à 95 € a été mis en œuvre sans étude de faisabilité et sans que, six ans plus tard, l'assurance maladie ait la certitude qu'il est pleinement appliqué dans les établissements. S'agissant du dispositif de prélèvement de la franchise de 1 € introduite en 2004, les recouvrements auprès des établissements, au titre de la période 2005-2007, n'étaient pas encore achevés en 2009.

La facturation des soins appellera la mise en œuvre de 14 millions de factures individuelles par an, multipliant par plus de mille la charge de travail antérieure. Cette facturation avait été programmée pour 2005 mais le Parlement doit, depuis lors, la reporter d'année en année, faute que le ministère, qui n'a recruté un chef de projet que début 2010, dispose des

moyens d'assurer son rôle de maître d'ouvrage¹³¹. L'échéance est actuellement fixée à 2013.

Le ministère partage le constat de la Cour selon lequel le législateur avait fixé des délais irréalistes, qui ne tenaient compte ni du niveau informatique restant à atteindre par les hôpitaux, ni de la non-disponibilité à l'époque d'outils de consultation des droits, ni encore de la capacité de la CNAMTS à réaliser avec les moyens existants un tel outil.

Les mêmes problèmes affectent la réalisation du suivi de la facturation et du recouvrement des consultations externes, de la facturation du reste à charge aux organismes complémentaires, du codage des ordonnances hospitalières exécutées en ville. Le Parlement avait voté la mise en œuvre de ce dernier au 1er janvier 2009, mais dix-huit mois plus tard le ministère n'avait pas encore publié les textes nécessaires et, de toute façon, les dispositifs informatiques n'étaient pas prêts d'être réalisés.

La CNAMTS n'a de son côté ouvert la consultation des droits des assurés par les établissements, prévue par la COG pour 2007, qu'en 2009, mais sans permettre des recherches inter-régimes, ni l'extraction ou l'obtention de données certifiées. Le ministère reconnaît que, de ce fait, la facturation directe dans de bonnes conditions de productivité ne sera pas de sitôt généralisée dans les hôpitaux. Les établissements peuvent difficilement, dans ces conditions, mettre en cohérence leurs systèmes d'information avec les attentes de l'assurance maladie et cette dernière ne peut donc pas proposer et concrétiser un schéma directeur informatique garantissant l'optimisation des traitements de données hospitalières.

Au total, c'est dans des conditions difficiles que des résultats significatifs ont été obtenus mais d'amples progrès restent à accomplir.

5 – Une administration centrale inadaptée

La Cour attire de longue date l'attention sur l'inadaptation des moyens du ministère face à ses missions de maîtrise d'ouvrage stratégique. Ce facteur n'est pas le seul en cause : la direction de la

131. Le caractère improvisé de la réforme votée en 2003 et les capacités insuffisantes du ministère, en termes de maîtrise d'ouvrage et d'analyse économique, sont d'autant plus à souligner que «les gains potentiels liés à la réforme de la facturation directe elle-même, indépendamment du passage à la T2A, en termes de maîtrise des dépenses d'assurance maladie apparaissent difficiles à cerner. A cet égard, aucun chiffrage n'a été fourni à la mission permettant de cerner ou approcher ce bénéfice même à moyen terme» (IGAS, « Le passage à la facturation directe des établissements de santé », Paris, La Documentation française, décembre 2008, page 43).

sécurité sociale notait à juste titre, s'agissant de l'exercice 2006, que la CNAMTS ne fournissait pas de données permettant « de mesurer sérieusement l'avancement des projets ni les conséquences liées à l'interdépendance de certains projets ». Mais elle relevait aussi que « manque la rédaction d'un document commun CNAMTS-Etat, pareil à ceux produits par les autres caisses nationales, pour officialiser le bilan 2006 des SI auprès des instances : commission des SI et Conseil »¹³². Ce document n'existe toujours pas.

Le ministère est conscient depuis plusieurs années de la nécessité d'en tirer les leçons et d'aboutir rapidement à la mise en place d'un nouveau cadre politique et stratégique, assorti des plans d'action et des moyens appropriés. Une réforme est une nouvelle fois annoncée comme imminente. Mais, malgré l'adhésion de toutes les directions concernées, y compris celle du budget, aux conclusions de la Cour, la direction de la sécurité sociale n'a toujours pas les moyens appropriés pour ce faire et en juin 2010 aucun calendrier ne prévoyait qu'elle en soit dotée.

La CNAMTS est ainsi largement laissée à elle-même en ce domaine, pendant que l'Etat continue à lui notifier de fréquentes modifications informatiques, et cela sans avoir veillé à ce qu'elle se dote d'un système suffisamment flexible pour les mettre en œuvre dans les délais prescrits et de manière fiable. En l'absence de moyens mieux appropriés, les perspectives de progrès au niveau de la maîtrise d'ouvrage stratégique demeurent donc faibles.

6 – L'insuffisance de projections stratégiques

Ces défaillances de l'Etat n'ont de surcroît pas été compensées par la CNAMTS, qui a pourtant, tout autant que le ministère, conscience de ce désordre et de l'absence de projections à moyen terme.

Certes, la CNAMTS a progressivement renforcé la coordination entre ses directions « métiers » (maîtres d'ouvrage délégués) et sa direction déléguée des systèmes d'information (DDSI, qui est maître d'œuvre). De plus, son processus de prise de décisions stratégiques a été récemment amélioré, en étant toutefois trop souvent limité à des décisions ponctuelles. La DDSI s'est dotée d'un dispositif d'évaluation des interactions entre les projets et de sécurisation des plans et calendriers de travail, de nature à réduire les écarts entre la stratégie et sa concrétisation, mais elle ne l'a fait qu'en 2009, et « l'observatoire stratégique » annoncé en 2007 n'est apparu qu'en 2010. Il est toutefois équitable d'observer qu'en comblant, surtout depuis 2009, des retards de diverses natures, elle réunit progressivement les conditions de changements plus radicaux.

132. Réunion CNAMTS-tutelle du 18 juin 2007.

II - La conformité aux normes et aux bonnes pratiques

Ces insuffisances stratégiques ont eu un fort impact sur la qualité de la gouvernance et des performances du système d'information. Or, ces dernières sont déterminantes pour l'efficience et l'efficacité, tant de la prise en charge et de la comptabilisation des 169 Md€ de prestations que des relations avec les professionnels, les établissements et l'ensemble de la population bénéficiaire.

La Cour a donc examiné la conformité du système d'information aux normes et bonnes pratiques. Cet examen a été effectué avec le concours d'experts et en s'appuyant sur les audits externes et internes diligentés par la CNAMTS ces dernières années. Les principaux constats sont résumés ci-après.

A – L'architecture : des progrès réels mais insuffisants

L'infrastructure technologique, la capacité, la robustesse et les performances des centres de production et de leurs liaisons avec le réseau des caisses ont été renforcées de manière appropriée dans la période récente. L'implication des centres de traitement informatique (CTI) dans la définition et le choix des architectures a progressé, et avec elle la pertinence des choix de dimensionnement des infrastructures et d'anticipation des mises à niveau techniques.

De ce fait, les interruptions de service ont été très rares. Toutefois, l'exploitation des tableaux de bord des CTI, tenus en partie manuellement, comme l'hétérogénéité de ceux des caisses, exposent à des erreurs et à des inattentions, constatées sur place.

La CNAMTS n'a pas mobilisé les ressources humaines ni, jusqu'à récemment, tous les outils nécessaires à une meilleure coordination entre la DDSI et les directions assurant les maîtrises d'ouvrage. Ces dernières ont en effet été organisées plus autour d'applications isolées que de processus « métier » très cohérents, même si des renforcements se poursuivent en vue de garantir de nouveaux gains de productivité¹³³.

133. La CNAMTS indique ainsi avoir renforcé, depuis le contrôle de la Cour, la coordination des orientations et maîtrises d'ouvrage stratégiques, ainsi que la priorité accordée aux projets aboutissant à des résultats évaluables et significatifs, ou encore l'approche "par les processus" réduisant les circuits inutiles et la ressaisie de données.

Ces progrès n'auront un plein impact qu'une fois achevée la réalisation d'une architecture d'ensemble (« urbanisation »¹³⁴).

B – Des applications d'inégale qualité

1 – Les faiblesses de pilotage des projets

A la demande des directions de maîtrise d'ouvrage, comme pour ses propres besoins, la DDSI assure en permanence la maîtrise d'œuvre de 130 à 200 projets importants (nouvelles applications ou refontes majeures). Elle apporte aussi chaque année plus de 2 000 modifications significatives aux applications utilisées, notamment tarifaires. Un tel volume de travail appelle une planification et un suivi particulièrement attentifs. Ces derniers ont commencé à être formalisés à partir de 2001, mais la DDSI a attendu 2009 pour les optimiser en rapprochant les ressources disponibles des charges prévisibles. L'analyse financière des projets en portefeuille n'a été développée qu'à partir de 2008.

Au printemps 2009 la DDSI n'avait pas encore une vision directe de sa capacité et de son calendrier de maîtrise d'œuvre. Il fallait recouper plusieurs documents pour esquisser une vue globale des calendriers, du reste à faire et des interdépendances entre les projets. Sur la base de 220 jours ouvrés par agent, le retard était alors estimé à 60 années-informaticiens. Aucun état d'avancement n'était renseigné pour environ un tiers des projets. Un consultant de la CNAMTS soulignait que près de 70 % des projets en cours de réalisation présentaient un retard de livraison, certains dépassant 24 mois. La maîtrise des interdépendances entre projets parallèles demeurait fruste.

Le problème est aggravé par les mises inopinées en file d'attente pour faire place à une urgence imprévue et non programmée, fréquemment du fait de modifications législatives ou réglementaires. Les calendriers de maîtrise d'ouvrage ou d'œuvre ne sont de la sorte pas maîtrisés. La réactivation d'un projet peut de surcroît être malaisée, si l'environnement et les équipes ont été peu ou prou modifiés entretemps.

La situation serait encore plus tendue si la CNAMTS n'avait pas différé sine die le lancement, ne serait-ce qu'au stade de la maîtrise d'ouvrage, de modernisations dont l'absence prolongée obère cependant la productivité de la branche.

134. L'urbanisation informatique est l'organisation d'un système d'information en zones, sous-systèmes, etc. L'architecture applicative comprend l'ensemble des composants logiciels constituant la partie automatisée, leurs modalités d'assemblage et de communication. Cette dernière n'a pas non plus été formalisée, ni donc maîtrisée.

Maîtrise d'ouvrage: deux exemples d'informatisation incomplète

S'agissant des prescriptions de médicaments et autres prestations :

- dans un milliard de cas par an, le médecin télétransmet la feuille de soins, tout en l'accompagnant plus d'une fois sur deux d'une prescription pharmaceutique qui est, elle, imprimée ou rédigée à la main alors même que, de plus en plus fréquemment, cette prescription a d'abord été saisie dans son ordinateur ;
- au lieu d'une transmission électronique de cette dernière, l'assuré ou son mandataire apporte le papier dans une pharmacie, qui en saisit, comme l'avait fait le médecin dans plus d'un cas sur deux, informatiquement les données, émet une facture électronique mais expédie un double de la feuille de prescription à la caisse primaire concernée, via un vaste dispositif ramassant chaque année un demi-milliard de feuilles dans 22 000 officines¹³⁵ ;
- les contrôles par les caisses primaires sont ensuite limités à des sondages visuels au sein du demi-milliard de factures dématérialisées accompagnant des ordonnances sur papier, au lieu de rapprochements automatisés même si une application conçue par une CPAM et labellisée par la DDSI le facilite. La CNAMTS indique que les Pays-Bas, entre autres, ont opté pour une prescription électronique de bout en bout. Mais elle n'a elle-même esquissé ce chantier d'envergure qu'en 2009, seize ans après le lancement de SESAM Vitale ; son inscription au SDSI est annoncée, sans encore de date de mise en œuvre.

La gestion des affections de longue durée (ALD) illustre également la communication trop partielle de données disponibles. La maîtrise d'ouvrage SESAM Vitale, exercée par la DDSI, a choisi un dispositif informant le professionnel de santé de l'existence d'une ALD, mais pas de sa nature, alors que cette dernière donnée limiterait les risques d'erreurs ou de fraude de ce chef. L'existence d'un médecin traitant est mentionnée, mais pas son identité, soumettant ainsi à la seule décision de l'assuré toute coordination du parcours de soins à la charge financière de la branche.

De tels retards étaient compréhensibles dans les premiers temps de l'informatique partagée. Depuis plus d'une décennie, ils ne le sont plus, ne serait-ce qu'au regard de la sous-consommation récurrente par la CNAMTS de son budget. Cette dernière situation permettrait d'accélérer les chantiers en recourant davantage à des sociétés prestataires. Un obstacle en ce sens est cependant que la vétusté de la majorité des applications, familière aux agents de la DDSI, est telle que des entreprises extérieures, parfois insuffisamment pilotées, risqueraient de ne pas être toujours performantes -risque avéré dans quelques cas récents.

135. Un problème similaire concerne les masseurs-kinésithérapeutes. Cf. Cour des comptes, rapport de certification des comptes du régime général, exercice 2009, Paris, juin 2010, p. 55.

Les retards sont aussi l'indice d'une insuffisance persistante d'effectifs hautement qualifiés¹³⁶, soit pour réaliser les projets complexes, soit pour en piloter efficacement la réalisation par des prestataires extérieurs. De surcroît, les méthodes varient d'un projet à l'autre, avec des défaillances. La DDSI a entrepris de mieux structurer les processus de développement (national, local, externalisé ou achat de progiciel) et de maintenance des applications. Mais cet effort est compliqué par le fait que jusqu'à 20 versions actualisant une même application sont parfois développées en parallèle (et non pas de manière séquentielle). Il en résulte d'incessantes mises à jour, répliquées dans chacun des neuf CTI.

Une application peut ainsi traiter au cours de son existence jusqu'à des milliers de milliards d'euros, tout en subissant fréquemment des mises à jour inégalement robustes, et cela dans un système d'information hétérogène et insuffisamment structuré. Certes, un point fort est que ce défi est relevé année après année. Cela ne va toutefois pas sans risques de non-qualité, d'autant que la CNAMTS ne disposait pas encore pleinement en 2009 d'un outil stratégique permettant d'anticiper, d'arbitrer et d'orchestrer les projets d'une manière qui soit à la hauteur des engagements consentis dans les COG. Elle a depuis lors indiqué que désormais les activités de développement sont toutes planifiées, avec transmission hebdomadaire d'informations standardisées.

2 – Une qualité trop partiellement certifiée

La DDSI s'emploie dans ce contexte à généraliser les bonnes pratiques. La planification et le pilotage progressent, avec l'adoption de normes et de standards. Les nouvelles applications bénéficient d'audits et de processus mieux formalisés. Des projets pilotes ont montré l'exemple, notamment pour le contrat d'amélioration des pratiques individuelles des médecins (CAPI) et un outil de gestion des risques.

Mais si, en matière de qualité, certains secteurs du système d'information sont certifiés, la DDSI prise globalement ne l'est pas. S'y astreindre faciliterait pourtant l'amélioration des performances, y compris pour les délais de livraison. Les pratiques sont en effet encore loin d'être toutes conformes à l'état de l'art et la DDSI n'avait pas, au moment de l'enquête, obtenu le niveau d'engagement de la totalité des cadres que les enjeux de la branche exigent.

136. La CNAMTS estime qu'il lui a manqué 93 emplois de ce type pour respecter le calendrier des développements de 2009. Une plus promptre restructuration lui aurait permis de les recruter (cf. infra).

Maîtrise d'œuvre : cinq exemples de projets à problèmes

Plus de 500 000 assurés de la caisse d'assurance maladie des industries électrique et gazière (CAMIEG) ont subi depuis 2008 de longs retards de paiement, répertoriés sans être éliminés. La CNAMTS a mis en service en 2008 en mode très dégradé l'infogérance décidée en 2005 avec la CAMIEG. La CPAM des Hauts de Seine, qui la gère, avait pourtant souligné dès 2006 la sous-estimation des difficultés et l'absence d'un directeur de projet. Alors que les données de la CAMIEG ne sont pas fiables ou peuvent être indûment rejetées, des risques ont été pris, dus à l'insuffisance de tests, liée soit aux délais de fourniture des logiciels soit à la difficulté de mise en œuvre de tests complets. Une solution fiable est prévue pour la fin 2010, soit avec trois ans de retard. Or, ces infogérances permettent à la CNAMTS d'économiser des « remises de gestion » (dans le cas de la CAMIEG, le gain est déjà de 13 M€/an), en sus d'une meilleure utilisation de ses capacités de production et des effectifs.

Pour le portail Internet permettant aux assurés de consulter leur compte, le plan initial prévoyait 2 867 journées de travail. Il en a fallu près du triple. Alors que c'était une innovation à forte visibilité, les études préalables, la documentation et la coordination entre services ont été lacunaires. S'agissant du protocole de soins électronique, les composants de sécurité ont souffert de causes similaires.

Le système de gestion des cartes à mémoire date des années 1990. Des centaines de milliers d'assurés ont tardé à recevoir leur carte Vitale, des dates irréalistes ayant été fixées par le gouvernement et acceptées par la CNAMTS pour la généralisation de la carte Vitale 2¹³⁷. Les phases de conception, de recettage, de validation et de test ont été abrégées à l'excès. Les méthodes ont été d'inégale qualité, jusqu'au tardif renforcement des équipes en 2009. Des oublis ont été commis : ainsi le retour d'un assuré dans sa région d'origine, après mutation dans une autre région, engendre-t-il un blocage, faute que ce cas soit prévu. Des dizaines de milliers de dossiers d'assurés ont été bloqués ou perdus en 2008. Mi-2009, près de 400 incidents, d'importance très variable, restaient à solutionner; d'autres n'ont pas été signalés promptly. La dépense aura été double, avec une refonte plus radicale qui devrait permettre d'atteindre en 2011 un résultat proche de celui qui avait été annoncé pour 2007.

La franchise de 0,50 € évoquée plus haut a été mise en place dans des conditions techniquement aussi scabreuses. De surcroît, la CNAMTS pénalise depuis 2008 les assurés qui devraient bénéficier du plafonnement journalier (à 2 € pour les auxiliaires médicaux, 4 € pour les transports sanitaires, avec au total 22 cas de figure), non encore mis en œuvre.

La qualité des données, d'un volume très considérable, fait de même problème, alors qu'elle détermine celle de la gestion des prestations. Elle est obérée par le fait qu'il n'existe que peu de responsables des données, le métier même d'administrateur de données

137. Cf. Cour des comptes, Rapport public annuel, tome I, Les systèmes de cartes de l'assurance maladie, pages 247-262, Paris, La Documentation française, février 2010.

n'ayant été que récemment introduit à la CNAMTS. La classification des données non médicales est incomplète. Leur cohérence n'est pas toujours vérifiée. Ainsi, en l'absence fréquente de rejet automatique des données corrompues, les équipes doivent encore souvent surmonter des blocages.

S'agissant de la gestion des changements, des priorités et des circuits d'urgence, les pratiques sont hétérogènes, sans processus de bout en bout. Des centaines de changements par an sont opérés sans aucune approbation formelle et les versions mises en production ne sont pas toujours celles qui ont été approuvées. Quant aux outils de gestion de configurations, ils diffèrent selon les plateformes.

De tels mécomptes sont à tous égards onéreux. D'une part, la branche dépense plus qu'elle ne le ferait avec une organisation plus rationnelle et elle subit des retards, sans pour autant obtenir la qualité escomptée. D'autre part, les assurés - et les professionnels de santé, dont les difficultés informatiques n'ont pas été examinées lors du présent contrôle - en sont fréquemment affectés, que ce soit en retards de remboursement ou en temps perdu du fait d'applications défectueuses.

La qualité des applications, de leurs mises à jour et de leur compatibilité ne sera pas garantie aussi longtemps que perdurera la cadence parfois trop rapide des corrections des applications et que la CNAMTS n'aura pas complété ses équipes par suffisamment d'informaticiens de haut niveau.

C – Un contrôle interne et une sécurité défaillants

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. Or, son organisation en termes de sécurité a été insuffisante, pérennisant des risques auxquels il a été lentement et tardivement remédié.

S'agissant du contrôle interne de l'informatique, les anciens comités régionaux d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale (COREC) avaient déjà mis en évidence en 2006, dans cinq CTI, «de nombreuses défaillances ponctuelles, signes d'une rigueur insuffisante et d'une implication trop tardive et encore incomplète des organismes têtes de réseau»¹³⁸. La Cour avait recommandé d'établir un plan national de contrôle interne et de prévention des risques pour l'ensemble des sites. Ce plan a été produit, la politique de sécurité des systèmes d'information (PSSI) a été actualisée et des responsables de cette sécurité ont été nommés.

138. Cour des comptes, RALFSS, septembre 2006, op. cit., pages 111 et suivantes.

Des audits nombreux sont désormais conduits au sein des caisses régionales¹³⁹ et primaires ; leurs rapports, concis, identifient souvent, notamment en matière d'informatique comptable, les écarts entre pratiques et normes. Toutefois, au sein de la DDSI et des CTI, ils ont tardé jusqu'en 2008 à être réalisés et leur suivi a été inégalement assuré (dans une grande CPAM, le responsable informatique n'a même pas été destinataire du rapport). Des comités en cours de mise en place pourront y remédier.

En dépit de cette réorganisation et malgré les menaces d'intrusion informatique, la PSSI n'a pas été totalement concrétisée (un plan de sécurité de 2004 avait connu le même sort). La DDSI, la direction des opérations chargée des caisses et la direction financière et comptable ont tardé à adopter un plan commun d'action en ce sens.

Jusqu'à ce qu'un nouveau dispositif soit installé fin 2009 pour assurer de telles tâches, n'avaient été mis en place ni la commission devant rassembler maîtrise d'ouvrage, maîtrise d'œuvre et les responsables de la sécurité des systèmes d'information (RSSI), ni le service devant piloter les audits de la sécurité, ni la cellule devant coordonner la sécurité du développement des projets, ni la commission devant identifier les solutions techniques. Ainsi peut s'expliquer la persistance de failles majeures, comme l'insuffisante traçabilité des interventions sur les systèmes ou l'absence d'analyse méthodique des journaux historiques d'accès et autres événements.

La sécurité des données est l'objet d'une grande attention, mais elle peut faire également problème, comme dans le cas de l'application nationale évoquée dans l'encadré ci-dessous. Il n'y a d'ailleurs, en dehors du service médical, pas de classification homogène des données en fonction de leur confidentialité ou d'une exigence de traçabilité. Une démarche systématique fait défaut, comme en a par exemple témoigné l'absence de dossier central de sécurité spécifique au système d'historique des remboursements, dont la prééminence stratégique et la nature méritaient pourtant une telle précaution.

La CNAMTS n'a par ailleurs plus de dispositif de sauvegarde externe depuis 2003 et ne s'est que récemment dotée d'un plan national de continuité d'activité : l'infrastructure appropriée a été mise en place en 2009-2010, à un coût significatif, d'abord dans deux des neuf CTI (et ce avant qu'un plan confirme le maintien à long terme de ces deux sites). Elle a en revanche récemment généralisé son réseau informatique de secours, prévu pour être totalement opérationnel d'ici la fin 2010. Mi-

139. Les anciennes CRAM, devenues caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT).

2010, 92% des caisses primaires avaient enfin effectué des tests de gestion de crise, même si le dispositif complet de reprise d'activité ne sera mis en œuvre qu'en 2011.

S'agissant de sécuriser les quelque 100 000 postes de travail de la branche, la DDSI rencontre des difficultés, faute de relations hiérarchiques avec les caisses primaires. Les correctifs mis à la disposition de ces dernières ont parfois été déployés selon leur bon vouloir et les incompatibilités locales entre versions n'ont pas encore été totalement éliminées. La direction des opérations (DDO) et la DDSI n'ont ainsi pas suffisamment uni leurs efforts pour imposer une sécurité satisfaisante, par exemple au travers de télé-distributions obligatoires et automatiques des mises à jour de ces postes de travail. La CNAMTS prévoit désormais une telle modernisation, qui demandera plusieurs années.

Un progiciel ne garantissant pas la confidentialité médicale

L'enchevêtrement mal maîtrisé d'applications parfois anciennes et de composants hétérogènes aggrave la difficulté de prévenir ou d'éliminer aisément des risques de non-confidentialité. Sur le site de la CNAMTS, un praticien a ainsi involontairement accédé début 2010, en utilisant son identifiant et son code personnels, aux données d'un autre praticien. La DDSI a alors, non sans mal, identifié au total 13 cas de divulgation de pages antérieurement consultées et un cas d'accès à une session ouverte au même moment par un autre praticien. Même si 14 cas ne sont rien au regard des flux des 200 000 utilisateurs du site, cette faille, imputée à l'éditeur du progiciel, est grave. La DDSI utilisera désormais un autre progiciel qui sécurise sans problème connu l'accès des utilisateurs.

L'observatoire national des incidents, annoncé pourtant dès 2004, n'a pas davantage été réalisé, alors qu'une prompt gestion des incidents et problèmes de tous niveaux est nécessaire pour en minimiser les impacts. Le centre de support national (CSN), chargé de les recenser et d'orienter la recherche de solutions, réalise un travail considérable, mais son équipe est dispersée entre Bordeaux (44 agents), Caen (19 agents) et Troyes (36 agents). Cette fonction elle-même est triplement éclatée entre le CSN, le service du contrôle médical (qui a son propre service de support dans l'Allier) et un site gérant les incidents du réseau télématique au sein du centre de Rennes.

Nombre d'incidents sont, au demeurant, traités dans le désordre, sans passer par aucun des cinq sites dépendant du centre de Rennes¹⁴⁰. A

140. Le pilotage, le suivi et la maîtrise d'ouvrage de l'exploitation sont, quant à eux, dispersés entre le siège (Rennes), Valence (10 agents), Valenciennes (15) et

côté de projets mal coordonnés d'amélioration, la DDSI prévoit la mise aux normes du dispositif en 2010 et a commandé, après l'enquête de la Cour, un outil de gestion des incidents et des problèmes.

Face à ces incohérences persistantes, des audits effectués par la Cour depuis 2006 ont mis en évidence des risques importants de sécurité informatique. La CNAMTS a de son côté constaté en 2009 qu'elle ne remplissait pas intégralement 18 % des objectifs de contrôle ISO 27002, s'agissant de la sécurité physique, des accès, de l'exploitation, des télécommunications, de l'acquisition, du développement et de la maintenance des systèmes, comme de la gestion susvisée des incidents. Les visites sur place par la Cour l'ont illustré, de manière parfois fâcheuse, même si la CNAMTS indique avoir depuis lors pris les mesures nécessaires.

Certes un unique incident a été qualifié de majeur en 2008 et 2009, mais seul un renforcement plus vigoureux de la sécurité permettra d'obtenir une assurance plus ferme sur la qualité des procédures de la branche. La CNAMTS indique avoir achevé la mise en conformité de sa politique de sécurité avec la norme ISO 27002.

Les progrès technologiques de la période récente doivent être confirmés. Outre un tableau de bord partagé entre la CNAMTS et la direction de la sécurité sociale, cette dernière prévoit désormais de demander un bilan périodique des bonnes pratiques de gouvernance ainsi qu'une revue indépendante en milieu de période d'exécution de la COG. De tels instruments permettraient de mieux valoriser les progrès récents et d'évaluer les risques subsistants.

III - Une gestion peu satisfaisante

Les nombreuses déficiences constatées en matière organisationnelle résultent notamment d'une gestion des ressources humaines inefficace, malgré l'ampleur de la masse salariale.

A – Des effectifs trop nombreux et trop dispersés

L'absence de vision stratégique et le faible poids de la tutelle en ce domaine expliquent notamment les contre-performances en termes de productivité et de qualité constatées dans ce secteur. Parmi les facteurs explicatifs de ces contre-performances, la très forte dispersion des

Villeneuve d'Ascq (13 agents en 2008), ce qui n'est pas non plus un gage de cohérence, aussi performants que soient les outils de communication entre eux.

équipes informatiques de la branche est l'un des plus lourds de conséquence. Bien que l'architecture informatique soit nationale et que son homogénéité soit recherchée de longue date, les quelque 3 366 informaticiens de la branche sont répartis entre plus de 150 villes ou sites, au sein des caisses nationale, régionales et primaires. Certes, leur nombre est en légère baisse depuis 2004¹⁴¹. Mais certains d'entre eux continuent à travailler seuls, à des centaines de kilomètres des équipes, souvent fractionnées, auxquelles ils appartiennent ou pour lesquelles ils œuvrent.

Comme dans d'autres branches de la sécurité sociale, l'autonomie historique des caisses primaires exposait à un risque de dispersion, jadis conforté par la lourdeur des équipements locaux. Des regroupements interrégionaux des matériels ont découlé des évolutions technologiques, mais ceux des ressources humaines n'ont été que partiellement menés à bien, par crainte de risques sociaux mais aussi par manque de volonté et de vision stratégique.

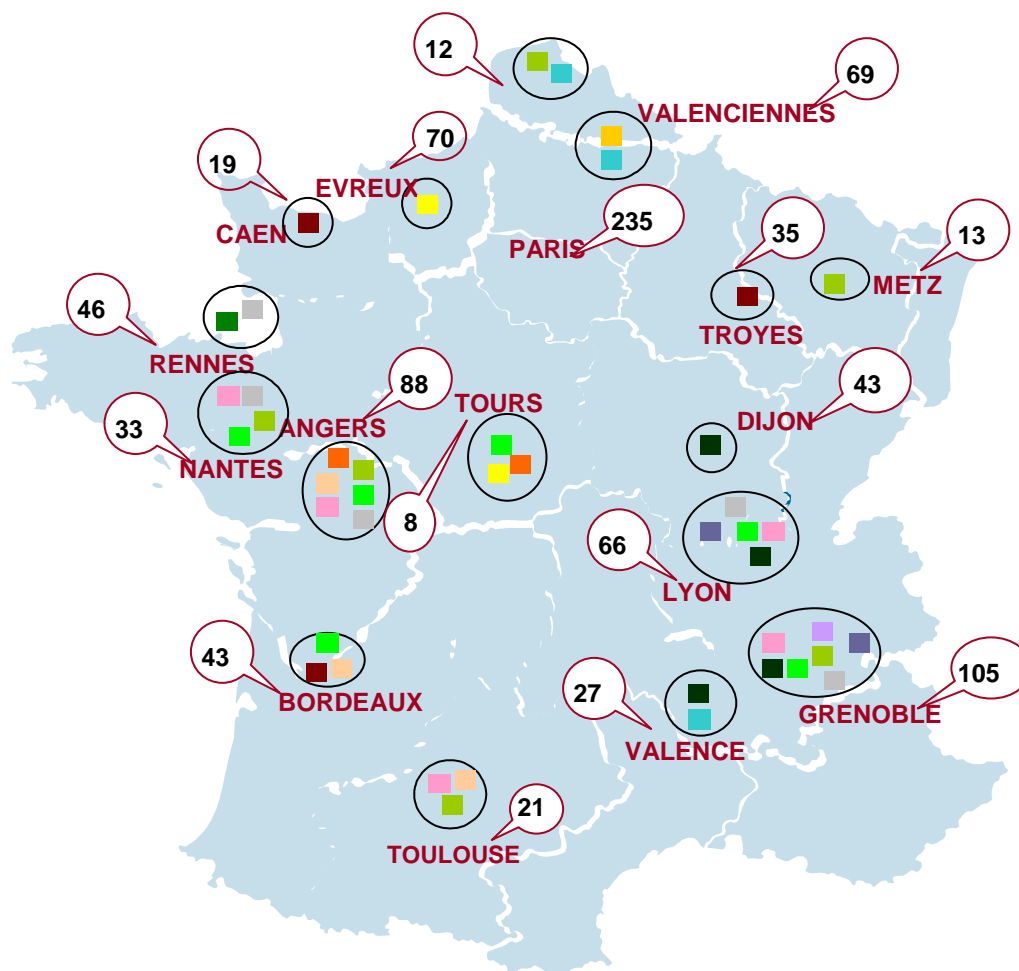
1 – Près de 2 000 informaticiens dépendant de la caisse nationale et répartis entre 53 sites

Le système d'information de la caisse nationale dispose en pratique de près de 2 000 agents.

En premier lieu, la DDSI comptait 933 agents au 31 décembre 2009 (voir la carte ci-après) dont 90 % d'informaticiens. Ils sont répartis entre onze directions ou départements : cet éclatement engendre des risques, notamment de coordination insuffisante, que des audits commandités par la caisse nationale n'ont pas manqué de souligner. Il est aggravé par le fait que ces équipes, en quasi-totalité de maîtrise d'œuvre, sont majoritairement dispersées dans seize villes de province, une même équipe étant éclatée entre douze de ces dernières. Les autres directions disposent de 324 agents affectés à la maîtrise d'ouvrage.

141. Suite à une révision de la nomenclature des emplois en 2006, une analyse de leur évolution au regard de la période antérieure n'est guère possible. La tendance serait cependant à la baisse, notamment dans les CPAM (-5,5 % entre 2006 et 2009 selon la comptabilité analytique).

**Sites de la DDSI
au 31 décembre 2009: 933 agents**



Source : CNAMTS; les pastilles en couleur indiquent les composantes des directions et départements dispersés entre plusieurs sites.

Quatre sites ont moins de 20 agents et seulement cinq en ont plus de 50¹⁴². Sans méconnaître les mérites du télétravail, cet éclatement n'apparaît ni économique, notamment du fait d'une compensation généreuse de déplacements nombreux, ni optimal, ne serait-ce que pour l'évolution des carrières d'agents peu enclins à la mobilité géographique.

La DDSI exerce en second lieu, depuis peu, une autorité fonctionnelle sur les 493 agents affectés aux centres de traitement de l'information (CTI) interrégionaux ou d'édition, autonomes ou parfois gérés par une caisse. Ces sites ont été réduits au fil des ans de 32 à 13¹⁴³, dont quatre pour l'impression des courriers. Leurs équipements ont été parfaitement modernisés. Leur fonctionnement et leurs activités ont été progressivement harmonisés, en mettant notamment fin aux modifications d'applications nationales que les CTI avaient antérieurement la faculté d'opérer sans coordination. Leur coût global demeure cependant excessif, car maintenir les neuf CTI ne répond plus à un impératif fonctionnel. La gestion de leurs agents reste dispersée au lieu d'être intégrée dans la caisse nationale, donneuse d'ordres et seule à même d'en gérer la carrière.

La plupart des 29 sites de la DDSI, des CEIR et CTI résultent de la reconversion des services mécanographiques des années 1960. La CNAMTS annonce que la COG et le SDSI 2010-2013 tiendront compte du constat ci-dessus; manquent encore des orientations, un calendrier et des moyens de pilotage augurant de progrès rapides.

En troisième lieu, plus de 360 agents de 41 caisses régionales et primaires travaillent, principalement en maîtrise d'ouvrage, pour le compte de la caisse nationale. Cette solution peut permettre de concevoir ou de réaliser des développements au contact des réalités opérationnelles vécues par le réseau. Elle présente l'inconvénient de diluer plus encore la cohérence du dispositif national, faute de gestion unifiée des projets et des équipes, ainsi dispersés.

2 – 1 600 informaticiens travaillant dans les caisses régionales et primaires

Les caisses régionales et primaires font, respectivement et à de rares exceptions près, les mêmes métiers, avec les mêmes types

142. Par ailleurs, le siège emploie, hors DDSI, 62 autres informaticiens, 128 agents non informaticiens affectés à la maîtrise d'ouvrage et à la maîtrise d'œuvre. On compte aussi 19 agents mis à sa disposition par les CPAM et inclus dans les 360 mentionnées ci-après.

143. Les 32 centres de transmission électronique intercaisses (CETELIC), hérités de l'époque mécanographique, ont été remplacés par les 9 CTI.

d'objectifs, les mêmes outils et les mêmes tableaux de bord nationaux, mais elles emploient, localement, plus de 1 600 informaticiens (en incluant les 360 précités œuvrant pour la CNAMTS)¹⁴⁴. La CPAM des Bouches du Rhône compte ainsi une direction des systèmes d'information de 104 agents, dont 14 figurant parmi les 360 précités, alors que ses missions, identiques à celles des autres caisses, appellent des outils identiques. Certes, la maintenance et la sécurité des quelque 100 000 postes de travail du réseau justifient une partie de ces effectifs. Mais ces agents sont en majorité affectés au développement d'applications locales qui sont soit concurrentes d'outils nationaux, soit répliquées sans être toujours mises en commun.

Sont ainsi développées, dans un louable souci d'amélioration de la qualité, des applications locales, notamment pour produire des indicateurs supplémentaires. Certains de ces outils locaux seraient nécessaires en raison de l'hétérogénéité des configurations ; d'autres sont mis en commun au sein de groupes variables de caisses. Il en résulte une mosaïque d'applications hétérogènes, des normes communes de développement n'étant préconisées que depuis peu par la CNAMTS.

Sans comptabilité analytique, le coût de ces développements en temps de travail est difficile à établir. Il peut être estimé en dizaines de milliers d'heures de travail et donc en millions d'euros, largement gaspillés, annuellement. Même si l'assurance maladie n'était pas tenue d'économiser ses moyens, cette diversité apparaîtrait excessive. Une telle profusion de moyens pour des tâches redondantes constitue un gaspillage de ressources et reflète une mauvaise gestion des priorités, alors que la branche peine à concrétiser des objectifs parfois anciens et autrement importants.

3 – Le nécessaire redéploiement des effectifs

Ces effectifs et emplois sont ainsi gérés isolément par plus d'une centaine de caisses. La DDSI a un fichier des compétences et des carrières informatiques, mais, en l'absence d'autorité sur l'ensemble, ce vivier ne comprend que le quart des 3 366 informaticiens recensés plus haut.

La mobilité géographique est de ce fait très rare: si la DDSI a connu 96 mouvements en son sein en 2008, seuls deux des 3 366 informaticiens ont changé de site cette année-là.

144 . 170 informaticiens travaillent par ailleurs dans les services et directions régionales du service médical.

Dans le même temps, la DDSI pallie ses insuffisances de moyens en hébergeant en permanence et à grands frais près de 200 salariés de prestataires extérieurs. Elle manque aussi d'un nombre similaire d'informaticiens de haut niveau pour atteindre ses objectifs stratégiques (cf. supra). Par ailleurs, elle assure à ses agents, insuffisamment disponibles, un volume de formation professionnelle continue très inférieur à la moyenne de la profession. L'actualisation des compétences est ainsi mal assurée.

Au travers des budgets des caisses régionales et primaires, un ferme redéploiement des emplois s'impose donc, parallèlement à la réduction et au regroupement des applications locales. En 2006 et 2007, la Cour avait mis en garde contre la multiplication de ces applications mais elle n'avait pas été écoutée¹⁴⁵.

Ce processus demandera du temps et de fixer des objectifs suffisamment rigoureux. Or, la stratégie en ce domaine est limitée à un projet de meilleure répartition des tâches. La CNAMTS vient de mettre en place des instructions¹⁴⁶, mais, considérant que le problème ne serait plus celui d'applications locales concurrentes des outils nationaux, elle ne vise qu'à rationaliser des développements locaux engagés sur des champs non encore couverts par ces derniers. Suite au contrôle de la Cour, elle a prévu d'instaurer une régulation de ces applications locales en septembre 2010. Cette rationalisation s'imposait de longue date, mais elle ne résoudra pas les sureffectifs ni l'insuffisance de spécialistes qui, à masse salariale identique, en est la contrepartie.

La stricte affectation des informaticiens de la branche en fonction des priorités des COG n'a donc que trop tardé. Un redéploiement et une concentration stratégiques paraissent indispensables. Si la convention collective, antérieure aux évolutions récentes des métiers informatiques, s'avère être un obstacle à l'optimisation de la localisation des emplois et de la gestion des parcours professionnels, il conviendra d'y remédier.

Il revient donc à l'Etat et à la CNAMTS de faire appliquer les recommandations que la Cour réitère ici, et en premier lieu d'unifier la gestion de l'intégralité des informaticiens de la branche, hors les équipes de support matériel et local, sous une même direction stratégique.

145. Rapport annuel sur le financement de la sécurité sociale de septembre 2007, p. 134 : « cette situation va à l'encontre d'une recommandation précédente de la Cour qui demandait, outre l'interdiction du développement d'applications locales concurrentes des outils nationaux, le rattachement des informaticiens développeurs à la direction nationale de la branche ». Ces recommandations figuraient dans l'édition de septembre 2006 du même rapport annuel, p. 118.

146. Lettre-réseau DDO-139/2009.

B – La gestion du parc immobilier

Ce redéploiement permettrait également de rationaliser le parc immobilier affecté à ces agents : plus de 120 000 m² de locaux en propre (salles informatiques incluses, le parc total de la branche est estimé à 2 435 000 m²). Les investissements et les frais de fonctionnement sont disséminés, sous la responsabilité tantôt du secrétariat général, tantôt de la DDO ou de la DDSI. Il n'y a donc pas de maîtrise globale de ce parc, ni même d'ailleurs de calcul homogène de sa superficie exacte.

Certains bâtiments récents sont bien adaptés aux besoins mais d'autres sont à l'abandon ou sous-occupés. Ainsi, à Strasbourg, un bâtiment des années 1960, l'ancien CETELIC (1 500 m²) demeure inoccupé, sans projet de réhabilitation depuis le transfert du CTI en 2004 (après quatre années de réflexion) dans un bâtiment neuf loué non loin de là. Le choix de la location pour ce CTI est également problématique puisqu'un surloyer substantiel de 60 000 € (par rapport à un loyer initial de 300 000 €) aura été payé durant neuf ans, en échange de travaux d'adaptation et qu'en outre deux tranches non récupérables de travaux additionnels (3,1 M€ au total) ont dû être financées.

A Metz, le bâtiment de 1 600 m² abritant l'ancien CETELIC, supprimé en 1995, est sous occupé aux trois quarts et 13 agents appartenant à deux départements informatiques différents sont très au large dans les 426 m² restants. En 2007, la CNAMTS a décidé de céder cet immeuble à la CPAM de Metz et d'en financer la rénovation, mais mi-2010 rien n'était encore entrepris.

C – Un budget éclaté et sous-consommé

Un constat identique de gestion éclatée peut être fait pour le budget. Plusieurs directions ont des moyens budgétaires propres en informatique : la DDSI pour elle-même, le secrétariat général pour les moyens généraux, la DDO pour le réseau, la direction financière et comptable pour ses équipes de validation et de test, la direction nationale du service médical... L'absence de consolidation de l'élaboration et de la gestion des budgets informatiques est un handicap stratégique additionnel.

Selon la CNAMTS, la structure budgétaire adoptée pour la COG 2006-2009 était relativement inadaptée et elle n'en a pas suivi la réalisation comptable. Or, malgré l'ampleur des retards et les réductions par la tutelle des demandes budgétaires, la sous-consommation des crédits a été chronique.

Entre 2006 et 2008, plus de 200 M€ sont restés inutilisés, soit plus du quart des crédits ouverts. La situation a cependant été redressée en 2009, les dépenses totalisées au titre de la COG atteignant alors 231,7 M€ avec un taux de consommation de 97 % (hors masse salariale):

Taux de consommation des crédits COG, 2006-2009 ¹⁴⁷

En M€

	2006		2007		2008		2009		
	Budget COG	Taux de cons. %	Budget COG	Taux de cons. %	Budget COG	Taux de cons. %	Budget COG	Exécution	Taux de cons. %
AMOA CNAMTS	5	23%	8	29%	6	32%	6	3	55%
BEP CNAMTS	51	80%	55	80%	58	80%	61	54	90%
FNGA CTI	31	94%	17	163%	13	92%	13	12	97%
FNGA CRAM (CNAV)	23	100%	23	80%	23	95%	23	23	101%
Fonctionnement	110	85%	103	90%	100	82%	102	93	91%
BEP CNAMTS	50	50%	55	62%	51	90%	47	67	141%
Organismes	69	74%	76	45%	107	55%	83	65	79%
Investissement	119	64%	131	52%	158	67%	130	132	101%
Total	229	74%	234	69%	258	73%	232	225	97%

Source : CNAMTS

Les causes de cette sous-consommation ont été moins des prévisions budgétairement irréalistes que l'incapacité à mener la modernisation des systèmes au rythme prévu et à toujours bien encadrer à cet effet les travaux confiés à l'extérieur. Le suivi de la prochaine COG montrera s'il a été remédié à la contradiction entre les crédits disponibles et les goulots d'étranglement, en ressources humaines, réduisant leur consommation. La masse salariale des personnels informaticiens (plusieurs centaines de M€/an) n'est pas totalisée, ce qui ne permet pas à la tutelle d'avoir une vue complète des dépenses.

L'amélioration de la productivité de la branche et la réduction de ses coûts de gestion par bénéficiaire actif pondéré ont été constantes dans la période récente, largement grâce à la modernisation du système d'information notamment par la télétransmission. Mais ces progrès ont été en-deçà des possibilités.

L'apparente abondance budgétaire a ainsi freiné l'assimilation par l'encadrement intermédiaire des contraintes budgétaires et de la nécessité

147. Légende: AMOA : achats de services d'assistance à maîtrise d'ouvrage. BEP : budget de l'établissement public. FNGA : fonds national de la gestion administrative. CNAVTS : prestations de services facturées par la caisse nationale d'assurance vieillesse. Organismes : y compris la valeur des logiciels comptabilisés comme créés dans le réseau; en revanche, non compris 123 M€ de logiciels « créés CNAMTS » en 2009, première année de leur prise en compte.

d'opérer des arbitrages coûts/avantages. Il n'y a guère eu de méthodologie de valorisation des projets d'applications en termes de coûts prévisionnels et d'avantages escomptés.

En l'absence d'analyse systématique des gains et des risques par projet (« gouvernance de la valeur »), la maîtrise des dépenses correspondantes a donc été approximative. Les systèmes obsolètes n'ont pas toujours été l'objet d'une étude coûts/avantages de leur maintien. Les indicateurs n'ont que partiellement été utilisés pour réduire les coûts ou choisir des investissements de nature à renforcer la productivité de la branche.

Certes, la gestion des marchés¹⁴⁸, qui font depuis peu l'objet d'un avis d'opportunité incluant une analyse du retour sur investissement, a par ailleurs été améliorée. Mais les décisions ont trop souvent été réactives (notamment face aux modifications provenant de l'Etat) et orientées sur la continuité opérationnelle à court terme.

Manquait encore en 2009 un outil fixant les priorités budgétaires dans une perspective stratégique à moyen terme et selon les règles professionnelles, incluant des critères de pesée stratégique et des dossiers d'analyse de la valeur.

La CNAMTS développe désormais des méthodes de contrôle de gestion, de gestion budgétaire et d'audit mais sa gestion du portefeuille de projets doit désormais aussi inclure une analyse des charges, des compétences nécessaires et des ressources disponibles.

Le ministère indique qu'il conditionnera dorénavant les budgets informatiques à un point d'avancement détaillé annuel. Ces efforts devraient améliorer le pilotage budgétaire et économique du SDSI, mais ils ne suffiront pas à affronter le problème fondamental des sureffectifs du réseau ni à régler celui du manque d'effectifs hautement spécialisés.

148. L'examen par la Cour de marchés informatiques récents a montré les progrès accomplis, y compris dans le contrôle interne des achats. Mais le manque d'anticipation et l'insuffisance des outils de suivi des marchés ont encore suscité des avenants de prolongation tardifs et un recours excessif aux marchés négociés, ce qui ne garantit pas les meilleurs rapports qualité/prix.

SYNTHESE

De la qualité du système d'information de la CNAMTS dépendent non seulement la production de la branche, la performance de la gestion du risque, la bonne gestion administrative, la fiabilité de l'information comptable et financière, mais également sa capacité à contribuer efficacement à la politique de santé nationale. Il y a consensus sur ce point, comme sur le fait que le fonctionnement informatique de la branche est assuré quotidiennement sans perturbations majeures. Mais les rôles et responsabilités demeurent confus et la nécessité de réduire les risques est largement reconnue, tant au ministère chargé de la santé qu'au sein de la caisse nationale. Les diagnostics d'insuffisance ont pour l'essentiel fait l'objet d'une ample communication interne, mais les remèdes ont tardé à être concrétisés.

La tutelle a aggravé le problème en n'exerçant pas pleinement son rôle de maître d'ouvrage stratégique et en imposant des contraintes parfois irréalistes de calendrier de modifications des applications.

Le ministère prévoit d'y remédier par plusieurs mesures, notamment en instaurant un comité de pilotage Etat-opérateurs, dédié à la cohérence et la coordination de l'avancement des projets interdépendants menés respectivement par la CNAMTS, le GIE SESAM Vitale et l'ASIP santé. Encore lui faudra-t-il simultanément disposer des ressources nécessaires pour qu'il y joue pleinement son rôle.

Au sein de la branche, la fonction informatique a jusqu'à récemment été organisée plus dans la continuité de situations anciennes et pour répondre aux enjeux à court terme que dans une perspective à plus long terme d'optimisation du service rendu aux utilisateurs (CPAM, CARSAT, professionnels, établissements, usagers...). L'alignement sur les meilleures pratiques a trop longtemps été laissé à la discrétion de chacun, sans coordination à la hauteur des objectifs et des budgets des COG successives. D'amples gains de productivité et de qualité restent à accomplir à tous niveaux, y compris pour faciliter les échanges avec les professionnels de santé. Les insuffisances qui en résultent demeurent incompatibles avec les enjeux financiers et humains de la branche.

La volonté d'optimiser tant l'architecture de l'ensemble et ses performances que le développement, la qualification et le cycle de vie des logiciels est clairement exprimée par la direction. La DDSI espère que ses incontestables efforts en matière de pilotage de projets et de gouvernance conduiront à des améliorations notables.

La mise en œuvre de ces dernières se heurte toutefois à la dispersion de quelque 3 366 informaticiens entre plus de 150 sites et à l'insuffisance,

voire souvent l'absence, de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences informatiques qu'elle reflète.

La Cour rappelle donc la nécessité de restreindre les missions de maîtrise d'ouvrage et de maîtrise d'œuvre du réseau aux quelques sites et aux quelques dizaines d'emplois indispensables pour tenir compte des réalités du terrain. Les emplois à redéployer seraient à remplacer par un nombre plus restreint d'informaticiens hautement qualifiés. Dans le même temps, le nombre de sites dépendant de la caisse nationale ou œuvrant pour elle doit être contracté à un niveau répondant aux exigences techniques.

C'est à ce prix que des réformes plus radicales, qui s'imposaient de longue date et qui ont tardivement été étudiées, voire entreprises, pourront être mises en œuvre et ainsi permettre à la branche de continuer à réduire les surcoûts et les défaillances.

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.

Chapitre VII

L'absentéisme maladie dans les organismes de sécurité sociale

PRESENTATION

L'absentéisme maladie (hors maternité) est relativement élevé (+ de 5 %) dans les organismes de sécurité sociale (OSS). Cela tient notamment aux caractéristiques actuelles de leurs personnels qui sont plus âgés et plus féminisés que la moyenne des salariés. D'autres facteurs contribuent également à expliquer cette situation, que la Cour a souhaité analyser.

De l'enquête menée auprès des 550 caisses locales du régime général, de la mutualité sociale agricole (MSA) et du régime social des indépendants (RSI), il ressort en effet que les caisses nationales se mobilisent insuffisamment contre l'absentéisme global et que l'absentéisme pour maladie, qui est la principale cause de jours perdus, est peu étudié.

I - Temps de travail et absentéisme

L'enquête a mis en évidence des signes multiples et convergents d'une insuffisante attention des caisses nationales à l'égard de l'absentéisme : une connaissance insuffisante des temps de travail due à un suivi statistique incomplet et une analyse peu développée des comparaisons avec d'autres secteurs.

A – Une connaissance insuffisante du temps de travail effectif

L'un des effets supposés de la réduction du temps de travail était la réduction de l'absentéisme, par l'augmentation du nombre de jours à la disposition des salariés. En réalité, aucune analyse des liens entre les divers modes d'aménagement du temps de travail et l'absentéisme n'a été effectuée, ni par l'UCANSS, ni par les caisses nationales.

La durée conventionnelle du travail dans les caisses est d'ailleurs mal connue. Ainsi, l'incidence des dispositions conventionnelles applicables au régime général, plus favorables que le code du travail, n'a donné lieu qu'à des travaux très récents et encore provisoires au sein de l'UCANSS qui n'ont pas encore été validés par les données observées dans les caisses.

La durée conventionnelle de travail se situe, dans les organismes de sécurité sociale questionnés lors de l'enquête, autour de 1 550 heures par an, soit en deçà de la durée prévue par le code du travail de 1 607 heures. Le maintien de jours de congés supplémentaires pour

« fractionnement »¹⁴⁹, pour ancienneté ou encore pour enfant à charge explique l'essentiel de cet écart, dont l'effet varie un peu d'une branche à l'autre¹⁵⁰, notamment selon l'ancienneté des personnels.

Ce chiffrage ne prend pas en compte l'incidence des usages locaux, qui peuvent ou non être écrits¹⁵¹ et qui n'ont que partiellement été pris en compte dans la négociation relative à la réduction du temps de travail (RTT). S'ils ne représentent en moyenne qu'une demi-journée, pour l'ensemble du régime général, ces avantages locaux peuvent représenter dans certains cas un volume significatif d'heures ou de jours non travaillés. On relève ainsi par exemple 12 jours supplémentaires à l'ACOSS, 7 à la CMSA de Carcassonne¹⁵².

La réorganisation des réseaux et la mise en œuvre de fusions d'organismes doivent permettre aux caisses nationales de revenir sur les usages locaux qui auraient pu perdurer.

Nombre moyen de jours accordés au titre des usages locaux dans les différents réseaux

Réseau	Moyenne (jours)	Ecart-type ¹⁵³	Part des OSS ayant déclaré n'avoir pas d'usage local
Régime général : recouvrement	0,77	1,22	54 %
Régime général : maladie	0,58	0,97	50 %
Régime général : famille	0,76	1,62	58 %
Régime général : retraite	0,44	1,25	65 %
Régime agricole	2,85	2,27	31 %
Régime social des indépendants	0,32	0,85	75 %

Source : Cour des comptes (questionnaire adressé aux organismes)

149. Dont la suppression suppose une modification du code de travail.

150. On obtient ainsi une durée conventionnelle moyenne de 1 548,5 heures en 2007 pour la branche maladie du régime général et l'ACOSS, de 1 553 heures pour la famille, mais de 1 582 heures pour la branche retraite.

151. L'accord signé par la CPAM de Paris mentionne explicitement « qu'il est décidé de transformer en jours ces avantages (divers) locaux collectifs actuellement accordés en heures. Leur nombre est fixé à trois jours » (article 3 de l'accord).

152. Selon l'organisme, « le nombre de sept jours d'usage pour la MSA Grand Sud s'intègre dans une réduction mécanique de 10 % (réalisée par accord Aubry I) d'un temps de travail antérieur lui-même déjà inférieur à 39 heures ».

153. L'écart-type mesure la dispersion d'une population. Plus il est fort et moins la moyenne est représentative.

B – Un absentéisme mal suivi

L'UCANSS classe les absences en neuf motifs, inspirés des dispositions de la convention collective applicable. Elle distingue les congés et repos, l'état de santé, la naissance et l'adoption (y compris maternité), les AT/MP, le service national (pour mémoire), les mandats électifs ou syndicaux, la grève, la formation et les réunions extérieures et autres activités.

Sur ces bases, les données collectées sur les absences toutes branches du régime général étaient en 2006 les suivantes :

Le poids des différents motifs d'absence dans le régime général en 2006

Motifs	Maladie	Maternité	AT/MP	Mandats syndicaux et électifs	Grèves	Congés hors annuels	Formation	Réunions et autres activités	Congés annuels, maladie et maternité non rémunérés	TOTAL
Années-hommes	8 463	1 829	413	951	414	5 994	2 453	977	3 867	25 363
Part dans les absences	33,37%	7,21%	1,63%	3,75%	1,63%	23,63%	9,67%	3,85%	15,25%	100%

Source : Données UCANSS ; calculs Cour

Jusqu'en 2006 l'ensemble de ces données étaient publiées par l'UCANSS mais, depuis cette date, à la demande des caisses nationales, son bilan annuel ne retrace plus que les absences relatives à la maladie, à la maternité, aux accidents du travail, aux grèves et aux mandats syndicaux (cf. rubriques figurant en grisé dans le tableau ci-dessus) en laissant de côté notamment les deux postes importants que sont :

- d'une part, les congés et repos excédant les cinq semaines légales, lesquels représentent pourtant 23,6 % du total des absences en raison du caractère généreux de la convention collective ;
- d'autre part, les absences, y compris pour maladie, dès lors qu'elles ne donnent pas lieu à rémunération au moins partielle (15,3 % des absences). Ceci laisse notamment de côté les agents en congés sans solde et ceux qui ont épuisé leur droit à maintien du salaire sans reprendre leur activité. Ces derniers, bien que bénéficiant souvent d'une pension d'invalidité, disposent d'un droit au retour pendant cinq ans durant lesquels ils restent dans les cadres. Ils devraient donc faire l'objet d'un suivi spécifique en raison des conséquences que peut faire peser ce droit de retour sur les effectifs des organismes concernés.

La logique qui inspire ces choix est opaque et semble avant tout correspondre à un besoin d'affichage et au souci de réduire le taux d'absentéisme apparent.

Il serait préférable, dans un souci de transparence et pour disposer d'une vision plus fidèle de la gestion des ressources humaines, de publier et de surveiller l'évolution de toutes les absences, qu'elles donnent lieu ou non à compensation, à l'exception de celles relatives à la formation et aux réunions extérieures, qui ne relèvent pas de l'absentéisme.

L'insuffisance des informations collectées est particulièrement marquée en ce qui concerne l'absentéisme maladie, qui représente pourtant le motif d'absence le plus important (33,4 %), et sur lequel dès lors la Cour a choisi de concentrer l'essentiel de ses investigations.

En effet, les données spécifiques portant sur l'absentéisme maladie sont trop frustes. Elles pourraient être complétées, par exemple, par des informations sur la fréquence et la durée des arrêts, sur le nombre d'agents concernés ainsi que sur les conditions de leur compensation salariale (totale, partielle ou nulle).

C – Des comparaisons rares mais instructives

Bien que les données comparatives soient rares et leurs méthodologies variées, on peut cependant en tirer certains enseignements.

La première, émanant de la fondation européenne pour l'amélioration des conditions de travail et publiée en 2007¹⁵⁴, permet de comparer la France aux autres pays européens. Elle fait état d'un surcroît d'absentéisme en France. Un échantillon de 30 000 personnes a été constitué, dont 1 000 en France, auxquelles était soumis un questionnaire portant sur divers aspects de leurs conditions de travail. Un des chapitres était consacré à l'impact du travail sur la santé. Il en ressortait qu'en France, dans l'année précédant le sondage, environ 19,4 % des travailleurs avaient été absents pour maladie pendant environ 29 jours, soit en moyenne 5,5 jours par travailleur. Les mêmes données pour l'Europe montraient que si le pourcentage de travailleurs concernés était plus élevé (23 %), le nombre de jours d'absence (20) et la moyenne (4,6 jours) étaient plus faibles.

Si la population française présente ainsi une atypie par rapport à ses voisins, le personnel de la sécurité sociale présente une atypie supplémentaire par rapport à l'ensemble des salariés français.

154. Quatrième enquête européenne sur les conditions de travail (ESWC) 2007.

En France en effet, des données intéressantes sont fournies par les comités techniques nationaux (CTN) qui assistent la CNAMTS et la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CAT-MP). Il en existe neuf, répartis par branche d'activité. Celui des services (CTN H¹⁵⁵), qui recouvre une partie importante du secteur privé mais aussi du secteur public, est considéré par la branche maladie comme la référence pertinente pour l'établissement de comparaisons.

Comparaisons disponibles en matière d'absentéisme selon le critère institutionnel

		Mesures de l'absentéisme	Surcroît d'absentéisme OSS
2006-2008 Source CNAMTS	Employés de la SS	7,94 arrêts	129 %
	CTN H	3,46 arrêts	
2006-2008 Source CNAMTS	Employés de la SS	7,94 arrêts	42 %
	Ensemble de la population	5,58 arrêts	
2006 Source HCAAM	Employés de la SS	5,20 %	79 %
	Salariés du secteur privé	2,90 %	

Source : ESWC, CNAMTS, HCAAM

Les écarts, mais aussi les amples variations dans leur mesure, peuvent avoir plusieurs explications :

- l'absentéisme dans le secteur privé est plus sensible à la conjoncture économique et les périodes d'expansion économique provoquent sans doute un pincement de l'écart ;
- on compare tantôt le secteur public au seul secteur privé, tantôt à la totalité de l'économie (qui inclut aussi le secteur public) ; lorsque l'on compare des activités de service public et la totalité du secteur privé, celui-ci comporte des activités agricoles ou industrielles caractérisées par des taux d'absentéisme plus forts.
- on compare parfois les fréquences, parfois le nombre de journées perdues ;
- le taux d'absentéisme du secteur public n'est pas uniforme et les fonctions publiques d'Etat et territoriale sont sans doute moins sujettes à absentéisme que la fonction publique hospitalière, du fait de conditions de travail très différentes ;

155. Le comité technique des activités de services représentait en 2007 22 % de la population salariée affiliée au régime général : activités financières et cabinets d'études, assurance, recherche publique, collectivités territoriales et administration hospitalière, autres administrations, activités générales de la sécurité sociale...

- lorsque les activités sont comparables, les conditions d'âge peuvent être très différentes. Ainsi la part des salariés de 50 à 59 ans est de 52,5 % dans les OSS mais seulement de 35,3 % dans le CTN H.

Malgré ces précautions, il ressort clairement de ces données que l'absentéisme est significativement supérieur dans les OSS, pour des raisons sans doute liées aux conditions de l'arbitrage entre travail, santé et loisir, qui y sont très favorables (comme elles le sont dans le secteur public), du fait d'un maintien de l'intégralité du salaire pendant plus longtemps et de l'absence de risque de perte d'emploi.

Les comparaisons internes au secteur public font également apparaître de fortes différenciations. Ainsi, le bilan social 2007-2008 de l'Etat précise qu'en 2003 le nombre de jours perdus par agent du fait des maladies et des accidents du travail était de 13 : à la même époque, dans le régime général, il était de 15,3¹⁵⁶ soit un écart de 17,7 %.

La CNAMTS a pour sa part tenu à souligner l'incidence de la structure par âge et par sexe de son personnel. Elle signale en outre qu'il n'était pas illégitime de penser que la « *politique de ressources humaines des OSS qui permettent probablement mieux que dans d'autres branches le maintien dans l'entreprise de salariés souffrant de pathologies lourdes* » était également à l'origine de ces écarts et que le taux d'absentéisme supérieur des organismes traduit un comportement d'employeurs plus conscients de leur responsabilité sociale.

II - Un absentéisme maladie important

L'analyse de l'absentéisme maladie dans le régime général met en évidence plusieurs traits : sa stabilité globale sur longue période, la dispersion des taux selon les organismes, le poids des données structurelles comme l'âge et le sexe, mais aussi le poids atypique des affections psychiatriques.

A – La stabilité de l'absentéisme maladie dans les OSS

A partir des chiffres publiés par l'UCANSS, il est possible de reconstituer l'évolution de l'absentéisme maladie totalement rémunéré, depuis une dizaine d'années :

156. En ne prenant pas en compte les absences maladies non rémunérées ; en le faisant l'écart serait de 26,1 %.

Evolution de l'absentéisme maladie dans le régime général*En %*

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Absentéisme ¹⁵⁷	5,28	5,48	5,58	5,98	6	5,76	5,82	5,52	5,35	5,18

Source : Données UCANSS, calcul Cour

En 2006, le niveau de l'absentéisme maladie dans les OSS est peu ou prou revenu à celui de 1997, après une phase de dégradation puis de rétablissement. Si on rapproche son évolution de celle du nombre d'indemnités journalières (IJ) par assuré du régime général sur la même période, on constate, d'une part, que l'augmentation dans les OSS a été à la fois moins forte (avec un accroissement maximal de 15 % contre 40 % pour les IJ) et plus précoce¹⁵⁸. Cette évolution n'apparaît donc corrélée ni à la situation économique ni au renforcement des contrôles intervenu fin 2003 mais à d'autres facteurs que la Cour s'est efforcée de déterminer.

B – La forte dispersion des taux

L'évolution globale de l'absentéisme maladie varie en premier lieu assez fortement d'une branche à l'autre.

Evolution de l'absentéisme maladie par branche et régime*En %*

	2002	2003	2004	2005	2006	Moyenne
Recouvrement	5	4,9	4,7	4	4,3	4,6
Maladie	6,9	6,4	6,2	5,8	5,6	6,2
Famille	6,1	6,1	5,6	4,7	4,5	5,4
Retraite	6,1	6,1	6	5,4	5,3	5,8
Total régime général	5,8	5,8	5,5	5,4	5,2	5,5
Régime agricole	ND	ND	3,9	3,8	3,7	
Régime social des indépendants	ND	ND	ND	ND	3,7	

Source : Caisses nationales

Mais la variation est encore plus importante entre organismes. Alors que leur activité est très comparable, que les conditions

157. Ce taux ne comprend pas l'absentéisme non rémunéré. En effet, depuis 2004 les données publiées l'excluent. Pour les années 1997 à 2003 on a donc corrigé les taux globaux en défalquant la composante non rémunérée.

158. Selon une étude de la CNAMTS de novembre 2006 la pointe d'absentéisme chez l'ensemble des salariés se serait produite en 2003 alors qu'elle a été constatée en 2001 pour les salariés des OSS.

d'indemnisation des arrêts maladie sont soit identiques soit très proches, les taux d'absentéisme n'en sont pas moins très variés, comme le montre pour 2007 le tableau qui suit.

Contrairement à ce qui est souvent avancé, il n'y a pas, dans les organismes les plus atteints par l'absentéisme maladie, de surreprésentation des caisses franciliennes (c'est le cas de seulement 3 CAF sur 12 du dernier décile, de 1 CPAM sur 12 et de 0 URSSAF sur 9). Les OSS les moins performants sont situés principalement dans les régions Corse, PACA, Ile-de-France, Champagne Ardennes et Nord-Pas-de-Calais où les taux d'absentéisme sont respectivement de 8,5 %, 6,7 %, 6,5 % et de 6,1 %. Les taux les plus faibles sont observés dans les régions Centre (4,0 %) et Auvergne (4,1 %).

Dispersion des taux d'absentéisme maladie dans les différents réseaux¹⁵⁹

	OSS	Moyenne	Ecart-type/Moyenne	Moyenne du premier décile	Moyenne du dernier décile
Absentéisme court (<8 jours)	RG : recouvrement	0,87%	45,45%	0,32%	1,71%
	RG : maladie	0,92%	47,02%	0,23%	1,79%
	RG : famille	1,06%	79,04%	0,25%	2,75%
	RG : retraite	0,95%	29,36%	0,68%	1,62%
	Régime agricole	0,72%	38,47%	0,32%	1,23%
	Régime social des indépendants	1,57%	77,40%	0,38%	4,15%
Absentéisme total	RG : recouvrement	4,41%	50,39%	1,67%	9,13%
	RG : maladie	5,41%	27,28%	3,15%	8,32%
	RG : famille	4,34%	33,69%	2,23%	7,16%
	RG : retraite	4,81%	17,23%	3,59%	6,08%
	Régime agricole	3,60%	36,60%	2,25%	6,13%
	Régime social des indépendants	4,77%	49,42%	1,67%	8,57%

Source : Données brutes des caisses nationales ; calculs de la Cour

C – Les caractéristiques des arrêts de travail dans les OSS

La Cour a recueilli directement auprès des 550¹⁶⁰ OSS les caractéristiques des 210 000 arrêts survenus en 2007.

159. Il s'agit de moyennes simples non pondérées par les effectifs.

160. Sur les 550 OSS contactés, 494 ont répondu aux questionnaires et 453 ont fourni l'ensemble de leurs arrêts de travail.

1 – Le sexe et l'âge des salariés

Qu'il s'agisse du nombre d'arrêts ou de leur durée, les chiffres bruts confirment les observations faites par la plupart des analyses sur la part prépondérante des femmes et des travailleurs âgés dans l'absentéisme maladie. Ceci n'est nullement spécifique aux OSS.

Mais le facteur sexe, qui est à l'origine d'une variation moyenne de 43 % de l'absentéisme, exerce une influence moindre que le facteur âge : les salariés de plus de 50 ans ont en moyenne un absentéisme supérieur de 88 % à ceux de moins de 50 ans.

Rapports de la part des jours perdus et de la part dans les effectifs en fonction de l'âge et du sexe

Age	Hommes (1)	Femmes (2)	Ensemble	Surcroît d'absentéisme féminin (2-1)/1
25 à 29 ans	0,35	0,69	0,62	96 %
35 à 39 ans	0,41	0,82	0,72	100 %
45 à 49 ans	0,62	1	0,92	62 %
50 à 54 ans	0,88	1,26	1,17	43 %
55 à 59 ans	1,26	1,65	1,54	30 %
60 à 64 ans	1,86	2,93	2,53	58 %
Tous	0,75	1,08	1,00	43 %

Source : Données caisses, calculs Cour

L'absentéisme féminin est surtout supérieur pendant la période de fécondité même si des dispositifs (de congés pour maternité et pour enfants malades) permettent aux femmes de s'absenter pour des motifs liés à leur grossesse ou à la santé de leurs enfants.

Pour être pleinement efficace, l'action de prévention de l'absentéisme devrait donc porter par priorité sur les plus de 50 ans et sur les pathologies les frappant plus particulièrement, les dépressions notamment, sur lesquelles il est encore possible d'agir préventivement.

2 – La date de début et la durée

L'analyse des données confirme que, dans les OSS comme ailleurs, les arrêts courts sont les plus nombreux mais qu'ils ne représentent qu'une très faible part des jours perdus (16 %), comme il ressort du tableau suivant :

Fréquence et durée des arrêts

Durée en jours	Part dans le nombre d'arrêts	Part dans le nombre de jours perdus
1-5	70,18%	16,02%
6-14	14,81%	12,15%
15-29	8,48%	15,61%
30-59	3,12%	11,78%
60-89	1,23%	8,09%
90-179	1,08%	12,38%
180 et +	1,10%	23,97%

Source : Données OSS, calculs Cour des comptes.

Par ailleurs, le rapprochement entre le premier jour de l'arrêt et sa durée fait apparaître une anomalie. Si l'on examine les arrêts de moins de cinq jours ouvrés (145 000 arrêts et 360 000 jours perdus), on constate en effet que la durée du congé dépend du premier jour d'arrêt. Les durées qui permettent de finir la semaine (cinq jours le lundi, quatre le mardi, trois le mercredi, deux le jeudi, un le vendredi) présentent des pics de fréquence très significatifs. Cet effet est un peu plus marqué dans les OSS : un tiers des arrêts s'y achève le vendredi contre seulement 24 % dans la population générale.

Une anomalie statistique apparaît également à l'examen des mois durant lesquels se produisent les arrêts : alors que les mois d'hiver sont assez logiquement les plus touchés par l'absentéisme maladie et les mois d'été les moins touchés, ceux de printemps ont une configuration qui retient l'attention. Avril reflète une décrue alors que mai et juin sont au contraire marqués par une légère recrudescence.

Une analyse plus précise sur les causes de ces variations devrait être menée par la CNAMTS sur les salariés du régime général et plus particulièrement sur les agents des organismes de sécurité sociale.

3 – L'impact de la compensation salariale

De nombreux travaux universitaires ont mis en lumière le lien entre le niveau de l'absentéisme et le quantum de compensation de la perte de salaire qui en résulte. Ce lien est aussi vérifié dans les OSS.

Selon l'ancienneté des agents, supérieure ou non à un an, leur rémunération est maintenue, en cas de maladie, dans le premier cas, pendant six mois (ce qui correspond aux codes 212 et 222¹⁶¹, selon que

161. Codes utilisés pour les paiements.

l'absence excède ou n'excède pas un mois), suivis d'un demi-traitement pendant trois mois ; et dans le deuxième cas seulement pendant trois mois (codes 211 et 221). Ces conditions de rémunération valent aussi en cas de reprise à mi-temps. Par ailleurs, les agents en ALD bénéficient du maintien de leur traitement pendant trois ans. Plus de 97 % des arrêts pour lesquels on a pu recueillir l'information étaient soit à plein salaire soit à demi-salaire pour un mi-temps.

On peut relever le faible nombre de jours perdus au-delà des périodes d'indemnisation à 100 %. Le passage de plein salaire à demi-salaire pour une absence totale ou la suppression de la compensation financière se traduisent par une baisse en effet très significative des occurrences, comme le montre le tableau suivant :

Conditions d'indemnisation et jours perdus

Indemnisation	Part dans les jours perdus
3 mois à plein salaire	5,52 %
6 mois à plein salaire	47,48 %
mi-temps à plein salaire	10,61 %
3 mois à demi-salaire	0,24 %
mi-temps à demi-salaire	0,23 %
absence maladie sans solde	1,30 %

Source : *Données caisses, calcul Cour des comptes*

Ce tableau semble donc confirmer une adéquation presque parfaite entre les conditions d'indemnisation et le nombre de jours perdus. Certes, par l'effet des thérapies les maladies s'atténuent et permettent la reprise du travail au bout d'un certain temps. Mais l'impact du montant de la compensation salariale sur la durée des arrêts apparaît également incontestable lorsque l'on rapporte la durée moyenne des arrêts à la durée de la compensation salariale à laquelle ils permettent de prétendre. Or, il n'y a en effet pas de raison a priori qui puisse justifier que les arrêts courts (inférieurs ou égaux à trois mois) durent plus longtemps lorsque l'on bénéficie de six mois plutôt que de trois mois de salaire plein, après neutralisation du facteur âge¹⁶². C'est pourtant le cas :

162. On n'a retenu, pour éviter le biais résultant du fait que les salariés présents depuis plus d'un an sont généralement plus âgés que ceux présents depuis moins d'un an, que les agents nés entre 1963 et 1982, c'est-à-dire ceux âgés en 2007 de 25 à 44 ans, toutes catégories d'âges pour lesquelles les sinistralités sont très proches.

Conditions d'indemnisation sur la durée des arrêts sur les 25-44 ans

Durée des arrêts	Maintien 6 mois	Poids moyen en jours ouvrés	Maintien 3 mois	Poids moyen en jours ouvrés	Ecart
<6 jours	222	2,38	221	2,21	8 %
	212	2,56	211	2,43	6 %
<22 jours	222	3,66	221	3,21	14 %
	212	4,30	211	3,84	12 %
<61 jours	222	3,81	221	3,30	15 %
	212	7,16	211	6,21	15 %

Source : Données caisses, calcul Cour des comptes

Même en ne considérant que les arrêts très courts, le bénéfice d'une meilleure protection accroît ainsi la durée de l'indisponibilité au travail, ce qui constitue une nouvelle confirmation de la réalité des arbitrages travail-loisir et de leur existence dans les OSS.

On peut donc supposer qu'une baisse de la durée de maintien intégral de la rémunération en cas de maladie aurait un impact significatif sur le taux d'absentéisme. Pour être plus explicite, l'alignement de la situation des agents de la sécurité sociale sur celle de ceux de l'Etat (en ramenant de six à trois mois la durée du maintien d'un traitement à temps plein et avec le maintien d'un demi-traitement pendant trois mois supplémentaires) réduirait l'absentéisme court d'environ 10 % et l'absentéisme global hors ALD de 30 %, soit un enjeu de 1 150 années-homme¹⁶³. De la même façon, la pénalisation dans le dispositif d'intéressement d'un certain nombre d'arrêts de travail ou de jours perdus contribuerait à réduire sensiblement les niveaux constatés.

4 – Le poids atypique des troubles dépressifs

Enfin, la structure des pathologies qui affectent les personnels du régime général a été rapprochée de celle de la population active dans son ensemble, ainsi que de celle relevant du CTN H. Il en ressort que les agents des OSS sont, proportionnellement à leur nombre, plus présents dans l'échantillon des arrêts de longue durée, notamment pour troubles

163. Comme les arrêts sont à 60 % non ALD, qu'ils sont 1,3 fois plus long pour les agents bénéficiant de six mois que pour ceux bénéficiant de trois mois, une fois éliminé le facteur âge, l'impact pour le régime général d'un alignement statistique de la durée de compensation intégrale sur le régime des fonctionnaires devrait s'établir autour de $8\,500 \times 60\% \times (0,3/1,3)$ soit environ 1 150 années-hommes.

dépressifs, que le reste de la population (+140 %) et particulièrement plus que ceux du CTN de référence (+230 %)¹⁶⁴.

Certes, les agents des OSS sont plus âgés et plus féminins en moyenne que ceux du CTN de référence (49,6 ans contre 45,14 ans, 83 % de femmes contre 76 %) et le taux de dépressions est sensible à l'âge et au sexe. Mais il ressort du tableau ci-dessous qu'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 de référence.

Taux de dépressions rapportés à la population en arrêt long

En %

	CTN H			Sécurité sociale		
	Homme	Femme	Ensemble	Homme	Femme	Ensemble
Ensemble de la population dont :	14,1	16,3	15,7	21,1	23,2	22,8
25 - 29 ans	10,1	8,2	8,6	10,0	13,0	12,7
35 - 39 ans	15,8	15,3	15,4	11,3	21,7	19,9
45 - 49 ans	15,8	19,7	18,6	26,4	25,4	25,6
55 - 59 ans	14,3	18,7	17,3	19,1	25,4	24,1

Source : CNAMTS, calcul Cour

Si les agents de la sécurité sociale n'étaient affectés qu'à un niveau égal à celui des salariés du CTN H, l'absentéisme correspondant serait divisé par près de 2,5¹⁶⁵ soit une baisse de 10 % de l'absentéisme maladie total¹⁶⁶ ou encore l'équivalent de 850 années-homme pour le régime général.

Les mêmes anomalies se retrouvent en matière d'invalidité, avec une prévalence forte des maladies psychiatriques qui représentent 51,4 % des cas contre 39,9 % pour le CTN et 30,6 % pour l'ensemble de la population. Le taux est pour la sécurité sociale le double de ce qu'il est pour le CTN H : 0,6 % des effectifs (995 personnes) contre 0,3 %, soit un surnombre statistique de 450 invalides, par rapport au CTN H.

L'analyse des caractéristiques géographiques confirme enfin la spécificité déjà relevée des régions Corse et PACA, qu'il s'agisse des arrêts maladie ou de l'invalidité : elles connaissent les plus forts taux de

164. Pour 100 salariés, il y a eu entre le 1^{er} janvier 2006 et le 31 août 2008, 3,46 arrêts longs dans les organismes du CTN H, 5,58 dans la population générale et 7,93 dans la sécurité sociale.

165. De 2,52 % à 1,05 %.

166. Dans la sécurité sociale, les arrêts longs représentent la moitié des jours perdus et un tiers sont causés par des troubles psychiques qui seraient divisés par 2,5.

maladies psychiatriques, avec 45,2 % par exemple pour PACA (contre une moyenne nationale de 33,77 %) en matière d'arrêts maladie et 66 %, (à comparer à une moyenne nationale de 51,4 %) en matière d'invalidité.

Sans contester la réalité et la gravité des souffrances psychiques, on peut relever néanmoins qu'elles présentent la particularité de reposer largement sur les déclarations des personnes qui s'en déclarent atteintes. Les instruments utilisés par les psychiatres pour caractériser les dépressions consistent ainsi pour partie en la réunion d'un certain nombre de symptômes¹⁶⁷ pour lesquels l'appréciation repose essentiellement sur les déclarations du patient. C'est la raison pour laquelle d'ailleurs les affections psychiatriques sont très fréquemment exclues des contrats d'assurance privés.

Il conviendrait en conséquence de mettre en œuvre un contrôle spécifique des arrêts de travail et des mises en invalidité pour troubles psychiatriques et notamment des troubles de l'humeur. Mais l'employeur n'ayant pas connaissance des causes médicales des arrêts de travail, ce ciblage ne pourrait être réalisé que par le contrôle médical dans la population générale, pour laquelle d'ailleurs les affections psychiatriques représentent également, même si c'est dans une moindre proportion, une des principales causes d'arrêts de travail.

Ceci suppose un effort particulier en raison de la faiblesse de l'effectif des médecins conseils psychiatres : seuls onze médecins conseils, soit moins de 0,5 % des effectifs du contrôle médical, appartiennent à cette spécialité qui représente à l'inverse environ le tiers de tous les arrêts longs et plus encore des invalidités.

Un tel ciblage du contrôle médical sur les troubles psychiatriques serait, à tous égards, préférable à la politique de contrôle indifférenciée actuelle.

Le régime général pourrait également mettre en œuvre un programme de prévention des troubles anxieux et dépressifs, à l'image de celui qui a été réalisé avec un certain succès par le service de médecine de contrôle des industries électriques et gazières, qui gère une population du même ordre de grandeur que la sienne (programme APRAND).

167. Baisse de la libido, insomnie, sentiment de dévalorisation, perte ou augmentation de poids, agitation ou fatigue, pensées suicidaires...

III - Des politiques insuffisantes

Les données présentées supra montrent que la lutte contre l'absentéisme n'a pas été jusqu'à présent une priorité suffisante des caisses nationales et qu'une vraie politique en la matière reste à fonder. Ceci passe d'abord par une véritable analyse des écarts constatés entre les OSS, ce qui a conduit la Cour à expliciter la méthode employée pour cette enquête, dans la mesure où elle a vocation à être reproduite et systématisée. Cela implique également le développement des pratiques de lutte contre l'absentéisme.

A – Analyser périodiquement les écarts entre organismes

1 – Les facteurs pris en considération

La Cour s'est efforcée de déterminer l'origine de ces variations en rapprochant pour l'année 2007 les taux d'absentéisme maladie par organisme de facteurs réputés en influencer le niveau. L'instrument utilisé pour tenter d'expliquer les variations est la régression multiple.

Les données utilisées ont été fournies à la Cour soit par les caisses nationales, pour celles qui sont collectées périodiquement par celles-ci, soit par les organismes locaux. Dans ce cas, leur homogénéité est moins garantie.

Outre le taux d'absentéisme maladie global 2007, ont donc été inclus dans les tests :

- les taux d'absentéisme court, c'est-à-dire l'ensemble des arrêts de un à cinq jours ouvrés pour lesquels la possibilité pour les employeurs d'agir serait plus forte ;
- le taux d'absentéisme de 2006 car il n'est sans doute pas sans influence sur l'absentéisme de 2007, d'abord parce qu'une partie des affections ayant justifié des arrêts de travail au titre d'une année a une forte probabilité de se poursuivre au moins une partie de l'année suivante. Une deuxième raison résulte du caractère auto-entretenu de l'absentéisme : dès lors qu'une certaine tolérance ou « permissivité organisationnelle » se développerait, les arrêts augmenteraient ;
- l'âge des agents car l'absentéisme est faible avant 40 ans mais croît à peu près linéairement et rapidement à partir de cet âge. La part des salariés âgés est donc plus susceptible d'expliquer les écarts que l'âge

moyen des salariés d'un organisme (la Cour a retenu la part des salariés de plus de 55 ans) ;

- le sexe des agents ;
- la qualification des agents car le lien entre qualification et absentéisme maladie est relativement documenté, même si la causalité n'est pas univoque. Ont été testés la part des agents appartenant aux trois premiers niveaux de classification de la convention collective dans le régime général (employés) ainsi que le niveau moyen de rémunération ;
- le temps de travail des agents ;
- la taille des organismes car l'absentéisme est réputé croître avec la taille des organisations, en raison notamment de la pression plus forte qui s'exercerait sur les salariés dans les petites structures et d'une moindre tolérance et ou d'une plus grande surveillance ;
- les conditions de travail car de mauvaises conditions de travail, l'exposition à une charge de travail forte ou au stress contribuent positivement à l'absentéisme. Plutôt qu'une appréciation directe, c'est par la prise en considération de la précarité des situations sociales des populations d'assurés que ce facteur a été intégré pour certains organismes : taux de bénéficiaires du RMI par rapport aux allocataires (CAF) ou nombre de bénéficiaires de la CMU par département (CPAM) ;
- la santé, mesurée indirectement par les taux départementaux ou régionaux d'ALD et d'IJ par bénéficiaire en âge d'activité et par les données épidémiologiques régionales disponibles sur les grandes épidémies récurrentes (gastro-entérites, gripes) ;
- le facteur culturel car parmi les organismes ayant les plus forts taux d'absentéisme, on trouve sept caisses du sud-est de la France. La Cour a donc intégré un facteur « culture régionale » qui traduirait une propension géographique à l'absentéisme mesurée par les taux d'absentéisme des OSS situés dans la même région administrative ;
- la performance globale de l'organisme, mesurée par la part de la rémunération correspondant à l'intéressement ; car plus le management serait efficace et motivant, meilleurs seraient les résultats obtenus et plus faible l'absentéisme.

2 – Les corrélations mises à jour

La Cour a recherché les corrélations entre les variables à expliquer (les différents taux d'absentéisme) et les variables explicatives qui viennent d'être énumérées en raisonnant, soit globalement, soit par réseau ou catégorie d'organismes.

Certains tests sont négatifs : ainsi, les variations de l'état de santé général de la population n'expliquent pas les variations d'absentéisme dans les OSS. De même, l'explication des différences de taux d'absentéisme par la différence des tailles des organismes, souvent avancée, n'est pas confirmée.

En revanche, l'hétérogénéité des taux d'absentéisme des caisses est partiellement mais significativement corrélée à l'hétérogénéité des taux de dépression chez les agents¹⁶⁸. La part des maladies difficiles à diagnostiquer est ainsi positivement corrélée à l'absentéisme.

Les tests portant sur les arrêts courts sont très peu conclusifs. Cela est peut-être imputable à l'insuffisante fiabilité des données utilisées, qui ont été souvent déterminées manuellement et ne peuvent dès lors être considérées comme homogènes. Mais cela pourrait aussi confirmer le caractère largement potestatif d'une part significative de ces arrêts. L'absentéisme de court terme est au moins autant un choix que l'expression d'une contrainte, ce qui pourrait conférer une certaine efficacité à des incitations financières.

En revanche, pour ce qui concerne l'absentéisme total, les résultats sont statistiquement robustes¹⁶⁹ : il augmente avec l'historique d'absentéisme, l'âge des agents, la pénibilité du travail, la taille de la ville, le facteur culturel ou le pourcentage de femmes. Il baisse avec la qualification, l'efficacité globale de l'organisation ou l'intensité de l'action de prévention.

Le facteur le plus déterminant est l'absentéisme de l'année précédente suivi de la proportion d'agents de plus de 55 ans, de leur niveau moyen de rémunération et du montant de l'intéressement ainsi que la part des assurés en situation de précarité.

3 – Les conséquences opérationnelles des tests statistiques

De cette méthodologie (régression linéaire), on peut déduire pour chaque organisme un taux d'*absentéisme attendu* qui dépendra de facteurs dont la valeur varie d'un organisme à l'autre. Ensuite, en comparant les taux attendus et les taux réels constatés, on peut par différence apprécier la performance annuelle réalisée en matière

168 La Cour n'a par ailleurs pu rapprocher le taux d'absentéisme du taux de dépression que dans le cas des CMSA, la CNAMTS n'ayant communiqué qu'une partie des informations nécessaires.

169. Nombre de degrés de liberté important du fait de la population des échantillons au moins égale à 100, test de Fisher satisfait, coefficients de régression significatifs.

d'absentéisme qui est très éloignée de ce qui résulte du seul examen des taux bruts.

A défaut de déterminer chaque année les taux attendus, les caisses nationales devraient donc au minimum retenir l'évolution du taux d'absentéisme comme critère de jugement de l'action des OSS et non le taux lui-même comme elles le font aujourd'hui.

En outre, les résultats obtenus confirment la probable efficacité des incitations financières pour réduire l'absentéisme court et conduisent à porter une attention particulière aux affections difficiles à diagnostiquer au premier rang desquelles figurent les dépressions et les épisodes dépressifs.

B – Développer les pratiques en matière de lutte contre l'absentéisme

La disparité des situations des OSS au regard de l'absentéisme résulte logiquement de la variété de leurs réponses à ce phénomène. On pourrait donc s'attendre à ce qu'ils mènent une politique en relation avec leur taux d'absentéisme, soit positive (un absentéisme fort suscite une politique active pour le réduire), soit négative (une politique de lutte efficace se traduit par un absentéisme faible).

La Cour a demandé aux organismes de décrire leurs pratiques en matière de lutte contre l'absentéisme, en classant celles-ci en trois catégories :

- celles relevant de l'analyse du phénomène et de l'initiation d'une démarche (tableau de bord par service, périodicité de l'information, analyse par un organisme extérieur, plan d'action, coordination avec la médecine du travail, mobilisation de l'encadrement, etc.) ;
- celles relevant de la prévention (prise en charge de la vaccination antigrippale, prévention des maux de dos et symptômes liés au travail sur ordinateur, action sur les conditions de travail, gestion du stress, intervention d'un ergothérapeute, prévention de l'alcoolisme, gestion des situations conflictuelles, signalement des incidents, communication au personnel sur l'absentéisme) ;
- et celles relevant du contrôle et de la dissuasion (procédures de déclaration des absences, contre-visites médicales, entretien de retour au travail, prise en compte de l'assiduité dans l'évaluation, signalement des abus au service médical de l'assurance maladie).

Un score correspondant à la mise en œuvre de ces actions a ensuite été attribué à chaque OSS : un score de 100% est atteint lorsque

l'organisme a mis en pratique l'ensemble des actions possibles dans leur forme la plus rigoureuse, un score nul est enregistré lorsqu'il n'en a pratiqué aucune. Le tableau suivant en fournit une synthèse, en précisant la note moyenne pour chaque réseau et chaque axe d'action :

Scores des différents réseaux en matière d'action contre l'absentéisme

En %

	Axe analyse- initiation démarche	Axe prévention- conditions de travail	Axe contrôle dissuasion	Scores moyens
RG recouvrement	20	26	37	28
RG maladie	33	47	47	43
RG famille	26	46	41	38
RG retraite	46	57	48	50
Régime agricole	41	42	26	36
Régime social des indépendants	18	15	29	22

Source : Cour des comptes (questionnaire auprès des caisses)

Un certain nombre d'enseignements peuvent en être tirés : l'assurance vieillesse (CRAM devenue CARSAT) obtient un score élevé, sur l'axe prévention des conditions de travail, qui peut être rapproché des responsabilités des CRAM en matière de prévention des risques professionnels ; le faible score de la branche recouvrement (26 %) peut lui être relié à la bonne performance relative qu'elle enregistre en matière d'absentéisme maladie (4,6 %, cf. supra).

Mais de façon générale, l'absence d'impulsion du niveau central se traduit à la fois par l'hétérogénéité des pratiques et par leur relative incohérence. Les scores les plus élevés sont relevés sur le dernier axe, alors que l'on devrait considérer d'une part que l'analyse précède l'action et d'autre part qu'en matière d'absentéisme, prévention et contrôle devraient être complémentaires.

Un dernier enseignement, cependant, doit être signalé : la mobilisation par un organisme de l'ensemble des leviers qui sont aujourd'hui à sa disposition ne lui permet pas toujours d'obtenir des résultats probants. Ainsi peut-on citer dans la branche maladie le cas d'une caisse primaire ayant diagnostiqué dès 2004 un absentéisme fort et dont le score global sur les actions menées (83 %) la classait en 5^{ème} position nationale, avec une action équilibrée entre les trois composantes (85 % pour la prévention, 85 % pour la dissuasion et 79 % pour l'analyse). Pourtant son taux d'absentéisme maladie était encore de

4,59 % en 2007 pour un taux attendu sur la base de la régression linéaire réalisée par la Cour de 3,88 %.

L'absence d'efficacité au moins à court terme des actions signale peut-être le caractère inadéquat de certaines d'entre elles. Il serait donc opportun qu'une certaine homogénéisation des pratiques et une évaluation de leur efficacité, préalable à des transferts d'expérience, soient réalisées par les caisses nationales.

C – Une faible prise en compte dans les COG

Malgré des chiffres élevés, les caisses nationales ne se donnent pas suffisamment les moyens de réduire l'absentéisme dans leurs réseaux locaux. Elles considèrent trop souvent que cette question est de la compétence principale des caisses locales.

Cela s'illustre notamment par la rareté d'objectifs relatifs à l'absentéisme dans les COG signées entre l'Etat et les branches et régimes concernés. De fait, seule la COG de la branche retraite, depuis 1995, et celle de la MSA, depuis 2006, évoquent la question et fixent des objectifs comme la mise en place d'un outil de mesure. En revanche, elles ne traitent que la question de l'absentéisme de courte durée, qui ne représente pourtant qu'une faible part des jours perdus (16 %) contrairement à celui des arrêts longs supérieurs à 30 jours (56 %). Ce dernier devrait donc aussi faire l'objet d'une mobilisation. Pour les caisses nationales en effet, l'absentéisme court serait source de désorganisation et serait plus réductible que l'absentéisme de longue durée, supposé davantage lié à la santé et donc moins susceptible d'action correctrice. Un tel constat mériterait d'être fortement nuancé, comme on l'a vu plus haut.

D – Des caisses nationales réticentes à pratiquer des incitations financières

Les mécanismes incitatifs que les caisses nationales ont mis en place sont très réduits. Certes elles centralisent et diffusent des données permettant aux organismes locaux de se positionner les uns par rapport aux autres. En revanche, seule la CNAV avait intégré un objectif de diminution de l'absentéisme maladie rémunéré de courte durée dans ses accords d'intéressements de 2002 à 2007. Toutefois l'intéressement représentant moins de 1 % de la rémunération globale, l'impact de cette mesure ne pouvait qu'être insignifiant.

Cette mesure a en outre été supprimée dans le protocole d'accord sur l'intéressement pour 2008 en raison de l'interprétation faite par l'UCANSS de la loi du 23 mars 2006 qui interdirait tout traitement différencié des arrêts maladie par rapport à d'autres absences en raison de son caractère discriminatoire. Cette analyse des exigences légales est cependant très contestable et paraît fondée sur une interprétation extensive de la prohibition de la discrimination.

La direction générale du travail (DGT) considère, pour sa part, qu'il n'est pas discriminatoire d'appliquer une réfaction aux montants versés au titre de l'intéressement pourvu que celle-ci soit strictement proportionnelle aux absences¹⁷⁰.

L'analyse inverse consistant à promouvoir le « présentisme » peut aussi être retenue. C'est en ce sens que la CCMSA a interprété la loi de 2006 puisque l'accord d'intéressement du régime agricole du 8 juin 2007 stipule en son article 6 que « le montant global de l'intéressement est réparti entre les salariés au prorata de leur durée de présence pendant l'exercice au titre duquel il est accordé sans que les absences pour maladie soient à cet égard considérées comme temps de travail effectif dès lors qu'elles excèdent six mois ». Selon sa réponse, l'UCANSS proposera également, lors de la prochaine négociation de l'accord sur l'intéressement dans le régime général, de moduler l'intéressement individuel en fonction de la présence effective des agents.

SYNTHESE

Les efforts déployés par les caisses locales pour réduire l'incidence de l'absentéisme maladie sont très variables et leur efficacité pâtit de l'insuffisante mobilisation des caisses nationales.

Celles-ci doivent donc agir de manière plus déterminée : par un effort accru de connaissance et d'analyse, mais aussi en se dotant des moyens d'actions éprouvés dans d'autres branches et en réexaminant, en liaison avec les partenaires sociaux, les règles relatives à l'intéressement ou à l'indemnisation des arrêts de longue durée (hors ALD).

170. Circulaire interministérielle du 14 septembre 2005, relative à l'épargne salariale (fiche n° 5 du « dossier intéressement »).

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.*

Chapitre VIII

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

PRESENTATION

Frauder en matière de prestations sociales consiste à enfreindre de manière délibérée les règles qui en gouvernent les conditions d'octroi ou de calcul. Plus graves que les erreurs et les abus, les fraudes aux prestations sociales sont variées, à la mesure de la diversité des prestations versées par les organismes sociaux, adaptatives et changeantes, comme toutes les formes de délinquance qui évoluent avec les mesures destinées à les prévenir et les réprimer.

La lutte contre la fraude aux prestations sociales constitue une priorité politique récente, affirmée en 2006 et confirmée notamment par une lettre de mission adressée le 1^{er} octobre 2007 au ministre chargé des comptes publics, par le Président de la République et le Premier ministre. Il y était souligné que même si les enjeux financiers les plus importants sont liés à la lutte contre la fraude aux prélèvements¹⁷¹, « le chantier de la lutte contre la fraude aux prestations sociales, dont l'enjeu financier n'est même pas connu avec précision, est celui pour lequel les efforts les plus importants sont à mener ».

La Cour a entrepris un premier bilan des actions réalisées ou engagées pour lutter contre la fraude dans les branches prestataires (maladie, retraite et famille¹⁷²) du régime général. Certes, dans un contexte rapidement évolutif, nombre des mesures décidées n'ont pas encore pu prendre leur plein effet ; d'autres sont en préparation. Un tel bilan paraît cependant opportun, pour souligner tout d'abord la prise de conscience des enjeux liés à la fraude (I), mettre en évidence les progrès intervenus au plan national (II), mais aussi signaler la lenteur des évolutions dans les pratiques des organismes locaux (III).

171. Ce domaine a fait l'objet d'investigations approfondies du conseil des prélèvements obligatoires. Voir son rapport sur « la fraude aux prélèvements obligatoires et son contrôle », de mars 2007. Ce rapport indiquait notamment qu'en 2005, les contrôles fiscaux et sociaux ont abouti à un montant de redressement de 15,1 Md€ L'estimation de la fraude est un exercice complexe : elle serait de l'ordre de 2 % du PIB selon les indications fournies par ce même rapport.

172. Parallèlement, une enquête a été menée sur la lutte contre la fraude dans l'assurance chômage. Elle a donné lieu à une insertion dans le rapport public annuel de la Cour paru en février 2010.

I - Une prise de conscience récente des enjeux

La lutte contre la fraude ayant été reconnue récemment comme une priorité de l'action des organismes sociaux, les fraudes aux prestations commencent à être évaluées de manière plus fiable et les définitions générales sont de plus en plus déclinées de manière concrète, ce qui facilite le travail, souvent délicat, de qualification des comportements frauduleux.

A – Une impulsion récente

1 – Une mobilisation à différents niveaux

Depuis quelques années, les enjeux liés à la lutte contre la fraude aux prestations sociales ont fait l'objet d'une prise de conscience nouvelle. Elle s'est d'abord traduite par la création, en octobre 2006, du comité de lutte contre la fraude en matière de protection sociale, qui avait notamment pour mission « de centraliser et d'analyser les cas de fraude recensés, d'animer la coopération entre les organismes, ou d'établir chaque année un rapport d'analyse et d'évaluation du phénomène de la fraude ». Son action¹⁷³ a débouché sur l'insertion dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 de plusieurs dispositions destinées à faciliter la lutte contre les fraudes et sur la signature en 2006, d'une première convention sur la mutualisation des informations entre l'ACOSS, la CNAF, la CNAMTS, la CNAVTS et l'UNEDIC.

Une deuxième étape, plus volontariste, a été engagée dès l'année suivante. Le comité de lutte a alors été transformé en comité interministériel et placé sous la présidence du Premier ministre. Les missions opérationnelles, de coordination des interventions des caisses et des administrations ont en outre été renforcées et rendues permanentes, par la création d'une délégation nationale à la lutte contre la fraude (DNLF), instituée par le décret du 18 avril 2008 relatif à la lutte contre les fraudes.

173. Une réunion du comité national d'octobre 2007 a récapitulé l'ensemble des actions menées.

2 – Une priorité à concilier avec d'autres objectifs

Mais la lutte contre les fraudes doit cependant être conciliée avec d'autres objectifs, potentiellement contradictoires¹⁷⁴. C'est en particulier le cas de la simplification des procédures et de l'accélération du traitement des dossiers. Ces objectifs conduisent à simplifier la production par les allocataires des justificatifs demandés (un décret de 2000 a ainsi supprimé l'exigence de la fourniture de la fiche d'état civil et accepté les photocopies, plus aisément falsifiables) ou à accélérer pour des raisons sociales évidentes le traitement des dossiers, notamment pour l'octroi des minima sociaux (RMI ou RSA) ou l'admission à la CMUC, quitte à ce que les vérifications préalables soient moins approfondies.

Ces deux priorités entrent ainsi en conflit, comme le montre un exemple récemment constaté dans la branche retraite : la très grande simplicité initiale des justificatifs demandés pour bénéficier du départ anticipé pour carrière longue, prévu par l'article 23 de la loi du 21 août 2003, a permis de 2005 à 2008 des fraudes nombreuses, déjà signalées par la Cour¹⁷⁵.

La lutte contre les fraudes peut ainsi conduire à renforcer le contrôle des pièces justificatives, ce qui a été fait dans le cas des départs anticipés pour carrière longue. Elle peut aussi justifier que soient assouplies les modalités, actuellement lourdes et restrictives, de demande de pièces authentiques, dès lors qu'il y a suspicion sérieuse de fraude.

3 – La définition attendue d'un plan

La lutte contre les fraudes aux prestations implique ainsi de « prioriser » les objectifs mais aussi de coordonner les actions des différentes branches, des caisses locales et nationales. Un « plan national contre la fraude » avait été demandé dans la lettre de mission adressée au ministre des comptes publics, en octobre 2007. Un plan annuel a d'ailleurs été annoncé pour une prochaine réunion du comité interministériel de lutte contre la fraude, envisagée pour l'automne 2010.

L'établissement d'un plan pluriannuel devrait être une mission explicite de la DNLF, comme celle de procéder ensuite à l'évaluation des

174. Cet objectif nouveau est compatible avec des priorités anciennes, toujours actuelles, et notamment avec l'objectif, d'une certaine manière symétrique, de favoriser l'accès aux droits : certains assurés ignorent leurs droits et ne bénéficient pas des prestations qui leur sont destinées. Cet objectif reste très important.

175. Voir le RALFSS pour 2009, la durée d'assurance dans le calcul des droits à la retraite, p. 321.

actions entreprises, branche par branche. Le rapport annuel de la DNLF, d'ailleurs prévu par le décret constitutif même si son contenu n'est pas défini¹⁷⁶, pourrait être ainsi enrichi pour donner à la délégation, une fonction d'évaluation critique, en complément de son rôle actuel de coordination des seuls aspects communs des actions menées.

B – Une évaluation progressivement affinée

L'évaluation de l'importance quantitative des fraudes avait été d'emblée identifiée comme une priorité. Mais jusqu'à très récemment, les résultats disponibles étaient très lacunaires et décevants. Les données, rendues publiques par les trois caisses nationales prestataires, même si elles témoignent d'un effort croissant de détection, en révélant une progression des fraudes constatées, sont limitées en montant, comme le montre le tableau qui suit.

Montant des fraudes détectées par les trois branches

En M€

Année	CNAMTS	CNAVTS	CNAF
2005	13	1	21,5
2008	160	1	80

Source : CNAMTS (bilan 2008), CNAVTS, CNAF (pour la CNAMTS, y compris abus, pour la CNAVTS montant des fraudes constatées et non « évitées »)

Certes, cette information n'est pas sans intérêt. Elle confirme d'abord l'intuition que les prestations donnent plus ou moins prise aux fraudes selon les branches : la typologie des fraudes potentielles est ainsi moins diversifiée dans la branche retraite, notamment parce qu'elle a structuré son système d'information autour d'un identifiant unique et que les informations utiles au calcul des pensions sont très largement alimentées par des reports directs d'organismes sociaux ou d'employeurs.

Mais la très forte dispersion des résultats des caisses locales, consolidés dans ces résultats, toutes branches confondues, laisse penser que nombre d'organismes n'ont encore qu'une action limitée, et que donc la fraude réelle est bien supérieure. Ainsi dans la branche famille, selon la CNAF, les écarts entre organismes vont de 1 à 20 en 2009 (écarts mesurés sur deux groupes de dix CAF affichant des résultats

176. L'avant dernier alinéa de l'article 2 précise qu'elle « établit un rapport annuel qui fait le bilan des actions réalisées et des résultats obtenus dans la lutte contre la fraude et qui donne des orientations sur la coordination en matière de lutte contre la fraude ».

extrêmes). Pour les branches maladie et retraite, les écarts apparents sont également très marqués.

De plus, ces données sont fondées sur des définitions variables : celles de l'assurance maladie, en particulier, incluent non seulement les fraudes mais aussi les abus détectés, la frontière restant en effet parfois poreuse dans cette branche faute de critères permettant de les distinguer.

Pour autant, les données transversales, collectées par la DSS en provenance des caisses locales, paraissent encore plus lacunaires, dans la mesure où toutes les fraudes repérées ne font pas l'objet de transmission¹⁷⁷, comme le montre le tableau qui suit.

Fraudes signalées à la tutelle en 2008

Branches	Nombre	% total	Montant (M€)
Famille*	4 601	63	36
Maladie	2 269	32	13,8
Vieillesse	186	3	1
Autres ¹⁷⁸	132	2	1

Source : DSS, sauf pour*, source CNAF

C'est pourquoi les évaluations indispensables des fraudes commises, au-delà des seules fraudes détectées, ne peuvent être fondées que sur des méthodes d'examen approfondi à partir d'échantillons significatifs, telles que largement pratiquées à l'étranger.

Dans la branche maladie, les évaluations disponibles sont limitées, car elles se fondent sur la seule analyse des fraudes constatées au plan local. Elles représenteraient environ 0,7 % des prestations contrôlées, mais l'estimation est encore trop mal assise. La CNAMTS va cependant réaliser, en lien avec la DNLF, une évaluation de la fraude aux indemnités journalières assise sur le contrôle d'un échantillon représentatif de dossiers.

Pour la branche retraite, aucune estimation n'est disponible, même si là aussi des échantillons doivent être constitués pour apprécier l'ampleur des fraudes.

177. Une procédure renouvelée est prévue pour la fin de l'année 2010, qui permettra que le système d'information sur les fraudes de la DSS soit intégré avec ceux des caisses nationales prestataires.

178. Il s'agit soit des fraudes signalées par d'autres régimes, comme le RSI, soit des fraudes concernant plusieurs organismes.

Les travaux les plus avancés d'analyse d'échantillons ont été menés dans la branche famille. La CNAF a réalisé en effet, au second semestre 2009, une évaluation des fraudes, à partir d'un échantillon représentatif de plus de 10 000 dossiers. Avec l'inévitable marge d'incertitude¹⁷⁹, les travaux réalisés semblent constituer une première base de travail solide qui permet de donner un ordre de grandeur de la fraude totale dans la branche famille, qui atteindrait environ 675 M€ par an, comme le montre le tableau suivant (qui extrapole le taux constaté dans l'échantillon à l'ensemble de la population des allocataires, avec deux bornes soulignant l'incertitude statistique liée à cette projection).

Bien entendu, le résultat global est une moyenne, qui recouvre des estimations différenciées selon les prestations : le taux estimé de fraude est ainsi de 0,46 % pour les prestations familiales et même de 0,24 % pour la PAJE, mais de 3,1 % pour l'API et de 3,6 % pour le RMI, désormais intégrés dans le RSA.

Une part importante de ces montants, selon ces mêmes estimations, aurait cependant été détectée et les indus correspondants récupérés pour la plus grande part¹⁸⁰. Le préjudice financier final lié aux fraudes serait donc plus limité, de l'ordre de 170 M€ selon les estimations de la Cour, à partir des données de la CNAF.

Résultats de l'évaluation par échantillon pour la branche famille

En % et en M€

	Moyenne	Borne basse	Borne haute
Taux d'allocataires avec indus	10,69	10,04	11,35
Taux d'allocataires fraudeurs	1,38	1,16	1,59
Taux révisé avec obstacles à contrôle	2,15	1,86	2,43
Montant estimé y compris obstacles (M€)	674	539,8	808,1
Taux de fraude	1,16	0,93	1,39

Source : CNAF : données 2009 pour l'évaluation des fraudes

179. Il a fallu estimer la part de fraudeurs parmi les allocataires délibérément absents lors des contrôles sur place. Il a fallu également apprécier, dans des cas litigieux, si l'on devait considérer comme fraudeurs les comportements relevés et pour ce faire recourir à l'avis d'une « commission de qualification ». On peut en outre se demander si ont pu être suffisamment prises en compte des fraudes difficiles à détecter et à quantifier, qui consistent, par exemple à dissimuler des heures de travail, notamment à domicile, afin de ne pas dépasser les seuils de ressources fixés pour l'octroi de certaines prestations.

180. Sous réserve de l'application d'un délai de prescription de deux ans, alors qu'en cas de fraude, c'est un délai plus long, de cinq ans qui devrait être appliqué. L'absence de « qualification » de la fraude induit donc le constat d'un indu réduit, lorsque celle-ci s'est prolongée plusieurs années.

De telles évaluations doivent être systématisées dans l'ensemble des branches et détaillées par prestation, afin de constituer un outil de ciblage des contrôles ou des réformes à introduire dans les procédures. Elles permettront à terme de chiffrer l'ampleur réelle de la fraude aux prestations sociales.

Faute de données suffisamment fiables pour les autres branches du régime général on ne peut qu'avancer une estimation très approximative si l'on extrapole les résultats de la branche famille. On en déduit alors un ordre de grandeur selon lequel les fraudes pourraient représenter 1 % des prestations versées¹⁸¹, soit environ 3 Md€

C – Des définitions plus opérationnelles

Comme le souligne la CNAF elle-même¹⁸², un des enseignements importants de l'évaluation précitée est l'importance des questions liées à la *qualification* comme frauduleux des indus constatés. Or une telle qualification ne va pas de soi. Comment faire le tri, par exemple, entre l'ignorance ou l'étourderie et l'omission délibérée de revenus dans une déclaration de ressources ? C'est toute la différence entre la bonne foi et la mauvaise foi.

La complexité des réglementations relatives aux prestations multiplie les difficultés pratiques rencontrées par les services des caisses locales. Ainsi, dans la pratique, il est délicat de qualifier les comportements de médecins qui font bénéficier leur patient en ALD d'un remboursement à 100 %, même pour des médicaments étrangers à l'affection exonérante. Il peut être délicat également de distinguer une fraude à l'isolement et une situation de cohabitation provisoire, dans le cas d'un bénéficiaire de prestation pour parent isolé. D'ailleurs, lorsqu'elles sont interrogées sur les définitions et sur des cas théoriques, les caisses sont partagées.

Pour autant, il doit être possible d'établir un référentiel, qui offre d'ailleurs des marges de tolérance, en ne qualifiant par exemple de frauduleux que les cas de récidives après avertissements. C'est dans cette voie que s'est engagée la CNAF, en précisant pour chaque situation les critères qui conduisent à qualifier les fraudes (une circulaire est en préparation à ce sujet). De même, la CNAVTS a précisé, par une lettre

181. La DNLF considère que ce chiffre est minoré. De fait, l'incidence de certaines formes de fraudes est sans doute minimisée. Ainsi pour une forme « frictionnelle » de travail clandestin, destiné à éviter des effets de seuil pour l'accès au droit à certaines prestations, très difficile à détecter et même à estimer avec la méthode retenue.

182. Dans une note présentée au conseil d'administration le 6 avril 2010.

circulaire du 16 mars 2010, les comportements qui devaient être présumés frauduleux et donc sanctionnés à ce titre ; c'est le cas d'une omission de déclaration de ressources pendant plus de douze mois. Il restera à vérifier que les caisses locales appliquent ces critères, alors même que leurs pratiques actuelles restent inspirées par une qualification beaucoup plus restrictive, fondée sur les critères retenus par la jurisprudence pénale.

A l'inverse, la branche maladie, il est vrai confrontée à une très grande diversité d'acteurs et de catégories de prestations, se refuse à caractériser de manière spécifique la fraude et persiste à confondre dans une politique indifférenciée la lutte contre les fraudes et contre les abus, ce qui lui interdit d'adapter ses moyens d'action aux uns et aux autres.

II - Les outils juridiques et techniques

La prise de conscience des enjeux s'est accompagnée de la mise à disposition des caisses d'outils et de moyens humains nouveaux.

A – Des moyens juridiques nouveaux

La nécessité d'accroître les moyens de lutte contre la fraude s'est traduite, en premier lieu, par une adaptation multiforme de l'arsenal législatif et réglementaire. La loi sur l'assurance maladie du 13 août 2004 avait déjà renforcé les pouvoirs de détection des fraudes et de sanction des directeurs de CPAM. Mais c'est surtout par les lois ultérieures de financement de la sécurité sociale que les moyens juridiques à la disposition des caisses locales ont été accrus. On peut retenir des multiples mesures prises deux évolutions essentielles :

1 – Une diversification des sanctions

La sanction classique de la fraude reste la peine d'amende (correctionnelle). Mais diverses mesures administratives ont été instituées.

Pour *la branche maladie*, la loi susvisée de 2004 a prévu une gamme de sanctions : avertissement, mise en garde, mise sous accord préalable, pénalités financières à l'encontre des fraudeurs mais aussi pour sanctionner les abus persistants (les deux notions n'étant pas distinguées dans les multiples cas qui peuvent justifier des pénalités). La loi de financement pour 2009 a assoupli les procédures préalables et renforcé le quantum des sanctions pouvant être prononcées.

Pour les deux branches *famille et retraite*, la loi du 19 décembre 2005 (modifiée en LFSS pour 2010) a transposé ce système de pénalités, en visant les diverses modalités de fraudes, ce qui inclut de manière utile le défaut de transmission des données actualisées, lorsque celui-ci induit le versement de prestations indues.

Ainsi, à l'image de ce qui existe depuis fort longtemps en matière fiscale ou douanière, la lutte contre la fraude aux prestations sociales dispose en particulier d'une nouvelle catégorie de sanctions, sous la forme de pénalités administratives qui complètent l'éventail des sanctions traditionnelles, en étant plus rapides et plus dissuasives, mieux adaptées à des cas de fraudes de montant individuel limité.

2 – Une extension de l'accès aux informations

Rompant avec une grande frilosité, plusieurs dispositions législatives ont eu pour objet de faciliter les échanges d'informations entre les administrations et la sécurité sociale. Cette évolution a été rendue possible par la loi du 6 août 2004, modifiant la loi du 6 janvier 1978 dite « informatique et liberté », qui a permis de développer plus largement les traitements informatiques, notamment quand ils impliquent l'usage du numéro d'identification au répertoire (NIR).

D'autres dispositions ont contribué à assouplir ou à lever les interdits liés au secret professionnel. Le droit applicable aux organismes de sécurité sociale, pour ce qui concerne la détection des abus ou des fraudes, s'est ainsi là encore rapproché de celui applicable aux services fiscaux. De multiples dispositifs ont été introduits : certains articles posent des principes généraux (levée du secret professionnel à l'égard des personnels des caisses), tandis que d'autres les déclinent pour les échanges spécifiques entre les différentes catégories d'administrations (organismes sociaux entre eux, relations avec la justice, avec le fisc, échanges de données...).

Le guide établi par la DSS, en décembre 2009, sous l'intitulé de « guide pratique de la réglementation en matière de lutte contre la fraude sociale » identifie ainsi six articles législatifs pour faciliter les échanges de données entre organismes de sécurité sociale, huit articles supplémentaires pour les échanges avec l'administration fiscale et encore six autres pour les échanges avec des tiers. Plus que l'embarras du choix, le guide traduit ainsi le caractère à chaque fois restrictif des autorisations données.

On comprend que, selon les documents de synthèse établis par les caisses nationales (et notamment par la CNAF), les organismes de base s'avouent gênés par la multiplicité des supports juridiques qui autorisent

des échanges. Il paraîtrait dès lors souhaitable de procéder à une remise à plat du droit désormais constitué ; peut-être en introduisant, comme le propose la DNLF, une habilitation générale, analogue à celle qui existe pour les échanges de données en matière de lutte contre les fraudes aux prélèvements¹⁸³. Il conviendrait alors de supprimer en contrepartie les dispositions actuelles devenues ainsi inutiles.

Il serait utile en outre qu'un tableau périodique (par exemple annuel) récapitule l'état d'avancement des différents textes d'application encore attendus et signale également les circulaires prises par chaque régime ou chaque branche pour informer les organismes de base et leur préciser les conditions de mise en œuvre. Un tel suivi d'ensemble n'existe pas à l'heure actuelle et la tutelle n'est pas informée de toutes les circulaires (ou « lettres réseau ») que les caisses nationales adressent aux caisses de base pour traduire les dispositions nationales.

B – Un accès accru aux données dématérialisées

Ces évolutions juridiques doivent pour produire des effets s'accompagner de procédures et de pratiques nouvelles. Si le droit d'interrogation des organismes sociaux a été étendu, il doit se traduire par un accès aux informations individuelles utiles. Par exemple, l'accès nouvellement autorisé, par requête individualisée, au fichier FICOBA¹⁸⁴, est considéré dans les caisses locales, malgré un usage variable, comme un outil très précieux.

Mais les progrès les plus importants découlent de l'usage de données informatisées, par la constitution de fichiers nouveaux ou la mise en œuvre de croisements de fichiers.

1 – De nouveaux fichiers

Un répertoire national des bénéficiaires (RNB) a été constitué par la branche famille, en 2008, ce qui constitue un progrès important. Ce

183. La comparaison doit cependant être relativisée : en matière de fraudes aux prestations, on admet une asymétrie dans l'usage des informations. Les données recueillies par les organismes sociaux ne sont pas nécessairement portées à la connaissance des services de l'Etat, notamment pour ce qui concerne le contrôle de la régularité des séjours.

184. Fichier national des comptes bancaires et assimilés.

fichier permet en effet de détecter les doublons d'allocataires inscrits dans deux CAF différentes¹⁸⁵.

Autre progrès, un fichier national des assurés, dénommé « répertoire national commun de la protection sociale » (RNCPS), est en cours d'élaboration. L'ensemble des régimes sera habilité à en consulter les données, accessibles grâce au fichier du système national de gestion des identifiants (SNGI) géré par la CNAVTS. Un décret du 16 décembre 2009, pris en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, précise que ce fichier permettra notamment « l'information des organismes habilités sur l'ensemble de leurs rattachements, droits et prestations de leurs ressortissants et (les aidera) pour la détection de droits et prestations manquants ainsi que des anomalies et des fraudes ». Il permettra ainsi de donner une vue d'ensemble des prestations servies à une même personne et d'empêcher la perception de prestations mutuellement incompatibles entre elles¹⁸⁶.

2 – Des transferts de données entre administrations

Les CAF reçoivent depuis fin 2008 les déclarations fiscales de revenus de tous les allocataires. Cet échange avec l'administration fiscale a permis de mettre fin aux recoupements antérieurement effectués par croisements annuels de fichiers et qui généraient de nombreux écarts (plus de 200 000 cas par an, pour lesquels les revenus fiscaux excédaient ceux déclarés aux CAF). Si une très grande partie de ces écarts n'avait pas d'incidence sur le calcul des droits, d'autres se traduisaient par des indus, évalués à 337 M€ pour 2007¹⁸⁷.

Outre ces outils structurants, de nombreux croisements de fichiers sont désormais prévus au plan national. Quelques uns (rares, en réalité) sont déjà opérationnels, les autres en cours de mise en œuvre ou simplement encore expérimentés ou envisagés.

Ainsi, pour la branche famille, deux croisements sont opérationnels : les données relatives aux revenus font l'objet d'un croisement avec celles de Pôle emploi, en vue de l'appréciation des

185. Bien entendu, tous les doublons générés ne sont pas nécessairement frauduleux, certains pouvant tenir aux lenteurs des procédures de radiation.

186. Par exemple, des prestations familiales servies par une CAF et par la mutualité sociale agricole ou une pension d'invalidité par une CPAM, en même temps qu'une allocation d'adulte handicapé (AAH) servie par une CAF.

187. Les suites données à ces indus, potentiellement frauduleux pour une part, se sont d'ailleurs avérées insuffisantes, du double point de vue de la caractérisation et des sanctions (ainsi qu'il sera développé infra).

revenus liés au RSA, celles relatives à la résidence en France font l'objet d'un échange avec la DGFIP.

D'autres traitements et croisements sont envisagés. Le plus productif, selon la CNAF, serait le croisement des données relatives aux enfants scolarisés, afin de connaître notamment les enfants ou adolescents en « décrochage scolaire » ou encore les enfants qui ne séjournent plus en France. Mais faute de fichier national des élèves, les travaux sont au stade exploratoire. De même, un croisement entre les fichiers de la DGFIP relatifs aux logements et celui des aides au logement est programmé, permettant de vérifier la réalité du bail qui justifie les aides.

Pour l'ensemble des branches, un croisement est envisagé depuis plus de dix ans entre les données du ministère de l'intérieur et celles des organismes, pour la vérification des identités : le fichier dit « AGDREF » du ministère de l'intérieur, qui centralise les données sur l'identité et la régularité du séjour des étrangers, pourrait être consulté par les caisses, par une transaction intranet sécurisée, en cas de présomption de fraude à l'identité ou d'irrégularité du séjour. En cas d'absence dans le fichier, le demandeur devrait se rapprocher des services préfectoraux, pour rétablir son droit éventuel.

Au total, comme sur le plan juridique, des progrès évidents et importants ont été réalisés et d'autres, également potentiellement très significatifs, sont en cours ou envisagés. Pour autant, aucun bilan actualisé n'est disponible. Or un tel document permettrait, par exemple annuellement, de faire apparaître :

- l'état de déploiement des applications, en distinguant le cas échéant par organisme (certaines caisses mettent en œuvre les traitements, d'autres non, selon leur plan de charge et leurs capacités internes) ;
- les traitements proposés (avec leur gain potentiel estimé) ou déjà expérimentés (des tests préalables sur échantillons seraient sans doute utiles), ainsi que les difficultés rencontrées.

3 – Les relations avec la CNIL

Ce même document permettrait également de faire un point périodique sur les échanges entre les organismes sociaux et la CNIL. Certes, ceux-ci se sont améliorés, notamment avec la désignation de correspondants dans les différentes branches et d'un référent au sein de la CNIL chargé des dossiers liés à la lutte contre la fraude. Pour autant, des progrès complémentaires paraissent envisageables, avec en particulier la nécessité d'une clarification aussi rapide que possible de la procédure dans laquelle le dossier s'inscrit. Cette question n'est pas neutre : dans

certains cas, le silence de la CNIL vaut approbation des traitements, dans d'autres, au contraire, rejet. Des procédures allégées pour des tests sur échantillons seraient également utiles.

C – Une meilleure prise en compte dans les COG

Une autre traduction de la priorité nouvelle reconnue à la lutte contre la fraude est son inscription dans les conventions d'objectifs et de gestion (COG), passées entre l'Etat et les régimes de sécurité sociale. L'article 2 du décret du 18 avril 2008 relatif à la lutte contre la fraude, mentionne d'ailleurs explicitement les COG comme vecteur des actions.

De fait, les volets « anti-fraudes », inscrits dans la dernière génération de COG peuvent paraître plus conséquents que dans les précédentes, au moins pour les deux COG les plus récentes, passées entre l'Etat et d'une part, la CNAVTS, d'autre part la CNAF. L'examen de ces conventions et de celle de la branche maladie montre cependant que les engagements pris restent encore insuffisants car ils sont partiels et trop peu contraignants :

- sauf pour la branche retraite, ils portent de manière insuffisante sur les effectifs affectés aux contrôles dans les organismes locaux, en particulier pour ce qui concerne le nombre de contrôleurs assermentés, autorisés à procéder à des contrôles au domicile des assurés (pour la branche famille) ou à contrôler la réalité des soins remboursés (pour la branche maladie). D'eux dépend pourtant la capacité des organismes de traiter les recoupements et de caractériser les fraudes ;
- les indicateurs quantitatifs inscrits dans les COG ne sont pas mobilisateurs, soit qu'il s'agisse seulement d'indicateurs de suivi et non d'objectif, soit qu'ils portent sur des cibles relativement secondaires, soit enfin qu'ils soient fixés à un niveau trop faible, comme pour la branche retraite ;
- enfin leur contribution au calcul de l'intéressement collectif est trop indirecte et encore trop nettement déconnectée des performances constatées dans les caisses locales.

D – Des moyens humains spécialisés renforcés

La priorité affichée à la lutte contre la fraude aux prestations s'est traduite également par un renforcement des effectifs spécialisés, dédiés à cette fonction. Au niveau national, une administration de mission nouvelle a été créée, la délégation nationale à la lutte contre la fraude, dotée d'une douzaine d'agents de haut niveau. L'action de la DNLF est relayée dans chaque département par les comités opérationnels

départementaux anti-fraude (CODAF) instaurés par un décret de mars 2010, pour coordonner les actions de l'ensemble des organismes concernés par la lutte contre la fraude aux prestations sociales.

En outre, chaque caisse nationale s'est dotée d'une structure spécialisée, chargée d'impulser des actions dans son réseau : limitée à une cellule au sein de la CNAVTS et de la CNAF, celle-ci compte plus de 30 agents spécialisés au sein de la CNAMTS.

En revanche, la situation est plus confuse au sein des organismes locaux. Certes, les caisses nationales entendent préserver les moyens affectés à la lutte contre la fraude des contraintes de diminution des effectifs, voire les renforcer, au moins pour certaines catégories. Ainsi le nombre des agents assermentés chargés des contrôles domiciliaires doit passer de moins de 20 à plus de 60 pour la branche retraite. Mais il est très difficile de connaître avec précision les missions de ces agents (les agents assermentés des branches famille et maladie sont chargés de tâches multiples) voire tout simplement de les dénombrer.

III - Des évolutions trop lentes dans les organismes

Malgré ces outils nouveaux, les impulsions des caisses nationales restent insuffisantes et se traduisent dans les caisses locales par des actions encore trop limitées, aussi bien au stade de la prévention des fraudes qu'à celui de la détection ou enfin de la répression.

A – Des impulsions des caisses nationales à renforcer

Dans le domaine de la lutte contre les fraudes, les caisses nationales ont acquis des compétences nouvelles. L'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale, issu de la LFSS pour 2006, précise notamment que « les organismes nationaux suivent les opérations réalisées (en cas de fraude ou de suspicion) par les organismes (locaux). Ils en établissent une synthèse qui est transmise au ministre chargé de la sécurité sociale ». Cette habilitation, dans le contexte d'une présence de plus en plus affirmée des têtes de réseau dans la gestion des caisses locales, est suffisante pour permettre aux caisses nationales de donner les impulsions nécessaires.

De ce fait, les actions qu'elles ont déjà menées ont permis de surmonter divers obstacles, que l'on peut qualifier au sens large de culturels, d'ailleurs variables selon les branches, mais qui conduisaient à minimiser l'importance de la lutte contre les fraudes.

Pour autant, elles ne se sont pas dotées d'outils adaptés au suivi des actions effectives des caisses. Malgré la très forte dispersion des performances des caisses, aucune caisse nationale ne s'est dotée de la capacité à évaluer les actions menées dans chaque caisse ni, a fortiori, à intervenir en cas de carence.

Les outils, susceptibles de guider les caisses dans le choix de l'organisation interne ou des procédures les plus efficaces sont également très généralement absents. Ainsi, dans la branche famille, alors que les contrôles effectués mettent à jour chaque année plusieurs milliers de cas de fraude, il n'existe aucun bilan coût/produit par contrôle, ni système d'enregistrement et de restitution de la typologie des fraudes, autre que très sommaire. La réalisation d'un tel outil est seulement en cours.

De même, le quantum de temps nécessaire pour traiter (dans les services contentieux) un dossier de sanction n'a été évalué par aucune caisse nationale. Il est pourtant indispensable que la progression attendue du nombre des sanctions financières prononcées, en particulier par les deux branches maladie et famille, puisse être assumée par des agents dédiés à cet effet, au sein d'un service disposant des compétences requises.

Sauf pour la branche retraite, les bonnes pratiques ne sont pas identifiées et ne peuvent donc se diffuser dans le réseau de manière systématique. Cette défaillance a notamment pour conséquence que les organismes locaux développent des pratiques différentes pour faire face à des problématiques strictement identiques. Ainsi en est-il notamment en ce qui concerne les conséquences tirées par les organismes d'un retour de courrier NPAI.

Un exemple peut être donné de l'absence de diffusion des « meilleures pratiques », dans le cas de la lutte contre les fraudes liées à la consommation du SUBUTEX¹⁸⁸. L'initiative prise par la CPAM de Toulouse qui a subordonné la prise en charge du SUBUTEX à sa prescription par un seul médecin par patient et à sa délivrance par une seule pharmacie s'est traduite par une forte diminution des consommations aberrantes (passées de 8,15 % en 2004 à 0,5 % en 2008) et sans doute des fraudes. Aucune conséquence n'en a été tirée par la CNAMTS et les autres CPAM.

188. Les traitements de substitution des dépendances aux opiacés (TSO) suppriment les signes de manque consécutifs à l'arrêt de l'héroïne, en permettant aux personnes une réinsertion sociale. Mais sa distribution peut donner lieu à un usage détourné et donc à des trafics, par revente.

B – Des actions à diversifier pour la prévention des fraudes

Faute d'impulsion nationale suffisante, les caisses locales font preuve d'une prudence excessive : les actions de communication ciblées restent rares et peu explicites. Certes, des actions de communication interne, en direction des agents, peuvent être notées en nombre croissant, dans les diverses revues destinées aux personnels des trois branches. Par contre, on ne constate, dans aucune des branches, de véritable action d'envergure de communication externe, en direction du grand public. Ni au niveau national, ni (sauf exception¹⁸⁹) au niveau local.

De même, le déploiement du contrôle interne n'a pas véritablement intégré la fraude comme cible prioritaire. Certes, la fraude est un des risques pris en considération dans les plans de contrôle interne et les actions générales prévues, même si elles sont dirigées contre tous les risques d'erreurs, conduisant ou non à des indus, ont évidemment des incidences très positives du point de vue de la prévention des fraudes. De ce fait, la définition de référentiels de contrôle interne de plus en plus complets et exigeants, dans les trois branches prestataires du régime général, a constitué le moyen d'action jusqu'ici privilégié par les caisses dans leurs efforts de lutte contre la fraude. Il paraît incontestable que la formalisation et l'informatisation des processus de liquidation ont pour objectif de réduire les erreurs¹⁹⁰ commises par les organismes dans la gestion des prestations.

Pour autant, le déploiement des « pratiques recommandées » (selon la terminologie de la branche vieillesse) ou de « plans de maîtrise socle » (selon celle de la branche maladie) ne s'appuie pas encore sur une cartographie des risques, caractérisant notamment le risque de fraudes aux prestations.

De même, alors que l'analyse des fraudes détectées a mis en évidence la part parfois prise par des personnels des caisses, les organismes se sont peu armés face à ce risque. Leur vigilance s'étend ainsi trop rarement aux opérations concernant les proches de leurs agents.

189. Ainsi la CPAM de Nantes avait engagé au début des années 1990 des actions très médiatisées contre les fraudes des professionnels de santé.

190. Même si les efforts de détection accrus ont dans un premier temps pour effet paradoxal de révéler des erreurs jusque là invisibles. Dans un deuxième temps, ces actions doivent permettre de prévenir les erreurs et les fraudes.

C – Des organisations et des outils à adapter pour la détection des fraudes

Des moyens accrus, informatiques et juridiques, ont ainsi été récemment mis à la disposition des caisses locales, ce qui constitue un progrès indéniable. Mais il serait optimiste d'en déduire que l'ensemble des organismes de base en font un usage effectif.

1 – Des signalements non exploités

Nombre d'informations pertinentes sur les fraudes ou le risque de fraudes restent sans suite, ce qui fait craindre une déperdition analogue pour les nouvelles sources d'informations désormais disponibles. La reprise du service par les CAF des allocations familiales des fonctionnaires, de 2002 à 2004, a ainsi fait apparaître de nombreux cas de doubles paiements des prestations, à une même famille, par l'administration employeur d'un des parents et par la CAF. Or, ils n'ont pas été traités comme des fraudes, bien que plusieurs dossiers (analysés par sondages par la Cour) soient manifestement frauduleux. Aucune sanction disciplinaire ni poursuite pénale n'a été engagée même dans les cas les plus flagrants.

De même, les écarts mis en évidence jusqu'en 2007 entre les revenus déclarés au fisc et ceux déclarés aux CAF pour bénéficier des prestations familiales ou des allocations logement n'ont pas donné lieu à une action nationale ciblée. Il est dès lors probable qu'ils n'ont été exploités, dans les caisses, que pour faire apparaître des indus, et non pour caractériser des fraudes.

Dans la branche maladie, de même, certains éléments qui laissent présumer des comportements frauduleux ou en tout cas contraires aux règles, ne sont pas exploités. C'est le cas des dépassements tarifés aux bénéficiaires de la CMUC par des médecins du secteur 2. Selon les éléments transmis par la CNAMTS, « 2 660 généralistes avaient facturé au moins un dépassement à un bénéficiaire de la CMUC sur le premier semestre 2007 et 11 529 spécialistes ». Une analyse plus fine montre que 29 médecins ou encore 32 pédiatres pratiquaient vis-à-vis des bénéficiaires de la CMUC des dépassements sur au moins 90 % de leurs actes cliniques. A la connaissance de la Cour, aucune sanction n'a été engagée ni même aucune action entreprise contre ces pratiques manifestement frauduleuses.

Des observations voisines pourraient être faites pour les dépassements pour exigence d'un patient (DE), qui sont parfois très fréquemment facturés par certains médecins, jusqu'à 90 % des

prescriptions, pour une centaine de médecins, en 2006, sans entraîner de réaction de la CNAMTS.

2 – Des organisations hétérogènes et peu efficaces

A l'exception notable de l'action du contrôle médical de l'assurance maladie, les méthodes d'investigation ne font que rarement l'objet de partage d'expérience ou d'encadrement procédural. Ainsi, environ 300 000 contrôles principalement domiciliaires sont effectués chaque année par les contrôleurs des CAF, sans qu'un effort minimal de standardisation ait encore été accompli et qu'une procédure ait été écrite, concernant la préparation, le déroulement et le compte-rendu de ces contrôles (un tel guide est en cours cependant).

En matière d'investigation, les ressources humaines constituent l'essentiel des moyens. Or l'analyse des organisations de lutte contre la fraude montre que très peu de personnes ou de structures sont spécialisées dans ce domaine, malgré sa spécificité et la technicité qu'il requiert.

L'efficacité des équipes répressives procède de leur spécialisation. Les « référents fraude » qu'on rencontre dans beaucoup d'organismes locaux sont souvent désignés parmi les fondés de pouvoir de l'agent comptable et les responsables du contentieux. Ils n'assurent ces responsabilités qu'à titre partiel et marginal.

De même, les modes d'organisation possibles pour les services contentieux sont divers. La CAF de Créteil a ainsi constitué un service unifié de suivi des indus, intégrant le contentieux. Mais les caisses nationales n'ont pas analysé de manière systématique (ni a fortiori fait connaître) le profit potentiel attendu de certains modes d'organisation.

3 – Des outils de suivi à compléter

Même accrus, les moyens disponibles pour détecter les fraudes restent lacunaires. Ainsi les organismes n'ont pas d'informations relatives aux fraudes antérieures (des fichiers en ce sens sont seulement en projet dans les trois branches). En l'absence de telles bases, il peut arriver qu'une personne ayant été convaincue de fraude, voire condamnée au pénal dans le ressort géographique d'un organisme, perpétue cette même fraude dans celui d'un autre, sans que les systèmes d'informations actuels en préviennent le renouvellement.

Sans être aussi déterminant que la vérification à la source de la régularité des documents, le rapprochement des données statistiques issues des systèmes de gestion des prestations et de celles collectées par

ailleurs, par des requêtes ciblées, permet parfois de mettre en lumière des incohérences, des atypies qui sont autant de suspicions de fraude. Bien entendu, ces éléments doivent ensuite être confirmés par des contrôles destinés à expliquer les anomalies apparentes.

On pourrait trouver des exemples pour chacune des branches. Un exemple pour la branche retraite est le risque de dissimulation des décès ou leur déclaration tardive, pour les pensionnés résidant à l'étranger, compte tenu des limites du contrôle exercé par les banques qui versent les pensions.

L'analyse des données comparées (et notamment des études statistiques produites par la CNAVTS) met en évidence des atypies, notamment pour les pensionnés résidant en Algérie. Certes, à elles seules ces atypies ne permettent pas de conclure que des paiements significatifs soient effectués à des personnes décédées, résidant en Algérie avant leur décès. Plusieurs indices semblent cependant confirmer l'utilité de contrôles renforcés : ainsi, selon la DSS, le nombre de centaines pensionnés du régime général dans ce pays est supérieur à celui recensé par les services chargés du recensement pour toute l'Algérie.

Des contrôles renforcés viennent d'ailleurs d'être décidés. En application d'un décret d'octobre 2009, une attestation d'existence sera exigée de 1 à 4 fois par an et des contrôles pourront être diligentés par des correspondants agréés. Ces moyens devraient donc être affectés prioritairement aux pays qui font apparaître des anomalies statistiques. Or on constate que le ciblage prioritaire des contrôles, tel qu'il vient d'être décidé au sein de la CNAVTS (où un contrôleur a été chargé d'une mission sur ce point), porte sur la Tunisie, pays qui ne se signale pas particulièrement par une atypie statistique¹⁹¹.

D – Des progrès à accentuer pour la récupération des sommes fraudées et leur sanction

Lorsque la dissuasion et la prévention ont échoué et que l'intention frauduleuse a été démontrée, il convient d'abord de récupérer les sommes détournées. Cette récupération a été facilitée par plusieurs dispositions récentes, permettant d'user du pouvoir de contrainte pour récupérer les indus, sans décision judiciaire, ou d'étendre le droit de récupération des sommes sur les prestations versées. Au-delà de la

191 Mais dont les autorités, contrairement à l'Algérie, ont donné leur accord à l'expérimentation d'une procédure d'agrément, par les consulats français, des structures chargées de recueillir des informations sur les personnes bénéficiaires de prestations versées par les régimes français de sécurité sociale.

récupération des sommes indument versées, l'usage des sanctions est essentiel pour pénaliser le fraudeur et prévenir de nouvelles fraudes

Il est encore tôt pour vérifier les progrès dans la récupération des sommes recouvrées ou la mise en place du système de pénalités administratives (cf. supra). Certains éléments paraissent cependant peu encourageants.

En effet, le nombre de pénalités administratives prononcées n'augmente que lentement, en particulier pour la branche retraite, dans laquelle il reste marginal. On compte en 2008 dans cette branche, 33 plaintes pénales et seulement huit pénalités financières, la situation n'ayant pas été modifiée en 2009¹⁹². Dans les deux autres branches, la montée en charge de ces nouveaux dispositifs de pénalités administratives est sensible, mais le niveau atteint reste encore modeste¹⁹³. Ainsi, dans la branche maladie, le montant total des pénalités financières notifiées en 2008 s'élève à 624 K€ (contre 307 K€ en 2007) pour 521 dossiers (201 en 2007). Celles relatives aux professionnels de santé ont certes plus que doublé entre 2007 et 2008, mais à partir d'un niveau initial très faible.

Dans la branche famille, la circulaire sur la maîtrise des risques du 4 février 2009 indique de la même façon que « l'examen des signalements montre (...) des tendances à utiliser l'avertissement au lieu et place des sanctions administratives ». Elle ajoute que « cette sanction symbolique non financière se conçoit parfaitement face à certaines situations financières difficiles » mais que, « sauf à démontrer son efficacité et son caractère préventif, elle ne doit toutefois pas devenir la règle ». Quant à la suspension des prestations, prévue pour les allocations logement, elle n'est pas pratiquée.

Ainsi, les sanctions administratives qui devaient constituer une alternative aux procédures pénales, inévitablement lourdes et longues, se mettent en place lentement.

Quant aux procédures pénales, les éléments disponibles montrent leur faible efficacité. Au bout de cinq à sept années, les OSS

192. Selon les responsables de la CNAVTS, une éventuelle « montée en charge » de cette forme de sanction est possible à partir de 2010, notamment avec le traitement des quelque 10 000 dossiers suspectés de fraudes, dans le cadre des départs pour carrières longues.

193. Le nombre global de pénalités notifiées passe de 1 566 à 2 457 entre 2008 et 2009, soit une hausse de plus de 56%. Cette hausse résulte principalement la politique mise en œuvre par la branche famille, qui a fait le choix de substituer de plus en plus souvent des sanctions administratives à de simples avertissements.

n'obtiennent de condamnations en première instance que dans 40 à 50 % des cas. Ceci n'est pas dû principalement à la faiblesse de leurs dossiers (puisqu'il y a assez peu de relaxes et de non-lieu) mais plutôt à la fréquence des classements opérés par les parquets, en raison du faible montant unitaire des fraudes. Il est assez douteux qu'une meilleure sensibilisation de ceux-ci à la délinquance sociale ait pour effet de modifier sensiblement cet état de choses.

Enfin, pour la seule branche maladie les procédures engagées contre des professionnels de santé devant des juridictions ordinaires restent limitées en nombre (369 en 2008 et 400 en 2009). Et, malgré une sévérité un peu accrue, les peines ne paraissent pas assez dissuasives. Le plus souvent, quand des interdictions temporaires d'exercer sont prononcées, leur durée est limitée (ces interdictions ne dépassaient deux mois que pour 35 % des quelque 300 cas soumis en 2004).

SYNTHESE

Au terme de plusieurs années de travaux menés conjointement par les tutelles et les caisses nationales, les outils nouveaux de lutte contre la fraude constituent un ensemble très important et positif, même si nombre de dispositions législatives doivent encore être traduites en mesures concrètes. C'est en particulier le cas du RNCPS, parmi bien d'autres chantiers ouverts.

Pour autant, il convient de souligner l'ampleur du travail qui reste à accomplir. Ces outils doivent désormais être davantage utilisés dans les organismes de base. Leur développement résultera sans doute d'une stabilisation du droit, permettant de sécuriser les procédures. Mais il supposera également un effort ciblé sur les moyens humains correspondants notamment dans les services contentieux, qui ne sont que rarement « mis sous tension » par les méthodes actuelles de suivi des caisses nationales.

Les progrès dans la capacité des organismes à mettre en place une panoplie diversifiée de mesures doivent donc faire l'objet d'un suivi plus rigoureux de la part des caisses nationales, fondé (quels que soient la dénomination de la cellule fraude ou son rattachement dans l'organigramme national) sur les techniques d'animation de réseau : diagnostic, conseil et intervention plus lourde, en cas de carence avérée.

Les administrations de tutelle doivent prioritairement achever les chantiers en cours, en vérifiant avant l'introduction de nouveaux outils qu'ils pourront être assimilés par les caisses. Il convient désormais qu'elles vérifient en particulier :

- que l'on peut suivre dans toutes les branches l'évolution du taux de fraude estimé et l'impact du déploiement du contrôle interne par des analyses annuelles d'échantillons;
- que l'on peut vérifier que la part des fraudes constatées continue de progresser et atteint des niveaux cohérents avec la fraude potentielle (ce n'est pas encore le cas) ;
- enfin que la fraude sanctionnée est bien mesurable (ce qui suppose que les indus issus de fraudes soient partout bien distingués) et que les sanctions, à commencer par les pénalités, sont suffisamment appliquées, de manière à devenir plus dissuasives.

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.

Chapitre IX

Le fonctionnement des commissions de recours amiable dans les organismes de sécurité sociale

PRESENTATION

Les commissions de recours amiable (CRA), émanations des conseils d'administration¹⁹⁴ des organismes de sécurité sociale, traitent principalement de deux grands types de réclamations :

- *les contestations de droits, qui constituent un recours pré-contentieux, préalable obligatoire à une saisine du tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS) ;*
- *les demandes de remises de dettes, lorsque les assurés, à l'égard desquels la caisse a constaté un indu sur prestations, sollicitent une remise de leur dette, ainsi que les demandes de remises de majorations de retard formulées par les cotisants qui se sont acquittés tardivement de leurs cotisations.*

En 2008, les montants de remises de dettes accordées par les CRA pour la branche famille se sont élevés à 210 M€ et l'impact financier des demandes soumises aux CRA des URSSAF (contestations de droit et remises de majorations de retard) a été de 250 M€. L'enjeu financier qui s'attache aux décisions des CRA est en revanche mal cerné dans les branches maladie et retraite.

L'importance de cette activité mal connue a conduit la Cour à engager une enquête sur le fonctionnement des CRA, dans le régime général, le régime agricole et le RSI¹⁹⁵.

L'enquête de la Cour a permis de constater les défauts de fonctionnement de ces commissions (I). Par ailleurs, l'examen de décisions a mis en évidence des positions hétérogènes pour les contestations de droits (II) comme pour les remises de dettes (III).

194. Dans la branche maladie, il s'agit de conseils.

195. Cette enquête a eu pour champ géographique cinq régions (Bretagne, Ile-de-France, Lorraine, Poitou-Charentes, Provence-Alpes-Côte d'Azur) et a concerné une centaine de caisses (30 CPAM, 27 CAF, 21 URSSAF, 5 organismes de la branche retraite, 10 caisses de RSI et 8 caisses de MSA).

I - Le fonctionnement des CRA

Dans le régime général¹⁹⁶, les CRA sont composées de manière paritaire avec quatre membres issus du conseil d'administration des caisses.

A – L'activité des CRA

Les CRA ont rendu en 2008 quelque 500 000 décisions pour le régime général et le régime social des indépendants (RSI), mais ce décompte n'est pas exhaustif car leur activité reste mal connue.

Au cours de son enquête, la Cour a en effet constaté que le recueil statistique de l'activité des CRA est perfectible. Parmi les trois régimes examinés, seuls deux d'entre eux recensent l'activité des CRA. Alors que les décisions des CRA du régime général ainsi que du RSI font l'objet de données nationales collectées par la DSS, il n'en va pas de même pour celles du régime agricole, le ministère de l'agriculture, qui exerce la tutelle sur les caisses de MSA, n'ayant pas encore mis en place d'un dispositif de ce type.

Les recensements effectués par la DSS se sont appuyés jusqu'en 2009 sur des rapports d'activité annuels établis par les DRASS, dans le cadre des missions de tutelle qu'elles exerçaient sur les organismes de base (voir infra). Ces rapports retracent l'activité des CRA à partir d'éléments communiqués par les organismes. Mais la fiabilité des données collectées par les DRASS et centralisées par la DSS apparaît fragile sur certains points.

D'une part, dans le régime général, les éléments transmis à la tutelle sont hétérogènes, les caisses n'interprétant pas de la même manière la typologie des décisions retenue par l'administration. D'autre part, pour la branche retraite, les décisions recensées par la DSS ne tiennent pas compte de l'activité de la CRA de la CNAVTS pour la région Ile-de-France.

L'activité des CRA du régime général¹⁹⁷ et du RSI pour l'année 2008 est retracée dans le tableau ci-après.

196. La composition des CRA du régime agricole et du RSI répondent à des règles propres à ces régimes, qui ne sont pas détaillées ici.

197. Les décisions de la CRA de la CNAVTS pour l'Ile-de-France ont été réintégrées dans le tableau.

Nombre total de décisions des CRA - 2008

	CAF*	CPAM	CRAM et CNAVTS IdF	URSSAF	RSI	Total
Contestations de droits	21 289	106 127	15 751	6 570	25 522	175 259
Remises de dettes/ remises de majoration de retard	269 731	11 233	3 899	6 758	15 118	306 739
Sous-total	291 020	117 360	19 650	13 328	40 640	481 998
Autres	2 046	403	1 889	1 260	2 694	8 292
Total	293 066	117 763	21 539	14 588	43 334	490 290

**ne concerne que les prestations familiales*

Source : Cour des comptes, d'après données DSS.

La part des contestations de droits et des remises de dettes varie dans des proportions importantes d'une branche à l'autre : si les contestations de droits représentent 90 % des décisions des CRA des CPAM et 73 % de celles des CRAM (pour les retraites) et de la CNAVTS région Ile-de-France, elles ne représentent que 7 % des décisions des CRA des CAF. Enfin, les remises de majorations de retard représentent environ la moitié des décisions rendues par les CRA des URSSAF.

Ces données ne reflètent toutefois que partiellement l'activité des caisses locales en matière de remises de dettes et de majorations de retard. D'une part, les compétences des CRA de la branche famille sont parfois étendues aux autres prestations gérées par la branche (logement pour le compte de l'Etat, RMI et RSA pour le compte des conseils généraux) qui ont donné lieu, en 2008, à 170 000 décisions. D'autre part, les directeurs d'URSSAF sont compétents pour statuer sur la quasi-totalité des remises de majoration de retard : ainsi en 2006, près de 530 000 décisions ont été prises par les directeurs pour un montant de 261 M€, contre quelque 10 000 décisions rendues par les CRA pour un montant de 115 M€

B – Un traitement hétérogène des dossiers par les CRA

1 – Le délai de traitement des dossiers

Le délai de traitement des réclamations par les CRA peut être conséquent : dans les caisses enquêtées, les moyennes constatées, toutes réclamations confondues, étaient en 2008 de 145 jours dans la branche recouvrement, 107 jours dans la branche maladie, 82 jours dans la branche retraite et 59 jours dans la branche famille. En outre, les délais

peuvent être très différents d'une caisse à l'autre dans la même branche ou au sein d'un même régime.

Ces délais moyens doivent être interprétés avec précaution, les organismes ne les calculant pas tous de la même manière. En premier lieu, la date de la réclamation peut être difficile à établir lorsque celle-ci est formulée oralement, les textes ne précisant pas la forme que doit prendre la saisine. En second lieu, si le délai s'entend en principe comme la durée s'écoulant entre la réception de la réclamation par l'organisme et la notification de la décision de la CRA, il en va souvent autrement.

Tel est le cas en particulier des organismes de la branche retraite. Ceux-ci ont mis en place une phase préalable à la saisine de la CRA, afin d'instruire les réclamations en amont. Cette phase permet aux services d'explicitier les raisons de la décision contestée et, éventuellement, de la réviser. Cette organisation permet de réduire le flux d'affaires soumises aux CRA, mais le délai de traitement n'est alors calculé qu'après épuisement de cette phase préalable. Dans ces conditions, les délais de traitement indiqués par les caisses ne reflètent qu'imparfaitement le temps d'attente effectif pour les requérants.

Or, la réglementation prévoit un régime de rejet implicite de la réclamation si la CRA ne s'est pas prononcée dans le délai d'un mois. Ce délai, qui court à compter de la réception de la réclamation par l'organisme ou, le cas échéant, de la réception de documents complémentaires envoyés par le requérant¹⁹⁸, vise à permettre à ce dernier de se pourvoir devant le TASS sans attendre une décision explicite de la CRA.

Dans les faits, les délais de traitement des TASS étant généralement supérieurs à ceux des CRA, cette garantie procédurale a peu d'effets concrets, d'autant que certains TASS attendent la décision de la CRA pour statuer.

Constatant l'impossibilité de respecter ce délai d'un mois, la branche retraite a introduit dans sa COG 2005-2008 des délais plus longs mais plus réalistes, avec un objectif fixé à 90 jours¹⁹⁹ en 2008 (contre 110 jours en 2004) et qui a été respecté dans quatre des cinq caisses enquêtées.

Dans la mesure où il semble délicat de mettre en cohérence le délai effectif de traitement des demandes, très variable selon la nature des contestations, avec le délai réglementaire (à valeur procédurale) d'un

198. Article R. 142-6 du code de la sécurité sociale.

199. Alors que le délai moyen constaté était déjà de 82 jours.

mois, il est utile de fixer dans les COG des objectifs de délais en matière de traitement des demandes. Ce type d'objectif n'a de sens, toutefois, que si le point de départ à partir duquel court le délai en question a été précisé.

2 – La répartition des compétences entre la CRA et la direction des organismes

En principe, les CRA sont compétentes, soit en application de dispositions du code de la sécurité sociale prévoyant de manière explicite leur saisine (c'est le cas pour les contestations de droits), soit sur délégation du conseil d'administration.

S'agissant des *remises de majoration de retard*, la réglementation organise le partage des compétences entre les directeurs et la CRA : pour le régime général et le RSI, seules les demandes de remises dépassant certains seuils réglementaires relèvent de la CRA (le directeur étant compétent pour les autres), alors que pour le régime agricole, l'ensemble des demandes est du ressort de la CRA.

Pour les remises de dettes, la répartition des compétences entre la CRA et la direction des caisses est plus délicate à établir, en raison de l'imprécision des textes : excepté pour les prestations de retraite ou d'invalidité, pour lesquelles une saisine d'office de la CRA est prévue en cas d'erreur de la caisse si les ressources de l'intéressé sont inférieures à certains seuils²⁰⁰, les dispositions du code de la sécurité sociale ne précisent pas quelle est, au sein des caisses, l'instance compétente pour statuer sur les demandes de remise de dettes.

Dans ces conditions, un partage de compétences en matière de remise de dettes est de facto organisé, reposant sur des dispositifs locaux différents d'un organisme à l'autre.

Pour la branche maladie, le traitement des demandes incombe, selon les caisses primaires, au directeur, à la CRA ou encore à des commissions ad hoc. Ainsi, parmi les six caisses primaires de la région PACA, trois ont créé ces commissions *ad hoc*, deux ont confié la compétence au directeur tandis que, dans la sixième, les remises de dettes sont traitées par la CRA.

200. L'article L. 355-3 du code de la sécurité sociale prévoit une auto-saisine de la CRA en cas d'erreur de la caisse pour des assurés ayant des ressources comprises entre une fois et deux fois le plafond des ressources permettant le bénéfice de l'allocation aux vieux travailleurs salariés (AVTS). La remise est automatique en cas de bonne foi (sans passage en CRA), si les ressources sont inférieures au plafond permettant le bénéfice de l'AVTS.

Pour la branche famille, les CRA traitent en pratique, sauf exception, de l'ensemble des demandes de remise de dettes, même si une part importante des demandes bénéficie d'un examen plus rapide sous forme de « listes ».

3 – La question de l'anonymat des dossiers

En matière de remise de dettes²⁰¹, les dossiers soumis aux CRA sont en général anonymisés. Seule une minorité de caisses ne procède pas ainsi (parmi les caisses examinées, une CPAM et deux CAF).

Cette pratique est garante de l'impartialité de la CRA. Néanmoins, elle est dépourvue de fondement réglementaire et ne résulte que d'instructions ministérielles adressées aux caisses nationales.

Pour le régime agricole, tous les dossiers examinés sont nominatifs. Afin de mieux garantir l'impartialité des décisions rendues, il conviendrait d'aligner les pratiques des caisses de MSA sur celles des autres régimes.

4 – La question de l'audition des cotisants par les CRA

Le code de la sécurité sociale ne prévoit pas de procédure particulière devant les CRA : en pratique, celles-ci statuent sur la base d'une présentation du dossier par les services, éventuellement assortie d'une proposition de décision.

Dans le silence des textes, quatre URSSAF (du Tarn depuis 1998, du Puy-de-Dôme depuis 2004, de l'Allier depuis 2005 et de l'Ille-et-Vilaine depuis 2007) ont cependant pris l'initiative de mettre en place une possibilité d'audition des requérants, dans un souci d'amélioration des relations avec les cotisants.

Les membres des CRA interrogés ont indiqué trouver un intérêt à ces auditions. Mais un directeur d'URSSAF a souligné que la présence des cotisants pourrait induire un risque d'approche plus « affective » que juridique de leur dossier. D'ailleurs, dans cette URSSAF, le taux d'accord de la CRA avait nettement augmenté à la suite de son ouverture aux cotisants.

Au-delà de la question de principe, il est constaté que, faute d'encadrement national, les modalités d'organisation de l'audition diffèrent sensiblement d'une URSSAF à l'autre.

201. Pour les contestations de droit et les remises de majoration de retard, la question de l'anonymat ne se pose pas dans les mêmes termes.

L'ACOSS a admis ces initiatives en tant qu'expérimentations²⁰², mais n'en a toujours pas dressé le bilan. Or l'intérêt de ces auditions n'est pas avéré dans la mesure où la procédure contentieuse devant le TASS permet d'assurer le respect du principe du contradictoire. En outre, la généralisation de cette pratique générerait d'importantes contraintes d'organisation pour les organismes.

5 – Le coût des CRA et leur organisation matérielle

Les modalités de fonctionnement (fréquence des réunions, nombre de dossiers traités notamment) sont extrêmement variables. Il en est de même en ce qui concerne le nombre d'agents des caisses qui assurent le bon fonctionnement des CRA et qui est fonction de l'importance de la caisse concernée ainsi que de la structuration interne des services au sein de la caisse. Dans ces conditions, l'appréciation de la productivité de ces services est délicate à faire.

Les informations recueillies lors de cette enquête permettent cependant d'avoir un ordre de grandeur du coût des décisions prises par les CRA. Celui-ci est en moyenne par dossier, toutes réclamations confondues, de l'ordre de 250 € dans la branche recouvrement, de 230 € dans la branche retraite, de 160 € dans la branche maladie et, dans la branche famille, de l'ordre de 15 € pour les remises de dette et de 65 € pour les contestations de droits.

Si le faible coût des décisions de la branche famille s'explique par les importants traitements automatisés des demandes de remises de dettes qui y sont effectués (traitements sur liste notamment), les autres données montrent des coûts à l'unité qui ne sont pas négligeables.

Les indemnités des administrateurs pèsent peu sur le coût des décisions même si le nombre des réunions de la CRA a une incidence sur celles-ci. En effet, leur fréquence varie beaucoup, de 4 à 49 réunions annuelles, selon les CAF par exemple, avec une moyenne de 12 par an, ce qui a d'ailleurs un impact sur les délais.

La comparaison de ces données avec notamment les montants des demandes de remises de dettes doit conduire à rationaliser le plus possible l'instruction des dossiers soumis aux CRA.

Il faut à cet égard souligner que l'organisation prévue dans la convention d'objectifs et de gestion 2010-2013 entre l'Etat et l'ACOSS

202. On peut d'ailleurs s'interroger sur le caractère expérimental d'initiatives individuelles qui durent pour certaines depuis plus de 10 ans et qui n'ont pas fait l'objet d'évaluations systématiques.

rajoute un échelon supplémentaire²⁰³ et va à l'encontre d'une rationalisation du traitement des dossiers, source d'économies d'échelle.

II - Les contestations de droits

Comme il apparaît dans le tableau ci-après, le nombre de décisions favorables prises par les CRA est important (43 000 en 2008, les taux d'accord allant, selon les branches, de 24 à 41 %).

Décisions des CRA en matière de contestations de droit régime général 2008

	Contestations de droits	Décisions favorables	% d'accord
CAF	21 289	5 109	24 %
CPAM	106 127	29 609	28 %
CRAM et CNAVTS IdF	15 751	6 505	41 %
URSSAF	6 570	2 262	34 %
Total	149 737	43 485	29 %

Source : Cour des comptes

A – Des décisions favorables souvent contraires au droit

L'hétérogénéité des décisions des CRA résulte de plusieurs facteurs. Tout d'abord, les CRA tendent assez souvent à faire prévaloir des considérations d'équité. Elles sont aussi confrontées à des difficultés dans l'application même du droit en raison de l'incohérence de certaines règles. L'hétérogénéité des décisions tient enfin aux contradictions entre des textes et la jurisprudence.

1 – Les considérations d'équité

Même si la réglementation s'impose aux organismes de sécurité sociale et que le conseil d'administration -et donc la CRA- n'a pas la possibilité d'y déroger, certaines CRA ont tendance à s'écarter de

203. La COG Etat-ACOSS 2010/2013 prévoit la création d'URSSAF régionales et indique que « la représentation départementale des partenaires sociaux participera [...] à l'instruction des recours amiables par un avis sur les dossiers du département transmis à la CRA régionale pour délibération ».

l'application du droit au nom de considérations d'équité. Plusieurs exemples en témoignent.

a) Le cas des conditions d'ouverture des droits aux indemnités journalières

Selon l'article R. 313-3 du code de la sécurité sociale, pour avoir droit aux indemnités journalières de l'assurance maladie en cas d'arrêt de travail inférieur à six mois, l'assuré doit justifier, à la date de l'arrêt de travail, avoir effectué au moins 200 heures de travail salarié au cours des trois mois précédant le dernier jour de travail²⁰⁴. Or, la précarisation de l'emploi peut rendre difficile l'ouverture du droit aux prestations en espèces, notamment la satisfaction de cette condition des 200 heures.

C'est pourquoi certaines CRA examinent avec bienveillance ces dossiers en tenant compte des situations souvent précaires des assurés sociaux et/ou de l'avis du médecin conseil éventuellement présent en séance. Il en résulte que des CRA tolèrent une durée d'activité inférieure au seuil d'ouverture des droits aux indemnités journalières alors que d'autres CRA n'accordent aucune dérogation. En outre, quand cette tolérance est accordée, elle n'est pas la même selon les CRA.

Ainsi, parmi les caisses qui ont répondu, deux CRA n'admettent aucune dérogation, cinq se satisfont de 195 heures, six de 190 heures, deux de 180 heures tandis qu'une autre a même accepté jusqu'à 150 heures à la place des 200 heures requises.

b) Le cas de l'allocation de rentrée scolaire

L'article R. 543-2 du code de la sécurité sociale réserve le bénéfice de l'allocation de rentrée scolaire (ARS) aux familles dont les enfants scolarisés n'ont pas atteint l'âge de dix-huit ans au 15 septembre de l'année considérée. Il en résulte un effet de seuil, mal admis, qui génère des refus d'octroi de l'ARS, fréquemment contestés devant les CRA.

Or, le traitement des recours diffère selon les CRA. Sur 27 CAF interrogées au cours de l'enquête, sept d'entre elles s'en tiennent strictement aux textes, les vingt autres CRA acceptent une tolérance :

- de moins de trois jours, pour dix CRA ;

204. Pour mémoire, l'article R. 313-3 du code de la sécurité sociale prévoit une condition alternative à celle du nombre d'heures de travail pour avoir droit aux indemnités journalières, à savoir une condition relative au montant des cotisations payées.

- de 4 à 10 jours pour deux CRA ;
- entre 10 jours et un mois, pour sept CRA ;
- jusqu'à plus de deux mois pour une CRA.

2 – Les difficultés dans l'application du droit

Les CRA sont aussi confrontées à des difficultés dans l'application du droit, ce qui peut les conduire à prendre des décisions différentes d'une commission à l'autre, source d'inégalités.

Les difficultés peuvent provenir de la réglementation sociale elle-même dont certains aspects peuvent être très contestables sur le fond.

a) La prise en compte des périodes de formation professionnelle pour des chômeurs dans le calcul de leurs droits à la retraite

La durée d'assurance est centrale dans la formule de calcul des pensions de retraite. Or, les périodes de formation professionnelle prises en charge au titre des fonds de formation pendant une phase de chômage donnent lieu à des cotisations forfaitaires versées par l'Etat validant moins de périodes que si la personne n'avait pas entrepris une formation.

Aussi, face à cette situation, certaines CRA estiment injuste de pénaliser les demandeurs d'emploi stagiaires de la formation professionnelle par rapport aux autres chômeurs qui bénéficient d'une validation de trimestres plus généreuse. A contrario, d'autres CRA valident les trimestres de formation sur la base des cotisations forfaitaires au motif de la stricte application des textes.

L'équité commande de modifier les textes comme l'a déjà souligné la Cour²⁰⁵.

b) Les conséquences de transmissions tardives d'arrêts de travail dans le versement des indemnités journalières

Tant pour le régime général que pour le RSI, il est fait obligation à l'assuré de transmettre dans les 48 heures son arrêt de travail à l'organisme de sécurité sociale compétent. Cependant, en cas de méconnaissance de cette obligation, le dispositif de sanction diffère entre le régime général et le RSI.

Pour le régime général, il est prévu (article D. 323-2 du code de la sécurité sociale) un simple avertissement en cas de premier retard au

205. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2009, pages 313 et 314.

cours d'une période de 24 mois. Ce n'est qu'à partir du deuxième retard que s'applique une sanction sous la forme d'une réfaction de 50 % des indemnités journalières (afférentes à la période écoulée entre la date de prescription de l'arrêt et la date d'envoi).

En revanche, pour le RSI, est en vigueur un dispositif plus direct, prévu par l'article D. 613-19 du code de la sécurité sociale, qui aboutit en pratique à ce qu'un arrêt de travail ne donne pas lieu à indemnités journalières en cas de transmission tardive. A la différence de ce qui prévaut pour le régime général, il n'est pas prévu d'avertissement préalable en cas de premier retard.

Cette situation, qui désavantage les assurés relevant du RSI par rapport à ceux du régime général, génère un nombre important de réclamations devant les CRA du RSI.

Etendre au RSI les règles en vigueur pour le régime général permettrait donc de réduire sensiblement le nombre de contestations de droits soumises aux CRA du RSI.

3 – Les contradictions entre les textes et la jurisprudence

Les CRA sont parfois confrontées à des contradictions entre la réglementation en vigueur et la jurisprudence.

a) L'attribution de la majoration de durée d'assurance pour charge d'enfants à des pères de famille dans le calcul de leurs droits à la retraite

Depuis 1971, les mères de famille salariées du secteur privé avaient automatiquement droit, dans la détermination de leurs droits à pension de retraite, à une majoration de durée d'assurance de deux ans par enfant prévue par l'article L. 351-4 du code de la sécurité sociale. Or, la Cour de cassation a estimé dans un arrêt du 19 février 2009 que la Convention européenne des droits de l'homme exige d'étendre cet avantage aux pères de famille.

Il en est résulté qu'entre le moment où cet arrêt a été rendu et celui où la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a modifié l'article L. 351-4, les CRA se sont retrouvées en difficulté en cas de recours exercé par un père de famille. C'est ainsi que dans la pratique, les CRA, confrontées à ce type de recours pendant cette période, n'ont pas toutes rejeté la majoration demandée par un homme notamment pour éviter des condamnations. Il en est résulté une disparité de traitement des assurés selon les CRA.

b) Le versement des prestations familiales au titre d'enfants étrangers entrés en France hors du cadre du regroupement familial

Le droit aux prestations familiales est subordonné à la condition de régularité de l'entrée et du séjour en France des enfants étrangers²⁰⁶. A cet égard, le certificat de contrôle médical délivré par l'office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) à l'issue de la procédure de regroupement familial constitue un des justificatifs demandés par les CAF.

Or, la Cour de cassation a rendu une décision en date du 6 décembre 2006, qui considérait notamment que « *le fait de subordonner à la production d'un justificatif de la régularité du séjour des enfants mineurs le bénéfice des prestations familiales porte une atteinte disproportionnée aux principes de non discrimination et au droit à la protection de la vie familiale* » consacré par les articles 8 et 14 de la CEDH²⁰⁷ ».

Les CRA, confrontées à cette difficulté, ont adopté des positions très diverses. Elles opposent pour la majorité d'entre elles un rejet aux demandes de versement des prestations familiales au titre des enfants entrés en France hors du cadre du regroupement familial. Mais certaines y font droit, tandis que pour d'autres, ce sont les services des caisses eux-mêmes qui répondent favorablement à la requête.

Ainsi à la CAF de Créteil, le conseil d'administration a pris en mai 2008 une position de principe d'ouverture de droit dès le dépôt de la demande. Enfin, les DRASS ont fait preuve, elles aussi, de positionnements variés, voire évolutifs, sur le sujet.

B – Une tutelle mal exercée

Comme toute décision des instances dirigeantes des organismes de sécurité sociale, les décisions des CRA relatives aux contestations de droits sont soumises à la tutelle qui peut en prononcer l'annulation, dans les conditions fixées par l'article L. 151-1 du code de la sécurité sociale,

206. Article L. 512-2 du code de la sécurité sociale, suite à la loi du 19 décembre 2005.

207. Certes, cette décision concernait une affaire relevant d'une version de l'article L. 512-2 avant qu'il ne soit modifié à compter de 2006. De plus, le Conseil constitutionnel avait validé dans sa décision du 15 décembre 2005 sur la LFSS de 2006 la nouvelle rédaction de l'article L. 512-2, pour autant, le considérant précité, par sa généralité, semble écarter pour l'essentiel l'effet de ces nouvelles dispositions.

lorsqu'elles sont contraires à la loi ou de nature à compromettre l'équilibre financier du régime ou du risque.

Ce contrôle de légalité, effectué jusqu'à fin 2009 par les DRASS, devait permettre en outre une harmonisation des décisions.

**Activité de la tutelle à l'égard des contestations de droits
régime général 2008**

	Estimation du nombre annuel d'annulations ²⁰⁸	Estimation du nombre annuel de suspensions	% d'annulations et de suspensions/décisions favorables
CAF	88	11	1,9 %
CPAM	27	10	0,1 %
CRAM et CNAVTS IdF	3	6	0,1 %
URSSAF	34	9	1,9 %
Total	152	36	0,4 %

Source : Cour des comptes

Il n'en a rien été comme le montre le très faible nombre d'annulations ou de suspensions recensées (entre 0,4 et 1,9 %), indice d'une tutelle peu effective à l'égard des CRA.

Pourtant, ce contrôle a été effectué sur des décisions d'accord dont l'importance variait beaucoup d'une région à l'autre. Ainsi, dans la branche retraite, le pourcentage d'accord a été de 49 % à la CRAM du Nord Est et seulement de 25 % à la CRAM du Sud Est. Cette proportion variait également, pour une région donnée, d'une commission à l'autre.

La mission nationale de contrôle, créée au début de l'année 2010, a succédé aux DRASS dans l'exercice du contrôle de légalité sur les organismes de sécurité sociale. Il ne s'agira pas d'une tutelle exhaustive, mais de contrôles centrés sur des thèmes sélectionnés chaque année. Il conviendra de s'assurer que ce changement d'organisation garantit un contrôle homogène et cohérent sur le territoire, contribuant à l'harmonisation des critères des décisions des CRA.

208. L'estimation faite par la Cour du nombre d'annulations et de suspensions porte sur la période 2006/2009 (le nombre total de décisions annulées ou suspendues a été divisé par trois). La source du nombre de décisions favorables est le bilan annuel de la DSS sur l'activité des CRA.

C – Les solutions à mettre en œuvre

1 – Statuer en droit

Les CRA estiment devoir aller au-delà des textes pour prendre en compte l'aspect humain des situations qui leur sont soumises.

Cette position de principe a deux conséquences préjudiciables. D'une part, comme vu plus haut, l'application des textes n'est pas la même d'une caisse à l'autre, ce qui génère des inégalités entre assurés. D'autre part, cette situation offre une « prime à la contestation » dans la mesure où seuls les requérants qui contestent une décision juridiquement fondée des services bénéficient des décisions bienveillantes des CRA.

Par ailleurs, la volonté des CRA de prendre des décisions plus favorables que ce que permet la réglementation se traduit financièrement par un surcroît de charges de prestations, alors que ces dépenses auraient davantage vocation, dans certains cas, à s'imputer sur le budget d'action sanitaire et sociale des caisses.

En effet, aucun texte n'autorise les CRA à déroger à l'application de la réglementation. Lorsqu'elles sont confrontées à des cas dans lesquels l'application de la réglementation a des conséquences sociales importantes, eu égard à la situation de la personne, il conviendrait dès lors que les CRA réorientent ces dossiers vers les commissions d'action sanitaire et sociale (CASS). L'intervention de ces commissions n'est cependant possible que pour apporter des solutions très ponctuelles et temporaires, dans les branches famille et maladie (où des liens existent déjà parfois entre les CRA et les CASS).

2 – Clarifier les textes présentant des problèmes d'interprétation

Des exemples récents montrent la voie à suivre. Ainsi en matière de tickets restaurants, des pratiques divergentes s'agissant de leur intégration dans l'assiette de calcul de la contribution patronale étaient constatées entre les CRA jusqu'à une modification de la législation en 2008. De même, s'agissant du calcul de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, la prise en compte des indemnités compensatrices de congés payés et de RTT a donné lieu à des positions divergentes des CRA, jusqu'à la publication d'un décret fin 2009 qui a exclu la prise en compte de ces indemnités dans le salaire de référence.

A l'évidence, le règlement de la situation des enfants étrangers entrés en France hors du cadre du regroupement familial, évoqué ci-dessus, implique également que le législateur ou l'autorité réglementaire

prenne position pour éviter de placer les CRA et les CAF dans des situations intenables.

De manière générale, le rôle des CRA en matière de détection des difficultés d'interprétation ou d'application du droit devrait être développé.

Plus précisément, il conviendrait de prévoir une analyse systématique des grands types de contestations devant les CRA dues à des cas d'inadaptation de la réglementation afin d'en tirer des propositions d'amélioration des textes. A cette fin, les caisses devraient faire remonter auprès de leur caisse nationale et de la tutelle, lorsque cela n'est pas déjà le cas, les décisions des CRA sur les principaux types de contestations de droits.

Il en va de même pour les situations où se télescopent, parfois pendant plusieurs années, les textes et la jurisprudence, et dont la conséquence est un traitement inégalitaire des personnes sur le territoire, en raison des disparités des positions des CRA et en l'absence de contrôle par la tutelle.

III - Les remises de dettes

Les CRA statuent sur les remises de dettes qui se rapportent à des indus sur prestations.

Ces décisions concernent principalement la branche famille, pour laquelle elles représentent l'essentiel des cas traités par les CRA (voir supra). De ce fait et compte tenu par ailleurs d'un taux d'accord moyen de 90 % en nombre de décisions, l'impact financier est conséquent puisqu'il est estimé à près de 210 M€ (contre 3,7 M€ pour la branche retraite).

Pour maîtriser ce volume important de demandes, la plupart des caisses accordent automatiquement, à partir de critères prédéfinis, des remises de dettes totales. Pour ce faire, elles établissent une « présentation collective » ou sous forme de liste des demandes de remises de dettes. Toutefois une minorité de caisses (20 % des caisses enquêtées) reste réticente à ces pratiques et continue à procéder à des examens exclusivement individuels, ce qui conduit parfois les CRA à discuter de montants excessivement faibles (5 € à la CAF de Nancy). La volonté de ces organismes de conserver une capacité d'appréciation individuelle des demandes n'apparaît cependant pas incompatible avec la mise en œuvre d'une procédure semi-automatique d'examen des dossiers.

A – Des disparités importantes dans l’appréciation des ressources des demandeurs

Les CRA disposent dans les faits d’un pouvoir discrétionnaire pour statuer sur les demandes de remises de dettes, d’autant plus que leurs décisions ne sont pas dans ce cas susceptibles de recours devant le TASS. Il en découle des positionnements très divers d’une CRA à l’autre.

Ces divergences se voient clairement à l’examen du taux de remises de dettes qui est le rapport entre le montant des remises accordées (totales et partielles) et le montant total des décisions soumises.

Par exemple, pour les prestations familiales, ce rapport varie de 22 % pour Nancy et Cergy-Pontoise à 93 % à Marseille. A Cergy-Pontoise, ce faible taux résulte du barème utilisé, qui est particulièrement strict avec un taux de remise maximale de 80 % si le quotient familial est inférieur à un demi RSA socle (227 €).

Sur le plan juridique, une condition nécessaire pour accorder une remise de dette réside dans la situation de précarité du demandeur²⁰⁹. Dès lors, les décisions prises par les CRA des CAF s’appuient sur ce motif, conjugué avec d’autres critères, parmi lesquels le montant de l’indu. Une majorité de caisses (80 % des caisses enquêtées) utilisent un barème d’aide à la décision.

Mais ces barèmes sont eux-mêmes très hétérogènes car une de leurs principales composantes, à savoir le quotient familial, est calculée différemment selon les CAF. En outre, la combinaison des critères utilisés est elle aussi très variable.

1 – L’utilisation de quotients familiaux différents selon les CAF

La notion même de précarité donne lieu à des interprétations divergentes entre CAF, qui se manifestent en particulier dans les quotients familiaux pris en compte par les CRA pour calculer le niveau de ressources pris en considération pour apprécier la situation du demandeur.

Indépendamment du décompte du nombre de parts, deux types de quotients familiaux sont utilisés dans les CAF. Le quotient familial qualifié *d’institutionnel*, utilisé par la caisse nationale, correspond au rapport entre les revenus et le nombre de personnes du foyer (appréhendé à travers la notion de parts fiscales). Il est utilisé par une minorité de CAF, principalement celles de la région parisienne, mais la pondération variable des parts que ces CAF incluent dans ce quotient rend les

209. Article L 256-4 du code de la sécurité sociale.

comparaisons difficiles. Ainsi, la personne seule est comptée pour 1 part à la CAF d'Evry et pour 1,5 part à la CAF de Cergy-Pontoise, un distinguo identique est fait dans d'autres CAF pour le troisième enfant (respectivement 1 part et 0,5 part).

Toutefois, la plupart des CAF se réfèrent à un autre mode de calcul du quotient familial *résultant du plan de recouvrement personnalisé* (PRP) prévu par le code de la sécurité sociale (article D. 553-1). Celui-ci tient compte, comme le quotient familial institutionnel, des ressources annuelles et des prestations perçues, mais déduit des revenus les charges liées à la vie courante. En outre, les charges déduites ne sont pas les mêmes d'une CRA à l'autre. Alors que dans certaines CAF, seuls les loyers²¹⁰ et autres charges liées au logement sont déduits, d'autres caisses ôtent également les frais de mutuelle, de transport, etc. Enfin, là encore, chaque caisse comptabilise différemment le nombre de parts.

De ce fait, le barème fondé sur le quotient familial institutionnel est plus sévère que celui basé sur le quotient familial du PRP.

2 – Une grande hétérogénéité des barèmes

Dans une minorité de caisses, les barèmes sont simples, le pourcentage de remise dépendant principalement du montant du quotient familial.

Cette situation n'empêche d'ailleurs pas l'expression de politiques différentes en fonction du montant du quotient familial, même calculé de façon identique : par exemple, il y a remise totale de la dette lorsque le quotient est inférieur à 809 € à Angoulême, en revanche, à la CAF de Bar-le-Duc, le barème est beaucoup plus strict puisqu'il ne prévoit qu'une remise de 70 à 90 % pour un quotient inférieur à 475 € et un rejet des demandes lorsqu'il est supérieur à 790 €

Une majorité de caisses s'appuie sur des barèmes plus sophistiqués, proposant des pourcentages de remises variant en fonction du quotient familial, mais aussi du montant de l'indu et de divers critères de responsabilité. A titre d'exemple, dans les CAF du Finistère, six tranches de quotient ont été définies et une grille de remise plus favorable est prévue en cas de perception de minima sociaux ou de charge d'enfant handicapé.

210. Lorsque les informations relatives aux charges de logement ne sont pas disponibles, celles-ci sont réputées être égale à 25 % du montant des revenus et des prestations familiales.

Dans plusieurs cas, les barèmes visent à adapter le taux de remise de manière à ce qu'il soit fonction de la capacité de remboursement de l'allocataire (CAF de Vannes notamment).

De plus, les pratiques évoluent dans le temps (diminution du nombre de critères à Créteil, variation du seuil de remise totale à Nice et à Toulon...).

3 – Des décisions sans lien avec la précarité

La forte variété observée dans les barèmes conduit à la prise en compte de niveaux de ressources très différents d'une CAF à l'autre. De la sorte, des remises de dettes peuvent être accordées à des allocataires disposant de ressources relativement élevées, ce qui n'est pas justifié.

Ainsi, pour un revenu mensuel de 4 000 €²¹¹ et des prestations familiales de 280 € le quotient familial d'une famille de trois enfants supportant un loyer mensuel de 1 300 € peut être, selon les caisses concernées, de 596 € (Angoulême), 851 € (Paris) ou 1 070 € (Cergy-Pontoise). Selon les barèmes en vigueur dans ces différentes caisses, les CRA concluraient, pour un indu de 750 € suite à une erreur de la CAF, dans les deux premiers cas à une remise totale et, dans le troisième cas, à un rejet.

Pour la même famille, avec un revenu mensuel de 5 000 € le quotient familial retenu par les CRA susmentionnées serait de 796 € 1 137 € ou 1 320 €. Dès lors, selon les barèmes en vigueur, les CRA auraient, toujours pour le même indu, respectivement accordé une remise totale, examiné la demande sans proposition des services ou rejeté le dossier.

De tels exemples montrent que la condition de précarité nécessaire pour les remises de dettes pourtant explicitement prévue par la législation ne trouve visiblement plus à s'appliquer dans un nombre non négligeable de cas.

Un constat identique doit aussi être fait pour les CAF qui accordent des remises totales de dettes uniquement en fonction du montant de la créance sans aucune prise en compte de l'éventuelle précarité de l'allocataire. Ainsi, dans certaines CAF, une remise totale est accordée pour des créances inférieures à un seuil donné : c'est le cas notamment à Brest, Quimper et Créteil (le seuil étant de 350 €).

211. En 2006, le revenu médian annuel disponible d'un ménage était de 27 150 €, soit 2 260 € par mois (source : INSEE, Les revenus et le patrimoine des ménages, édition 2009).

B – La nécessité de rationaliser la gestion des remises de dettes

La situation décrite ci dessus appelle une réforme profonde de l'ensemble de ce système, en s'inspirant du dispositif existant dans la branche recouvrement.

Selon le code de la sécurité sociale, les remises de majorations de retard peuvent être prononcées, soit automatiquement lorsque sont réunis un ensemble de critères, soit après examen d'une demande du requérant qui s'est acquitté en retard de ses cotisations. C'est au directeur qu'il appartient de prononcer les remises automatiques et de statuer sur les demandes de remises, lorsqu'elles portent sur un montant inférieur à un seuil fixé par arrêté. Au-delà de ce seuil, l'examen relève de la CRA.

Les pratiques des CRA des URSSAF dans l'examen des demandes de remises tendant à être hétérogènes, l'ACOSS a mis en place en 2010 un socle national commun de critères, devant permettre une plus grande homogénéité.

Dans la branche famille il convient donc de rendre systématique l'utilisation par les CRA des CAF de barèmes formalisés, pour que les administrateurs puissent statuer sur les demandes de remises de dettes à partir d'une proposition de taux de remise, permettant ainsi un traitement plus équitable des allocataires. Il s'agirait là d'une aide à la décision. En effet, la moitié des organismes enquêtés dans la branche famille statuent actuellement sans aide à la décision alors que les dossiers sont étudiés parfois en moins d'une minute dans certaines caisses (en particulier à la CAF de Paris).

En outre, un socle commun de critères devrait être adopté au niveau de la branche, de manière à harmoniser les barèmes entre CAF.

Enfin, la définition d'une référence unique pour la détermination du quotient familial est une évidente nécessité et contribuera à une plus grande égalité entre assurés sur l'ensemble du territoire.

Cette condition étant remplie, il y aura lieu aussi de fixer, à des niveaux nécessairement bas, un seuil commun de quotient familial, en deçà duquel un allocataire serait considéré comme précaire²¹², ainsi qu'un montant d'indu, permettant une procédure simplifiée. Dans ce cas de figure, une remise de dette serait accordée, sous réserve de bonne foi,

212. La référence européenne en matière de seuil de pauvreté est fixée à 60 % du revenu médian, soit un revenu mensuel inférieur à 908 € en 2007 pour une personne seule.

que cette demande émane de l'intéressé ou qu'il y ait eu auto-saisine de la CRA sur le modèle de ce qui existe dans la branche retraite.

L'indicateur du taux de remise de dettes devrait en outre être suivi pour vérifier qu'il n'y a pas de trop grands écarts de pratiques entre organismes.

Les indications disponibles dans certaines caisses montrent qu'un tel dispositif permettrait de traiter de manière homogène les indus simples d'un faible montant, dont le coût de mise en recouvrement peut être supérieur à la somme à recouvrer. Ainsi, à la CAF de Paris où sont traités sur liste 65 % des demandes dont tous les indus d'un montant inférieur à 300 € lorsque le quotient familial est inférieur à 500 €²¹³. A la CAF d'Angoulême où les seuils de remise totale sont plus élevés (indu de 763 € et quotient inférieur à 809 €), les ordres de grandeur sont équivalents : 74 % des demandes et 33 % des montants.

La généralisation de cette mesure - qui conduirait donc à faire traiter de manière automatique par les directeurs des CAF la gestion de ces indus - rendrait possible une réduction des deux tiers du nombre de demandes soumises aux CRA de la branche famille. Ceci leur permettrait de consacrer plus de temps aux dossiers les plus délicats.

L'ensemble de ces mesures pourrait être étendu aux branches maladie et famille.

SYNTHESE

Les CRA répondent à plusieurs objectifs : ouvrir à l'utilisateur un recours simple et gratuit, contribuer à réduire le nombre de contentieux devant les TASS et constituer un organe de contrôle de la qualité du service rendu par les organismes aux usagers. Elles sont cependant à la source de nombreuses et fortes inégalités de traitement entre assurés.

L'origine de ces inégalités provient d'un défaut d'encadrement au niveau national et du souhait non légitime des CRA de statuer en équité. Cette tendance se fait d'autant plus sentir en face de règles de droit parfois imprécises.

Le principe d'une application stricte du droit doit être réaffirmé, en contrepartie d'un rôle explicite d'alerte sur les difficultés d'application du droit. Enfin, doivent être renforcés la vigilance des caisses nationales à l'égard des décisions des CRA ainsi que le rôle de la tutelle dans l'harmonisation des décisions.

213. Plus un certain nombre d'indus dont l'origine est précisée : décès, erreur de la CAF...

Le dispositif des remises de dettes de la branche famille, quant à lui, doit être réformé profondément et ne concerner que les allocataires qui sont confrontés à la précarité.

De la sorte, l'activité des CRA serait recentrée sur les dossiers à fort enjeu, soit en termes financiers, soit soulevant des difficultés importantes d'application du droit.

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.*

Chapitre X

L'organisation de la protection sociale dans les industries électriques et gazières

PRESENTATION

Depuis 1946, le personnel des industries électriques et gazières (IEG) est régi par un statut national fixé par un décret, pris par habilitation de la loi de nationalisation de l'électricité et du gaz. Ce statut s'applique aux salariés de quelque 140 entreprises (et notamment aux sociétés anonymes EDF et GDF Suez et à leurs filiales qui représentent 94 % des 139 000 salariés à fin 2008), aux titulaires de pensions de retraite (150 000 à fin 2008, dont 110 000 droits directs et 40 000 droits dérivés), aux titulaires d'autres pensions (invalidité) et de rentes (accidents du travail) ainsi qu'aux membres de leurs familles.

A titre principal, l'organisation de la protection sociale dans les IEG repose sur un régime spécial de sécurité sociale défini notamment par le statut national du personnel. Au cours de la décennie précédente, ce régime a connu des évolutions importantes. Le financement des retraites et des prestations en nature maladie a été réformé afin de réduire la portée de l'obligation pour les entreprises des IEG de provisionner des engagements implicites à l'égard des pensionnés et de leurs ayants droits en application de la norme comptable IAS 19, tout en maintenant le régime spécial et le niveau des avantages qui lui sont liés. Deux caisses de sécurité sociale propres aux IEG ont été créées : en 2005, la caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG), compétente pour les pensions de retraite, puis, en 2007, la caisse d'assurance maladie des IEG (CAMIEG).

Faute de rejoindre le droit commun, ces évolutions récentes ont plutôt renforcé la complexité²¹⁴ de l'organisation de la protection sociale (I). Surtout, elles ont accru le déséquilibre des relations financières entre les IEG et le régime général de sécurité sociale, au détriment de ce dernier (II).

I - Une organisation spécifique et complexe

L'organisation de la protection sociale dans les IEG repose sur des dispositifs plus nombreux et plus complexes que ceux des autres salariés. C'est le cas pour les prestations en nature d'assurance maladie, mais aussi pour les prestations familiales ainsi que pour les revenus de remplacement, notamment les pensions de retraite.

214. Cette complexité a déjà été mise en évidence dans de précédents travaux de la Cour : voir le rapport public thématique sur les institutions sociales du personnel des IEG (2007), puis les « adossements » au régime général dans le cadre du RALFSS 2008 (« Aspects de la gestion des régimes de retraite », p. 357).

A – Les prestations en nature d’assurance maladie - maternité

Le statut national du personnel des IEG prévoit l’existence d’un régime spécial des prestations en nature d’assurance maladie-maternité, qui rassemble environ 540 000 assurés sociaux (292 000 ouvriers droit et 248 000 ayants droit aux prestations) et comprend lui-même deux régimes obligatoires de sécurité sociale :

- un régime de base, dans le cadre duquel sont servies les prestations du régime général (443 M€ de prestations en 2008) ;
- un régime complémentaire obligatoire propre aux IEG (210 M€ de prestations en 2008).

Tandis que le régime de base est intégré financièrement au régime général, les prestations complémentaires sont spécifiques aux IEG et financées exclusivement par des cotisations des employeurs des IEG et des ouvriers droit aux prestations.

1 – Un régime de sécurité sociale très atypique

Le régime spécial des prestations en nature maladie-maternité procède d’une construction doublement incohérente.

a) L’absence d’unité du régime

Les populations des ouvriers droit et, surtout, des ayants droit du régime complémentaire sont plus larges que celles du régime de base : au-delà du champ du régime général, ont en effet obligatoirement la qualité d’ayants droit du régime complémentaire les conjoints dotés de faibles revenus d’activité et certains étudiants (environ 50 000 assurés sociaux) ; en outre, certains tiers au statut national du personnel sont admis à opter pour la qualité d’ouvrier droit (environ 4 000 assurés).

Pour autant, l’assiette des cotisations du régime complémentaire est plus étroite que celle des cotisations du régime de base (régime général).

b) Les contradictions du régime complémentaire avec les principes des régimes de sécurité sociale

Contrairement à tous les autres régimes de sécurité sociale, le financement des prestations complémentaires maladie-maternité n’est pas mutualisé entre employeurs, salariés et pensionnés.

En effet, le régime complémentaire a été réformé en 2005 afin de prévenir une obligation pour les entreprises des IEG de provisionner des engagements implicites à l’égard des pensionnés et de leurs ayants droit,

en application de la norme comptable IAS 19 sur les avantages du personnel postérieurs à l'emploi.

De ce fait, même si les prestations demeurent identiques pour tous les assurés, le régime est désormais scindé en deux sections distinctes, qui doivent assurer leur propre équilibre financier :

- une section des salariés et de leurs ayants droit financée par des cotisations des employeurs et des salariés ;
- une section des pensionnés et de leurs ayants droit, financée par des cotisations des pensionnés ainsi que par une cotisation de solidarité à la charge des salariés.

Le statut national du personnel des IEG indique expressément que les employeurs n'ont pas d'autre obligation de financement que les cotisations affectées à la section des salariés. La solidarité envers les pensionnés conserve un niveau élevé, mais est désormais assurée par les seuls salariés, par la voie d'une cotisation spécifique à leur charge.

En outre, la volonté des employeurs de se désengager du financement de la protection complémentaire santé des pensionnés a conduit à écarter pour la CAMIEG la constitution d'un conseil d'administration paritaire, contrairement à tous les autres organismes de sécurité sociale de salariés, CNIIEG comprise²¹⁵.

Dès lors, la protection complémentaire santé devrait être extraite du cadre de la sécurité sociale et être assurée par des garanties souscrites auprès d'assureurs. Les lignes directrices de cette protection (notamment son caractère obligatoire, y compris pour les pensionnés) pourraient d'ailleurs être prévues par le statut national du personnel des IEG, puis les garanties être précisées par un accord collectif de branche.

Cette modalité permettrait en outre de remédier à des ruptures d'égalité vis-à-vis de la solidarité nationale, qui proviennent du fait que lorsque la protection complémentaire santé est organisée dans le cadre d'un régime obligatoire de sécurité sociale, les financements qui lui sont consacrés ne sont pas assujettis aux prélèvements sociaux. Cela concerne la taxe sur les contributions patronales au bénéfice des salariés pour le financement des prestations complémentaires de prévoyance (dont le taux a été doublé en 2010 de 8 % à 16 %) et la taxe sur le chiffre d'affaires des complémentaires santé affectée au fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie ou fonds CMU-C (dont le taux a été porté en 2009 de 2,5 % à 5,9 %).

215. Comme ceux des institutions sociales du personnel, le conseil d'administration de la CAMIEG comprend uniquement des représentants des salariés et des pensionnés des IEG. Cependant, l'intérêt que portent les employeurs à la protection complémentaire des salariés a conduit à instaurer une commission nationale paritaire de suivi (CNPS), à caractère consultatif, compétente pour la section des salariés.

2 – L'organisation de la gestion du régime spécial

Le 1^{er} avril 2007, la gestion des prestations en nature d'assurance maladie-maternité, assurée auparavant par les institutions sociales du personnel, en l'espèce 106 caisses mutuelles complémentaires et d'action sociale (CMCAS)²¹⁶ et leur comité de coordination, a été transférée à une caisse de sécurité sociale dédiée aux IEG, la CAMIEG, ainsi qu'à la CPAM des Hauts-de-Seine (92), désignée à cet effet par la CNAMTS.

La mise en place de la CAMIEG s'est accompagnée d'importantes difficultés, qui se sont notamment traduites par des retards de remboursement aux assurés et aux professionnels de santé (la Cour reviendra sur les causes et les conséquences de ces difficultés). Si cette réforme a permis des progrès notables par rapport au mode de gestion antérieur, elle ne débouche pas sur des résultats pleinement satisfaisants.

a) Des progrès permis par la centralisation de la gestion

La création de la CAMIEG a permis de mettre fin à la confusion de la gestion des prestations maladie avec celle des activités sociales, de centraliser et d'homogénéiser la gestion de ces prestations et de réduire considérablement les coûts liés à cette gestion (18 M€ en 2008, contre 45 M€ pour le dernier exercice comptable 2006/2007 des CMCAS) ainsi que les remises de gestion des prestations de base versées par la branche maladie du régime général (10 M€ contre 19 M€ en 2006/2007).

En dehors d'une augmentation des taux de cotisation et de la compression des coûts de gestion, les importants excédents dégagés en 2008 par les deux sections du régime complémentaire maladie-maternité des IEG (57 M€ au total, soit près du quart des charges techniques) traduisent une diminution des charges de prestations (210 M€ en 2008, contre 230 M€ pour 2006/2007), malgré le relèvement des taux de remboursement aux assurés (prothèses dentaires et auditives et forfait optique). Cette diminution, dont les causes sont mal cernées, pourrait refléter, au moins pour partie, l'application homogène et de fait plus rigoureuse de la réglementation par la CAMIEG que par les CMCAS.

b) Les limites imposées par le maintien du régime spécial

Cependant, l'organisation de la gestion des prestations en nature maladie-maternité demeure complexe. Alors qu'il aurait été plus simple et plus efficient de confier la gestion directe des prestations de base (régime général) à une CPAM et celle des prestations complémentaires à

216. Au sein des institutions sociales du personnel des IEG, les CMCAS gèrent les activités sociales de proximité. Sauf exception (action sociale), ces activités s'apparentent aux activités sociales et culturelles des comités d'entreprise.

un assureur (mutuelle, institution de prévoyance ou compagnie d'assurance), le maintien du régime spécial impose l'existence d'une caisse de sécurité sociale dédiée et un partage complexe et ambigu des compétences de cette dernière avec la CPAM 92.

S'agissant des prestations du régime spécial de sécurité sociale, le statut national du personnel des IEG ne permet pas de déterminer les compétences respectives de la CAMIEG et de la CPAM 92 sur chacun des deux régimes qui le composent. Le statut attribue certaines compétences à la CAMIEG sur l'ensemble du régime spécial. D'autres dispositions tendent au contraire à reconnaître une compétence de première instance à la CPAM 92 sur le régime de base (régime général).

Quelle que soit l'interprétation à retenir des dispositions statutaires, les conventions entre la CNAMTS, la CPAM 92 et la CAMIEG dessinent une organisation complexe (voir tableau ci-après), dans laquelle la CAMIEG effectue ou concourt aux tâches de gestion des prestations du régime général (RG) et, inversement, la CPAM 92 à celles relatives aux prestations du régime complémentaire des IEG (RC). En particulier, la CAMIEG gère les bénéficiaires des prestations des deux régimes, tandis que la CPAM 92 en assure la liquidation.

Répartition des tâches de gestion CAMIEG / CPAM 92

Processus	Régime	CAMIEG	CPAM 92
Gestion des bénéficiaires	RG	X	
	RC	X	
Liquidation des prestations	RG		X
	RC		X
Paiement des prestations	RG		X
	RC	<i>Participation</i>	X
Comptabilisation	RG		X
	RC	X	<i>Participation</i>
Accueil téléphonique*	RG	X	X
	RC	X	X
Accueil physique	RG	X	
	RC	X	
Gestion du risque	RG	<i>Participation</i>	X
	RC	X	
Recours juridiques	RG	X	X
	RC	X	X
X	Mission effectuée par la CPAM 92 pour le compte de la CAMIEG		
X	Mission effectuée par la CAMIEG pour le compte du régime général		

* La CAMIEG assure l'accueil téléphonique des assurés pour ce qui concerne la gestion de leurs droits. La CPAM assure l'accueil téléphonique des professionnels de santé ainsi que des assurés pour les questions relatives à la liquidation des droits.

Source : Cour des comptes

Malgré les économies de frais de gestion précédemment évoquées, les charges de fonctionnement du régime spécial demeurent excessives. Certes, elles s'élèvent en 2008 à 3,7 % du montant total des charges de prestations de base et complémentaires, ce qui peut paraître limité. Cependant, 60 % des charges de gestion administrative sont localisées à la CAMIEG alors que le régime complémentaire, qui constitue sa raison d'être, représente seulement 30 % des charges de prestations.

En outre, les économies de frais de gestion réalisées sont partiellement remises en cause par la volonté de la CAMIEG de mettre en place un réseau de 17 antennes territoriales chargées d'assurer l'accueil physique des assurés et d'animer une politique de gestion du risque propre au régime spécial des IEG.

Or, ce réseau, qui est d'ores et déjà pour partie déployé, sera surdimensionné au regard tant de la taille de la population des bénéficiaires des prestations du régime spécial que du recours croissant aux moyens dématérialisés d'information, sans pour autant permettre d'atteindre l'ensemble des assurés sociaux, qui sont très dispersés sur le territoire. Comme le prévoit le statut national du personnel des IEG, la fonction d'accueil pourrait être confiée aux CPAM.

En outre, le développement d'une politique de gestion du risque propre au régime spécial des IEG n'apparaît pas pertinent au regard de la mise en œuvre d'actions pour l'étage de base par la branche maladie du régime général.

B – Les prestations familiales

La complexité de l'organisation est également marquée pour les prestations familiales.

1 – L'organisation en vigueur

Sauf exception²¹⁷, les prestations familiales de droit commun (50 M€ en 2009) ne sont pas attribuées par les CAF, mais par les employeurs (pour les salariés) et, depuis 2005, par la CNIEG (pour les pensionnés). Avec la SNCF et la RATP, les IEG sont le seul secteur d'activité à bénéficier encore d'une délégation de gestion de la plupart des prestations familiales prévue par le code de la sécurité sociale²¹⁸.

217. Prime d'accueil au jeune enfant (PAJE) et aides personnelles au logement.

218. Cette délégation a été retirée à La Poste en 2004, puis à l'Etat et à France Telecom en 2005.

En revanche, les prestations facultatives dont bénéficient les familles en fonction de critères relatifs à leur situation ne sont pas attribuées par les employeurs ou par les CAF mais par les institutions sociales du personnel. En effet, les électriciens et gaziers n'ont pas accès à l'action sociale des CAF et le statut national du personnel mentionne l'action sociale au titre des activités sociales financées par le prélèvement de 1 % sur les recettes liées à l'électricité et au gaz dont la gestion est confiée aux CMCAS. De même, l'action sociale en faveur des retraités n'est pas assurée par la CNIEG, mais par les CMCAS. En revanche, les électriciens et gaziers ont accès aux prestations d'action sanitaire et sociale des CPAM.

2 – L'absence de contrôle des cotisations famille des employeurs

Dans le cadre de la délégation de gestion des prestations familiales aux employeurs, la CNIEG joue un rôle d'interface entre ces derniers et la branche famille : les employeurs des IEG versent à la CNIEG la différence entre les cotisations qu'ils doivent et les prestations qu'ils versent et la CNIEG reverse ce solde à la CNAF. N'étant pas recouvrées par les URSSAF, les cotisations famille des employeurs des IEG (290 M€ en 2009) ne font l'objet d'aucun contrôle destiné à vérifier l'exhaustivité de leur montant. Aucun autre employeur n'est placé dans une situation comparable.

La suppression de la délégation de gestion des prestations familiales et du circuit de remontée des cotisations famille à la CNAF *via* la CNIEG emporterait trois séries de conséquences :

- en matière de prestations familiales, les électriciens et gaziers n'auraient plus qu'un seul interlocuteur administratif, la CAF, et auraient de surcroît accès aux prestations facultatives d'action sociale attribuées par cette dernière ;
- dès lors, l'application aux IEG d'un taux de cotisations famille dérogatoire à celui de droit commun (5,2 % au lieu de 5,4 %) se verrait définitivement privée de toute justification ;
- les cotisations famille dues par les employeurs des IEG seraient recouvrées et contrôlées par les URSSAF.

C – Les revenus de remplacement

L'organisation est également complexe pour les revenus de remplacement, notamment les pensions de retraite.

1 – Les pensions de retraite

Avant 2005, les pensions de retraite (3 152 M€ de droits directs et 531 M€ de droits dérivés en 2009) étaient attribuées par le service IEG Pensions, rattaché au principal opérateur du secteur (EDF). A titre exclusif, leur financement était assuré par des cotisations à la charge des employeurs et des salariés des IEG.

La transformation d'EDF et de Gaz de France en des sociétés anonymes par la loi du 9 août 2004 n'a pas conduit à remettre en cause l'unité du régime d'assurance vieillesse des IEG et le niveau des prestations qui lui est lié. En revanche, elle a conduit à bouleverser leurs modalités de financement.

a) La réforme du financement de 2004

Afin de déconsolider une part prépondérante des engagements de retraite des bilans d'ouverture des nouvelles sociétés anonymes EDF et Gaz de France, sans remettre en cause le niveau des droits sociaux, la loi du 9 août 2004 a créé la CNIEG, caisse de sécurité sociale ayant la qualité de personne morale de droit privé chargée d'une mission de service public²¹⁹, et instauré des mécanismes originaux de financement des pensions de retraite dont elle assure la gestion :

- un adossement de la CNIEG aux régimes de droit commun (branche retraite du régime général de sécurité sociale et régimes complémentaires ARRCO et AGIRC) pour le financement des pensions de retraite, dans la limite des règles applicables aux avantages servis par ces régimes²²⁰ ; l'adossement est transparent pour les pensionnés, qui ont la CNIEG pour seul interlocuteur ;
- le financement des droits spécifiques (« chapeau » correspondant aux avantages excédant ceux des régimes de droit commun) relatifs aux activités régulées non ouvertes à la concurrence (transport et distribution) et acquis au 31 décembre 2004, par une imposition nouvelle affectée à la CNIEG : la contribution tarifaire sur les

219. Cette qualité emporte la possibilité d'affecter à la CNIEG des impositions de toute nature, en l'espèce la CTA (voir *infra*).

220. S'agissant des pensions de réversion, seules sont prises en compte au titre de l'adossement les prestations liquidées au 31 décembre 2004 dont les titulaires remplissent les conditions des régimes de droit commun.

prestations d'acheminement de l'électricité et du gaz naturel (CTA), qui est supportée par le consommateur final²²¹.

Les entreprises constituent des provisions ou externalisent des fonds destiné(e)s à couvrir leurs engagements au titre des prestations qui demeurent financées par des cotisations sociales à leur charge et à celle des salariés :

- la totalité des pensions de retraite de droit propre et de droit dérivé dont les titulaires ne remplissent pas les conditions d'âge et de durée d'assurance pour bénéficier d'une pension à taux plein dans les régimes de droit commun ;
- les droits spécifiques (« chapeau ») relatifs aux activités régulées (transport et distribution) qui sont acquis à partir du 1^{er} janvier 2005 ;
- ces mêmes droits, quelle que soit la période au titre de laquelle ils ont été acquis, pour les activités ouvertes à la concurrence (production et vente).

b) Les contreparties à l'adossment aux régimes de droit commun

Compte tenu des écarts de situation démographique et de niveau et de structure des rémunérations entre le régime spécial des IEG et les régimes de droit commun, la loi du 9 août 2004 a posé un principe de « stricte neutralité financière » de l'adossment pour ces derniers.

Des modalités distinctes ont été retenues pour l'application de ce principe :

- un arrêté a fixé en faveur de la CNAVTS une contribution « exceptionnelle, forfaitaire et libératoire » ou « soulte » d'un montant de 7 649 M€ en valeur actualisée au taux de 2,5 %²²² ;

221. La CTA est assise sur la puissance énergétique souscrite et non sur les quantités consommées. Elle est recouvrée et contrôlée par la CNIEG dans les mêmes conditions que les cotisations sociales par les URSSAF.

222. La soulte en faveur de la CNAVTS comprend deux fractions :

- une fraction de 40 % (3 060 M€), versée dès 2005 au fonds de réserve pour les retraites (FRR), qui en assure la gestion financière. A compter de 2020, le FRR doit la reverser à la CNAVTS, augmentée des intérêts et plus values que sa gestion financière aura permis d'engendrer, dans des conditions qui ne sont pas fixées à ce jour ;
- une fraction de 60 % (4 589 M€ en valeur actualisée ou 5 744 M€ en valeur courante). Son versement est étalé sur 20 années et prend la forme de quotes-parts annuelles de 287 M€ indexés sur l'inflation pour chacune des années 2005 à 2024. Elle est financée par la CTA.

- les conventions d'adossment avec les régimes complémentaires ARRCO et AGIRC ont pratiqué des abattements sur le montant des droits repris par ces derniers.

c) La retraite complémentaire

Le dispositif des retraites des IEG a été récemment complété. Un accord collectif de branche (février 2008) a mis en place un régime supplémentaire de retraite à cotisations définies, qui comporte des possibilités de modulation par employeur²²³.

2 – Les autres revenus de remplacement

Avant 2005, les employeurs géraient directement l'ensemble des autres revenus de remplacement.

Sans remettre en cause leur financement intégral par les employeurs, la loi du 9 août 2004 a confié à compter de 2005 à la CNIÉG la gestion des rentes d'accident du travail (65 M€ en 2009), des pensions d'invalidité (20 M€ en 2009) et du capital décès (12 M€ en 2009) du régime spécial des IEG. Les entreprises des IEG comptabilisent des provisions au titre de ces avantages à long terme en faveur du personnel.

Par contre, les employeurs des IEG conservent la gestion directe des indemnités journalières maladie. En application du statut national du personnel des IEG, ces indemnités prennent la forme d'un maintien du salaire pendant l'arrêt de travail (maintien de la rémunération complète jusqu'à trois années, puis versement d'une demi-rémunération pendant deux autres années au maximum).

S'agissant de la protection complémentaire, celle-ci était jusqu'à récemment entièrement assurée dans le cadre des activités sociales dont le statut national du personnel confie la gestion aux institutions sociales du personnel. Cela concerne notamment les indemnités de moyens d'existence, financées par le prélèvement de 1 % sur les recettes liées à l'électricité et au gaz, qui ont pour objet de compléter la demi-rémunération précitée versée par l'employeur ainsi que l'adhésion volontaire aux garanties prévues par les contrats de prévoyance individuelle « invalidité décès complément prestations » (IDCP) négociés avec des compagnies d'assurance.

223. Les employeurs s'engagent à consacrer une contribution globale égale a minima à 1 % des rémunérations principales annuelles. Il revient à la négociation collective d'entreprise d'arrêter la contribution patronale et sa répartition et de décider de la compléter par une contribution salariale.

En 2008, deux accords collectifs de branche ont complété les pensions d'invalidité versées par la CNIEG (à hauteur de 8 M€ en 2009) et mis en place des garanties de prévoyance décès.

A l'instar des autres prestations complémentaires, les indemnités de moyens d'existence trouveraient plus naturellement leur place dans le cadre de garanties souscrites auprès d'assureurs.

II - Des choix porteurs de déséquilibres financiers pour la collectivité

La protection sociale du secteur des IEG engendre des désavantages financiers importants pour le régime général de sécurité sociale. En outre, le coût des avantages de retraite spécifiques à ce secteur devient désormais visible pour les consommateurs.

A – L'insuffisance des cotisations sociales versées par les IEG au régime général de sécurité sociale

L'assiette dérogatoire de cotisations sociales fixée en 1996, dont le champ d'application comporte des incertitudes, et les taux de cotisation applicables entraînent une importante minoration des cotisations et contributions sociales des employeurs des IEG à la branche famille, aux branches maladie et AT-MP du régime général et à la CNSA.

1 – Les incertitudes relatives aux assiettes de cotisations sociales applicables

a) La multiplicité des assiettes de cotisations sociales

En fonction de leur objet, les cotisations sociales dans les IEG sont assises sur trois assiettes distinctes de rémunérations :

- l'assiette du régime spécial de sécurité sociale des IEG, qui déroge à l'assiette de droit commun de l'article L 242-1 du code de la sécurité sociale (CSS) en excluant l'essentiel des primes et indemnités : le statut national du personnel des IEG prévoit son application aux cotisations invalidité, vieillesse et décès (IVD) et aux cotisations du régime complémentaire d'assurance maladie-maternité ;

- une assiette instaurée en 1996²²⁴, qui déroge également, quoique dans une moindre mesure, à l'assiette de droit commun de l'article L. 242-1 du CSS : le statut national du personnel des IEG prévoit son application aux cotisations d'assurance maladie, maternité et d'accidents du travail du régime général recouvrées par les URSSAF ;
- l'assiette de droit commun de l'article L 242-1 du CSS : cette assiette est uniquement utilisée pour déterminer les cotisations sociales à la charge des employeurs des IEG dans le cadre de l'adossement aux régimes de droit commun du financement des prestations d'assurance vieillesse du régime spécial des IEG²²⁵.

b) L'application incertaine de l'assiette dérogatoire de 1996 à une partie des cotisations et contributions sociales

Avant 2007, le statut national du personnel des IEG prévoyait l'application de l'assiette dérogatoire de 1996 aux « cotisations dues au régime général de la sécurité sociale pour les prestations en nature des assurances sociales et des accidents du travail ». Depuis lors, il vise « les cotisations dues au régime général de la sécurité sociale pour les prestations en nature des assurances maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles ».

Ces dispositions paraissent impliquer a contrario que l'assiette de droit commun de l'article L 242-1 du code de la sécurité sociale s'applique à toutes les autres cotisations et contributions des employeurs des IEG recouvrées par les URSSAF.

Cependant, les employeurs des IEG appliquent également l'assiette dérogatoire de 1996 aux contributions recouvrées par les URSSAF (contribution supplémentaire au FNAL et versement transport) et aux cotisations famille qu'ils versent à la CNIEG et dont cette dernière reverse à la CNAF le solde, après déduction des prestations.

Les cotisations famille ne faisant l'objet d'aucun contrôle, aucune juridiction n'a jamais eu à se prononcer sur le bien-fondé de l'application à ces dernières de l'assiette dérogatoire de 1996.

224. A la suite de l'annulation par le Conseil d'Etat, pour incompétence de ses auteurs, d'un arrêté de 1960 qui prévoyait l'application de l'assiette du régime spécial.

225. Les cotisations au titre de l'adossement sont établies sur la base de l'assiette du régime spécial des IEG. Cependant, la CNIEG doit aux régimes de droit commun des cotisations d'un montant identique à celui qui résulterait de l'affiliation des assurés des IEG à ces derniers. Afin de retrouver le rendement des cotisations des régimes de droit commun, des taux majorés sont donc appliqués à l'assiette du régime spécial.

S'agissant de l'application de cette même assiette dérogatoire à la contribution supplémentaire au FNAL et au versement transport, les URSSAF ont adopté des positions divergentes. Dans un arrêt de 2009 portant sur des périodes antérieures à 2007, la Cour d'appel de Toulouse a fait prévaloir un principe d'unicité de l'assiette des cotisations recouvrées par les URSSAF, qui emporte l'application de l'assiette dérogatoire de 1996. Avec l'accord de l'ACOSS, l'URSSAF de la Haute-Garonne s'est pourvue en cassation. Cependant, l'ACOSS a admis l'application de l'assiette dérogatoire de 1996 lors de contrôles portant sur l'année 2007.

2 – L'incidence de l'assiette et du taux dérogatoires sur les cotisations aux branches maladie et AT-MP et à la CNSA

Conformément au statut national du personnel, les employeurs des IEG déterminent les cotisations au taux de 10,1 % affectées à la branche maladie du régime général, celles au taux de 0,3 % affectées à la branche AT-MP du régime général et la contribution solidarité autonomie (au taux de 0,3 %) affectée à la CNSA en faisant application de l'assiette dérogatoire de 1996.

Le taux de la cotisation patronale d'assurance maladie-maternité (10,1 %) constitue un facteur supplémentaire de déséquilibre financier au détriment de la branche maladie du régime général. En effet, le taux de cotisation qui permettrait d'assurer la neutralité financière des rapports du secteur des IEG avec la branche maladie s'élève à 11,5 %²²⁶.

Pour l'année 2008, l'assiette de droit commun de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale s'est élevée à un peu plus de 6,2 Md€²²⁷.

Si le taux de cotisation permettant d'assurer la neutralité financière des rapports du secteur des IEG avec la branche maladie du régime général, soit 11,5 %, avait été appliqué à cette assiette de droit commun, les employeurs des IEG auraient versé 715 M€ de cotisations d'assurance maladie-maternité. En outre, l'application des taux en vigueur à cette même assiette aurait engendré 19 M€ de cotisations d'accidents du travail comme de contribution solidarité autonomie. Au total, les employeurs des IEG auraient versé 752 M€ de cotisations et de contributions sociales.

226. Soit le taux de la cotisation patronale au régime général (12,8 %) diminué de la part correspondant aux prestations en espèces financées directement par l'employeur. Par ailleurs, salariés et pensionnés des IEG acquittent la CSG de droit commun.

227. Dans le cadre de l'adossement du régime spécial d'assurance vieillesse, les employeurs des IEG déclarent à la CNIEG l'assiette qui résulterait de l'application de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale. Pour 2008, le montant de l'assiette déclarée au titre des salariés s'élève à 6 216 M€

Or, le montant effectivement versé par les employeurs des IEG au titre des cotisations d'assurance maladie-maternité, des cotisations d'accident du travail et de la contribution de solidarité autonomie s'élève au total à 588 M€ pour cette même année 2008.

En première analyse, l'avantage ainsi procuré au secteur des IEG par une assiette dérogatoire à l'assiette de droit commun et par un taux de cotisation d'assurance maladie-maternité inférieur au taux qui assurerait la neutralité financière (11,5%) atteindrait 164 M€ (dont 160 M€ pour la branche maladie, 2 M€ pour la branche AT-MP et 2 M€ pour la CNSA).

Sans doute convient-il de tenir compte du fait qu'en contrepartie les employeurs des IEG ne sont pas éligibles aux allègements généraux au titre des bas salaires. Selon les fédérations d'employeurs des IEG, « le montant des « allègements Fillon » pourrait s'élever à plusieurs dizaines de millions d'euros » par an. En outre, l'assiette de cotisations de droit commun précédemment évoquée intègre les salaires maintenus durant les arrêts de travail, alors que les indemnités journalières n'entrent pas dans l'assiette des cotisations au régime général.

Cependant, en sens inverse, les cotisations versées par les employeurs des IEG pour l'année 2008 précitée n'intègrent qu'une part très limitée de l'avantage en nature correspondant à l'application de tarifs préférentiels d'électricité et de gaz en faveur des salariés, des pensionnés et de certains ayants droit en application du statut national du personnel des IEG. En effet, à la suite d'échanges avec les entreprises des IEG, des instructions ministérielles ont fixé début 2009 une évaluation plus réaliste²²⁸ du montant de cet avantage pour l'année 2009 et pour les années non prescrites dans le cadre de contrôles d'assiette (2006 à 2008). Pour l'avenir, il conviendrait que les montants ainsi évalués, qui résultent d'une négociation, soient rapprochés de données réelles.

En définitive, l'existence d'un avantage important en faveur des employeurs des IEG apparaît peu discutable. Dès lors, les cotisations d'assurance-maternité et d'accident du travail et la contribution solidarité autonomie à la charge des employeurs des IEG devraient être établies en fonction de l'assiette de droit commun de l'article L 242-1 du code de la sécurité sociale et, s'agissant des cotisations d'assurance maladie-maternité, d'un taux plus élevé que celui en vigueur.

228. Jusqu'en 2009, était déclarée une somme forfaitaire portée sur le bulletin de paie des agents, qui correspondait à l'évaluation fiscale de cet avantage en nature. Or, cette évaluation ne tenait pas compte de la consommation réelle des agents et du prix de vente facturé à la clientèle et donc de l'avantage réellement consenti.

3 – L'incidence de l'assiette et du taux dérogatoires sur les cotisations versées à la branche famille

Comme précédemment indiqué, l'assiette de cotisation de droit commun de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale s'est élevée à un peu plus de 6,2 Md€ en 2008²²⁹. Si le taux de droit commun (5,4 %) avait été appliqué à cette assiette, le produit des cotisations famille aurait atteint 336 M€

Or, au titre de l'année 2008, les employeurs des IEG ont versé 282 M€ de cotisations famille, en faisant application sans texte de l'assiette dérogatoire de 1996 et, comme le prévoient les textes, d'un taux dérogatoire de 5,2 %. En première analyse²³⁰, l'avantage procuré au secteur des IEG par ces dérogations au droit commun atteindrait 54 M€

L'assiette et le taux de droit commun devraient s'appliquer au calcul des cotisations famille à la charge des employeurs des IEG.

4 – Les fragilités du contrôle des cotisations versées à la branche retraite

La loi du 9 août 2004 et ses textes réglementaires d'application ont prévu la possibilité pour la CNIEG de déléguer à l'activité de recouvrement du régime général la réalisation de contrôles portant sur les cotisations du régime spécial de sécurité sociale (invalidité, vieillesse et décès) et les cotisations dues à la CNAVTS au titre de l'adossement. Cependant, c'est seulement à fin 2007 que l'ACOSS et la CNIEG ont conclu une convention de délégation des contrôles.

En 2008 et 2009, les URSSAF ont effectué à ce dernier titre des contrôles portant sur les déclarations des principaux employeurs au titre de la seule année 2007, les deux années précédentes de l'adossement (2005 et 2006) étant dès lors prescrites. Les mises en demeure adressées en fin de procédure comportent des redressements importants, suscités soit par une sous-évaluation de l'avantage énergie (voir 2. supra), soit par la détermination par certains employeurs des cotisations par référence à l'assiette du régime spécial, et non celle du régime général.

Certains employeurs contestent les redressements pour des motifs de procédure. Des modifications réglementaires destinées à sécuriser les

229. Voir note de bas de page 220. *supra*.

230. Hors prise en compte des effets de sens opposé, dont le montant est inconnu, liés à l'absence d'éligibilité des employeurs des IEG aux allègements généraux sur les bas salaires et à la minoration de l'avantage « énergie » par rapport à l'avantage réel.

résultats des contrôles délégués par la CNIEG avaient été demandées à la tutelle, mais ne sont pas intervenues. Les contestations en cours rendent incertaine l'effectivité des redressements notifiés par les URSSAF.

B – La contribution négative de l'adossment aux résultats de la branche retraite

Par nature, l'adossment du régime spécial d'assurance vieillesse des IEG aux régimes de droit commun diffère fondamentalement d'une intégration financière à ces derniers. En effet, il a permis de maintenir le caractère unitaire du régime et n'a pas conduit, comme cela aurait été le cas pour une intégration, à en scinder les prestations entre des prestations de base et complémentaires respectivement intégrées au régime général et à l'ARRCO/AGIRC et des prestations sur-complémentaires financées par les seuls employeurs et salariés, à l'exclusion de toute imposition affectée²³¹.

L'étendue des avantages économiques et sociaux que retire le secteur des IEG de l'adossment justifie l'examen, non seulement de sa neutralité actuarielle pour les régimes de droit commun mais aussi, plus largement, de sa contribution à leurs résultats.

Depuis 2005, l'adossment contribue notablement aux déficits de la branche retraite du régime général. Cet état de fait est inhérent au dispositif mis en œuvre et ne comporte pas de perspective d'amélioration.

1 – Une contribution négative refinancée par la CADES

a) Des déséquilibres cumulatifs (2005-2009)...

La contribution négative de l'adossment aux résultats de la branche retraite du régime général a deux composantes :

- comme le montre le tableau ci-après, les produits d'exploitation de la branche retraite liés à l'adossment sont chaque année inférieurs aux charges d'exploitation qu'elle supporte à ce titre :

231. Ce qui est le cas avec la CTA (voir I. C. 1. *supra*).

**Contribution de l'adossement IEG aux résultats d'exploitation de la
branche retraite du régime général**

En M€

	2005	2006	2007	2008	2009
Produits					
Quote-part annuelle 60 % soulte	287	292	297	301	309
Cotisations des employeurs IEG	817	845	851	865	891
FSV (majorations. pour enfants)	48	48	49	49	49
(1) Total	1 151	1 186	1 197	1 214	1 249
Charges					
Rentes garanties (droits propres+dérivés)	1 354	1 328	1 300	1 266	1 222
Equivalents pensions (droits propres)	23	76	144	211	287
(2) Total	1 377	1 404	1 444	1 477	1 509
(3)=(1)-(2) Contribution aux résultats	-225	-218	-247	-262	-260

Source : Comptes de la branche retraite

A fin 2009, le montant cumulé des contributions négatives de l'adossement IEG aux résultats d'exploitation de la branche retraite s'élève à -1 213 M€ (dont -953 M€ à fin 2008). Cette situation contraste avec celle des régimes complémentaires ARRCO et AGIRC, qui dégagent chaque année des soldes positifs de leurs relations financières avec les IEG (667 M€ en cumul à fin 2009).

- les écarts annuels entre les charges et les produits d'exploitation liés à l'adossement engendrent des frais financiers cumulatifs pour la branche retraite. Selon l'ACOSS, le montant cumulé de ces frais financiers s'élève à 74 M€ à fin 2009 (dont 65 M€ à fin 2008).

b) ...repris par la CADES (2005-2008)

En application de la LFSS pour 2009 et d'un décret du 28 juillet 2009, la CADES a repris 13 930 M€ de déficits cumulés de la branche retraite à fin 2008 (exercices 2005 à 2008). Ces déficits incorporent donc une charge nette de 1 018 M€ au titre de l'adossement IEG (exercices 2005 à 2008), soit 7,3 % du montant total de la reprise.

2 – Une contribution négative à la branche retraite inhérente aux modalités d'évaluation et d'affectation de la soulte

La contribution négative de l'adossement aux résultats de la branche retraite est inhérente à l'architecture du dispositif d'adossement. En effet, la soulte due par les entreprises des IEG a été déterminée à partir d'une évaluation actuarielle tenant compte de perspectives financières dégradées du régime général. En outre, les produits de la branche retraite intègrent à ce jour uniquement 60 % de la soulte.

a) L'évaluation de la soulte

La loi du 9 août 2004 a prévu que la CNIEG « verse, le cas échéant, conformément au principe de stricte neutralité financière », à la branche retraite du régime général et aux régimes complémentaires, « des contributions exceptionnelles, forfaitaires et libératoires destinées à couvrir les charges de trésorerie et les charges permanentes résultant de la situation démographique, financière et économique respective » de ces régimes et de celui des IEG, « ainsi que du niveau et de la structure des rémunérations respectifs de leurs affiliés ».

La soulte en faveur de la branche retraite du régime général a été évaluée selon une méthode actuarielle dite « prospective » consistant à projeter sur une période de 25 ans ²³², en appliquant un taux d'actualisation de 2,5 %, le déséquilibre induit par la structure démographique et de rémunérations du régime des IEG²³³ sur le rapport prestations / cotisations du régime général (dit « rapport de charges »). Le calcul tient compte d'un niveau de prestations de référence et n'inclut pas la compensation démographique inter-régimes (celle-ci est demeurée à la charge du régime des IEG, comme la compensation spécifique entre régimes spéciaux).

Cette méthode a pour objet de placer le régime d'accueil dans une situation démographique et financière identique à celle qu'il aurait eue si les ressortissants des IEG en avaient relevé depuis sa création. Elle a également été employée pour déterminer les abattements appliqués aux droits repris par les régimes complémentaires ARRCO et AGIRC, mais en fonction de paramètres (voir RALFSS 2008, p. 372-375) et avec des résultats différents (voir 1. a) *supra*).

S'agissant du régime général, le rapport de charges prévisionnel était déséquilibré. Dès lors, la soulte a eu pour objet de couvrir, pour les années 2005 à 2029, la dégradation supplémentaire du déficit du régime général imputable à l'existence d'un rapport démographique plus défavorable dans les IEG que dans le régime général, et non les coûts supplémentaires pour le régime général, pris en tant que tels, liés à cette différence démographique. Le fait que le régime général était affecté par un déséquilibre prévisionnel avant l'adossement a ainsi rendu admissible une augmentation de ce déséquilibre du fait de l'adossement.

232. Ces 25 années sont considérées comme la limite temporelle des possibilités de prévision. L'Etat avait d'abord proposé une période de 20 ans, ce qui aurait réduit le montant de la soulte d'environ 1 Md€

233. Conformément au souhait de l'Etat, le salaire de référence retenu est égal à 100 % du plafond de la sécurité sociale. La CNAVTS avait proposé un taux de 95 %.

En outre, la neutralité financière de l'adossement n'a pas été effectivement assurée sur un plan actuariel. En effet, le montant des écarts entre les flux effectifs et les flux prévisionnels de la CNAVTS vers la CNIEG pris en compte pour le calcul de la soulte s'élève à 283 M€ en cumul à fin 2009, soit 23,3 % de la contribution négative de l'adossement aux résultats d'exploitation de la branche retraite en cumul à la même date (dont le montant s'élève à 1 213 M€). Cet état de fait reflète notamment une sous-estimation, dès l'entrée en vigueur de l'adossement, du montant - pourtant le plus prévisible - des rentes garanties à la charge du régime général²³⁴, sous l'effet d'erreurs affectant les paramètres pris en compte pour la détermination de la durée d'assurance validée dans le régime des IEG au regard des règles applicables sous le régime général.

b) L'indisponibilité jusqu'en 2020 de 40 % de la soulte

En dehors de l'incidence des modalités de calcul de la soulte (prise en compte de perspectives dégradées du régime général et erreurs affectant certains paramètres), les contributions négatives de l'adossement aux résultats de la branche retraite depuis 2005 traduisent le fait que seule la fraction de 60 % de la soulte est versée à ce jour à la branche retraite, sous la forme de quotes-parts annuelles (287 M€ actualisés en fonction de l'inflation, soit 309 M€ en 2009).

En effet, la LFSS pour 2005 a fait du FRR, et non de la branche retraite, le bénéficiaire en première instance du versement par les entreprises des IEG de la fraction de 40 % de la soulte afin :

- d'augmenter sur le long terme le montant de la soulte pour le régime général, grâce aux intérêts et aux éventuelles plus-values que permettrait d'engendrer sa gestion financière par le FRR ;
- d'afficher une dotation importante au FRR dans le contexte d'une affectation modeste de ressources permanentes à ce dernier²³⁵, sachant toutefois que la fraction de la soulte versée au FRR ne constitue pas pour ce dernier un produit, mais une dette à l'égard de la branche retraite qui est retracée comme telle dans leurs comptes respectifs ;
- d'éviter qu'une partie de la soulte versée en 2005 par les IEG ne se transforme en un produit du FRR : le code de la sécurité sociale prévoit que les excédents de la branche retraite sont obligatoirement affectés

234. Partie des droits adossés correspondant à des pensions de droit propre et de droit dérivé attribuées au 31 décembre 2004.

235. Pour l'essentiel, les ressources permanentes du FRR sont constituées par une fraction de 65 % du prélèvement de 2 % sur les revenus du capital. Le solde du prélèvement est affecté à la branche retraite du régime général et au FSV.

au FRR ; or, le déficit prévisionnel de la branche retraite pour 2005 était inférieur à la fraction de la soulte versée au FRR²³⁶.

La LFSS pour 2005 a prévu qu'à compter de 2020, le FRR reversera la soulte à la branche retraite, dans des conditions qui ne sont pas définies à ce jour. Fixée par référence à la date à partir de laquelle le FRR doit contribuer au financement des pensions de retraite du régime général, cette échéance de 2020 est décalée par rapport à la temporalité des besoins de financement de la branche retraite liés à l'adossement :

- depuis 2005, l'adossement IEG engendre chaque année une importante contribution négative pour la branche retraite ;
- à partir de 2025, la contribution négative de l'adossement IEG aux résultats de la branche retraite va plus que doubler (pour atteindre au moins 600 M€ en euros constants), sous l'effet de l'achèvement du versement de la fraction de 60 % de la soulte (suppression de la quote-part annuelle de 287 M€ actualisés).

Certes, les produits financiers issus de la gestion par le FRR de la fraction de 40 % de la soulte pourraient *in fine* permettre d'assurer la neutralité financière de l'adossement dans son acception actuarielle, en compensant l'incidence des erreurs ayant affecté certains paramètres de calcul de la soulte. Il s'agit cependant là d'une éventualité, alors que les impacts négatifs de l'adossement, tous facteurs explicatifs confondus, sur les résultats de la branche retraite sont, eux, certains et durables.

3 – La nécessaire couverture des coûts supportés par le régime général au titre de l'adossement

L'impact négatif de l'adossement IEG sur la situation financière de la branche retraite du régime général va se poursuivre :

- le rapport démographique entre cotisants et titulaires d'une pension de droit direct des IEG (1,26 en 2008) est appelé à se dégrader jusqu'en 2024, avant de se redresser, sans pour autant retrouver son niveau antérieur à l'adossement (1,37 en 2004) ;
- le montant total des pensions de retraite versées aux ressortissants des IEG est appelé à augmenter jusqu'au milieu de la décennie 2020, avant de se tasser à un niveau très supérieur à celui antérieur à l'adossement.

De manière spécifique, l'absence de neutralité actuarielle de l'adossement ne sera pas corrigée : contrairement aux régimes complémentaires, les dispositions juridiques qui régissent l'adossement

25. Le déficit effectif s'est établi à -1 881 M€

au régime général ne prévoient pas de réexamen ultérieur des paramètres pris en compte pour en déterminer les conditions²³⁷.

Ces perspectives, sur lesquelles la réforme des retraites du régime spécial des IEG intervenue en 2008 n'a eu qu'une incidence limitée, appellent des décisions à court et à moyen terme.

a) Anticiper le versement des 40 % de la soulte avant 2020

Sans attendre 2020, des prélèvements sur la fraction de 40 % de la soulte gérée par le FRR devraient être effectués à compter de 2011 afin de compenser la contribution négative de l'adossement IEG aux résultats de la branche retraite.

En effet, il serait difficilement justifiable que la collectivité soit sollicitée afin de compenser la part des déficits de la branche retraite imputable à l'adossement, alors que les IEG se sont acquittées d'une ressource qui a pour objet de compenser partiellement l'incidence défavorable de l'adossement sur ses résultats.

b) Assurer une participation équitable des IEG au financement du régime général

La fin programmée pour 2024 du versement annuel par les IEG de la fraction de 60 % de la soulte entraînera, à compter de l'année 2025, une forte augmentation de la contribution négative de l'adossement aux résultats de la branche retraite (au moins 600 M€ en euros constants), tout en libérant des ressources disponibles pour les IEG.

Dans ce nouveau contexte, un réexamen des relations financières des entreprises des IEG avec la branche retraite devrait intervenir.

Certes, comme le soulignent l'Etat et les employeurs des IEG, la mise en œuvre de mesures de redressement des comptes de la branche retraite du régime général est de nature à réduire l'impact défavorable de l'adossement IEG sur cette dernière : compte tenu de l'application à l'adossement des règles du régime général, le secteur des IEG subirait également une réduction du niveau des prestations et/ou une augmentation de celui des cotisations.

237. Les conventions passées par la CNIEG avec l'ARRCO et l'AGIRC prévoient des « clauses de revoyure », qui consistent en un calcul définitif en 2010 des taux d'abattement sur les droits repris par comparaison du rapport de charges actualisé des IEG avec les rapports de charges moyens des régimes complémentaires. Ces clauses s'imposent aux signataires des conventions.

Cependant, comme il a été souligné, la neutralité actuarielle de l'adossement n'est pas assurée pour la branche retraite du régime général en raison d'erreurs initiales de prévision (voir 2. a) *supra*).

En outre, si le redressement des comptes de la branche retraite devait reposer en partie sur l'affectation d'impositions à la charge d'autres acteurs économiques, les IEG seraient partiellement exonérées de l'augmentation de l'effort de redressement imputable à l'adossement.

Dès lors, la question de l'affectation de ressources supplémentaires des IEG au régime général devrait être posée. Afin de ne pas remettre en cause la déconsolidation partielle des engagements de retraite des bilans des entreprises des IEG effectuée par la loi du 9 août 2004, ces ressources supplémentaires devraient prendre la forme d'une imposition, comme la CTA, voire être intégrées à cette dernière : parce qu'elle est une imposition, la CTA dispense les entreprises des IEG de constituer des provisions ou d'externaliser des fonds en vue de couvrir les droits spécifiques du secteur régulé (transport et distribution) dont elle assure le financement.

c) Assurer un financement incontestable et effectif des majorations pour enfants

La détermination des prélèvements sur la fraction de la soulte gérée par le FRR comme celle des ressources supplémentaires affectées par les IEG au régime général (voir a) et b) *supra*) devraient tenir compte des modalités particulières de financement, dans la limite des règles du régime général, des majorations pour trois enfants du régime spécial des IEG (49 M€ en 2009).

En effet, les charges supportées à ce titre par la branche retraite du régime général ont été reportées sur un tiers, en l'espèce le FSV, afin de minorer le montant de la soulte due par les entreprises des IEG à la branche retraite.

A cette fin, la convention d'adossement CNAVTS-CNIEG-ACOSS de 2005 approuvée par les ministres, à laquelle il n'est pas partie, prévoit que le FSV compense auprès de la branche retraite les majorations pour enfants au titre de l'adossement IEG. Par ailleurs, ces mêmes majorations sont intégrées à la participation de la branche famille au financement par le FSV des majorations pour enfants en faveur des retraités du régime général, dont le taux s'élève à 70 % depuis 2009.

La LFSS pour 2007 a fourni un fondement juridique approprié au refinancement partiel du FSV par la branche famille. En revanche, la différence de nature entre l'adossement et une intégration financière au

régime général conduit à voir dans le refinancement de la branche retraite par le FSV un financement indirect du régime des IEG par ce dernier. Or, pas plus que les autres régimes spéciaux, la loi ne mentionne celui des IEG au nombre des régimes qui bénéficient des concours du FSV, dont elle fixe une liste limitative.

Qu'il s'agisse de la part des majorations pour enfants imputée *in fine* à la branche famille ou bien de celle qui demeure à la charge du FSV, elles n'ont en tout état de cause pas donné lieu à l'attribution de ressources supplémentaires destinées à les couvrir. De ce fait, elles concourent à leurs déficits.

C – L'apparition de coûts visibles pour les consommateurs

L'augmentation des charges de la CNIEG financées par la CTA conduit à faire apparaître une partie des coûts supportés par les consommateurs au titre des spécificités du régime spécial d'assurance vieillesse des IEG.

1 – Un déséquilibre financier croissant de la CNIEG

En application des textes, les sections comptables dédiées aux pensions de retraite, aux rentes d'accident du travail, aux pensions d'invalidité et au capital décès sont strictement équilibrées sur un plan financier²³⁸.

En revanche, il n'existe pas de contrainte juridique à l'équilibre de la section comptable consacrée à la CTA, qui finance la section des pensions de retraite pour ce qui concerne les droits spécifiques des activités régulées (transport et distribution). Or, après avoir enregistré des excédents entre 2005 et 2007, la section CTA a dégagé des déficits en 2008 et 2009 :

- entre 2005 et 2009, le produit de la CTA a pratiquement stagné (1 025 M€ en 2009, ou 1 038 M€ hors régularisations sur exercices antérieurs, contre 1 011 M€ en 2005) ; en 2006 et 2007, il a même diminué en valeur absolue ;
- les charges financées par la CTA augmentent sous l'effet de mécanismes d'indexation prévus par la loi (actualisation de la quote-

238. Avant le début de l'exercice comptable, des taux de cotisation provisionnels sont fixés. Avant la clôture des comptes de l'exercice, ces taux sont ajustés à la hausse ou à la baisse en fonction du montant effectif des charges.

part annuelle de la fraction de 60 % de la soulte versée à la CNAVTS) et, plus encore, de l'incidence de l'évolution de la population (incidence de l'âge de départ en retraite et de l'espérance de vie) et du montant moyen des droits (incidence de la carrière) des nouveaux pensionnés sur les droits spécifiques acquis au 31 décembre 2004 au titre des activités régulées (transport et distribution).

De ce fait, après avoir vu ses résultats excédentaires se contracter rapidement (122 M€ en 2005, 101 M€ en 2006 et 23 M€ en 2007), la CNIEG dégage désormais des résultats négatifs (-52 M€ en 2008 et -77 M€ en 2009), dont le montant pourrait doubler d'ici à 2014. Encore positifs à fin 2009, les capitaux propres de la CNIEG paraissent appelés à disparaître à fin 2011, voire dès fin 2010.

2 – Les solutions envisageables

La CNIEG a demandé à ses autorités de tutelle un relèvement des taux de la CTA, avec effet au 1^{er} janvier 2010.

Sauf à peser sur leurs résultats, l'augmentation de la CTA sera reportée par les entreprises des IEG sur les prix de l'électricité et du gaz facturés aux consommateurs. Depuis qu'elle a été soustraite des tarifs réglementés de l'électricité (à compter du 15 août 2009) et du gaz (depuis le 1^{er} janvier 2010), la CTA figure en tant que telle sur les factures adressées aux consommateurs, ce qui conduit ainsi à faire apparaître le coût des avantages spécifiques de retraite lié au secteur régulé (transport et distribution). Fortement mise en avant au moment de la présentation du projet de loi, devenu la loi du 9 août 2004, la notion de neutralité pour le consommateur de la réforme du financement du régime de retraite des IEG n'avait donc qu'un caractère temporaire.

A court terme, une augmentation des taux de CTA apparaît inéluctable afin de rétablir l'équilibre financier de la CNIEG. Une dégradation continue des résultats de la CNIEG serait d'autant moins opportune que cet organisme connaît un profil infra-annuel de trésorerie défavorable en raison du versement des pensions de retraite à terme à échoir au début de chaque trimestre, tandis que les cotisations sociales et les prises en charge de prestations par les régimes de droit commun sont recouvrées à terme échu selon une périodicité mensuelle²³⁹.

Cependant, l'augmentation des taux de la CTA devrait s'accompagner d'une clarification, par la CNIEG et les principaux

239. En 2010, la CNIEG est autorisée à emprunter jusqu'à 1,25 Md€ afin de couvrir en cours d'année les besoins de trésorerie liés à ses différents compartiments financiers.

opérateurs du secteur, des facteurs explicatifs de l'évolution de la CTA depuis sa création et, le cas échéant, de la mise en œuvre de corrections dans l'éventualité où d'autres erreurs de calcul que celles déjà identifiées et corrigées seraient découvertes (y compris pour les années prescrites). En effet, alors que la nature de l'assiette²⁴⁰ devrait lui imprimer un profil linéaire, l'évolution du produit de la CTA se caractérise par des atypies marquées (diminution en 2006 et en 2007, instabilité infra-annuelle).

En outre, ce relèvement ne saurait constituer qu'une mesure transitoire. Afin de rétablir durablement l'équilibre financier de la CNIEG, il convient d'envisager la réforme du régime spécial d'assurance vieillesse des IEG, et notamment des avantages spécifiques existant dans ce régime par rapport aux régimes de droit commun. Une telle évolution serait d'ailleurs en concordance avec la volonté affichée par les pouvoirs publics de faire converger les retraites des régimes spéciaux vers celles des régimes de droit commun.

SYNTHESE

L'organisation de la protection sociale dans les IEG se caractérise par une complexité excessive, manquant de cohérence et souvent porteuse de déséquilibres financiers au détriment de la collectivité. A l'heure actuelle, le surcoût supporté par le régime général de sécurité sociale au titre des choix de diverse nature retenus pour l'organisation de la protection sociale des électriciens et gaziers atteint au moins 500 M€ par an (dont plus de 300 M€ au titre de l'adossement, le solde correspondant aux insuffisances d'assiette et de taux de cotisation maladie et famille).

Depuis le début des années 2000, les simplifications qui ont été apportées à cette organisation ont uniquement visé la définition des organismes qui gèrent les prestations. Elles n'ont pas abordé le cadre juridique des droits. Les modalités de financement ont, quant à elles, été rendues plus nombreuses et complexes. Par ailleurs, les contrôles mis en œuvre sur les prélèvements dus par les employeurs des IEG couvrent un champ encore incomplet et connaissent des aléas.

240. Qui porte sur les tarifs d'abonnement et non sur la consommation.

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 soulte 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.

TROISIEME PARTIE

LA GESTION DES RISQUES

Chapitre XI

La situation financière des hôpitaux publics

PRESENTATION

Les précédents rapports annuels ont rendu compte d'enquêtes de la Cour sur les restructurations hospitalières (2008), la T2A et le plan d'investissement Hôpital 2007 (2009) ainsi que d'une enquête de la Cour et des CRC sur l'organisation de l'hôpital (2009). Ils ont ainsi mis en lumière tant l'origine de certains coûts importants pour les établissements que la lenteur des adaptations qui doivent y remédier. La présente enquête poursuit dans la même voie en analysant la situation financière du secteur, qui s'est vu fixer un objectif de résorption de son déficit d'ici 2012.²⁴¹

L'enquête a eu recours à deux méthodes complémentaires pour apprécier la situation financière des hôpitaux. Elle s'est d'une part appuyée sur l'analyse des données remontant des établissements vers l'administration²⁴², d'autre part sur des données retraitées par les juridictions. Les 22 CRC de métropole ont en effet mené des contrôles détaillés dans des établissements hospitaliers de leur ressort, avec une méthodologie commune. Au total, les données recueillies proviennent d'enquêtes conduites dans 85 établissements²⁴³, dont un nombre significatif de CHU (14) et des hôpitaux généraux de toutes tailles (y compris de très importants comme Le Havre ou Le Mans). L'enquête a également tiré parti de l'expérience de 12 contrôles budgétaires renforcés menés par les CRC à la demande d'ARH dans des établissements à la situation très dégradée. Conduits au printemps et à l'été 2009, les travaux des juridictions ont essentiellement porté sur la période allant de 2006 à 2008. Les chiffres relatifs à 2009 figurant ci-après ne proviennent donc pas de l'enquête mais de l'administration (chiffres provisoires).

Au-delà des constats relatifs à la situation financière actuelle des hôpitaux (I), l'enquête a permis de préciser les facteurs qui y contribuent et qui résultent de politiques nationales (II) ou de choix de gestion des établissements (III). Elle met en évidence, enfin, la lenteur des mesures correctives en cas de situations dégradées (IV).

241. La MECSS de l'Assemblée nationale a également abordé ce sujet dans son rapport d'information n° 2556 de juin 2010 : « Hôpital public : mieux gérer pour mieux soigner ».

242. Direction générale de l'offre de soins (DGOS), agence technique de l'information hospitalière (ATIH) et direction générale des finances publiques (DGFIP).

243. La sélection n'a pas été constituée à partir de considérations tenant à la situation financière des établissements retenus.

I - Des difficultés financières concentrées mais mal mesurées

Le montant du déficit hospitalier public ne suffit pas à résumer la situation financière du secteur et encore moins la diversité caractérisant les établissements, dont certains sont dans une situation plus que dégradée ; la structure du financement et l'endettement sont également des données critiques. Au demeurant, le montant des déficits comptables annoncé n'est pas nécessairement exact.

A – Résultats comptables et capacité d'autofinancement

1 – Evolution des résultats

Pour mesurer les résultats du secteur, le premier chiffre, souvent mis en avant dans la communication officielle, est le total des déficits et des excédents des budgets principaux de tous les établissements. Il s'est élevé à 409 M€ en 2006, 680 M€ en 2007, 506 M€ en 2008 et 448 M€ en 2009, pour l'ensemble des 1 040 EPS ayant un comptable public et suivis par la DGFIP.

Pour prendre la mesure des difficultés de certains hôpitaux, il apparaît préférable en réalité de bien distinguer situations excédentaires et déficitaires. Le total des seuls déficits des établissements s'est élevé à 736 M€ en 2006, 856 M€ en 2007, 756 M€ en 2008 et 673 M€ en 2009, soit approximativement 1,5 % des recettes des 1 040 établissements. Si on se limite aux hôpitaux de la base DGFIP qui sont soumis à la T2A²⁴⁴ (517 établissements en 2008), le total des déficits a été respectivement de 696 M€, 824 M€, 731 M€ et atteignait 651 M€ en 2009.

Dans le même champ T2A, les EPS déficitaires étaient un peu plus nombreux que les excédentaires en 2008 (51 %), après avoir représenté 60 % de l'effectif en 2006 et 2007. En 2009, ils ne seraient plus que 37 %. Ce chiffre doit cependant être interprété avec prudence dans la mesure où les ajustements comptables dont il résulte (reprises de provisions notamment) n'ont pu encore être expertisés par la Cour et aucun de ces établissements n'a de comptes certifiés.

244. CHU-CHR, AP-HP et hôpitaux généraux (CHG), en excluant centres hospitaliers psychiatriques, hôpitaux locaux et syndicats interhospitaliers.

Ces chiffres ne suffisent pas à caractériser une évolution substantielle. L'analyse par catégorie d'établissements permet de préciser l'appréciation :

- les CHU-CHR ont vu leur déficit collectif s'accroître continûment de 2006 à 2008 et presque doubler. Ils n'étaient que huit à être à l'équilibre en 2009, avec un excédent du reste symbolique (10 M€ au total à eux huit) alors que le déficit des six autres atteignait 329 M€ et 415 M€ avec l'AP-HP qui était encore excédentaire en 2006 ;
- pour les CH, en revanche, le déficit collectif a décru sensiblement, le nombre d'établissements déficitaires devenant même minoritaire dans cette catégorie en 2008.

A la fin de 2008, les déficits cumulés sur trois ans atteignaient, dans les établissements déficitaires soumis à la T2A, -2 370 M€ contre +658 M€ seulement de cumul des reports à nouveau bénéficiaires. La pratique de contraction des excédents et déficits au plan national, pour présenter un déficit comptable « officiel », ne permet donc pas de faire apparaître la situation financière très critique de certains hôpitaux publics.

2 – La concentration du déficit

Si les établissements déficitaires sont nombreux, l'essentiel du déficit pèse sur une minorité d'entre eux :

- en 2008, le déficit cumulé des 28 CHU-CHR déficitaires (dont l'AP-HP) représente 60 % du déficit total. La moitié de ce chiffre provient de quatre CHU : Hospices civils de Lyon (HCL), Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM)²⁴⁵, Nancy²⁴⁶ et Nice. Les trois quarts provenaient de dix CHU, dont le déficit individuel dépassait 10 M€ : en plus de ceux déjà cités : Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), Nantes, Saint-Etienne, Strasbourg, Caen, Fort-de-France ;
- les 486 CH sont dans, l'ensemble, dans une situation plus favorable, mais en leur sein la concentration des situations très dégradées est également forte. 10 % d'entre eux généraient en 2008 près de 40 % du déficit de leur catégorie. La situation de certains était inquiétante, si on en juge par le déficit rapporté aux recettes : plus de 10 % à Ajaccio et Montceau-les-Mines, voisin de 5 % et plus à Bastia (qui a cependant pu faire état d'une amélioration en 2009), Montluçon, Briey, Briançon, Aubagne, Senlis, Cherbourg. Pour de gros établissements comme Le

245. L'AP-HM a quintuplé son déficit entre 2004 et 2008, malgré une légère amélioration en 2006. En 2008, le cumul des déficits dépassait 200 M€

246. Le résultat du CHU de Nancy, légèrement positif en 2004, atteignait -32 M€ en 2008. Le cumul des déficits atteignait 51,5 M€

Havre, Belfort-Montbéliard, Le Mans, le ratio se situe aux alentours de 3 %. Autant de réalités que le chiffre moyen agrégé (environ -1,5 %) ne laissait pas soupçonner.

Pour certains, la dégradation des résultats est récente (2006 ou ultérieurement), comme au Havre et au Mans. Pour d'autres, comme à Bastia, Corbeil (CH Sud-Francilien), Laval, il s'agit de déficits anciens. Quelques établissements sont arrivés à des situations d'extrême tension, qui se traduisent par des trésoreries négatives, à tout le moins des mobilisations intensives de lignes de trésorerie, des retards de paiement des fournisseurs et des charges sociales, voire des incertitudes sur le paiement des salaires comme à Bastia. L'hôpital de Poissy-Saint Germain a dû emprunter pour payer ces derniers. L'AP-HM, Nancy ou Laval ont eu en commun de dépendre d'aides et de crédits pour assurer leur fonctionnement ou assumer leurs charges d'emprunt. Dans le cas de l'AP-HM, la conjoncture a failli provoquer, en octobre 2008, une interruption dans le renouvellement des lignes de trésorerie et donc dans le paiement des fournisseurs.

3 – Capacité d'autofinancement et endettement

La capacité d'autofinancement (CAF), qui mesure l'aptitude du cycle d'exploitation à rembourser les emprunts et financer les investissements, a baissé de manière globale et d'abord dans nombre de CHU. Elle n'a globalement progressé sur la période que pour la catégorie des centres hospitaliers (CH), encore cela n'a-t-il pas été le cas de tous (elle a baissé au Mans en 2007 et à Bastia, par exemple).

La CAF nette des remboursements d'emprunts est dans bien des sites très insuffisante par rapport aux besoins. Mais il arrive que la CAF avant remboursements soit elle-même négative en 2008 (très fortement à Ajaccio, Nancy, Fort-de-France, Montceau-les-Mines, Bastia, Digne, Corbeil, Basse-Terre, Senlis, Aubagne, Château-Thierry). Il s'agit alors clairement de situations de surendettement, où les emprunts nouveaux servent à rembourser ceux en cours.

La conséquence de cette insuffisance a été, pendant la période 2006-2008, une forte montée de l'endettement (l'encours est passé de 13,29 Md€ à 18,96 Md€) et des prélèvements très fréquents sur les fonds de roulement. Dans les CHU, notamment, ces prélèvements ont dû compenser une insuffisance globale de la ressource de 276 M€ par rapport aux emplois (dans les CH, il a fallu prélever 74 M€). Le phénomène a du reste obligé à consacrer une partie des emprunts nouveaux de 2008 à la reconstitution partielle des fonds de roulement.

Ainsi, l'emprunt sert non seulement au financement des investissements (voir infra), mais aussi à faire face aux déficits d'exploitation. Sur l'ensemble de la base DGFIP, les 965 M€ d'augmentation des emprunts en 2008 n'ont servi au financement des investissements qu'à hauteur de 776 M€. Dans les CHU, seulement 45% de l'augmentation des emprunts a servi à l'investissement. A l'inverse, dans les CH, l'augmentation des immobilisations totales a pu être très largement supérieure à celle des emprunts, grâce à l'autofinancement. Une fois de plus, le constat est celui d'une concentration du problème sur les CHU et de l'existence de cas difficiles dispersés parmi les CH.

B – Des déficits sous-estimés

Avant 2006, les résultats comptables des hôpitaux avaient une signification réduite du fait de la pratique généralisée des reports de charges d'un exercice à l'autre. Un progrès certain a été accompli à cette date avec l'institution des états prévisionnels des recettes et dépenses (EPRD), qui devaient favoriser le respect du principe d'indépendance des exercices et donc éviter notamment les reports de charges d'un exercice sur l'autre. Dans la ligne des constatations antérieures de la Cour sur la fiabilité des comptes des hôpitaux²⁴⁷, les juridictions financières ont vérifié sur une partie de l'échantillon le respect de ce principe et son incidence sur le résultat d'exploitation. Les constats conduisent à revoir à la hausse l'estimation des déficits.

1 – Les errements comptables

a) L'indépendance des exercices

Les chiffres globaux de la DGOS montrent certes une baisse rapide depuis 2006 des sommes comptabilisées au titre des charges sur exercices antérieurs : elles représentaient en 2006 0,96 % des charges totales mais n'étaient plus qu'à 0,36 % en 2007 et 2008 (un taux de 0,2 % est considéré comme techniquement justifiable).

Mais l'enquête a montré, dans de nombreux hôpitaux, une situation nettement moins satisfaisante, avec des reports de charges qui n'ont pas forcément baissé et ont parfois même augmenté (par exemple au Mans ou à Tarbes²⁴⁸). La sincérité des comptes en est substantiellement affectée.

247. RALFSS 2007, page 93 et suivantes.

248. Entre 2006 et 2008, les reports sont passés de 4,8 à 5,4 M€ au Mans, tandis qu'ils sont passés de 1,9 à 4,2 M€ à Tarbes entre 2006 et 2007, où la pratique s'est néanmoins améliorée en 2008.

Le lien est d'ailleurs souvent clairement établi avec les tensions budgétaires. Le ratio « reports sur charges totales » dépassait 1 % à Senlis, Lannion et Verdun, par exemple, et même 3 % en 2008 au CH Sud-Francilien où les reports de charges ont été massifs. Cette pratique n'a donc pas disparu. Il est impératif que les ministères de tutelle veillent à ce qu'elle ne prospère pas de nouveau dans les années à venir.

b) Autres problèmes comptables

L'inscription et la reprise des provisions paraissent parfois encore dictées par des principes flous ou par un opportunisme budgétaire pourtant expressément prohibé par la réglementation. A ce titre, les EPS d'Arras, Pau, Fécamp, Montauban ou Rodez, comme le CHU de Lille se sont attiré des critiques des CRC.

Parmi les provisions réglementées, le provisionnement du compte épargne temps (CET) pose particulièrement problème. Certes, les EPS ne disposent toujours pas d'une règle nationale pour la constitution et l'évolution de la provision (absence jugée peut-être opportune puisqu'elle permet d'améliorer optiquement les résultats comptables) et il est délicat d'évaluer exactement le niveau nécessaire. Cependant, le sous-provisionnement ne fait aucun doute dans la plupart des établissements contrôlés par rapport à la couverture des droits ouverts et les montants manquants sont souvent considérables. Déjà signalé antérieurement par la Cour²⁴⁹, ce problème devra trouver une solution lorsque la certification des comptes des hôpitaux se mettra en place.

De leur côté, les provisions pour renouvellement des immobilisations ne sont pas toujours dûment constituées, même lorsque des crédits exceptionnels ont été débloqués à cette fin.

Sans doute, ces approximations peuvent-elles jouer dans les deux sens. Certaines provisions pour risques et charges, par exemple pour gros entretien, sont dépourvues de justification et d'autres provisions servent de façon détournée aux mêmes fins de constitution de « réserves ». A l'inverse, les provisions pour dépréciation de comptes de tiers sont souvent insuffisantes (AP-HM, Lille, Pau, Angers, Bastia).

Le rythme choisi pour les amortissements est parfois très opportuniste et fonction de la situation financière, comme à Romorantin-Lanthenay. Une progressivité irrégulière a été adoptée à Arras. L'amortissement a été accéléré à Nice jusqu'en 2007 malgré une situation

249. RPA 2009, deuxième partie, p. 314.

financière globalement critique, il a été à l'inverse trop lent à Poissy Saint-Germain.

Perdurent également des retards fréquents dans l'apurement des créances sur les patients ou les organismes de sécurité sociale. Par exemple, les créances irrécouvrables sont restées inscrites au bilan à Poissy-Saint-Germain, afin d'éviter de passer les charges d'apurement correspondantes. Les recettes à classer sont demeurées trop longtemps à des niveaux élevés à l'AP-HP, Nice ou Bastia, ce qui peut dans certains cas être lié à des difficultés techniques dans les échanges avec l'assurance maladie (cf. infra).

Un élément supplémentaire d'opacité tient enfin aux cas fréquents de transferts irréguliers de charges entre le budget hospitalier de l'établissement et les budgets annexes (USLD²⁵⁰, services d'accueil de personnes âgées, écoles d'infirmières ...).

2 – Les retraitements opérés par les juridictions

Les juridictions ont dès lors cherché à dégager des résultats plus fiables en vérifiant la sincérité des inscriptions de charges et de produits et en corrigeant le résultat comptable des charges et produits sur exercices antérieurs comptabilisés sur l'exercice en cours.

Sur la partie de l'échantillon concernée, les retraitements aboutissent à une amplification du déficit de 2008 de près d'un quart (24,6 %) en moyenne. Un peu plus des deux tiers des EPS présentant des comptes en déficit voient leur situation aggravée par le retraitement. Plus de la moitié des EPS présentant un résultat comptable positif se retrouvent, en réalité, en déficit. Dans des cas comme ceux des CHU de Nancy et Caen, l'aggravation peut dépasser 5 M€ A Bordeaux, Montpellier, Arras et Creil, elle dépasse 1 M€. Au total, les établissements non déficitaires sont l'exception. Des écarts significatifs peuvent apparaître, dont quelques exemples sont donnés dans le tableau qui suit. Calculées sur la base des seuls éléments connus des juridictions financières, ces estimations s'entendent a minima.

250. Unités de soins de longue durée.

Les résultats retraités

En M€

EPS	Résultat comptable	Résultat retraité*
CHU Montpellier	-0,06	-2,96
CHU de Caen	-13,38	-19,82
CH du Mans	-5,60	-9,06
CH Creil	-2,93	-5,28
CH Rodez	+1,92	-7,96
CH de Senlis	- 2,80	-4,57

*au sens de l'article D. 6143-40 du CSP

Source : Contrôles des CRC.

Pour poursuivre le raisonnement et à des fins informatives, un retraitement supplémentaire a été effectué. Il consiste à soustraire du résultat comptable le montant des aides exceptionnelles accordées pour limiter les déficits²⁵¹. Cette analyse a pu être faite pour l'échantillon de l'enquête et elle aboutit naturellement à une aggravation de tous les constats issus du premier retraitement : le déficit global est alors supérieur de plus des deux tiers au résultat comptable.

Il n'est pas rare que des établissements dont le déficit comptable de 2008 était compris entre 1 M€ et 3 M€ franchissent alors, à l'issue de ces deux retraitements, les 10 M€ de déficit hors les dotations exceptionnelles (exemple CH du Sud-Francilien ou Montpellier).

Deux constats peuvent ainsi être faits même s'il n'est pas possible d'extrapoler précisément à partir de l'échantillon :

- le déficit national agrégé officiel est sensiblement inférieur à la réalité ;
- le déficit de certains établissements pourtant réputés en crise est encore sous-estimé. A l'inverse, le nombre des établissements bénéficiaires est vraisemblablement surévalué²⁵².

251. Pour autant qu'on puisse toujours bien cerner la fonction effective des aides, ce qui n'est pas toujours aisé. Ce travail ne porte plus sur la fiabilité des comptes, mais vise à cerner la performance de l'activité proprement dite des établissements.

252. Il l'est d'autant plus que les excédents comptables officiels sont plus minces et basculent plus aisément dans le négatif sous l'effet d'un retraitement.

II - La mise sous tension financière des établissements

Parmi les différents facteurs explicatifs de cette situation dégradée, plusieurs sont issus des choix faits au plan national, liés à la réforme du financement des hôpitaux, au moment même où était recherchée la maîtrise de l'ONDAM hospitalier et où s'engageait malgré tout un plan de relance des investissements hospitaliers²⁵³.

A – Un objectif de responsabilisation des établissements

Le choix de faire correspondre les ressources des hôpitaux avec le produit valorisé de leur activité (pour la médecine, la chirurgie et l'obstétrique, MCO, dans un premier temps) a conduit à faire apparaître un écart entre charges et produits. A ainsi été révélé dans les comptes des établissements un déficit qui pesait auparavant sur l'assurance maladie, à travers la dotation globale aux hôpitaux. Ce choix, qui peut éventuellement entraîner des coûts de refinancement plus élevés, se justifie par la volonté de contraindre les établissements à se restructurer et à accroître leur productivité.

1 – L'effet des évolutions de la ressource d'assurance maladie

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie propre à l'hôpital « ONDAM hospitalier » est le premier des instruments de mise sous tension du secteur. Son taux de progression annuel tel qu'il résulte de la LFSS traduit cette volonté politique : de 2006 à 2008, il a été fixé en dessous de l'évolution spontanée de la dépense, intégrant ainsi des économies prévisionnelles²⁵⁴.

Il est cependant délicat d'apprécier l'efficacité globale du dispositif en termes de maîtrise des dépenses, même au niveau macroéconomique. L'écart entre le taux d'évolution tendancielle des dépenses et le taux d'augmentation de l'ONDAM voté et exécuté ne rend qu'imparfaitement compte de l'effort imposé aux établissements. Ainsi que la Cour l'a déjà montré à plusieurs reprises, la base à laquelle s'applique le taux de

253. La Cour a déjà examiné la cohérence de ces trois volets dans le RALFSS 2009.

254. Cf. RALFSS 2009 ainsi que chapitre II du présent RALFSS, pour l'analyse des économies supposées, intégrées en fait dans la détermination du taux de progression de l'ONDAM.

croissance de l'ONDAM fait l'objet de divers ajustements, « rebasages » et corrections de périmètres. Surtout, la capacité à respecter l'objectif voté est encore incomplète. Comme l'a montré le RALFSS 2009, elle n'a pas été parfaite en 2008 et le dépassement de 2009 sur les hôpitaux est actuellement évalué à 0,9 %. Pour autant, une évolution sensible de la dépense d'assurance maladie ne se traduit pas nécessairement par l'amélioration du résultat des hôpitaux : moins de 60 M€ d'amélioration en 2009 pour un accroissement de la dépense supérieur à 1,5 Md€.

Par ailleurs, l'ONDAM constitue en principe une enveloppe fermée qui inclut non seulement l'incidence de la progression de l'activité, mais également les effets tarifaires ainsi que les recettes autres que celles directement liées à l'activité, comme les dotations accordées par la tutelle. Toute progression de l'un de ces trois termes a vocation à être compensée par les autres. En pratique, la progression des éléments hors tarifs s'impute sur ceux-ci, aboutissant à des hausses de tarifs réduites, voire à des baisses (-0,03 % en 2009). La neutralité macroéconomique du dispositif n'implique pas, cependant, que les acteurs de terrain adoptent des comportements vertueux, tant que les insuffisances de gestion et les avantages particuliers négociés avec les ARH (par exemple sous la forme de dotation MIGAC accrues) peuvent être compensés par de moindres revalorisations de tarifs, qui elles s'imposent à tous.

Au total, l'effet de l'évolution contrainte de l'ONDAM hospitalier sur les dépenses des établissements est donc incertain.

2 – La T2A : les effets d'un changement de modèle

Le financement par dotation globale avait permis à beaucoup d'établissements de bénéficier de moyens dépassant ce qu'aurait justifié leur activité. L'alignement de leurs ressources sur leurs produits d'exploitation, c'est-à-dire sur la valorisation de leur activité réelle, complétée de dotations représentatives des activités échappant à cette valorisation, a fait apparaître des déficits qui pouvaient parfois avoir des origines anciennes.

Même si la cartographie des résultats est un peu brouillée par divers mécanismes compensatoires (cf. infra), on constate que les hôpitaux historiquement « sur-dotés » constituent l'essentiel des établissements déficitaires. Ils se rencontrent prioritairement dans certaines régions, elles aussi globalement sur-dotées (exemple Provence Alpes Côte d'Azur). Mais les inégalités historiques existent aussi à l'intérieur des régions. Ces EPS sont représentatifs de la difficulté qu'il y

a à adapter l'offre hospitalière au rythme imposé par la réforme du système de financement, même avec les délais de transition prévus.

La persistance, voire l'aggravation du déficit de certains établissements, mesure leur plus ou moins grande aptitude à s'ajuster à la nouvelle donne. Nombre d'entre eux sont en outre confrontés à une stagnation ou à un recul de l'activité qui implique nécessairement que le redressement ne peut passer que par une action sur la dépense. Or, cette vérité a mis du temps à se faire jour. De plus, depuis l'instauration de la T2A, toutes les campagnes tarifaires ont fondé les calculs des taux de hausse sur l'hypothèse d'une augmentation de l'activité en volume : il y a donc un handicap supplémentaire pour les EPS qui ne sont pas dans ce cas.

L'AP-HP, les HCL et l'AP-HM sont les plus éminents des « sur-dotés ». L'intégralité des hôpitaux de l'AP-HP présentait en 2006 et 2007 des dépenses supérieures aux recettes. A Lyon, malgré divers amortisseurs, les recettes provenant de la T2A et de la DAC ont baissé de 6,5 % entre 2005 et 2007. Le groupement hospitalier du Havre constitue un autre exemple de réveil brutal en 2006.

B – Les effets des mécanismes d'adaptation et de redistribution

Divers mécanismes sont intervenus pour atténuer ou étaler dans le temps l'effet de ces nouvelles modalités de financement, ainsi que pour atteindre des objectifs complémentaires (compléter le mécanisme tarifaire, compenser des distorsions...). Du point de vue des établissements, ces dispositifs d'adaptation ne sont pas neutres et contribuent notablement à l'explication des situations locales. Seront successivement évoqués à ce titre les effets des mesures de transition, l'incidence des MIGAC et les effets de la structure tarifaire.

1 – Les effets des mesures de transition

Le déploiement de la T2A dans les établissements pratiquant la MCO s'est fait de manière progressive à partir de 2004. L'objectif « 100 % T2A » a été formellement atteint en 2008, mais à cette date ont été mis en œuvre des « coefficients de transition ». Destinés à rendre plus douce la période de démarrage, ces coefficients retardent aussi inévitablement l'émergence de difficultés financières. Symétriquement, les EPS sous-dotés ne constatent que progressivement les gains du nouveau système de financement.

Les établissements jadis sur-dotés, censés se préparer à une baisse progressive de leurs recettes, ont ainsi vu en 2008 leurs recettes T2A affectées d'un coefficient supérieur à 1, calculé sur la base de l'activité de 2006²⁵⁵. Le mécanisme inverse s'applique aux établissements jadis sous-dotés. Chaque année, l'ARH puis l'ARS fixera le taux moyen régional de convergence des coefficients de transition, de manière à ce que tous les établissements se voient appliquer les mêmes tarifs en 2012 au plus tard.

Ces dispositifs (progressivité de l'application de la T2A puis coefficients de transition) entraînent d'importants transferts de ressources entre les établissements, estimés à 1 200 M€ sur la période 2004-2012, dont 240 M€ restant à réaliser de 2010 à 2012.

Effets de la convergence intra-sectorielle sur les EPS

En M€

		Effet de la convergence 2009	Impact de la convergence de 2010 à 2012
Toutes catégories EPS	somme des gains	128,4	246,1
	somme des pertes	-126	-241,3
dont CHU/CHR (sauf AP/HP)	somme des gains	50,5	167,9
	somme des pertes	-89,1	-293,8
AP-HP	perte	-40,9	-81,8

Source : Données ATIH

La baisse de recettes enregistrée par les hôpitaux sur-dotés signifie que ceux d'entre eux qui sont entrés déficitaires dans la période verront leurs perspectives s'assombrir d'ici 2012 ou, en d'autres termes, qu'ils devront accélérer leur retour à l'équilibre alors même que leur activité peut stagner. L'AP-HM, par exemple, était déficitaire de 58,4 M€ en 2008, malgré un surcroît (ou atténuation de la baisse théorique) de recettes dû à un coefficient de transition de 1,0666 (37 M€). En 2009, le coefficient est passé à 1,0444, ce qui a généré un manque à gagner de plus de 12 M€. Le CHU de Caen, dont la baisse de recettes a été atténuée en 2008 de l'équivalent de la moitié de son déficit final, est dans un cas de figure analogue. A l'AP-HP, l'atténuation a approché 130 M€ car le coefficient de transition établi à 1,053 était le plus fort des CHU-CHR, après Marseille et Pointe-à-Pitre.

255. Activité majorée de 1,7 % pour tenir compte des évolutions intervenues dans l'intervalle. Ce coefficient a été appliqué aux tarifs de l'exercice 2008 de manière à disposer du même montant de recettes que celui qui aurait été attribué dans le dispositif antérieur.

A ces coefficients de transition peuvent s'ajouter des coefficients géographiques au profit des établissements d'Ile-de-France, de Corse et des DOM, financés *de facto* par les établissements des autres régions, même s'ils sont de leur côté exposés à des surcoûts géographiques²⁵⁶.

2 – Les MIG et les AC

L'enveloppe de l'ONDAM hospitalier doit également financer les concours accordés au titre des missions d'intérêt général et des aides à la contractualisation (MIGAC). Ces concours ont connu une forte augmentation depuis plusieurs années (+41 % entre 2006 et 2009) et devaient atteindre en 2009 7,7 Md€ soit 18 % de l'ODMCO, dont plus du tiers en AC. Ces augmentations sont en partie dues à des élargissements du périmètre, à mesure que certaines missions sortent du champ du financement par voie tarifaire (en 2009, permanence des soins et prise en compte de la précarité des patients).

La Cour a déjà exposé la diversité des MIGAC et de leurs finalités²⁵⁷. Leur impact sur les comptes des établissements est plus précisément présenté ici ainsi que leur contribution au redressement des situations, dans la III^{ème} partie de ce chapitre.

Les dotations au titre des MIGAC ont progressé rapidement dans de nombreux établissements, au-delà de ce que pouvait expliquer l'élargissement de leur périmètre théorique. Par exemple, au CH de Saint-Nazaire, l'augmentation a été de 155 % entre 2003 et 2007 et à nouveau de 20 % en 2008. A Rochefort, elles ont progressé de 90 % de 2005 à 2007. Elles évoluent donc en général plus vite que les produits de l'activité, ce qui signifie que le système de financement mis en place avec la T2A est de plus en plus dual, avec une partie croissante résultant de la négociation entre les établissements et les ARH (ou le ministère).

Ce dernier trait explique en partie les écarts entre établissements : en 2007, par exemple, la conférence des directeurs des affaires financières des CHU a calculé que les MIGAC représentaient en moyenne un peu plus de 18 % des produits versés par l'assurance maladie aux CHU, mais dans une fourchette de 8 à 23 %. L'AP-HP, par exemple, a vu ses dotations MIGAC progresser de 31 % entre 2005 et 2007 alors que l'augmentation au plan national était de 23,5 %.

256. Cf. RALFSS 2009 : La mise en œuvre de la T2A : bilan à mi-parcours p. 171 et suivantes.

257. Idem.

Un lien apparaît, au cas par cas, entre l'évolution des MIGAC et la situation financière des établissements, alors même qu'une majorité des MIGAC est censée être la rémunération objective de missions impossibles ou difficiles à tarifier dans les GHS. Toutefois, de gros établissements attribuent aux approximations présidant au mode de calcul et d'attribution des MIGAC une part notable de leurs pertes (exemple Lens, Bordeaux, Lons-le-Saunier, Arras, Corbeil). A l'inverse, certains comme Caen en 2007 y ont sans doute gagné.

3 – Les effets de la structure tarifaire

L'élaboration des tarifs est une mécanique complexe mais son ambition de base consiste à répartir des financements grâce à une référence à des coûts moyens, génératrice par construction d'écarts avec la situation réelle des établissements. L'amélioration de cette échelle des coûts est en chantier. Celle utilisée pour 2009 a différé de la version précédente par des évolutions comprises entre -10 % et +13 % selon les « catégories majeures de diagnostic ».

Cependant, ce n'est pas l'échelle des coûts seule qui produit les tarifs, comme la Cour l'a déjà montré²⁵⁸.

Le passage d'une classification à une autre n'est pas neutre financièrement. L'introduction de la V11 de la classification des GHM, en 2009, a conduit à redistribuer entre les établissements 200 M€ environ. Les simulations réalisées par l'ATIH avant son introduction montrent que la nouvelle structure est défavorable au financement des activités de médecine, même après lissage, et favorable à la chirurgie et à l'obstétrique. Les séjours à sévérité lourde seront également mieux financés. Des effets différenciés sont également sensibles entre spécialités.

L'impact effectif de la nouvelle grille tarifaire sur le produit de chaque établissement dépend ainsi de son éventail d'activités (« case mix »), et seulement ensuite -vraisemblablement dans une moindre mesure- de sa capacité d'adaptation. Par suite, un hôpital dont le coût moyen serait proche du coût moyen national mais dont le case mix différerait de la cible de l'autorité tarificatrice pourrait ainsi être pénalisé ou avantagé, selon les cas.

De ce fait, a priori, les CHU devraient être favorisés par la V11 qui valorise mieux les cas complexes (leur activité MCO spécifique ne représente certes que 7 % de leur activité mais génère entre 15 et 21 % de

258. Cf. RALFSS 2009, chapitre VII, p.173 et suivantes.

leurs recettes dans l'échantillon de l'enquête). A contrario, un établissement comme celui de Dinan aurait perdu, à activité inchangée et par le seul effet prix de la nouvelle structure tarifaire, 0,6 M€ en 2009, soit l'équivalent de la moitié de son déficit de 2008. La même configuration a été trouvée à plusieurs reprises par l'enquête. Les changements tarifaires relatifs à la surveillance continue ou aux séjours de durée « extrême » (les plus courts et les plus longs) ont également déplacé des masses de recettes importantes en proportion des résultats des établissements concernés (par exemple perte de recettes de 1,4 M€ au CH de La Rochelle, à activité constante, entre 2008 et 2009 sur les séjours extrêmes).

L'ensemble de ces évolutions ne permet donc pas aux établissements de toujours percevoir précisément le lien entre leurs résultats et leurs coûts, qu'au demeurant tous n'apprécient pas correctement non plus.

C – Une politique d'investissement coûteuse

1 – Les choix du plan « Hôpital 2007 »

Dans le RALFSS 2009, la Cour a montré que le plan Hôpital 2007 avait déclenché des investissements très lourds, reposant finalement sur une clé de financement moins favorable aux établissements que celle qui les avait incités à lancer les opérations. Les aides ont représenté une part de l'investissement moindre que celle annoncée. En outre, le choix de procéder davantage par aides à l'exploitation²⁵⁹ destinées à faciliter le remboursement des charges d'emprunt que par apport en capital est certes moins « consommateur » d'ONDAM dans l'immédiat que le choix inverse, mais plus coûteux pour les EPS et in fine, pour la sécurité sociale.

L'enquête sur le terrain a confirmé que tous les investissements n'ont pas été précédés d'études suffisantes du retour sur investissement. Beaucoup pèsent durablement sur la marge de manœuvre des établissements, quand ils ne la font pas disparaître. Un cas emblématique est celui du CHU de Nancy qui a le troisième déficit cumulé de France. Encore peu endetté en 2002, il s'est fragilisé au rythme des investissements massifs réalisés au cours des cinq dernières années. L'encours de la dette a quasiment doublé entre 2006 et 2008, pour

259. Les aides à l'exploitation sont regroupées au sein des AC, dont elles ont constitué le premier objet et représentent encore plus de 40 % en 2008 (961 M€), contribuant ainsi à leur pérennisation.

atteindre 218 M€ Or la pertinence et la dimension des projets paraissent peu en rapport avec l'évolution de son activité.

Les CHU, s'ils ne sont certes pas tous dans la situation de celui de Nancy, se sont fortement endettés pour financer une politique d'investissement très dynamique. Alors qu'ils concentrent les déficits d'exploitation, malgré une activité soutenue pour beaucoup d'entre eux, ils ne parviennent pas à équilibrer les charges nouvelles résultant de cette stratégie.

En élargissant encore le point de vue, on constate que c'est l'ensemble des établissements du secteur public sous T2A qui a poursuivi un gros effort d'investissement. De 2006 à 2008, le montant des investissements a crû de 16 % (5,4 Md€ fin 2008). Si les CHU, hors AP-HP, représentaient encore en 2008 près du tiers de l'investissement de l'ensemble, les CH ont accéléré récemment leur effort (+21 % entre 2006 et 2008) ; l'AP-HP a avancé au même rythme que l'ensemble. Sur ces trois années, l'investissement des CHU a représenté 6 690 M€, dont l'AP-HP 1 545 M€, les HCL 643 M€ et l'AP-HM 445 M€

2 – L'endettement induit

Le phénomène décrit ci-dessus constitue l'explication essentielle -même si ce n'est pas la seule- de la progression remarquable de l'endettement du secteur. Ainsi, à la fin de 2008, la CAF brute de l'AP-HP et des CHU ne s'élevait qu'à 38 % de l'effort d'investissement.

La vague d'investissement, qui répondait à un réel besoin, paraît cependant avoir été lancée indépendamment de ce que l'exploitation des hôpitaux pouvait dégager en moyens. De 2006 à 2008, les annuités de remboursement dans les CHU ont progressé de 60 %. Il en découle un accroissement des charges d'exploitation (le poids des charges financières par rapport aux recettes d'activité a crû de plus d'un quart de 2006 à 2008 à l'AP-HP, de 17 % dans les CHU) et une perte d'indépendance financière. Pour plus de la moitié des EPS de l'échantillon, l'emprunt est désormais prépondérant parmi les ressources stables. Il en représente parfois 100 % ou presque. Dans 10 % des CH importants, comme celui du Mans, entre les 2/3 et les 3/4 des ressources stables sont constitués par des emprunts.

Le niveau atteint par l'endettement est très préoccupant dans certains CHU importants (Nancy, AP-HM, Nice). Il pourrait le devenir dans d'autres si leurs déficits s'accroissent et s'ils s'endettent encore ; une spirale déficitaire peut rapidement s'amorcer. En tout état de cause, la situation va empirer pour ceux qui vont voir débiter la période de remboursement d'emprunts lourds ou de loyers de baux emphytéotiques

élevés (par exemple Le Havre, Corbeil). Pour d'autres, au contraire, des investissements onéreux sont sans doute inéluctables alors que leur indépendance financière est déjà précaire.

La crise ainsi décrite ne caractérise pas que des hôpitaux très importants. Au sein de l'échantillon, on peut en citer de tailles diverses :

- le CH de Loches a un budget annuel de 21 M€ L'établissement vient d'être reconstruit à neuf. En 2008 son encours de dette se montait à 26,5 M€ son déficit réel à 3,7 % des recettes 2007 et il n'avait plus de marge de manœuvre ;
- le CH de Lannion a un budget de 71 M€ et des déficits récurrents (plus de 3,5 % des produits d'exploitation en 2007 pour le résultat retraité), pour un endettement de 40 M€ environ. Il ne devrait plus pouvoir emprunter avant plusieurs années mais son projet d'établissement prévoit pourtant 5 M€ par an de nouveaux investissements ;
- le CH de Lons-le-Saunier a 76 M€ de recettes, un déficit retraité qui s'est fortement accru pour atteindre 2,5 % des recettes en 2008. Un programme d'investissement de 32 M€ a été conclu en 2003 avec l'ARH. L'endettement a plus que triplé entre 2006 et 2008. La charge de remboursement va être de plus en plus lourde et l'établissement ne pourra plus envisager de nouveaux investissements hors renouvellement ;
- au CH de Dole, les charges du titre IV (amortissement, provisions, charges financières) sont passées de 3,8 M€ à 6 M€ entre 2004 et 2008, chiffres à comparer aux déficits réels d'exploitation (2,9 M€ en 2006, 4,7 M€ en 2007, 1,8 M€ en 2008 après aide exceptionnelle de 1,5 M€). Ayant engagé plus de 33 M€ de dépenses d'équipement dans cette période, financées par recours à l'emprunt (l'endettement a doublé), il a dû réduire les investissements prévus en 2008 et devra désormais se limiter au strict nécessaire ;
- le CH d'Arras est en déficit depuis 2004 (hors 2005), avec une pointe de -15,3 M€ en 2007, malgré une pratique irrégulière des amortissements. Il a investi 161 M€ pour la construction d'un nouvel hôpital (en dépassement de 14 % sur l'estimation initiale).

La dette des établissements comprend parfois des emprunts à risques et notamment des produits « structurés » ; ils peuvent même en représenter une part importante, voire majoritaire. C'est le cas, par exemple, à Senlis, Arras²⁶⁰ ou Dole (40 % dans ce dernier cas). Certains

260. A Arras, les emprunts « à risque » s'élevaient à près de 120 M€ en septembre 2009 et représentaient 73 % de l'encours de la dette.

ont encore été contractés en 2009 (à Arras), alors que l'attention avait déjà été publiquement attirée sur les inconvénients de cette pratique²⁶¹. On peut craindre de vrais sinistres à court ou moyen terme, avec des échéances à taux d'intérêt élevé qui semblent inéluctables. L'expertise suffisante ne paraît pas être disponible dans les EPS ni au sein de leur tutelle.

Par ailleurs, 23 CHU et 1 CHR se sont lancés ensemble en 2009 (mais pas solidairement) dans une procédure d'émissions obligataires (l'AP-HP le faisait déjà). La première émission s'est montée à 270 M€ Cette technique présente certes des avantages, à commencer par une diversification des sources et un abaissement possible des coûts²⁶². Cependant, l'amortissement de l'emprunt en une seule fois dans dix ans, sans amortissement annuel intermédiaire à la différence de la plupart des emprunts bancaires, imposera une discipline particulière aux établissements concernés. Le risque serait en effet que ces établissements souscrivent des engagements supplémentaires inconsidérés, reportant ainsi d'autant la résolution de leur problème de financement.

III - L'effet de ciseaux entre charges et recettes

L'enquête a établi que dans une majorité d'établissements, la croissance des charges a été au cours des années récentes plus rapide que celle des recettes. La différence n'est pas nécessairement considérable -l'écart de taux annuel moyen peut être inférieur à 1 point- mais si elle persiste sur plusieurs exercices elle peut aboutir à des impasses importantes. A l'AP-HM l'augmentation des dépenses a été de 50 % supérieure à celle des recettes entre 2004 et 2008.

Dans la recherche des causes des écarts, il convient donc d'examiner l'évolution de l'activité et l'efficacité des rouages qui permettent de passer de l'activité aux recettes. Quant aux coûts, ne seront évoqués ici que ceux qui n'ont pas déjà été abordés supra (coûts de l'endettement) ou dans le RALFSS 2009 (carences d'organisation de la production de soins ou surdimensionnements de l'équipement, fréquente incapacité des établissements à repérer et mesurer leurs foyers de surcoûts).

261. Notamment dans le rapport public annuel 2009 de la Cour.

262. L'excellente notation accordée à l'opération par une agence ainsi que le taux obtenu du marché laissent entendre que les investisseurs ont, à défaut d'une garantie que l'Etat ne pouvait pas donner sans disposition législative, implicitement considéré que celui-ci ne laisserait pas un EPS faillir à ses engagements.

Mais les facteurs peuvent aussi se cumuler : le cas n'est en effet pas rare d'établissements frappés à la fois par le poids des investissements, l'effet de ciseau entre évolution des charges et évolution de l'activité et enfin la résorption de leur passé d'hôpitaux sur-dotés.

A – Activité et recettes

Le niveau d'activité des établissements est une composante essentielle de leur équilibre financier, mais dont l'effet est variable en fonction de leur capacité à la transformer en recettes.

1 – Evolution de l'activité

a) Activité globale

Un nombre frappant de projets d'établissement ou de plans de retour à l'équilibre financier (PREF) ont tablé sur le développement de l'activité de l'hôpital concerné. Ce parti pris, qui n'a pas souvent été contredit par la tutelle, est sans doute plus facile à adopter qu'un programme de réduction des coûts. Mais sa généralité pose deux problèmes. D'une part, il suppose une demande globale de soins hospitaliers plus extensible qu'elle ne l'est sans doute ou bien il néglige la réalité concurrentielle. D'autre part, il semble faire peu de cas du mode de construction de l'ONDAM, qui tend à compenser par une baisse des tarifs l'impact d'une augmentation nationale des volumes. Aussi, avec le recul, le constat le plus fréquent est-il que les prévisions d'extension de l'activité n'ont pas été réalisées.

Dans l'échantillon de l'enquête, les cas de baisse de l'activité au cours de la période récente sont en fait assez nombreux, y compris dans de très grands centres et pas seulement dans les zones rurales (Poissy-Saint Germain, Decazeville, Laval, Vexin...). Globalement, les cas de baisse et de stagnation l'emportent sans doute sur ceux de franche expansion. Dans de nombreux cas, l'équilibre prévisionnel des établissements était pourtant fondé sur des perspectives de croissance de l'activité, qui se sont révélées erronées (et n'étaient du reste en général pas crédibles).

Or, lorsque l'activité baisse, il est inévitable que les charges ne suivent pas immédiatement.

b) Evolution des composantes de l'activité

Plus souvent encore, les activités ont une évolution divergente au sein d'un même établissement. L'activité de médecine, qui n'est pas soumise à une forte concurrence du secteur privé hors la cardiologie, progresse dans la majorité des cas, du moins si on l'exprime en nombre d'entrées ; le nombre de journées ne progresse pas au même rythme car la durée des séjours a tendance à baisser. L'obstétrique connaît également un dynamisme certain, avec une augmentation du nombre d'accouchements et une tendance à la baisse des durées de séjour. Un sensible désengagement des cliniques est d'ailleurs constaté dans ce secteur (le CH de Mâcon par exemple se trouve désormais en situation de quasi monopole).

En chirurgie, au contraire, la tendance est à la stagnation, voire au repli, surtout dans les hôpitaux moyens, alors que c'est l'activité que la tarification tend à favoriser. Dans le meilleur des cas, les parts de marché se maintiennent en 2006-2008 mais on relève plusieurs territoires où l'activité des cliniques progresse quand celle de l'hôpital stagne. Dans le Rhône, les Hospices civils ont stabilisé leur part de marché à 27 %. Cependant, on observe dans le même temps une augmentation du poids relatif des cas graves dans les EPS.

Au moment de l'enquête, en outre, les établissements qui allaient perdre de l'activité, en application des nouveaux seuils réglementaires d'agrément de traitements du cancer, n'en avaient pas encore pris toute la mesure. C'est du reste tout un mouvement de contraction du réseau qui s'est amorcé avec cette première spécialité et qui va profondément changer la configuration de l'activité hospitalière.

Le recours à l'activité de chirurgie et d'anesthésie ambulatoires était très inégal en 2009 et possédait encore de fortes marges de progression. Cette activité est très concurrentielle et suppose une organisation rigoureuse et complexe qui n'est pas encore partout à l'œuvre ; elle implique aussi l'existence d'un réseau de praticiens libéraux « adresseurs ». L'évolution, si elle est globalement indéniable, est lente.

L'enquête a confirmé la hausse continue du recours aux urgences et l'importance du recrutement des patients par cette voie, qui est un facteur de coûts supplémentaires et de perturbation pour l'activité des blocs, mais aussi un signe d'insuffisant ancrage local susceptible d'alimenter l'activité programmée. Le taux moyen d'hospitalisation de patients régionaux aux urgences est de 25 %, mais de 35 % à Arras, par exemple.

2 – De l'activité aux recettes

a) La valorisation des recettes

La mise en œuvre de la T2A a rendu cruciale pour l'équilibre financier l'étape de valorisation de l'activité ; elle l'a également soumise à une complexité nouvelle. La tâche n'est pas simple pour les praticiens, théoriquement en charge du codage des actes, au point qu'elle a souvent commencé par être centralisée à la direction de l'information médicale (DIM) et qu'elle reste sujette à contrôles et redressements par celle-ci. Actuellement, la répartition des tâches est hétérogène, parfois au sein même des établissements. En tout état de cause, elle mérite des actions de formation, des outils de pilotage et sans doute un système d'intéressement (le secteur privé, où la rémunération est à l'acte, n'a pas ce souci). Cependant la qualité du travail des codeurs n'est pas seule en cause : il existe de multiples causes possibles d'insuffisances dans la valorisation, notamment du fait de l'instabilité tarifaire et réglementaire, comme l'a montré une étude du CHU de Caen.

Il reste que le codage actuel génère des pertes importantes. Par exemple, une anomalie probable à l'AP-HM, repérable dans son PMCT²⁶³ atypique, pourrait lui avoir coûté 40 M€ environ en 2008. Or, le déficit de son budget s'est élevé à 58,4 M€. Il est possible aussi qu'existent à l'inverse des codages indus, même si la tutelle et la CNAMTS se disent confiantes dans leur aptitude à les repérer.

Les délais de production sont souvent trop longs, ce qui dénote encore un défaut de mobilisation dix ans après le début du codage et quinze ans après le début du PMSI. Le développement de la cotation en temps réel aurait l'avantage subsidiaire de favoriser celui de la facturation avant la sortie du patient.

La qualité du codage est encore inégale. Au CH de Montauban, un retraitement par le DIM des dossiers de 2007 a permis d'évaluer à 1,3 M€ (en 100 % T2A) l'impact de la sous-valorisation. Au CHU de Caen, les contrôles ont permis une récupération de 8,9 M€ en 2008. Est notamment à noter une sous-valorisation fréquente de l'activité réelle, par manque d'exhaustivité du codage des diagnostics associés.

Il se pourrait cependant que l'année 2009 marque, si l'on en croit les résultats provisoires, un progrès significatif du codage, qui serait attribuable soit aux effets enfin sensibles de la pédagogie, soit à l'attrait tarifaire de certaines rubriques de la V11. Ces signes encourageants

263. Poids moyen du cas traité.

seraient amplifiés par la modernisation des systèmes d'information hospitaliers.

b) La facturation et le recouvrement

Pour l'essentiel, les hôpitaux adressent leurs factures d'une part aux caisses d'assurance maladie, d'autre part aux patients et/ou à leurs organismes complémentaires pour les prestations qui restent à la charge de ceux-ci.

Selon la DGOS, les pertes de recettes liées aux insuffisances de la chaîne de facturation seraient comprises entre 5 et 15 % du budget des hôpitaux. Un diagnostic interne du CHU de Caen réalisé en 2007 a chiffré ces pertes à plus de 14 M€ ce qui représentait pour cette année 60 % du déficit constaté. Certes, les nombreuses évolutions réglementaires et tarifaires multiplient les heurts dans cette chaîne, mais il existe aussi des défauts d'organisation. Un problème fréquent est le défaut de fiabilité du recueil et de la saisie des données administratives relatives au patient. Cela contribue à expliquer le fort taux de rejet des factures par les caisses pivots d'assurance maladie (7 à 10 % dans les meilleurs cas, sur les seuls flux télétransmis) et par les comptables publics (10 %). Selon l'IGAS, entre un tiers et la moitié des rejets sont liés à des identifications erronées des droits des assurés. L'entrée par les urgences est certes un facteur important d'incomplétude des dossiers compte tenu de la pluralité des intervenants. Les consultations externes sont aussi un foyer de pertes : la facturation imparfaite y porte souvent sur des sommes individuellement modiques mais dont le total est très important, ce qui fait que les consultations externes sont responsables de l'essentiel des admissions en non valeur des établissements.

Toutes les défaillances dans les procédures d'enregistrement induisent in fine un allongement du délai de recouvrement (annulations puis rémissions des titres) et ont des conséquences sur le besoin de trésorerie de l'établissement.

D'autre part, après le paiement par l'assurance maladie, il arrive assez souvent que le comptable de l'établissement rencontre à son tour des difficultés pour rapprocher les titres de recettes émis des versements effectués, ce qui entraîne dans les comptes un gonflement et une pérennisation des recettes à classer.

La réforme de 2003 instaurant la T2A prévoyait la mise en place en 2006 d'une facturation directe et individuelle à l'assurance maladie, à l'instar du système en vigueur pour les cliniques privées. Cette modernisation serait de nature à résoudre une bonne part des problèmes évoqués ci-dessus. Sa réalisation a été continûment reportée, notamment à

cause de l'absence d'interopérabilité entre les systèmes d'information hospitaliers et ceux de l'assurance maladie.

Les délais moyens d'émission des factures sont longs et cela produit de hauts niveaux de restes à recouvrer dans les comptes. Par exemple, au CH de Lons-le-Saunier, le délai entre le fait générateur et l'émission du titre de recette est en moyenne de deux mois et demi. Le montant des créances à recouvrer y atteint 3,1 M€ en fin d'exercice 2008 hors créances sur l'AM, soit plus que le déficit de l'année. Au CH de La Rochelle, un acte réalisé en fin d'année donnera lieu aux premiers encaissements en mars de l'année suivante (juillet pour les patients sans tiers payant).

Dans plusieurs cas, comme à Arras, les créances à recouvrer ont évolué sur la période nettement plus vite que les produits, signe de dégradation de la facturation et/ou du recouvrement. Dans plusieurs cas également, on a constaté une forte insuffisance de provisionnement des risques d'irrecouvrabilité (Lille, Bastia par exemple). A l'inverse, des exemples d'évolution positifs comme au CHU de Nîmes et à l'AP-HM montrent qu'affecter des moyens administratifs spécifiques à l'optimisation de la chaîne facturation-recouvrement peut être très productif.

B – Les dépenses de personnel

Après le RALFSS 2009 qui a analysé les causes de surcoût liées à l'organisation, les investigations des juridictions ont porté sur les charges de personnel.

1 – Le poids des charges de personnel

Rapportées à la dépense totale des établissements, les dépenses de personnel pèsent, pour 90 % de l'échantillon de l'enquête, entre 60 et 70 % (le plus souvent plus de 65 %) ; le reste de l'échantillon est au-dessus de 70 %. C'est un poids en augmentation dans la moitié des cas entre 2006 et 2008.

Rapportées aux recettes d'exploitation, elles pèsent de façon croissante à mesure qu'on descend des CHU (80 %) jusqu'aux budgets inférieurs à 20 M€ (98 %). Parmi les établissements contrôlés, deux ne couvriraient même pas les dépenses de personnel par leurs recettes d'activité (Magny-en-Vexin, Saint-Hilaire du Harcouët). Le premier a, du reste, fait l'objet d'un contrôle approfondi à la demande de l'ARH à cause de l'importance de son déficit. Ces établissements ont sans doute un problème de taille critique. Parmi ceux dont la dépense de personnel a

dépassé 90 % des recettes d'exploitation, on retrouve Laval et, guère loin des 90 %, des établissements déjà signalés pour d'autres raisons comme Corbeil.

Les données nationales, notamment celles du comité d'évaluation de la T2A (de septembre 2009) font état d'une évolution des charges de personnel fluctuant entre +3 % et +5 % par an entre 2003 et 2007, évolution plus rapide que celle des produits pour 2007.

Les juridictions ont évidemment trouvé des décalages nettement plus importants dans les établissements dont l'activité stagnait ou régressait (Magny-en-Vexin, Montluçon, Le Havre). Globalement, la dépense de personnel a progressé :

- plus vite que les recettes totales, entre 2006 et 2008, dans un peu moins de la moitié des EPS de l'échantillon ;
- plus vite que les produits de l'activité médicale dans 70 % des cas ;
- plus vite que les dépenses totales dans 60 % des cas.

Parmi les causes de cette progression, figure l'effet des mesures salariales nationales et de la publication des normes techniques. Il y a aussi des explications locales, qui se reflètent dans la dispersion de certains indicateurs. Le coût moyen annuel d'un salarié non médical (en ETP) hors charges sociales connaît un écart de 22 % entre Fécamp et Sarreguemines en 2008 (l'écart maximal dans l'échantillon n'était que de 18 % en 2006). Le coût moyen annuel d'un médecin varie de 45 % entre Verdun et Montluçon.

Certains établissements ont mis en œuvre une politique d'avancement avantageuse (CHU de Limoges, La Rochelle) pour les personnels non médicaux, pourtant régis, en principe, par un statut national unique. Dans le cas des médecins, la rémunération de contractuels et celle de la permanence des soins, qui sert souvent à faciliter les recrutements, peuvent contribuer à expliquer les écarts. En 2008, le coût moyen de la permanence des soins, inclus dans le coût annuel d'un médecin, est deux fois et demie plus cher à Fécamp, qui cette fois-ci est l'établissement le plus cher de l'échantillon, qu'à La Rochelle. Ce coût a augmenté de plus de 10 % entre 2006 et 2008 dans 21 % des établissements, mais a diminué dans 47 % des cas, indice supplémentaire de disparité des pratiques.

2 – La productivité des personnels

Entre 2006 et 2008, la progression des effectifs non médicaux a persisté, bien qu'inférieure à 5 % dans les deux tiers des établissements. Les CDD, en particulier, ont sensiblement augmenté. Il faut dire que

l'absentéisme est resté élevé (entre 6,9 % et 11,8 % en 2008, avec 70 % des établissements à 9,5 % ou plus). Cependant, les contractuels de remplacement n'ont pas été embauchés en aussi grand nombre que l'aurait impliqué le remplacement intégral, il s'en faut de 10 %.

Les effectifs médicaux ont progressé de moins de 5 % dans un tiers des établissements, de plus de 10 % dans un autre tiers qui a eu souvent un usage prononcé du personnel non permanent (Nancy, Sarreguemines.). A plusieurs reprises, la perspective de nombreux départs à la retraite à moyen terme a été signalée.

Même calculé en excluant internes et étudiants, le ratio « produits de l'activité/nombre d'agents » connaît de forts écarts dans l'échantillon : 50 % pour le personnel non médical, 29 % pour le personnel soignant non médical, 67 % pour le personnel médical (les extrêmes sont à Sarreguemines et Montluçon dans ce dernier cas). Sans doute, existe-t-il peu de normes réglementaires d'encadrement dans les services de soins de nature à réduire les disparités et leur développement augmenterait probablement les coûts. Cependant, la faible productivité de certains établissements peut aussi s'expliquer par des conditions très avantageuses en matière d'aménagement du temps de travail, qui nécessitent des recrutements supplémentaires (comme le montre l'exemple de Dole).

3 – Le lien avec la situation financière

Le lien n'est pas systématique entre l'augmentation des coûts ou des effectifs et la dégradation des résultats comptables. Certes, parmi les établissements dont le déficit s'est aggravé entre 2006 et 2008, les effectifs ont progressé dans les deux tiers des cas et le coût moyen des personnels a augmenté dans près de neuf cas sur dix. Mais il existe aussi des cas d'amélioration du résultat avec augmentation des effectifs et abaissement du coût moyen (à Verdun, par exemple).

Au contraire, le lien est vérifié entre l'évolution des résultats, d'une part, et d'autre part, l'écart de progression des dépenses de personnel et des produits de l'activité. Il est avéré quel que soit le sens de l'évolution des résultats.

IV - La réactivité insuffisante des acteurs

La logique même de la réforme hospitalière, depuis 2003, est fondée sur l'idée de réactivité et d'adaptation, y compris dans la structure de l'offre, par opposition à l'ancienne logique de reconduction. C'est à cette fin que concourent les discours de responsabilisation des acteurs et

les moyens de pilotage qui ont été développés. Le contexte financier incite à vérifier la réalité de cette réactivité.

1 – La réactivité des établissements

L'impression donnée par les instances responsables des établissements est contrastée. Si certaines ont su élaborer rapidement des plans de redressement quand sont apparus les résultats négatifs (sans pour autant anticiper, ce qui aurait été parfois possible), d'autres ont fait preuve d'une longue inertie, comme les Hospices civils de Lyon ou le CHI de Poissy Saint-Germain, voire de résistance lorsque les ARH les ont alertées (ainsi à Caen ou Bastia), alors même que les problèmes en cause pouvaient être structurels. Dans d'autres cas, une succession de plans de retour à l'équilibre financier (PREF), de contrats de retour à l'équilibre financier (CREF) ou d'avenants n'a pas dissimulé une impuissance des responsables d'établissement à endiguer la dérive (ainsi à Corbeil par exemple).

Il est vrai qu'on retrouve ici la difficulté soulignée dans le RALFSS 2009 : un manque de disponibilité et d'usage des informations et des mécanismes de contrôle de gestion qui constituent le premier moyen de la réactivité. Dans bien des cas, les données et prévisions sont même, plus ou moins sciemment, erronées.

2 – La réactivité de la tutelle régionale

Les ARH avaient la responsabilité, pendant la période sous revue, de suivre la situation des hôpitaux, de leur demander de prendre des mesures de redressement -éventuellement après évaluation des CRC- et de contractualiser en ce sens, enfin d'attribuer des aides financières de façon plus ou moins encadrée par les directives de l'administration centrale. A partir de 2007-2008, celle-ci leur a fixé des objectifs annuels de réduction des déficits. D'autre part, après des hésitations, elle a également mis en place en février 2010 avec la DGFIP un dispositif de détection des EPS en difficulté.

Lorsque la situation des EPS s'est dégradée, l'enquête a montré que l'intervention des ARH avait souvent été rapide, notamment pour que soient engagées des procédures de retour à l'équilibre. Face à elles, cependant, elles n'ont pas toujours trouvé des responsables d'établissement très disposés à passer à l'acte et il leur est arrivé de devoir renoncer, au moins temporairement. Il leur est également arrivé, comme avec le CH de Saint-Hilaire du Harcouët, celui du Havre ou celui de Laval, d'avoir elles-mêmes un temps de retard par rapport à la dégradation des comptes.

Cependant, un recours même rapide aux plans de redressement n'implique pas pour autant que leur contenu, leur suivi ou leurs résultats soient de qualité. La question se pose, d'autre part, de savoir si ces actions contribuent, au-delà des colmatages, à des redressements durables.

3 – Les plans et contrats de retour à l'équilibre financier

La DGOS suivait, à la fin de 2009, 238 établissements engagés dans une procédure de retour à l'équilibre financier, dont 165 avaient signé un contrat. Les CREF examinés dans le cadre de l'enquête donnent le sentiment d'avoir été en réalité élaborés pour justifier formellement le versement d'aides souvent importantes²⁶⁴. On note en effet le cumul de quatre types de problèmes :

- le suivi des engagements contractés a été déficient. Des CREF comme ceux de Saint-Hilaire, Saint-Nazaire, Arras, Laval ou Dieppe n'avaient pas de dispositif de suivi et de bilan. Il est vrai que dans bien des cas, les clauses du contrat ne se prêtaient pas vraiment à un suivi sérieux ;
- les dispositions des PREF et CREF peuvent avoir été imprécises, voire très floues, ou irréalistes ou artificielles et au total insuffisantes. On peut citer à ce titre Montluçon, Sarreguemines, Laval, Corbeil, Bagnères-de-Bigorre. Ce n'est pas une fatalité puisque le CREF de Lons-le-Saunier présente une analyse structurelle pertinente ;
- des cas très lourds ont paradoxalement suscité des contrats plutôt inoffensifs. Celui des HCL de novembre 2004 entretenait une confusion entre apurement du passif et retour durable à l'équilibre. Celui du CHI de Poissy-Saint Germain appelle la même remarque. Le plan « Equilibre » de 2005 de l'AP-HP était caractérisé par des objectifs fort peu contraignants et cette absence d'ambition n'est sans doute pas étrangère à l'ampleur des problèmes et des tensions que l'AP doit affronter aujourd'hui. Plus généralement, les annonces récentes de mesures d'économies dans les plus grands établissements sont le signe qu'on a attendu longtemps avant de décider de solutions à la hauteur des problèmes et que de ce fait le coût en sera aggravé. Dans le cas des Hospices civils de Lyon, on sait déjà que le retour à l'équilibre n'est pas espéré avant 2013 ;

²⁶⁴ Selon l'ATIH, les AC versées à ce titre se sont élevées en 2008 à 76,5 M€ limitant ainsi à la moitié le déficit comptable des EPS concernés, ce qui signifie accessoirement que la plus grande partie des AC attribuées pour aider l'exploitation passe par d'autres canaux (cf. infra)

- les résultats sont en général hors de proportion avec les enjeux financiers. Souvent les objectifs des plans et contrats n'ont été que partiellement atteints lorsque la mesure en était possible (malgré des exceptions positives comme Montpellier). Mais même lorsqu'ils l'ont été dans une proportion honorable, comme à Montpellier, cela n'a pas été suffisant, en général, pour permettre aux établissements de poursuivre leur développement sur une base assainie. Il faut d'ailleurs signaler qu'à l'AP-HP le plan dit « Equilibre » s'est soldé en 2007 par un accroissement des effectifs en ETP.

De nombreux hôpitaux ont vu se succéder plusieurs CREF ou PREF en peu d'années, comme s'il avait fallu s'y reprendre plusieurs fois pour atteindre le bon niveau de résolution et enregistrer des débuts de résultats. Il semble toutefois que les dernières générations de contrats suivent une démarche plus rigoureuse et plus exigeante en contreparties que les premières, même si le bilan ne peut encore en être fait.

4 – Les aides exceptionnelles

Toutes les aides « exceptionnelles » versées ne passent pas par les procédures formelles de retour à l'équilibre. Elles ont des prétextes divers et n'empruntent pas nécessairement une forme contractuelle (par exemple à Lyon). Dans le classement des AC par finalité, établi ex post par l'administration centrale, la catégorie « autres aides », dont précisément la finalité échappe à tout effort de classement, est d'ailleurs l'une des plus lourdes financièrement (21% du total, contre 7 % en 2006).

Néanmoins, l'examen au cas par cas révèle un trait commun derrière cette diversité. Ces aides ont pour objet essentiel d'atténuer les tensions budgétaires et de réduire les déficits et pour effet, plus spécifiquement, de compenser la réduction des recettes induite par la mise en œuvre de la T2A ou ses corollaires. Elles œuvrent essentiellement dans le court terme. Mais la T2A et une partie des AC peuvent s'avérer dès lors antithétiques, du moins si la T2A est censée révéler des écarts pour inciter à la réforme. De ce point de vue, la croissance des AC pose question. Pour la DGOS, le phénomène est sous contrôle et n'est que provisoire. On pourrait cependant objecter qu'il ne pourra cesser que si la situation s'améliore suffisamment, ce qui suppose peut-être que la T2A, entre autres, produise tous ses effets de rationalisation. Sur le terrain, en revanche, il n'est pas démontré que tous les établissements aient réalisé que l'assistance n'aurait qu'un temps.

SYNTHESE

La possibilité de résorber le déficit hospitalier en 2012 dépend de plusieurs facteurs et notamment de la définition donnée à ce terme. Il peut s'appliquer à la situation globale des hôpitaux ou à chacun d'entre eux. Une partie de la réponse est entre les mains de la tutelle. Tout d'abord, pour qu'il s'agisse du déficit réel, il faudra que les établissements soient astreints à une pratique comptable plus fiable et notamment à un provisionnement réaliste des CET. D'autre part, des choix seront à faire sur l'évolution de l'enveloppe des AC qui se montent aujourd'hui, hors aides à l'investissement, à plus du double du déficit total. Les aides risquent, si l'on n'y prend garde, de masquer bien des situations dégradées sans enclencher les nécessaires restructurations.

Un premier axe d'amélioration concerne les recettes. L'enquête a montré que des marges de progrès existaient, certes peu considérables du côté de l'activité, plus tangibles du côté de la chaîne codage-facturation-recouvrement, sous réserve naturellement que d'éventuelles augmentations de recettes des établissements ne soient pas intégralement reprises par les modifications des tarifs nationaux.

De fait, si l'on se situe au niveau agrégé de l'ensemble des établissements, ces progrès sont anticipés et les tarifs ajustés à la baisse pour en compenser l'effet.

Le rétablissement durable d'une situation financière saine dépend ainsi de l'aptitude des hôpitaux à réduire suffisamment leurs coûts pour résorber un écart approximativement égal, aujourd'hui, à 1,5 ou 2 % de leur budget puis à maintenir leur évolution au niveau de celle des recettes, soit pour l'instant un chiffre voisin de +3 % annuels. Rien ne prouve à ce stade que le secteur soit vraiment capable d'y arriver en trois ans.

Pour atteindre une amélioration durable, il faudra accroître la productivité et adopter des mesures d'organisation et de restructuration.

La seconde question, que le thème de la résorption du déficit ne permet pas d'aborder suffisamment, puisque la question se pose du point de vue des bilans comptables, est celle de la réduction de l'endettement et du financement des investissements à venir. Un point critique a été atteint dans la structure financière de nombreux établissements, alors qu'il reste des investissements à réaliser. Ceux-ci devraient désormais être mieux conditionnés à des prévisions réalistes d'activité et aux capacités de financement des établissements, ce que devraient favoriser les pouvoirs d'appréciation donnés aux ARS par le décret du 29 avril 2010.

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 termes 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.*

Chapitre XII

La politique d'équipement en imagerie médicale

PRESENTATION

L'imagerie médicale en coupe s'effectue avec trois types d'appareils : les scanners, les appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et les appareils de scintigraphie (gamma caméras et tomographes à émission de positons -TEP), apparus à partir des années 1970 en trois vagues successives, chaque décennie étant marquée par le développement d'une technologie nouvelle.

Ce développement a bouleversé l'organisation de la radiologie, ses procédés d'interprétation et la place de chacune des modalités de prise en charge des patients. Avec elles, l'imagerie médicale a pris une place croissante, tant dans le diagnostic de nombreuses pathologies et notamment dans le dépistage des cancers, que dans les bilans d'extension en oncologie, dans le guidage thérapeutique accompagnant l'imagerie interventionnelle ainsi que dans le contrôle de l'efficacité des traitements.

Ces appareils constituent l'essentiel des équipements lourds, dont l'installation est soumise à une autorisation qui permet en principe à l'administration de choisir le rythme de diffusion de ces innovations, dont l'impact clinique et financier est considérable. En effet, on comptait en France métropolitaine 905 scanners, 531 IRM, 337 gamma caméras et 77 TEP installés à la fin de l'année 2009. Les dépenses annuelles liées aux actes réalisés avec ces appareils peuvent être évaluées à 1 600 M€, non compris les actes inclus dans les tarifs hospitaliers (T2A).

Alors même que les questions liées à l'imagerie médicale supposent d'intégrer dans une perspective stratégique les progrès prévisibles des techniques et des thérapeutiques, la politique suivie semble s'être limitée à la gestion d'une autorisation déconcentrée sans qu'un cadrage national ait été élaboré.

Or la Cour constate que ce régime d'autorisation ne permet pas de répondre aux objectifs sanitaires (I), qu'il doit composer avec une rémunération des actes d'imagerie coûteuse et mal ciblée (II) et qu'au total la politique mise en œuvre n'intègre pas suffisamment les perspectives d'évolutions thérapeutiques, technologiques et organisationnelles (III).

I - Un régime d'autorisation insuffisant pour répondre aux enjeux de santé publique

Le régime d'autorisation des appareils d'imagerie en coupe a, en apparence, permis de développer l'installation de scanners et d'IRM²⁶⁵ tout en maîtrisant les dépenses de soins. Mais leur répartition et leurs modalités de fonctionnement n'ont pas répondu de manière satisfaisante aux attentes sanitaires.

A – Le développement des équipements

Le maintien pour les équipements d'imagerie d'une procédure d'autorisation a permis de gérer sur le plan quantitatif la montée en charge progressive de la diffusion des appareils.

1 – Un régime d'autorisation

a) Une procédure réservée à ces seuls équipements

Le régime d'autorisation appareil par appareil est devenu un dispositif par exception, qui concerne presque exclusivement l'installation et le renouvellement tous les cinq ans de chacun des équipements lourds d'imagerie médicale. Fin 2009, ils étaient au nombre de 1 839. Alors même que cette procédure concernait jusqu'en 2005 un nombre important de matériels médicaux²⁶⁶, le suivi des projets d'investissement s'exerce désormais dans la très grande majorité des cas par l'intermédiaire d'autorisations accordées par activité et par la tutelle sur les budgets.

Le maintien d'une autorisation par appareil pour l'imagerie en coupe a été décidé du fait du caractère très transversal de leur utilisation dans les établissements de santé et parce qu'il n'existe pas d'autorisation concernant l'activité libérale de radiologie.

Une amélioration de la qualité des soins et aussi parfois des économies peuvent être espérées du développement des nouveaux

265. Le terme scanner et le sigle IRM désignent tout à la fois l'équipement et l'acte médical réalisé par son intermédiaire.

266. Jusqu'en 2005, le régime d'autorisation par appareil s'appliquait par exemple aux appareils de dialyse, aux appareils de circulation extra-corporelle ou aux appareils de radiothérapie. Aujourd'hui, outre l'imagerie médicale, seule donne lieu à autorisation d'équipement, selon la procédure prévue à l'article L. 6122-1 du code de la santé publique, l'implantation de caissons hyperbares et des cyclotrons médicaux.

appareils d'imagerie, mais seulement si leur usage est confié à des équipes expérimentées et capables d'un diagnostic efficace. C'est en grande partie ce qui justifie le contenu du dossier à produire pour obtenir l'autorisation ou son renouvellement au bout de cinq ans.

b) Une procédure déconcentrée

Au fur et à mesure de la diffusion de ces appareils au-delà des centres hospitaliers de référence, il a paru logique de déconcentrer la procédure au niveau régional, ce qui a été fait dès 1993 pour les scanners, en 2001 pour les IRM et à compter de 2006 pour les TEP.

Les principes d'une politique globale de l'imagerie ont été posés par la circulaire du 24 avril 2002 relative au développement de l'imagerie en coupe. Ils n'ont pas été modifiés depuis cette date. Quatre objectifs y sont fixés : apporter une réponse appropriée aux besoins de prise en charge des patients, permettre un accès de tous les professionnels à l'imagerie en coupe, favoriser le regroupement des équipements et des ressources humaines, encourager la substitution entre les différentes techniques d'imagerie. Les agences régionales (ARH/ARS) sont désormais chargées de l'application de ce texte et ont eu la responsabilité de définir en annexe du SROS III des objectifs quantifiés par type d'appareil, en fonction de leur appréciation du besoin régional, indépendamment d'indicateurs nationaux. Elles doivent mettre en œuvre la procédure et accorder les autorisations, dans la limite de ces objectifs.

2 – Une augmentation progressive du parc

A la fin de 2002, on comptait en France 230 IRM installés. En 2009, leur nombre était porté à 520 appareils, l'objectif défini pour 2011 étant de 668 machines, soit une progression sur dix ans de 190 %. Les objectifs quantitatifs définis par chaque région montrent sur les cinq ans du SROS III une progression du nombre d'appareils autorisés au plan national de 30 % pour les scanners, de 45 % pour les IRM et de 61 % pour les TEP.

Ces objectifs font l'objet d'un suivi régulier de la part de l'administration et ils seront atteints avant l'échéance dans toutes les régions. La révision périodique des objectifs, à laquelle 12 ARH ont déjà procédé, permet par ailleurs un ajustement en fonction de l'évolution des besoins. De plus, si cela s'avère nécessaire, dans l'intérêt de la santé publique, des installations dérogatoires sont possibles.

Corrélativement, le suivi des dépenses d'imagerie médicale réalisé par la CNAMTS montre une progression contenue à 2,9 % en 2007

comme en 2008, le taux d'augmentation des montants remboursés restant inférieur à celui du nombre d'actes dans chaque modalité, du fait notamment d'une baisse tarifaire de certains forfaits techniques.

B – Des résultats décevants du point de vue sanitaire

Une évaluation, à la fois régionale et nationale, devait permettre en principe de guider de manière périodique les choix. Prévue dans la circulaire d'avril 2002, cette évaluation devait porter tant sur l'activité des appareils, l'organisation des plateaux techniques que sur le respect des recommandations de bonnes pratiques. Or elle n'a jamais été réalisée.

Les éléments rassemblés par la Cour se révèlent décevants. En l'absence d'outils suffisants, les équipements installés ne répondent ni à des objectifs de meilleure répartition territoriale, ni à des objectifs d'efficience, ni enfin et surtout à des objectifs fixés dans le cadre des plans sectoriels par pathologies.

1 – Des inégalités persistantes entre régions

Au-delà de l'augmentation du parc, les objectifs d'équipement définis dans les régions sont très disparates. Ainsi, l'ARH des Pays de la Loire poursuit l'objectif, pour 2011, d'autoriser moins de 12 scanners par million d'habitants. Dans le même temps, les ARH de Champagne-Ardenne et Midi-Pyrénées ont un objectif de plus de 18 machines par million d'habitants.

Des observations comparables peuvent être faites concernant les IRM. En Corse ou en Bourgogne, il est prévu d'autoriser l'installation de 6 à 7 IRM par million habitants quand l'Ile-de-France vise un niveau d'équipement deux fois supérieur.

Ces objectifs ne sont pas toujours le reflet de la situation sanitaire de la population. Malgré les préconisations du plan cancer de 2003, les trois régions où la mortalité par cancer est la plus élevée ont déterminé en 2006 des objectifs d'équipement en IRM inférieurs à la moyenne nationale. Au contraire, les deux régions où la mortalité par cancer est la plus faible ont défini des objectifs largement au-dessus²⁶⁷.

Le résultat est une implantation en 2008 d'un IRM pour 456 nouveaux cas de cancer en Ile-de-France et d'un IRM pour 970 nouveaux

267. Cf. La mise en œuvre du plan cancer – Cour des comptes juin 2008 sur les équipements financés lors du plan 2003-2007 et sur les retards dans leur mise en œuvre effective.

cas dans les Pays de Loire. Un tel écart porte atteinte au principe d'égalité d'accès aux soins sur le territoire.

Ces installations d'IRM n'ont en outre qu'une relation ténue avec la démographie médicale de la région, la densité de radiologues par appareil variant de 8 à 21. Mais la liberté d'installation des médecins engendre, il est vrai, de grands écarts en termes de densité médicale dans les régions et le besoin en appareils d'IRM ne correspond pas forcément aux désirs d'installation des radiologues.

2 – Des niveaux d'activité inégaux par appareil

Les indicateurs d'activité montrent des écarts de productivité très importants d'un appareil à l'autre, qui conduisent à s'intéresser, au-delà du nombre de machines installées, à l'utilisation qui en est faite.

La mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH²⁶⁸) a réalisé, dans le cadre de ses travaux sur l'organisation de l'imagerie médicale²⁶⁹, une étude sur 20 établissements volontaires, publics et privés. Ainsi, elle relève que la part de temps d'utilisation à pleine capacité d'un scanner varie de 14 à 42 %, soit de 1 à 3 et que le nombre d'actes produits à l'heure est compris entre 1,7 et 7,2.

Des observations comparables sont faites sur les appareils d'IRM, avec un nombre annuel d'heures de fonctionnement de l'IRM qui va de 676 à 3 674 heures et avec un nombre d'actes par heure d'ouverture qui s'étend de 1,4 à 3,3 actes.

L'ARH du Nord-Pas-de-Calais réalise un relevé annuel d'activité par appareil de scanner et d'IRM. Ces statistiques de suivi montrent que le nombre d'actes par équipement variait en 2006 pour les scanners de 4 052 à 20 444, soit de 1 à 5, pour une moyenne de 11 450 actes par appareil, et de 3 749 à 13 037 soit de 1 à 3,5 pour les IRM, avec une moyenne de 5 921 actes par machine.

A l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, le nombre annuel d'actes d'IRM par machine ne dépasse pas 5 548 pour une moyenne de 4 274. Selon la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), le délai d'attente moyen pour les patients hospitalisés y est de plus de sept jours.

268. La MEAH a été intégrée à l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) par la loi HPST du 21 juillet 2009.

269. « Appui à l'organisation des services d'imagerie » mai 2009.

Etant donné les écarts constatés, quelles que soient les données étudiées, un suivi plus systématique de la productivité de chaque appareil devrait être entrepris au niveau régional.

3 – Une prise en charge insatisfaisante des patients

Il n'existe aucune évaluation qualitative de la politique d'équipement en imagerie médicale. L'objectif principal du régime des autorisations pour les équipements lourds d'imagerie médicale devrait être en effet de garantir une accessibilité suffisante de la population aux examens et de s'assurer que le niveau d'équipement actuel permet aux patients de bénéficier du bon acte, au bon moment, ce que la politique essentiellement quantitative actuelle ne permet pas.

a) Des délais d'accès qui peinent à diminuer

Les délais d'accès aux équipements sont une mesure de l'adéquation de l'offre de soins au besoin. Il existe plusieurs méthodes de calcul et différents périmètres d'évaluation pour cet indicateur.

La SAE indique par exemple qu'il faut patienter deux à trois fois plus pour un examen d'imagerie en coupe en hospitalisation dans le secteur public que dans le secteur privé. La MEAH appelle l'attention sur des écarts de délai d'accès à l'IRM, allant du jour même à 20 jours pour des patients hospitalisés. En tout état de cause, des délais moyens de trois jours pour un scanner et de plus de sept jours pour un IRM, dans le cadre d'une hospitalisation et dans le contexte de réduction de la durée moyenne de séjour, sont pénalisants pour les établissements.

Une étude commandée par les industriels, dont le périmètre se limite aux patients ambulatoires en attente d'une IRM dans une indication de cancérologie, relève quant à elle des délais d'accès deux fois supérieurs aux recommandations du premier plan cancer 2003-2007.

Plus précisément encore, deux exemples de priorités de santé publique, particulièrement concernées par l'imagerie en coupe, dont le niveau de gravité est très élevé et qui représentent à ce titre des enjeux majeurs, peuvent illustrer l'insuffisante médicalisation de la politique d'équipement en imagerie : l'accident vasculaire cérébral et le cancer.

b) L'accident vasculaire cérébral

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est la première cause de handicap acquis de l'adulte et la troisième cause de mortalité en France.

La société française de radiologie recommande, devant toute suspicion d'AVC, que soit réalisée une IRM cérébrale en urgence afin de rechercher un infarctus et d'apprécier son étendue. Cet examen permettra, dans certaines conditions, l'administration intraveineuse d'un agent thrombolytique afin de dissoudre le caillot, rétablir un flux sanguin normal et permettre ainsi la régression partielle ou totale des symptômes. Débuté dans les 4h30 suivant l'apparition des premiers symptômes, ce traitement permet d'éviter un déficit ou un décès pour dix patients traités.

Alors que la moitié des patients est admise dans un service d'urgence dans un délai de 3h30, le délai moyen d'accès au scanner ou à l'IRM est de 2h30. Mais si la quasi-totalité des patients font l'objet d'une exploration par imagerie cérébrale aux urgences, 94 % de ces patients ont un scanner et seulement 2 % une IRM dans les délais recommandés. Or contrairement à l'IRM, le scanner ne permet pas de différencier un accident ischémique d'une autre pathologie, comme par exemple une sclérose en plaques, pouvant se présenter cliniquement comme un AVC. Ainsi, environ 20 % des patients thrombolysés présentent une autre pathologie non détectable en scanner alors que l'IRM aurait pu éviter un traitement thrombolytique inutile et dangereux.

Pour autant, il n'existe aucun suivi systématique sur les délais de prise en charge des patients ou sur la part de l'IRM dans l'imagerie diagnostique de l'AVC, malgré les recommandations existantes et leurs enjeux. Il n'existe aucune préconisation organisationnelle quant à l'orientation des patients vers des établissements disposant d'un IRM accessible ou quant à l'installation d'un appareil d'IRM dans les établissements ayant une activité significative dans le domaine de l'AVC.

c) Les cancers

L'IRM occupe une place particulière en cancérologie car il permet un diagnostic des tumeurs. Il est également utilisé pour surveiller leur évolution au cours et à distance d'un traitement, dans le cadre d'une surveillance régulière afin de détecter une éventuelle rechute.

Le plan cancer 2003-2009 évaluait le besoin à 40 scanners et IRM dédiés aux indications de cancérologie pour ramener leur délai d'accès à 15 jours pour les patients concernés. 81 appareils ont finalement été autorisés à ce titre mais le temps d'attente pour un rendez-vous reste deux fois supérieur à l'objectif.

Aucun outil ne permet actuellement de suivre l'évolution de cet indicateur de qualité de la prise en charge des patients atteints de cancer. Du fait du développement de la technologie IRM et de ses propriétés non irradiantes, le nombre d'actes progresse plus vite (+32 % entre 2006 et

2008) que le nombre de machines installées (+25 % sur la même période) et l'accroissement du nombre d'appareils ne se traduit pas forcément par une réduction des délais d'accès.

Conscient des problèmes d'accès aux soins, le plan cancer 2009-2013 prévoit en conséquence une augmentation du parc d'IRM à 12 machines par million d'habitants dans les régions ayant la mortalité la plus élevée par cancer ainsi que la mise en place d'une étude pluriannuelle sur les délais d'accès.

II - La tarification des actes d'imagerie

L'hôpital public dispose en 2008 de 55 % du parc des scanners et de 45 % des IRM. Ces dernières années, l'évolution du parc a été très favorable au secteur privé, dynamique que le système de tarification négocié par la CNAMTS avec l'activité libérale n'a pas contrariée.

En effet, la diffusion des nouvelles techniques d'imagerie en dehors des centres hospitaliers reposait sur des tarifs attractifs. Pour autant, dans l'attente de leur généralisation, une rémunération avantageuse a été maintenue pour les techniques conventionnelles, ce qui apparaît aujourd'hui inadapté. Elle génère des rentes injustifiées du fait de l'insuffisante prise en compte des gains de productivité dans la tarification et des actes devenus obsolètes continuent d'être rémunérés. Dès lors, à l'inverse des intentions initiales, les autorisations sont utilisées pour limiter l'offre de soins et freiner les dépenses. Il convient donc de rechercher un nouvel équilibre.

A – Des dépenses d'imagerie partiellement mesurées

Si la croissance des dépenses d'imagerie apparaît en première lecture mesurée, c'est notamment parce que la CNAMTS n'assure qu'un suivi partiel de la consommation des actes d'imagerie en coupe. Celui-ci ne porte que sur les actes réalisés par les médecins libéraux²⁷⁰, soit une dépense de 1 141 M€ en 2008.

L'ensemble des actes externes des hôpitaux, qui sont répertoriés dans un système d'information différent et qui sont pris en charge par l'assurance maladie sur la même base que les actes libéraux, sont facturés à cette dernière en bloc par établissement, sans qu'elle ait accès au détail de ces actes. Ils représentent environ un tiers des actes d'imagerie en

270. Y compris dans le secteur privé des médecins hospitaliers.

coupe. Le montant remboursé correspondant peut être estimé à près de 600 M€

Les actes réalisés au profit des patients hospitalisés dans le secteur public, qui entrent dans le cadre de la rémunération à l'activité des hôpitaux, ne font quant à eux l'objet d'aucune comptabilisation.

B – Des tarifs généreux pour les actes ambulatoires

La tarification des examens réalisés pour des patients ambulatoires par les scanners, les IRM et les TEP comporte deux volets, d'une part, un forfait technique directement pris en charge par l'assurance maladie sans application du ticket modérateur et, d'autre part, des honoraires remboursés à 70 % (100 % dans les cas d'affection de longue durée).

1 – Les forfaits techniques

Le forfait technique est attaché aux actes réalisés sur des équipements ayant un prix d'achat élevé. Selon le protocole d'accord signé le 19 juillet 2007 entre l'UNCAM et la fédération nationale des médecins radiologues, ce forfait ne rémunère que les frais d'amortissement et de fonctionnement de l'appareil. Le niveau de ce forfait induit des conséquences financières différentes pour les IRM et les TEP.

a) Pour les IRM

Les données médico-économiques les plus récentes ont été publiées en juin 2008 et concernent les IRM²⁷¹. Les coûts moyens de fonctionnement, amortissements compris, d'un appareil d'IRM de puissance 1,5 tesla²⁷² qui réalise 6 000 à 7 000 actes par an s'élèvent à un peu moins d'1 M€, ce qui correspond à un coût de 139 à 156 €/par acte.

L'acquisition du matériel ainsi que les travaux et équipements associés représentent un peu moins du tiers du coût d'exploitation d'un IRM, les charges variables de personnels et de consommables près de la moitié.

L'assurance maladie applique pour le paiement des forfaits techniques un barème qui dépend du lieu géographique, de l'âge du matériel, de sa puissance et du nombre d'actes réalisé par an. Le forfait technique moyen par acte tel qu'il ressort des statistiques de la CNAMTS

271. Rapport d'évaluation des IRM dédiés et à champs modérés, publié en juin 2008 par la Haute autorité de santé (HAS).

272. Unité qui mesure le champ magnétique.

s'élève à 159 €, ce qui correspond à une activité de 8 000 actes par an, 70 % des appareils réalisant entre 4 500 et 8 000 actes par an et 30 % des appareils réalisant plus de 8 000 actes.

Pour ne pas être financièrement déficitaires, les structures d'exploitation d'un IRM doivent réaliser presque 4 000 actes par an. En 2006, dans le secteur libéral, deux appareils sur 192 n'atteignaient pas ce seuil de référence.

Quand 6 000 actes sont réalisés, le fonctionnement de l'appareil dégage grâce à la cotation très favorable des forfaits techniques, une marge annuelle de 146 600 €; pour 7 000²⁷³ actes, la marge obtenue est de 190 000 €, une fois tous les frais de fonctionnement payés, soit des excédents respectivement de 16 et 20 %. Plus le nombre d'actes est élevé et plus le montant et le taux de marge sont importants. Cela correspond en moyenne à une plus-value de l'ordre de 25 € par acte réalisé.

Pour l'ensemble du parc de 479 appareils IRM installés en 2008, l'assurance maladie a versé ainsi en forfaits techniques, un excédent injustifié de l'ordre de 70 M€

Dès 2003, une note d'actualisation des coûts des actes de remnographie, réalisée par la CNAMTS, mettait en évidence pour les IRM des écarts entre les coûts effectifs et les tarifs des forfaits techniques de 17 % en province et de 22 % à Paris. Pourtant, en 2005, lors de la mise en œuvre de la nouvelle nomenclature, n'a été appliquée qu'une baisse de 2 % de ces forfaits pour l'ensemble des scanners et des IRM. En 2007, sont intervenues une diminution supplémentaire de 4 % ainsi que la création de paliers de dégressivité à l'application difficilement contrôlable et peu contrôlée, ne compensant visiblement pas les gains de productivité réalisés. Pareil raisonnement s'applique également aux scanners, pour lesquels si on ne dispose pas de données actualisées, les excédents de rémunération étaient évalués en 2003 entre 11 et 14 %.

La marge importante déagée par les radiologues sur les forfaits techniques d'actes d'IRM et de scanner n'est pas conforme à l'esprit de la définition qui en est donnée dans la réglementation. Aussi est-il souhaitable que ces forfaits soient revus à la baisse en vue de correspondre aux coûts d'amortissements et d'exploitation observés.

273. La HAS n'a pas chiffré les coûts pour une activité supérieure car « en raison d'une durée minimale d'examen de l'ordre de 30 minutes, la réalisation de 7 000 examens par an sur une IRM est un maximum qui ne peut être dépassé ».

b) Pour les TEP

A contrario, des études médico-économiques réalisées par la CNAMTS en 2003 et 2004 tendent à montrer que pour 1 800 actes, soit une activité moyenne annuelle, l'exploitation d'un TEP est déficitaire de 350 000 €. Sur 69 TEP installés, dix seulement sont exploités par une structure privée lucrative. L'essentiel du déficit lié à une tarification inadaptée est donc supporté par l'hôpital public. Une enquête diligentée par la CNAMTS sur les coûts de fonctionnement des TEP est en cours, afin de statuer sur l'opportunité d'une actualisation des tarifs.

2 – Les honoraires

En complément des forfaits techniques, les radiologues perçoivent pour les actes réalisés sur des équipements lourds d'imagerie une rémunération pour « acte intellectuel » sous forme d'honoraires.

Il existe des disparités très substantielles de rémunération entre les spécialités médicales qui exercent en libéral. Les radiologues perçoivent ainsi un revenu 1,8 fois supérieur à la moyenne des autres spécialités. En 2005, la mise en œuvre d'une nouvelle tarification pour le paiement des honoraires avait pour objectif de favoriser l'équité des tarifs entre spécialités. Toutefois à l'issue des négociations conventionnelles, les tarifs pratiqués antérieurement ont été maintenus pour les actes de remnographie et de scanographie et les nouvelles règles relatives à la détermination du travail médical n'ont pas été appliquées.

Les honoraires pour la réalisation d'un IRM s'élèvent à 69 € quelle que soit l'indication et quel que soit le patient, qu'il soit valide ou non, quel que soit le temps nécessaire à son installation, qu'il s'agisse de l'examen d'une articulation ou d'un bilan d'extension en cancérologie. Tout se passe comme si la durée de l'examen, le stress, la compétence technique et l'effort mental demandés aux radiologues étaient considérés comme identiques dans tous les cas.

En moyenne, un cabinet disposant d'un IRM qui prend en charge près de trois patients par heure perçoit donc un montant d'honoraires de 207 €. A cette rémunération, s'ajoutent les marges sur forfait technique évoquées plus haut comprises entre 24 et 27 € par acte, soit entre 72 et 81 € par heure, pour un total de rémunération, avant charges sociales, compris entre 280 et 290 € par heure, hors dépassement d'honoraires, ce qui correspond à plus de dix consultations pour les autres spécialités médicales. Il s'agit d'un taux horaire très élevé, anormalement coûteux pour la collectivité et inéquitable vis à vis des autres spécialités.

Dès lors, le montant des honoraires, constant quel que soit l'acte réalisé en IRM, devrait faire l'objet d'une différenciation en fonction de la lourdeur et de la durée de l'acte technique réalisé, sous réserve qu'une telle mesure soit accompagnée de contrôles ciblés. Par ailleurs, pour une même indication, les protocoles et donc les durées d'examen peuvent varier d'un radiologue à l'autre. Un mécanisme de financement incitatif aux meilleures pratiques devrait être recherché. Enfin, une baisse du taux horaire devrait conduire à un rapprochement avec les autres spécialités médicales.

Mais l'assurance maladie peine à prendre des mesures à la hauteur des enjeux économiques et financiers. Ainsi, en contrepartie de la baisse de 40 % du supplément de numérisation en trois étapes successives, à partir de 2007 pour une économie évaluée à 74 M€, un nouveau supplément pour « archivage numérique » a été créé par l'avenant 24 entre les médecins libéraux et l'UNCAM en date du 19 juillet 2007, pour un montant remboursé en 2009 de 55 M€. Ce « supplément d'archivage » visait à encourager l'archivage numérique des actes de radiologie. En 2007, l'assurance maladie a tenté de réserver un tel supplément optionnel de rémunération aux médecins qui exercent exclusivement en secteur libéral. Le Conseil d'Etat, considérant que le dispositif créait une différence de traitement manifestement disproportionnée entre médecins exerçant exclusivement en secteur libéral et ceux qui exercent également une activité salariée au sein d'un établissement de santé, a annulé en juillet 2009 l'arrêté instituant ces dispositions. Jusqu'en février 2010, l'assurance maladie a pourtant continué sans base juridique de verser aux radiologues le supplément pour archivage et a finalement renoncé au reversement des indus.

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 dérapier. Dans un contexte où la tarification, en générant des rentes indues et en ne décourageant pas les pratiques inadéquates, n'assure pas son rôle de régulation, l'objectif du régime des autorisations n'est plus de garantir l'égalité d'accès aux soins mais de contribuer à la maîtrise des dépenses de santé. Il se trouve finalement au service d'une politique de « contingentement » de l'accès aux soins pour les patients.

De ce fait, le nombre assez restreint d'autorisations délivrées pour les IRM a conduit à privilégier, de façon quasi-exclusive, l'installation d'appareils haut de gamme et polyvalents pouvant être utilisés dans toutes les indications et susceptibles de faire un grand nombre d'actes par an. Ces appareils sont les plus coûteux à l'achat et en fonctionnement.

Les apports des appareils de moindre puissance, dits « de bas champ », ont été négligés alors que ceux-ci permettraient dans certaines indications, notamment dans le domaine des pathologies ostéoarticulaires et dans des conditions d'installation bien identifiées, de desserrer les contraintes de rendez-vous et de diminuer de moitié le coût des actes ainsi réalisés. Toutefois les forfaits techniques pour les appareils de champ modéré et de bas champ ont actuellement un tarif inférieur respectivement de 9 € et 30 € seulement à celui des appareils de haut champ. Les marges réalisées par les radiologues avec ce type d'appareils peuvent atteindre 50 %. En l'absence d'une réforme de la tarification, l'économie générée par le développement de ce type d'équipement serait donc absorbée en quasi totalité par les radiologues.

C – Les effets des distorsions de tarification entre les hôpitaux et les cliniques

1 – Une multiplication des actes

Quand un patient est hospitalisé à l'hôpital public, les examens d'imagerie qui sont réalisés au cours de son séjour sont inclus dans le tarif du séjour. Quels que soient le nombre et la nature des examens réalisés au cours de cette hospitalisation, le montant de la rémunération du séjour est le même et ne dépend que de la pathologie.

La logique de cette prise en charge d'un forfait à la pathologie est de conduire les praticiens à ne prescrire et pratiquer que les actes utiles. Dans le cas contraire, l'établissement risque de devoir trouver les ressources nécessaires pour financer les actes excédentaires.

Au contraire, si le patient est hospitalisé dans un établissement privé à but lucratif, les actes d'imagerie médicale pratiqués durant le même séjour sont tous facturés en sus du tarif du séjour²⁷⁴, sur la base de la tarification s'appliquant en ville, c'est à dire des honoraires versés au radiologue libéral et du forfait technique versé au titulaire de l'autorisation d'installation de la machine. Au motif que les médecins libéraux sont rémunérés à l'acte, le principe d'une incitation à une prescription plus vertueuse, tant au bénéfice d'une maîtrise des dépenses de santé que dans l'intérêt des patients, ne s'applique pas. On comprend aisément que ce système de rémunération a des conséquences très différentes dans les deux secteurs, pour les médecins comme pour les établissements où ils exercent.

274. Le tarif du séjour s'appliquant dans ce cas étant inférieur au tarif du même séjour défini pour le secteur public.

Dans le secteur privé, tout acte réalisé est une source de recette, il n'est pris aucun risque de dépassement d'un forfait tout compris. Si on ajoute à cet avantage celui d'une rémunération à l'acte généreusement calculée, il n'est pas illogique que les demandes d'autorisations du secteur libéral se développent, d'autant que le nombre limité des machines installées protège de la concurrence et garantit un volume d'affaires conséquent.

Cette différence de traitement entre les deux secteurs d'activité est, de plus, un obstacle au processus de convergence des tarifs prévue par la tarification à l'activité.

2 – Des écarts de rémunérations

Si les actes ne sont pas payés au même prix dans les deux secteurs d'hospitalisation, les praticiens qui les réalisent ne le sont pas non plus. Outre la liberté d'organisation, parmi les facteurs importants d'attractivité du secteur privé cités par les professionnels, le niveau de rémunération intervient en bonne place. L'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique (DREES) font état, dans des études publiées en 2009, de niveaux de rémunération annuelle très différents, à hauteur de 83 000 € en moyenne à l'hôpital et de 202 800 € dans le secteur libéral. Cette différence de rétribution provoque un déséquilibre inquiétant entre les différents secteurs d'exercice aux dépens du secteur public.

27,7 % des radiologues travaillent à l'hôpital public et cette part est en recul chaque année. Entre 2003 et 2009, l'hôpital a perdu 2,2 % de ses effectifs de radiologues alors que concomitamment le nombre de ces spécialistes installés dans le secteur libéral progressait de 8,7 %. Ce déséquilibre démographique pose notamment un problème d'organisation de la permanence des soins à l'hôpital public.

3 – L'organisation de la permanence des soins

Les plateaux techniques permettant une imagerie d'urgence de qualité nécessitent une couverture radiologique seniorisée 24h sur 24h. Or, les services d'accueil des urgences, sur lesquels pèse l'obligation d'assurer l'ouverture du service d'imagerie médicale en continu, sont essentiellement dans les hôpitaux publics. Ils ont donc l'obligation de faire fonctionner la permanence des soins, sans toujours disposer des effectifs de radiologues suffisants.

En effet, la part des radiologues travaillant à l'hôpital public est très variable. S'ils sont 36 % dans le Limousin, ils sont à peine 20 % en

PACA, et 12 % en Corse. La contrainte devient alors très lourde pour les praticiens hospitaliers concernés.

Une des solutions proposées par la circulaire de 2002 est de privilégier les demandes d'autorisation associant un nombre significatif de radiologues, tant hospitaliers que libéraux, dans le cadre d'une structure de coopération adaptée et d'intégrer la contribution des différents partenaires à la continuité des soins. Les coopérations public-privé devraient donc permettre d'assurer le bon fonctionnement des équipements dans le secteur public quand les radiologues hospitaliers sont en nombre insuffisant et d'assurer aux médecins libéraux un accès à l'imagerie en coupe.

Mais l'écart des modes de rémunérations constitue un frein important à ces coopérations. Les praticiens hospitaliers perçoivent pendant les « gardes » un forfait qui rémunère leur présence à l'hôpital. Ces indemnités peuvent représenter jusqu'à 30 % de leur rémunération totale. Les radiologues libéraux quant à eux continuent d'être rémunérés à l'acte, avec une majoration de 20 % après 20 heures. Toutefois rien ne leur garantit un niveau minimum de rémunération alors que restent à leur charge les frais de personnels techniques mobilisés. Les radiologues libéraux ne sont donc pas incités à participer à la permanence des soins. Dans ce contexte et dans le cadre de l'application de la loi HPST et de la contractualisation des missions de service public, les conditions financières de participation des radiologues libéraux à la permanence des soins hospitalière devront être abordées par les ARS.

D – Le contrôle de la pertinence des actes effectués

Le développement de l'imagerie en coupe a beaucoup modifié les examens recommandés et certaines pratiques sont devenues obsolètes. Cela justifie pleinement l'étape indispensable de la validation de l'acte. L'article R. 1 333-57 du CSP donne au radiologue la responsabilité du choix final de la technique même en cas de désaccord avec le praticien demandeur, ce qui leur permet de substituer à l'acte demandé l'examen le mieux adapté à la situation clinique rencontrée.

Ce principe devrait à lui seul être garant de la qualité de la prise en charge du patient et du respect du bon usage des actes d'imagerie médicale. Dans les faits, le manque de temps, la crainte de froisser son correspondant ou de ne pas être bien compris par le patient incitent le radiologue à pratiquer l'acte demandé, même quand il sait que celui-ci n'est pas adapté à la situation. Le radiologue se trouve donc souvent dans la situation de pratiquer un acte dont il peut tirer un profit financier mais

qui déroge aux bonnes pratiques et risque de soumettre inutilement le patient aux radiations.

Le dispositif réglementaire existant permettrait d'exclure du remboursement les actes obsolètes. Or la révision de la nomenclature de 2005 n'a pas été suffisamment accompagnée d'une réflexion sur la pertinence des actes. Dès lors, des actes réputés inutiles par la Haute autorité de santé (HAS) sont remboursés par l'assurance maladie et donc fréquemment pratiqués.

Ainsi, dans le passé, la radiographie du crâne était largement utilisée dans le diagnostic de nombreuses pathologies ayant une localisation initiale ou des répercussions au niveau de la tête. Des techniques alternatives, principalement le scanner et l'IRM, permettent aujourd'hui un meilleur diagnostic. Depuis 2005, le guide de bon usage des actes d'imagerie²⁷⁵ précise les non-indications de la radiographie du crâne et réserve son utilisation à des indications très limitées. Dans un avis de 2008, la HAS confirme que, dans la presque totalité des cas, la radiographie du crâne n'est plus indiquée, en particulier en cas de traumatisme crânien. Pourtant, chaque année sont réalisées plus d'un million de radiographies du crâne²⁷⁶ dont la plupart sont inutiles. Cette pratique est en recul de 15 % seulement depuis 1999. Valorisés au prix de remboursement, ces examens représentent plus de 30 M€ de dépenses.

Entre 2006 et 2009, à la demande de l'UNCAM, la HAS a également produit un certain nombre d'avis relatifs aux examens d'imagerie les plus pratiqués comme la radiographie du bassin, du thorax, de l'abdomen sans préparation, ou en en odontostomatologie. Ces documents permettent de disposer de référentiels validés et actualisés. Il est regrettable que l'assurance maladie, pourtant à l'origine de la demande de ces publications, n'ait pris aucune décision visant à modifier les conditions de prise en charge et de remboursement de ces actes.

La tarification mériterait donc d'être « remédicalisée ». Des actes inutiles et même nocifs pour les patients exposés aux rayonnements, ne devraient pas représenter une charge pour la collectivité. Tous les cas de non-indications définis par la HAS devraient être déremboursés. Le guide de bon usage des actes d'imagerie, en cours de mise à jour, devrait, dans les indications les plus courantes, permettre de définir les actes médicalement justifiés relevant de la prise en charge par l'assurance maladie. A cette occasion, la CNAMTS étudie l'intégration d'indications précises dans la nomenclature CCAM afin de conditionner la prise en

275. Elaborée dans le cadre de la transposition de la directive EURATOM 97/43 en vue de réduire toute exposition inutile des patients aux rayonnements ionisants.

276. Dans la nomenclature : « radiographies du crâne et/ou du massif facial ».

charge à leur respect. Une telle mesure devrait s'accompagner de la mise en place de plans de contrôles ciblés.

III - Une prise en compte insuffisante des évolutions

Trois types d'évolutions se profilent, dans les thérapeutiques, dans les techniques, enfin dans les organisations, qui devraient être prises en considération dans la procédure d'autorisation.

A – L'évolution des pratiques médicales

Plusieurs évolutions traduisent l'intérêt croissant de l'imagerie, notamment pour des soins qui peuvent souvent se substituer à des thérapeutiques coûteuses et invasives.

Le dépistage organisé du cancer du sein repose sur une mammographie bilatérale proposée aux femmes de 50 à 74 ans tous les deux ans. Mais pour les 5 100 femmes identifiées comme à haut risque de développer un cancer du sein, le dépistage est annuel et doit déjà être complété par une IRM. Si les résultats de certaines études étaient confirmés et si cette procédure devait être étendue aux 1,6 million de femmes de plus de 50 ans ayant des seins denses, près de 100 appareils d'IRM devraient être dédiés à cette seule indication, et il faudrait adapter le parc en conséquence.

En 2007, une étude « Courage²⁷⁷ », réalisée chez 2 300 patients atteints d'une maladie des coronaires, a montré que lorsque celle-ci est stable, l'angiographie et la pose d'un stent pourraient être évitées, sous réserve que soit réalisée une scintigraphie myocardique de perfusion pour évaluer la qualité de la perfusion du cœur par les artères coronaires. Une telle modification dans les pratiques cliniques pourrait réduire considérablement le risque auquel on expose inutilement des patients âgés, souvent fragiles et générer de surcroît une économie de l'ordre de 475 M€ mais elle imposerait de se doter des équipements adaptés en nombre suffisant.

La recherche sur la maladie d'Alzheimer est orientée sur les modalités d'un diagnostic précoce pour une prise en charge plus efficace de la pathologie. Les résultats sont prometteurs tant avec l'IRM qu'avec le TEP mais sur des objectifs complémentaires. Toutefois, dès lors qu'il aura été décidé d'installer préférentiellement des IRM pour le diagnostic

277. COURAGE pour "The Clinical Outcomes Utilizing Revascularisation and Aggressive Drug Evaluation", présentée au printemps 2007.

et la prise en charge de ces malades, il est probable que l'on retardera d'autant l'autorisation d'un TEP dans les mêmes indications. La détermination des objectifs quantifiés par appareil orientera donc durablement le développement respectif des différentes techniques.

Sans doute, la réglementation n'impose plus de prendre en compte, au niveau régional, l'évolution des techniques médicales dans l'élaboration des objectifs de planification. Les exemples retenus montrent à quel point elle peut toutefois influencer les choix d'investissement sur l'avenir. Or, il n'existe pas de structure en charge du suivi de l'évolution de l'état des connaissances en imagerie, pour coordonner, organiser et hiérarchiser l'information et la rendre utilisable par les acteurs en charge de la planification ; ceux-ci doivent souvent statuer en l'absence de position ou de stratégie proposée au plan national.

B – Le développement de nouvelles technologies

1 – Les TEP²⁷⁸

La scintigraphie qui représente moins de 2 % des actes d'imagerie est une activité qui concerne deux types d'équipements lourds, les gamma caméras et les TEP utilisant un même principe physique pour leur fonctionnement. Ils constituent un réel progrès en permettant de visualiser le fonctionnement des organes étudiés. Apparus au début des années 1990, les TEP sont des appareils d'imagerie dont l'utilisation dépend en France de la médecine nucléaire et non de la radiologie

L'essentiel des indications de la TEP concerne la cancérologie. Le plan cancer, au travers de sa mesure 44, a encouragé le développement de cette technique. Ainsi, à la différence du nombre de gamma caméras qui a assez peu progressé sur les années récentes, pour passer de 293 à 320 appareils entre 2004 et 2008, l'augmentation du nombre de TEP sur le territoire a été assez spectaculaire, passant de 33 à 68 machines installées sur la même période. En 2003, on comptait seulement 13 appareils installés (pour 52 autorisations), à la fin 2008, 69 appareils installés pour 93 autorisations et l'objectif pour mars 2011 est d'atteindre 112 autorisations, soit trois fois et demi plus que de machines installées en 2004, huit fois plus qu'en 2003. Toutes les régions sauf la Corse et la Réunion ont accès aux examens TEP. D'après les professionnels du secteur et l'INCA, ce rattrapage situerait la France parmi les pays les mieux équipés en Europe.

278. Egalement couramment appelés PET-scan.

Si la question du nombre d'équipements autorisés ne pose plus de problème spécifique, il ne semble pas pour autant que le régime d'autorisation des TEP soit en mesure de garantir l'accès aux soins. Le principe actif utilisé pour la TEP, le FDG²⁷⁹, impose des contraintes d'organisation particulières du fait de ses caractéristiques physiques. Il s'agit d'un produit « à demi vie courte ». Ainsi, toutes les deux heures, la moitié du produit est détruite spontanément. Il est donc impossible de stocker ce produit et de nombreux sites sont livrés deux fois par jour. Le temps de transport doit être suffisamment court pour que la totalité du produit ne disparaisse pas au cours de la livraison. Ces contraintes rendent le produit onéreux du fait des coûts de transports afférents. L'enjeu d'approvisionnement en principe actif est donc majeur pour le TEP. L'augmentation du nombre d'appareils doit donc être subordonnée à l'accessibilité de l'approvisionnement en FDG.

Cela a un fort impact sur l'organisation des soins. En effet, une enquête menée par l'INCA en 2005 a révélé que les trois quarts des reports d'examens étaient liés à un défaut de livraison du FDG ou à une panne du TEP. L'étude de l'INCA montrait en outre que près de 85 % de la capacité de production du traceur était concentrée chez un seul fournisseur. Le FDG est produit dans un cyclotron. En 2007, on comptait en France 27 cyclotrons. Leur installation n'est pas soumise à autorisation et relève d'initiatives et de gestion privées. En conséquence, la DGOS n'a aucun levier pour influencer sur leur répartition sur le territoire. C'est ainsi une logique de marché qui régit l'implantation territoriale des cyclotrons et non d'égalité de l'accès aux soins et cela conditionne la disponibilité du traceur pour les centres TEP.

2 – Les techniques de partage de l'information

Les techniques de télétransmission des images et des données sont en passe de modifier l'organisation de la radiologie. La réalisation de l'image et son interprétation peuvent être dissociées et la télé-expertise à distance va se développer. En effet, les techniques d'imagerie en coupe ont profondément modifié l'organisation du métier d'imageur. Avant leur apparition, les radiologues étaient en mesure d'interpréter toutes les images produites dans leur cabinet. Avec ces nouvelles modalités, les images à examiner sont beaucoup plus nombreuses et plus précises et les radiologues doivent se spécialiser par organe. Cette spécialisation devrait imposer un travail en équipe.

Toutefois, il reste à définir plus précisément la place de la téléradiologie : si son usage semble pouvoir être étendu à l'assistance de

279. FDG : 18 fluoro-desoxy-glucose.

services de radiologie voisins pendant les gardes, doit-elle permettre de se dispenser de radiologues dans l'hôpital pour faire fonctionner un scanner ou un appareil d'IRM ? A titre d'exemple, le centre hospitalier de Saint-Amand-Montrond recourt aux services d'une société de téléradiologie située à Monaco pour l'interprétation des scanners. En fonction de la réponse à cette question, le régime des autorisations devra être profondément repensé.

C – Une organisation cible à définir

Sans attendre le développement de ces nouveaux modes de transmission des images, la question est posée de la complémentarité entre les différents niveaux et les différents types d'appareils dans le système actuel d'autorisations individualisées.

Cette complémentarité entre les services en ville et à l'hôpital, ou entre les services d'imagerie conventionnelle et l'imagerie en coupe est en effet aujourd'hui peu organisée.

Ainsi, des patients atteints de cancers, suivis dans des services spécialisés à l'hôpital, souvent après une hospitalisation, ne peuvent faire leurs examens de suivi dans le service de radiologie de l'hôpital, faute de disponibilité de l'appareil. Ils sont alors pris en charge dans un autre endroit, qui n'utilise pas les mêmes protocoles. De plus, si les images se font à l'extérieur, il y a presque toujours une relecture par un radiologue de l'hôpital lors des réunions de concertation pluridisciplinaires, ce qui revient à financer deux interprétations.

L'offre d'imagerie doit donc mieux se structurer entre :

- d'une part, des plateaux techniques de proximité pour la prise en charge notamment de l'imagerie chez la femme (suivi obstétrical, dépistage du cancer du sein...), ainsi que pour les radiographies panoramiques dentaires, ou la pathologie rhumatismale pour lesquels la radiologie conventionnelle et l'échographie semblent le plus souvent suffisantes ;
- d'autre part, des plateaux techniques complets, diversifiés et adaptés autour desquels on regroupe des compétences plus spécialisées, ce qui permet à ces services d'atteindre la taille critique et d'assurer la permanence des soins.

Une structuration de l'offre supposerait de quantifier les besoins respectifs dans chaque type de plateaux, et notamment de définir de manière indicative les besoins en plateaux de proximité (en ville) dont la densité dépend de la seule initiative des radiologues libéraux.

Là encore, se fait sentir le besoin d'une structure nationale capable de définir la méthodologie et les outils d'analyse et de donner aux ARS les règles nécessaires à une meilleure programmation des futurs équipements.

Au total, sans que la procédure d'autorisation déconcentrée soit remise en cause, elle devrait être guidée par un cadre national qui définirait précisément une organisation cible pour la radiologie, tenant compte de l'évolution prévisible de l'état de l'art en la matière. Il s'agirait de distinguer et de quantifier l'offre de radiologie de proximité utile et l'implantation des différents niveaux de plateaux techniques. Il conviendrait d'explicitier la priorisation d'accès aux appareils, en fonction du niveau d'urgence imposé par la pathologie à explorer, pour qu'il n'y ait pas de pertes de chances pour les patients, et de tenir compte des besoins spécifiques liés à la permanence des soins, à la recherche ainsi que de la place à accorder à la téléradiologie.

Il faudrait enfin redonner à la politique tarifaire son rôle de régulation et créer des outils de pilotage aux niveaux régional et national, pour que cette politique d'équipement puisse être évaluée au regard des 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.

—SYNTHESE—

Le régime des autorisations pour les équipements lourds d'imagerie médicale, ne garantit pas une accessibilité suffisante de la population aux examens. La fragilité de la définition du besoin et, au-delà, du nombre d'appareils et d'actes nécessaires, l'insuffisance de la réflexion sur l'organisation de l'accès aux soins, conduisent à une prise en charge insatisfaisante des patients atteints de pathologies définies pourtant comme priorités de santé publique.

Cependant, le mode de tarification des actes d'imagerie en coupe, qui méconnaît les études médico-économiques successives, et la prise en charge d'actes non justifiés médicalement, génèrent pour l'assurance maladie un niveau de dépenses injustifié qui n'est contenu que par un contingentement de l'offre de soins.

Une révision des montants des forfaits techniques et des honoraires et la remédicalisation de la tarification semblent s'imposer tout comme la définition d'une organisation cible de l'offre 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 médicalement.*

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 régionales de la mise en œuvre de cette politique.*

Chapitre XIII

Les soins dentaires

PRESENTATION

D'après les comptes nationaux de la santé, le montant des dépenses de soins dentaires atteignait, en 2008, 9,65 Md€. Elles représentent 5,7 % de la consommation de soins et biens médicaux mais seulement 2,5 % des remboursements de la sécurité sociale.

Cet écart qui va croissant traduit un désengagement financier de l'assurance maladie qui a peu d'équivalent dans d'autres secteurs de la santé. Il s'explique principalement par l'importance des dépassements de tarifs qui concernent aujourd'hui près de la moitié des honoraires remboursables. Il faudrait y ajouter un certain nombre d'actes non-remboursables, de plus en plus répandus. Aujourd'hui, la sécurité sociale ne prend plus à sa charge que le tiers (34 %) de ces dépenses (contre plus de la moitié en 1980), et en particulier, seulement 18 % des soins prothétiques qui sont les plus coûteux.

L'ampleur de ces dépassements explique par ailleurs que les problèmes dentaires représentent à eux seuls, selon les études disponibles, plus de la moitié de tous les cas de renoncements à des soins pour des raisons financières.

L'évolution de ce secteur, atypique au sein des dépenses de santé, constitue donc un enjeu majeur de l'accès aux soins en France. Or l'examen effectué par la Cour met en évidence non seulement diverses limites dans la politique sanitaire menée dans ce secteur (I), mais aussi le caractère inadapté de la politique conventionnelle et tarifaire (II).

I - Une politique sanitaire insuffisamment affirmée

Les affections bucco-dentaires, outre leurs incidences locales, retentissent parfois gravement sur l'état général. Elles peuvent être à l'origine de complications infectieuses locales ou à distance, en particulier chez certains patients fragilisés (diabétiques, cardiaques, immunodéprimés). Elles peuvent aussi altérer l'alimentation et avoir des conséquences psychologiques et sociales importantes. De ce fait, la question de l'accès aux soins dentaires est importante. Or, aujourd'hui, celui-ci n'apparaît pas garanti pour toute la population.

Plus généralement, les enjeux sanitaires paraissent insuffisamment affirmés, pour ce qui concerne la prévention ou les contrôles sur la qualité des soins.

A – L'accès aux soins

1 – Une politique inadaptée aux défis démographiques

a) Effectifs, densité et perspectives

En juin 2010, l'ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD) recensait 41 137 chirurgiens-dentistes actifs²⁸⁰. La densité constatée en France (65 pour 100 000 habitants) est proche de la moyenne de l'Union européenne (61 pour 100 000)²⁸¹. Entre 1990 et 2006, l'augmentation de leur nombre a été la plus faible de toutes les professions de santé : +0,5 % par an contre +1,2 % pour les médecins ou +1,6 % pour les pharmaciens, par exemple. Ces effectifs tendent même à diminuer légèrement depuis 2004.

Toutefois, l'augmentation modérée constatée dans les années 1990 puis la baisse observée dans les années 2000 font suite à des périodes d'accroissement particulièrement rapide au cours des décennies 1970 (+50 %) et 1980 (+20 %). Au début des années 1970, le nombre de praticiens dépassait en effet à peine 20 000. L'évolution récente résulte de la diminution du *numerus clausus*. Instauré en 1971 et maintenu un peu en-dessous de 2 000 par an jusqu'à la fin des années 1970, il a été réduit de plus de 50 % au cours de la décennie suivante avant de se stabiliser aux alentours de 800 jusqu'en 2002-2003 puis d'augmenter à nouveau (977 de 2005 à 2007, 1 154 pour l'année universitaire 2009-2010). Les pouvoirs publics en 2008 comptent porter ce total à 1 300 en 2012.

En 2003, la DREES a étudié plusieurs scénarii de projection démographique²⁸², fondés sur différentes hypothèses de *numerus clausus*, en supposant que les comportements d'activité des chirurgiens-dentistes resteront semblables à ceux de 2006 à caractéristiques données (âge, sexe, mode d'exercice). Dans le scénario tendanciel (*numerus clausus* constant à 977), le repli des effectifs s'amplifierait à la suite du départ en retraite des cohortes de praticiens entrés dans la profession dans les années 1970 et 1980, puis ralentirait. Le recul d'ici 2030 serait de l'ordre du tiers par rapport à 2006 (27 000 contre 40 000), soit une proportion supérieure à celle qu'indiquent des travaux comparables pour les médecins. Du fait de l'augmentation de la population française, la diminution de la densité (de

280. En 2008, 91,5 % des chirurgiens-dentistes actifs exerçaient à titre libéral et 8,5 % à titre salarié. Seuls 4 % des praticiens libéraux ont une activité salariée en parallèle. Malgré une progression du salariat, cette profession de santé reste une de celles où il est le plus limité.

281. Source : Manual of dental practice, 2004 (comité de liaison dentaire de l'UE).

282. Etudes et résultats n° 595, septembre 2007 : La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon de 2030, un exercice de projection au niveau national.

65 pour 100 000 habitants à 40 pour 100 000 en 2030) la ramènerait à un niveau proche de celui du début des années 1970.

Par ailleurs, les statistiques de l'ONCD font apparaître des inégalités importantes de densité de chirurgiens-dentistes selon les régions, qui vont du simple au double (de 39 praticiens pour 100 000 habitants en Picardie à 89,7 en PACA) et du simple au quadruple à l'échelon départemental (de 35,7 dans la Somme à 138,8 à Paris). Comme dans le cas des médecins omnipraticiens ou des spécialistes, l'offre apparaît proportionnellement plus développée au sud qu'au nord, à l'exception de l'Ile-de-France, de l'Alsace et de la Bretagne.

Les différences s'accusent également à un niveau géographique plus fin, selon la taille des unités urbaines²⁸³. Les chirurgiens-dentistes préfèrent s'installer dans les pôles urbains où l'offre se densifie, au détriment des communes rurales où elle diminue (à peine plus de 20 praticiens pour 100 000 habitants, contre plus de 80 dans les agglomérations de plus de 200 000 habitants).

b) La difficile prévision des besoins

L'analyse des besoins en soins est difficile et les éléments d'appréciation qualitatifs sur leur évolution future sont contradictoires. D'une part, le vieillissement de la population pourrait entraîner un accroissement des besoins, principalement parodontaux, implantaires ou prothétiques. Les besoins des personnes âgées sont d'ores et déjà importants²⁸⁴. Les personnes âgées dépendantes, en particulier, n'ont pas bénéficié des progrès sanitaires continus²⁸⁵. La proportion de personnes édentées de plus de 65 ans atteint, dans notre pays, un niveau élevé (plus de 35 %), seuls la Pologne, l'Irlande, la Belgique, la Finlande et le Portugal faisant moins bien²⁸⁶. De plus, il faut prendre en compte une plus grande exigence sanitaire et esthétique, c'est-à-dire une moindre tolérance à l'égard de problèmes dentaires, concomitamment à de nouvelles possibilités techniques permettant la préservation ainsi que le remplacement des dents tout en concourant à réduire la « crainte du dentiste ».

283. Etudes et résultats n° 594 de septembre 2007 : Les chirurgiens-dentistes en France, situation démographique et analyse des comportements.

284. Selon une étude sur l'état de santé bucco-dentaire d'une population âgée du Grand Ouest relevant de la MSA, 80% de celle-ci avait des besoins de traitement.

285. Une étude de l'assurance maladie en Bretagne a notamment révélé que 21 % des résidents d'EHPAD n'y mangeaient qu'une nourriture mixée.

286. Manual of dental practice 2007.

En sens inverse, l'amélioration de l'état de santé bucco-dentaire de la population²⁸⁷, en particulier des plus jeunes, devrait limiter le recours aux soins dans les années à venir. Le nombre de dents cariées, absentes ou obturées (indice CAO) a fortement reculé chez les enfants de 12 ans, passant de 4,2 en 1987 à 1,9 à la fin des années 1990 puis à 1,2 en 2006²⁸⁸. En outre, une denture plus saine et mieux entretenue pourrait avoir peu à subir les effets du vieillissement et ce, jusqu'à un âge avancé. Enfin, les soins auxquels on doit avoir recours en vieillissant sont plus chers et moins bien remboursés, ce qui en limite la demande.

c) Des adaptations nécessaires de l'offre de soins

La diminution de la densité globale de chirurgiens-dentistes, si elle n'est pas alarmante en soi, aggrave les risques de pénuries locales. La répartition entre régions des effectifs prévus par le *numerus clausus* tend à prendre en compte les besoins démographiques des différents territoires, puisque le nombre d'étudiants autorisés à s'inscrire en première année d'odontologie augmente davantage dans les régions les moins bien pourvues. Toutefois, cette politique ne corrige des déséquilibres anciens qu'à la marge²⁸⁹ et demeure contrainte par les capacités de formation locales. En effet, toutes les régions ne disposent pas d'une faculté de chirurgie-dentaire²⁹⁰ et toutes ces facultés ne disposent pas aujourd'hui d'un nombre de « fauteuils » suffisants pour accueillir un nombre croissant d'étudiants dans de bonnes conditions. Par ailleurs, une modulation entre régions ne permet pas, par définition, de prévenir les disparités souvent les plus criantes au sein d'une même région. Accroître le nombre d'étudiants à Lille risque de n'avoir pour tout résultat que d'augmenter la densité déjà élevée en praticiens dans la métropole lilloise sans remédier aux pénuries dont souffre Béthune, par exemple.

Le « remplacement un pour un » ou la préservation du tissu des cabinets existants, alors qu'il est acquis que ce tissu va se desserrer, du

287. Cette tendance quasi-générale au sein de l'OCDE est à mettre essentiellement sur le compte de l'amélioration des conditions de vie, de l'hygiène bucco-dentaire, de la fluoruration des dentifrices et du sel alimentaire. Pour sa part, la corrélation entre l'indice CAO et la densité de chirurgiens-dentistes paraît faible.

288. « L'état de santé de la population en France », rapport 2007 de l'OCDE..

289. En 2010, malgré plusieurs augmentations successives, le nombre d'étudiants en 1^{ère} année d'odontologie atteint 108 à Lille-II, pour l'ensemble des régions Nord-Pas-de-Calais et Picardie (5,9 millions d'habitants), soit à peu près autant qu'aux facultés de Nice et Aix-Marseille-II réunies (109), alors que la région PACA compte 4,9 millions d'habitants et se caractérise par une densité en chirurgiens-dentistes plus de deux fois supérieure.

290. C'est notamment le cas de la région Centre, sous-dotée. Sur 31 centres hospitaliers universitaires et régionaux, 21 possèdent un service d'odontologie dont 15 reliés à des UFR d'odontologie.

fait de la réduction des effectifs et d'une tendance accrue à l'exercice collectif, ne paraît pas la bonne priorité. La politique menée en matière d'offre devrait se focaliser sur le cas des zones les moins bien pourvues, en se donnant pour objectif que l'ensemble des soins continue d'y être dispensés, soit par certains cabinets qui auraient trouvé reprenneur, notamment grâce à des incitations appropriées, soit par des structures de type maisons de santé.

Le rapport de la mission odontologie de 2003²⁹¹ évoquait des propositions comme la possibilité de verser une rémunération aux étudiants en chirurgie dentaire à partir de la deuxième année, en contrepartie d'un engagement d'exercer pendant dix ans dans les zones rurales ou urbaines difficiles. De même, des plateaux techniques mobiles pourraient desservir des maisons de santé communales et des maisons de retraite dans les cantons les moins bien pourvus.

Des mesures de nature plus coercitive pourraient consister principalement à instaurer une forme de *numerus clausus* à l'installation, justifié par la gratuité de la formation. En Allemagne, un système de conventionnement sélectif, contrôlé par les caisses d'assurance maladie, limite l'installation des praticiens dans les régions à forte densité.

Au final, l'assurance maladie et les représentants des professionnels ont tardé à envisager des solutions à ces problèmes démographiques, comme cela a été fait pour les infirmières et les masseurs-kinésithérapeutes. La CNAMTS souhaite toutefois faire de la répartition des professionnels sur le territoire un enjeu important des futures négociations, la présente convention dentaire arrivant à échéance en juin 2011.

La réflexion sur ce sujet devrait intégrer trois autres pans, d'importance inégale, de l'offre dentaire :

- l'offre hospitalière : le rapport de la mission de 2003 appelle à la création d'une filière de soins adaptée à l'hôpital, pour faire face à l'importance des besoins (populations et pathologie particulières, traitements particulièrement lourds et/ou compliqués), dont attestent les délais d'attente²⁹² ;
- les cabinets dentaires des caisses d'assurance maladie : dans le cadre de la dernière convention nationale des chirurgiens-dentistes, l'assurance maladie a pris l'engagement de « ne pas mettre en place de distribution de soins dentaires par les cabinets des caisses », présenté

291. Mission odontologie confiée en avril 2003 par le ministre de la santé à trois chirurgiens-dentistes : D. Bois, J. Massonnaud, J. Melet.

292. L'audit de l'appareil de formation odontologique établi conjointement par l'IGAS et l'IGAENR en décembre 2006 fait état de délais pouvant aller jusqu'à six mois.

comme la traduction d'un souci de « garantir la forme libérale de l'exercice de la chirurgie dentaire ». Cette dernière est pourtant très largement majoritaire, en dépit de l'existence, par ailleurs, de centres de soins mutualistes et territoriaux. L'engagement pris par l'assurance-maladie, qui n'a d'ailleurs pas eu pour contrepartie des contraintes réelles pour les professionnels, peut apparaître contestable au regard des difficultés d'accès aux soins de certaines catégories de la population en difficulté et/ou dans certaines zones. A tout le moins, l'assurance maladie ne devait pas s'interdire d'optimiser la répartition territoriale de ses centres de soins dentaires sous réserve d'avoir mis en place les conditions d'une gestion financière équilibrée de ces structures ;

- les assistant(e)s dentaires : en l'absence en France de la profession d'« hygiéniste » qui existe dans de nombreux Etats étrangers, les assistant(e)s dentaires pourraient voir leur champ d'activités élargi, d'une part, à certains soins parmi les plus simples comme les détartrages, afin que les praticiens puissent se consacrer aux traitements les plus lourds, d'autre part, à des tâches de suivi bucco-dentaire, en particulier dans des institutions : écoles (cf infra), institutions accueillant des personnes handicapées, maisons de retraite, établissements pénitentiaires... Les chirurgiens-dentistes interviendraient dans un second temps, si les cas détectés le nécessitaient.

2 – Un accès aux soins insatisfaisant.

L'activité des chirurgiens-dentistes se décompose, d'une part en soins conservateurs et chirurgicaux remboursés à 70 % d'un tarif opposable, d'autre part en soins prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale à honoraires libres, les praticiens ayant alors la possibilité de pratiquer des dépassements, non-remboursables, par rapport aux tarifs de responsabilité, sous réserve de remettre un devis au patient et de faire preuve de tact et mesure dans la fixation des honoraires. Enfin, ils peuvent accomplir des actes non-remboursables, essentiellement des actes hors nomenclature, dont certains deviennent de plus en plus courants²⁹³.

Les inégalités demeurent importantes dans le domaine de la santé bucco-dentaire. L'indice CAO à 12 ans, de 0,9 chez les enfants de cadres supérieurs, atteint 1,5 chez les enfants d'ouvriers en 2006. 45 % des ouvriers non-qualifiés déclarent au moins une dent manquante non remplacée, contre 29 % des cadres. D'après l'enquête « santé et protection sociale » de 2006²⁹⁴, une personne sur sept habitant la France

293 . Les implants dentaires, en particulier, s'imposent de plus en plus car, contrairement aux bridges, ils permettent d'épargner les dents adjacentes.

294. Questions d'économie de la santé n° 132, IRDES, mai 2008.

métropolitaine déclarait avoir renoncé à des soins (temporairement ou définitivement) pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. Les soins dentaires représentaient 63 % de ces cas de renoncements (contre 25 % pour les lunettes et lentilles et 16 % pour les soins de spécialistes). Cette proportion n'atteignait que 46 % dans l'enquête SPS de 2000.

Si les individus sans couverture complémentaire renoncent deux fois plus que les autres à des soins, il ne semble pas y avoir de différence significative en revanche entre les bénéficiaires de la CMUC et ceux qui possèdent un autre type de couverture complémentaire. Cela signifie que la CMUC, qui permet la prise en charge intégrale des soins conservateurs et d'un panier de soins prothétiques et d'orthopédie dento-faciale sur la base de forfaits²⁹⁵, atteint effectivement l'un de ses principaux objectifs.

Selon les analyses statistiques du fonds CMU (juin 2007), les soins dentaires représentaient près de 15 % (soit 49 € en moyenne) de la dépense annuelle en part complémentaire et par bénéficiaire de la CMUC affilié au régime général (au total 334 €).

Néanmoins, de moindres renoncements aux soins pour des raisons financières ne signifient pas que les bénéficiaires de la CMUC demandent et obtiennent tous les soins qu'appelle leur état de santé. Ceci met en jeu leur propension plus ou moins grande à recourir aux soins, mais aussi l'attitude des chirurgiens-dentistes à leur égard. L'importance des dépassements d'honoraires dans le domaine des soins dentaires augmente pour les professionnels le manque à gagner que représentent les traitements orthodontiques et prothétiques des bénéficiaires de la CMUC, à l'égard desquels ils ne peuvent pratiquer de tels dépassements.

Le fonds CMU a commandé au DIES une étude par testing sur ce sujet, basée sur une analyse des refus de soins à l'encontre de cette partie de la patientèle lors de la prise de rendez-vous téléphonique dans six villes du Val-de-Marne²⁹⁶. Elle met en évidence, dans le cas des chirurgiens-dentistes, un taux de refus de soins imputable à la CMUC parmi les plus élevés des professions de santé (39,1 %, contre 1,6 % pour les médecins généralistes du secteur 1, 16,7 % chez ceux du secteur 2 et 41 % chez les spécialistes). Cette situation pourrait expliquer, selon l'audit de l'appareil de formation odontologique, que les bénéficiaires de la CMU représentent parfois jusqu'à 50 % de la patientèle des services

295. Le plafond de ressources pour bénéficier de la CMUC est de 634,55€ par mois pour une personne seule en métropole.

296. Desprès et Naiditch, « Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire : une étude par testing dans six villes du Val-de-Marne », mai 2006. Les soins demandés avaient un caractère standard et urgent puisqu'il était fait état de symptômes créant une suspicion d'abcès dentaire.

hospitaliers compétents. Un nouveau testing, commandé à l'IRDES par le fonds CMU et réalisé à Paris à la fin de l'année 2008, confirme ces différents constats et met de plus en évidence une corrélation positive entre ce taux de refus et le revenu moyen par habitant selon les arrondissements.

Une disposition de la loi HPST a pour objectif de lutter contre ces pratiques ; il conviendra d'en mesurer l'efficacité. Il est déjà acquis, en revanche, que la revalorisation d'environ 30 % en 2006 des tarifs des soins prothétiques inclus dans le panier offert aux bénéficiaires de la CMUC n'a pas eu d'effet sur leur accès aux soins puisqu'elle s'est traduite par un surcoût pour les finances sociales sans augmentation significative du volume des actes²⁹⁷.

En outre, la CMUC ne suffit pas à assurer l'accès aux soins de toutes les personnes de condition modeste, les revenus de certains patients se situant juste au-dessus du seuil qui y donnent droit. Il existe, certes, une aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire (l'ACS ou aide complémentaire santé), proposée elle aussi sous condition de ressources (le même plafond de ressources que pour la CMUC, majoré de 20%, soit 752 €). Cependant, l'ACS n'a pas connu la diffusion escomptée²⁹⁸. De plus, elle n'entraîne pas application de forfaits opposables évitant les restes à charge, contrairement à la CMUC.

Bien qu'il n'existe pas de statistiques précises, il peut être supposé qu'une grande partie des renoncements à des soins pour des raisons financières se concentrent dans cette catégorie de la population. A cet égard, il conviendrait de s'interroger sur l'opportunité d'étendre le bénéfice du panier de soins à tarifs opposables aux assurés bénéficiaires de l'ACS, avec ou sans prise en charge à 100 %, ce qui pourrait en outre donner une impulsion décisive à sa montée en charge. La spécificité des soins dentaires justifierait un tel élargissement.

B – La politique de prévention

La prévention a longtemps relevé pour l'essentiel de la profession dentaire libérale et de l'UFSBD (union française pour la santé bucco-

297. Voir le rapport sur l'évaluation de la loi CMU de juillet 2009.

298. Cf. RALFSS de 2006.

dentaire) qu'elle a créée en 1966, faute d'investissement des pouvoirs publics²⁹⁹.

Si les chirurgiens-dentistes jouent un rôle important dans ce domaine, il n'en reste pas moins, d'après une étude de l'observatoire régional de santé d'Ile-de-France, que la fréquence des conseils délivrés par les praticiens au cours des consultations n'atteindrait que 18,9 % en matière de brossage et d'hygiène, 4,7 % sur les liens entre problèmes dentaires et maladies chroniques, 3 % en matière d'habitudes alimentaires, 2,4 % sur les effets du tabac et 1,3 % en matière de gestion du stress.

Pour renforcer leur rôle en matière de prévention, la convention de 2006 a prévu la mise en œuvre d'un plan de prévention et d'éducation sanitaire, « M'T Dents », prenant la suite d'un dispositif lancé en 1997. La mesure principale en est un examen bucco-dentaire de prévention pour les enfants aux âges les plus vulnérables aux risques carieux, à savoir 6, 9, 12, 15 et 18 ans. Cet examen (une consultation tarifée à 25 € et d'éventuelles radiographies), de même que les soins consécutifs, sont pris en charge à 100 % (sous certaines conditions) et financés par le FNPEIS (fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires). Si les familles reçoivent systématiquement une invitation à l'examen et un imprimé de prise en charge de la part de la CNAMTS, le plan retenu nécessite une démarche volontaire de leur part auprès d'un chirurgien-dentiste. En 2009, le taux de participation a atteint 32 % toutes tranches d'âge confondues et 41,3 % pour les enfants de six ans.

Malgré la progression de ce taux de participation global, la méthode mise en œuvre ne permet pas d'espérer qu'il dépasse sensiblement 50 %. Or un objectif plus volontariste revêt une pertinence certaine. Une enquête de l'UFSBD de 2006, réalisée à la demande de la DGS, atteste du fait que l'amélioration de l'état de santé bucco-dentaire laisse subsister des besoins encore importants (la carie touche plus d'un tiers des enfants de 6 ans et 45 % des enfants de 12 ans) et s'accompagne d'un recours aux soins encore insuffisant quand ils sont nécessaires (à 6 ans, un enfant atteint sur cinq bénéficie d'un traitement, à 12 ans, la moitié). La situation des plus atteints s'améliore peu. En 1998, un enfant de 12 ans à traiter avait en moyenne besoin de soins pour 2,3 dents, en 2006, encore pour 2,1.

Ceci plaide en faveur d'un examen aussi systématique que possible visant à identifier les cas non-traités les plus lourds. Pourrait par exemple

299. De ce fait, des responsables de l'UFSBD se trouvent conduits à faire des préconisations dans le domaine de la prévention, alors que l'UFSBD elle-même peut être amenée à jouer un rôle majeur dans la mise en œuvre de ces préconisations. On peut ainsi citer la mission confiée en mars 2010 par la secrétaire d'Etat chargée de la famille et de la solidarité au président de l'UFSBD et au secrétaire général de l'ordre national sur la situation bucco-dentaire des personnes en situation de handicap.

être envisagé, au sein des établissements scolaires, en particulier dans ceux qui sont situés dans les zones les plus défavorisées, un *examen* par des professionnels mobilisés pour la circonstance et dotés de moyens adaptés, plutôt que de simples actions d'information et de sensibilisation.

C – La qualité et la sécurité des soins

Troisième volet essentiel de la politique sanitaire, les contrôles exercés sur la qualité des soins sont insuffisants, qu'ils portent sur les pratiques professionnelles en général ou plus spécifiquement sur la qualité des prothèses. L'attention insuffisante portée au statut des assistant(e)s dentaires témoigne également de l'absence de prise en considération des enjeux de qualité et de sécurité des soins.

1 – Le contrôle des pratiques

L'ordre des chirurgiens-dentistes est chargé de veiller au respect du code de déontologie, qui inclut l'obligation de qualité et de sécurité des soins. Le contrôle à ce titre paraît cependant limité.

Au titre des responsabilités de l'Etat dans le domaine sanitaire, les agences régionales de santé, prenant la suite des DDASS et des DRASS, devront effectuer, pour leur part, des contrôles dans les cabinets dentaires des établissements de santé ainsi que dans les centres de santé. Dans les cabinets dentaires « de ville », les contrôles sont exceptionnels et n'interviennent que lorsqu'une plainte ou un élément particulier fait suspecter l'existence d'un problème. Les DDASS et DRASS ne disposant pas de ressources propres dans le domaine dentaire, elles font fréquemment appel aux chirurgiens-dentistes conseils de l'assurance maladie pour les assister dans ces contrôles.

Au 31 décembre 2008, l'assurance maladie employait 293 chirurgiens-dentistes conseils. Elle a cessé d'en recruter depuis 2005 et il n'existe plus de coordination technique des chirurgiens-dentistes conseils au niveau national. De fait, la CNAMTS les juge en sureffectif à la suite de la disparition de l'entente préalable pour la plupart des actes dentaires (qui ne représentent plus désormais que 12,6 % des demandes d'entente préalable, pour un taux d'avis défavorable limité à 0,67 %). L'activité de contrôle a priori ne concerne plus que l'examen des demandes d'entente préalable à des traitements d'orthopédie dento-faciale. La CNAMTS justifie le maintien de cette procédure par le fait qu'il faut en contrôler la limitation dans le temps. Toutefois, ce contrôle apparaît lourd au regard d'une obligation aussi délimitée.

La diminution des cibles et des moyens de contrôle de l'assurance maladie paraît cohérente avec son désengagement financier de ce secteur (cf. infra). Dans une vision essentiellement assurantielle, la légitimité du

contrôle peut dépendre de l'importance des remboursements. Cependant, la situation actuelle apparaît au final assez paradoxale. Des chirurgiens-dentistes conseils désormais sous-employés effectuent des contrôles d'une pertinence contestable, alors que les règles applicables aux soins dentaires se caractérisent par leur complexité voire leur ambiguïté, qu'on manque d'études sur les besoins et les pratiques dans ce domaine et que les contrôles sanitaires paraissent peu développés.

2 – Les prothèses dentaires.

La qualité des soins est une préoccupation de premier ordre pour les dispositifs médicaux mis en bouche. La directive 93/42/CEE fixe les modalités de mise sur le marché des dispositifs médicaux sur mesure, dont les prothèses dentaires. La directive européenne 2007/47/CE a ajouté un certain nombre de dispositions visant à accroître la transparence dans ce domaine. Le décret d'avril 2009 la transposant (entré en vigueur en mars 2010) prévoit que soit tenue à la disposition du patient la déclaration de conformité signée du fabricant, qui accompagne la prothèse. Il prescrit également que le fabricant établisse une documentation comportant non seulement son nom et son adresse, mais aussi le ou les lieux de fabrication. Ceci doit permettre normalement de connaître l'origine réelle du dispositif concerné, quand bien même le fabricant sous-traiterait ou délocaliserait sa production à l'étranger. L'enjeu réside dans l'application effective de cette nouvelle prescription et son contrôle.

Par ailleurs, l'article 177 de la loi de finances pour 2009, modifiant le code de la santé publique, impose à tous les opérateurs (fabricants, mandataires, distributeurs, importateurs et exportateurs de dispositifs médicaux) de se déclarer auprès de l'AFSSAPS, ce qui lui permettra d'exercer plus efficacement sa mission de surveillance de ces marchés.

Les contrôles matériels soulèvent des difficultés. Ils supposent d'examiner une prothèse dentaire fabriquée pour un patient donné, voire de la détruire pour en vérifier la composition. L'AFSSAPS déclare envisager de réaliser des inspections et des contrôles en laboratoire, ce qui signifie qu'elle ne le fait pas actuellement. En outre, si de telles inspections permettront de contrôler les processus de fabrication, ce ne sera le cas que pour la production nationale. Malgré les difficultés de cette tâche, il importe de développer le contrôle matériel des dispositifs médicaux. L'absence de plainte ne suffit pas à établir leur innocuité, certains problèmes pouvant ne pas être détectés.

3 – Les assistant(e)s dentaires

La qualité et la sécurité des soins reposent aussi sur les conditions d'emploi et de formation des assistants(es) dentaires. Deux chirurgiens-dentistes sur trois emploient un(e) assistant(e) qualifié(e) et seulement un

sur trois à temps plein -ce qui place la France parmi les Etats où cette profession est la moins développée. Cette situation apparaît peu satisfaisante au regard des obligations matérielles et sanitaires qui pèsent sur les cabinets dentaires, en particulier quant au respect de la chaîne de stérilisation. En effet, la plupart des actes de chirurgie dentaire sont invasifs et les instruments, réutilisables, sont souvent difficiles à nettoyer en raison de leur architecture complexe. Il en découle un certain risque de transmission infectieuse³⁰⁰.

Plusieurs études ont été diligentées sur ce sujet, notamment une enquête nationale réalisée par IPSOS en 2007. Concordant avec des études régionales, elle montre que les pratiques des chirurgiens-dentistes en matière d'hygiène et de stérilisation, si elles se sont améliorées ces dernières années, présentent encore des points faibles³⁰¹.

Le recours relativement limité aux assistant(e)s dentaires peut tenir aux conditions économiques de fonctionnement des cabinets, mais aussi au manque d'attractivité de cette profession. La réforme de leur formation (fondée actuellement sur un certificat de formation professionnelle) pourrait consacrer un relèvement de son niveau et contribuer à remédier en partie aux difficultés actuelles de recrutement³⁰².

II - Une politique tarifaire inefficace et obsolète

Comme pour les soins médicaux, la négociation tarifaire est de la compétence de l'UNCAM (même si la responsabilité des tutelles est également évidente). Dans le domaine des soins dentaires, elle repose sur une connaissance imparfaite des données économiques fondamentales et sur une nomenclature devenue obsolète. Elle n'utilise pas de manière adéquate le levier d'action que constitue la prise en charge des cotisations d'assurance maladie des professionnels. En outre, la convention ne prévoit pas de contrepartie significative aux avantages consentis à la profession. En particulier, les prix des prothèses sont trop peu encadrés.

300. Une étude demandée par la DGS à l'institut de veille sanitaire a permis de quantifier certains risques d'infection virale liés aux soins dentaires. L'absence de stérilisation des porte-instruments rotatifs après chaque patient pourrait être notamment à l'origine de 200 cas d'hépatite B par an. Ce total ne s'explique pas par un risque important lors de chaque acte mais par la fréquence de ces soins.

301. 12 % des chirurgiens-dentistes interrogés ne se lavent pas systématiquement les mains entre deux patients ; 11 % ne mettent pas de gants ; 13 % ne portent pas de masque ; 17 % des praticiens n'ont pas d'autoclave ; 59 % ne stérilisent pas les turbines et contre-angles ; 70 % ne connaissent pas le guide de la DGS sur ce sujet.

302. Une mission de l'IGAS demandée par le ministre de la santé va s'attacher aux questions du champ et du niveau de leurs compétences et mesurer l'impact juridique et financier d'un changement de statut.

Au final, ce secteur souffre d'un déficit de réflexion et de pilotage. En particulier, le désengagement progressif de l'assurance maladie obligatoire se fait sans redéfinition de la répartition des tâches entre celle-ci et les organismes complémentaires.

A – Les données économiques générales

Les données financières du secteur paraissent mal connues, ce qui porte préjudice à la qualité de son pilotage et des discussions conventionnelles.

1 – Des dépenses de soins dentaires sous-estimées

La DREES estime les dépenses totales de soins dentaires sur la base des données du SNIR (système national inter-régimes) en procédant à certains ajustements, dans les conditions détaillées dans le tableau ci-dessous.

Estimation des dépenses totales de soins dentaires en 2008

En M€

SNIR (métropole)	8 212
- honoraires remboursés :	4 015
- dépassements :	4 197
DOM	180
Non présentés au remboursement	17
Ajustement statistique pour le compte provisoire*	90
Sous-total	8 499
Coefficient d'ajustement de 9,3% (prise en compte d'une partie des actes hors nomenclature)	790
Centres de santé	366
Dépenses totales	9 651

*passage de dates de remboursement en dates de soins et autres ajustements

Source : DREES

Cette estimation soulève toutefois un certain nombre d'interrogations. L'application d'un coefficient de +9,3 %, calculé par comparaison entre les données fiscales et les résultats du SNIR sur la période 1995-1997, rendait compte jusqu'en 2004 d'une partie des honoraires non-remboursables que le SNIR ne retraçait pas.

Avant 2004 en effet, selon la CNAMTS, les caisses saisissaient les informations relatives à ces actes, sans pouvoir « certifier que l'ensemble des feuilles de soins des chirurgiens-dentistes comportait l'ensemble des actes hors nomenclature », pour la raison qu'« aucun texte législatif ou conventionnel ne précisait la mention ou non des actes hors nomenclature sur les feuilles de soins ». Il semble, en particulier, qu'ils n'étaient parfois

pas déclarés quand le praticien n'accomplissait aucun autre acte, remboursable cette fois, au cours de la même séance. Pourtant, l'obligation d'indiquer tous les actes sur les feuilles de soins figurait dans la convention de 1997³⁰³. La LFSS pour 2004 a ensuite exclu explicitement la mention des actes médicaux non-remboursables sur les feuilles de soins, disposition reprise par la convention nationale des chirurgiens-dentistes de 2006.

En conclusion, on peut donc considérer que le SNIR comprenait une grande partie de ces honoraires jusqu'en 2004, mais normalement plus aucun depuis. Comme les précautions n'ont pas été prises pour éviter une rupture de série, les évaluations actuelles les sous-estiment donc, ainsi que le total des dépenses de soins dentaires. Ce coefficient d'ajustement n'est plus adapté par construction, puisqu'il avait pour fonction de prendre en compte une partie, mais non la totalité des actes non-remboursables. En outre, il convient de souligner que la progression, a priori rapide, du nombre d'actes hors nomenclature, notamment du fait de la diffusion des techniques d'implantologie, par ailleurs plus onéreuses³⁰⁴, joue également dans le sens d'une sous-évaluation.

La DREES a le projet d'actualiser ce coefficient. Il conviendrait surtout de faire en sorte que le système d'information de l'assurance maladie retrace cette partie de l'activité des praticiens, c'est-à-dire de restaurer une obligation de les déclarer.

2 – Des revenus sous-évalués

Pour 2007, les revenus libéraux des chirurgiens-dentistes, nets de charges professionnelles³⁰⁵, ont été estimés par la DREES à 81 400 € en moyenne, soit un niveau équivalent à celui des médecins (86 300 €), inférieur de 26 % à celui des spécialistes (109 400 €), mais supérieur de 22 % à celui des omnipraticiens (66 800 €). Sur la période allant de 2000

303. A l'article 7, précisant que le chirurgien-dentiste inscrit la totalité du montant perçu sur la feuille de soins; à l'article 21, spécifiant notamment qu'en cas d'acte hors nomenclature, le chirurgien-dentiste inscrit le montant des honoraires perçus en indiquant "HN"; à l'article 24 dressant la liste des faits pouvant donner lieu à sanction.

304. La revue de la MGEN, « Valeurs mutualistes », dans son n° 263 de novembre/décembre 2009 donne une fourchette de prix de 1 200 à 1 500 € pour la pose de l'implant (non remboursée par la sécurité sociale) et de 800 à 1 500 € pour la couronne fixée sur celui-ci (remboursable).

305. En 2006, les charges représentaient 62,6 % de leurs honoraires nets de débours et de rétrocessions, contre 46,7 % pour l'ensemble des médecins. Ce taux de charges augmente puisqu'il n'était que 57,6 % en 1993. Cette augmentation recouvre le renforcement des exigences sanitaires en matière d'hygiène et d'asepsie et la sophistication des techniques. DREES, Etudes et résultats n° 686 d'avril 2009.

à 2007, les revenus ainsi estimés ont augmenté en euros constants de 2,2 % par an, soit plus rapidement que ceux des médecins (+1,8 %), en particulier que ceux des omnipraticiens (+1,4 %).

La DREES évalue ces revenus en appliquant un taux de charges, calculé sur la base de données fiscales (déclaration par les praticiens de bénéfiques non-commerciaux), aux recettes d'honoraires fournies par le SNIR. Comme elle ne procède à aucun ajustement dans le cas de ces dernières, contrairement à ce qu'elle fait pour estimer les dépenses totales de soins dentaires, les revenus ainsi calculés omettraient donc totalement ceux, pourtant conséquents, qui sont tirés d'actes hors nomenclature.

Selon la DGFIP, le résultat fiscal moyen des chirurgiens-dentistes atteignait, quant à lui, 90 255 € en 2007. Les déclarations fiscales ne lui permettent pas de faire de distinction selon la nature des revenus, en particulier de connaître les revenus tirés d'actes hors nomenclature. On peut seulement supposer que ces derniers expliquent une grande part de l'écart significatif entre ces deux estimations.

Les revenus par praticien apparaissent en corrélation inverse avec la densité de l'offre et s'avèrent donc en moyenne plus élevés dans la moitié nord. Ainsi, le montant moyen d'honoraires d'un chirurgien-dentiste exerçant en Picardie excède de près de 50 % celui de ses confrères de Midi-Pyrénées. Ceci tient à une patientèle et à une activité par chirurgien-dentiste plus importante, et non à des prix plus élevés, car on observe, par ailleurs, que d'un département à l'autre, plus on compte de patients par praticien, plus les dépassements restent modérés. A contrario, les praticiens semblent s'installer en plus grand nombre dans des régions où ils peuvent « compenser » en partie une patientèle moins nombreuse par des dépassements plus élevés (prix plus hauts à actes donnés et/ou activité de soins prothétiques, d'implantologie et de parodontologie plus développée), compte tenu du revenu moyen des patients dans la zone concernée.

B – Une nomenclature obsolète

1 – La nomenclature générale des actes professionnels

Cette nomenclature (NGAP) date de 1972 mais est aujourd'hui toujours en vigueur pour les soins dentaires, alors qu'on la considère souvent comme obsolète, insuffisamment précise, voire inappropriée. Des ajustements, par le biais d'assimilations de certains actes à d'autres et de l'inscription de nouveaux actes, sur la proposition de la commission de hiérarchisation des actes et prestations, restent possibles. Toutefois, la NGAP n'a pas pu s'adapter correctement aux changements des techniques et des matériaux qui ont contribué à modifier profondément les conditions techniques d'exercice de cette profession. Elle peine à

prendre en compte le coût réel des techniques, ainsi que la difficulté des différents actes et le temps qu'ils requièrent.

Certains d'entre eux, pourtant devenus d'usage courant, comme on l'a vu, ne sont toujours pas entrés dans la nomenclature et demeurent non-remboursables pour l'essentiel. D'autres, bien que fréquents, n'ont été inscrits à la nomenclature que tardivement, comme les inlays-core ou plus récemment les couronnes entièrement en céramique, dites « céramo-céramiques » (à la suite d'une décision de l'UNCAM de novembre 2009).

De ce fait, de plus en plus d'organismes complémentaires formulent leurs garanties en fonction non plus de la NGAP mais du besoin de santé, ce qui confère de l'importance à des données comme le type exact de prothèse dentaire, la place de la dent en bouche, etc. Cette politique s'inscrit dans le prolongement d'une volonté de gestion plus active du risque, au regard de laquelle la nomenclature n'apparaît plus adaptée. Les organismes complémentaires sont donc conduits à recueillir des informations sur un autre support que la feuille de soins.

Les libellés de la NGAP comprennent aussi des ambiguïtés, qui compliquent la tâche des praticiens comme de l'assurance maladie. Dans ces conditions, prévaut, en pratique, une large tolérance. La nomenclature actuelle offre de multiples possibilités d'optimisation. Les sociétés de conseil en gestion des cabinets dentaires, auxquels les praticiens ont recours de manière croissante, indiquent notamment aux praticiens non seulement quels actes mais aussi quelles codifications privilégier.

Par exemple, les chirurgiens-dentistes peuvent requalifier des actes remboursables en actes hors nomenclature, dans le but de s'affranchir des plafonds d'honoraires conventionnels, ce dont l'assurance maladie profite également, d'où une certaine négligence dans les contrôles de celle-ci. Elle n'a d'ailleurs plus connaissance de ces actes (cf. supra), ce qui rend les contrôles en pratique hors de portée. En outre, il suffit d'un acte hors nomenclature lors d'une consultation pour que le praticien puisse lui imputer le surplus de rémunération qu'il souhaite, pour n'importe quel autre acte accompli lors de la même séance. La multiplication des actes hors nomenclature facilite donc le contournement du caractère opposable de certains tarifs. Ainsi, le détartrage, acte fréquent aux honoraires en principe règlementés, peut voir son prix multiplié par trois ou quatre, notamment à Paris, parce que requalifié en « curetage » ou complété artificiellement par un autre acte non-remboursable car hors nomenclature, par exemple un « polissage ».

2 – Une nouvelle nomenclature encore inappliquée

Selon la convention dentaire de 2006, la mise en place de la classification commune des actes médicaux (CCAM) constituait un objectif à atteindre dans les deux ou trois prochaines années. Elle

instituait un groupe de travail chargé d'étudier son impact sur l'exercice professionnel et ses effets financiers pour l'assurance maladie. Or en 2010, la CCAM n'est toujours pas appliquée aux actes dentaires.

La lenteur des travaux s'explique par des difficultés et des incertitudes financières importantes. Par exemple, la prise en charge des actes hors nomenclature entraînerait un surcoût pour l'assurance maladie, (quoique limité dans la mesure où la plus grande partie de leurs prix serait constituée de dépassements). De même, un certain nombre de tarifs opposables se verraient réévalués. A contrario, les tarifs de base de certains actes, comme les radiographies rétro-alvéolaires, fréquentes, seraient inférieurs à ceux pratiqués aujourd'hui par les chirurgiens-dentistes.

En 2010, la CNAMTS devrait évaluer l'impact financier de son éventuelle mise en œuvre, sur la base de l'étude d'un échantillon jugé représentatif de feuilles de soins, ce qui exclut par construction les actes hors nomenclature. Dans cette optique, la mise en œuvre de la CCAM se limiterait à une désignation plus précise des actes et une modification de la cotation de certains d'entre eux, mais à périmètre constant, ce qui serait insuffisant.

Les professionnels souhaitent la mise en œuvre de la CCAM, au motif que les tarifs pratiqués en France seraient moins élevés que dans des pays comparables et que, sur longue période, les tarifs de la sécurité sociale auraient moins augmenté que leurs charges professionnelles. La CNAMTS a mené une étude comparative des tarifs de référence ou conventionnels (et non des prix réellement facturés en cas de dépassements possibles) en France et dans d'autres pays européens. Le bilan n'est pas facile à faire : si les tarifs, opposables, des soins conservateurs et des radiographies sont en effet un peu inférieurs dans notre pays à ceux que pratique l'Allemagne, par exemple, la situation inverse prévaut pour les consultations et certains actes courants comme les extractions dentaires simples et les détartrages.

En tout état de cause, une nouvelle nomenclature s'impose, plus adaptée, à coût maîtrisé pour l'assurance maladie et financée par redéploiement. Ceci suppose au préalable une évaluation précise de l'impact financier d'une application pleine et entière de la CCAM, éventuellement pour réfléchir à une hiérarchisation des taux de remboursement en fonction du service médical rendu (sur le modèle du remboursement des médicaments). Cette réforme permettrait d'afficher des taux de remboursement certes plus faibles qu'aujourd'hui, mais plus fidèles à la réalité, basés sur des tarifs conventionnels plus proches des prix effectivement facturés. Ceci vaudrait mieux que les actuels taux de remboursement globaux (y compris assurance maladie complémentaire) apparemment élevés, s'exprimant parfois en multiple du tarif

conventionnel (300 % ou plus), mais qui sont en réalité limités et peu compréhensibles pour les assurés.

Naturellement, comme indiqué plus haut, il importe que cette rénovation s'étende au champ des actes non-remboursables. Sur les 333 libellés d'actes techniques contenus dans le référentiel d'odontologie de la CCAM, 123 correspondent à des actes non inscrits à la NGAP. Or ces actes ne sont maintenant plus des exceptions, seulement justifiées par des considérations de confort et d'esthétique, mais souvent des solutions à envisager en première intention.

Par ailleurs, le non-référencement de ces actes dans la nomenclature suscite des contradictions entre préoccupations financières et sanitaires. Des prix plus élevés et/ou une plus grande liberté tarifaire, de moindres cotisations sociales (cf. infra), d'où au total un taux de marge supérieur pour le praticien, pourraient parfois les lui faire préférer pour des raisons purement économiques, s'il est apte à les réaliser lui-même et si le patient (qui ne bénéficie plus d'aucun remboursement de la sécurité sociale) a la capacité ou est disposé à les payer.

Au final, cette situation entraîne donc des effets paradoxaux. Des patients peuvent être dissuadés de recourir, en raison de leur prix, à certains actes d'usage devenu courant mais non inscrits à la nomenclature, dans des cas où ils constitueraient pourtant une solution très supérieure aux autres d'un point de vue sanitaire. A l'inverse, cette situation peut aussi inciter des praticiens à les proposer dans des cas où ils ne constitueraient pas, cette fois-ci, une solution notablement meilleure, et ce, seulement parce qu'ils sont plus rémunérateurs pour eux (au risque de « sur-traitements implantaires »).

3 – Le risque de non versement des cotisations sociales d'assurance maladie dues au titre des activités non conventionnées

a) La situation actuelle

Aux termes de l'article L. 722-1 du code de la sécurité sociale les professionnels de santé exerçant leur activité dans le cadre d'une convention relèvent du régime d'assurance maladie des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC), géré par la CNAMTS. Par ailleurs, la convention dentaire de 2006 a prévu, comme pour les autres professions de santé, de restreindre l'assiette de prise en charge des cotisations par l'assurance maladie aux seuls revenus nets, hors dépassements d'honoraires.

Se pose, dès lors, la question des actes non-remboursables, c'est-à-dire essentiellement hors nomenclature. En droit, la question est de savoir

si les revenus que les praticiens conventionnés perçoivent au titre de ces actes relèvent ou non du régime des PAMC³⁰⁶.

Avant 2006, tous les revenus nets entraient dans l'assiette de prise en charge des cotisations par l'assurance maladie, d'où une réponse positive, implicite, à cette question. Dans le contexte de la réforme de l'assiette de prise en charge des cotisations en 2006, cette interprétation, si elle avait continué à prévaloir, aurait toutefois emporté une conséquence paradoxale. En effet, les revenus tirés d'actes non-remboursables auraient continué à donner lieu à cette prise en charge par le régime des PAMC, faute d'en avoir été formellement exclus, contrairement aux dépassements.

De ce fait, une circulaire conjointe de l'ACOSS et de la CNAMTS du 14 juin 2007³⁰⁷ a précisé que ces revenus devaient faire l'objet d'une déclaration au régime social des indépendants (RSI) et donc ne relevaient pas du régime des PAMC, contrairement aux autres revenus (honoraires sans dépassement, dépassements). Ces revenus à déclarer au RSI, plafonnés, se voyaient appliquer deux taux différents selon qu'ils se situaient en-deçà du plafond de la sécurité sociale ou entre celui-ci et cinq plafonds, conformément à la réglementation en vigueur en matière de revenus professionnels des indépendants. En définitive, ce ne sont pas moins de quatre taux de cotisation d'assurance maladie qui, théoriquement, s'appliquent aujourd'hui aux revenus professionnels des chirurgiens-dentistes (voire cinq si on prend en compte un taux zéro au-delà de cinq plafonds de SS).

306. Cette question se pose dans le cas d'autres professions de santé pratiquant simultanément des actes remboursables et non-remboursables, comme les masseurs-kinésithérapeutes pour leur activité d'ostéopathe, ainsi que des pédicures/podologues.

307. Qui porte principalement sur la mise en œuvre des conventions nationales modifiant l'assiette de participation de l'assurance maladie aux cotisations des professionnels de santé libéraux.

**Taux de cotisation d'assurance maladie
applicables aux revenus des chirurgiens-dentistes**

Assiette	Taux
Régime des PAMC – revenus tirés d'actes remboursables hors dépassements	9,81% - 9,7%* = 0,11%
Régime des PAMC – revenus perçus au titre des dépassements sur les actes remboursables	9,81%
RSI - revenus tirés d'actes non-remboursables. En-deçà d'1 plafond SS (34 620 euros en 2010)	6,5%
RSI - en-deçà de 5 plafonds SS (173 100 euros)	5,9%
RSI - au-delà de 5 plafonds SS	0%

*taux de prise en charge de ces cotisations par l'assurance maladie dans le cadre du régime des PAMC.

Source : Cour des comptes

b) Les conséquences et les solutions envisageables

Interrogé à ce sujet trois ans après la publication de la circulaire (à laquelle il a été associé), le RSI déclare qu'aucun chirurgien-dentiste n'est affilié auprès de lui à ce titre. Bien qu'il en résulte pour lui des moins-values de cotisations, il ne semble pas avoir fait toutes les diligences pour en assurer l'application. De son côté, l'ACOSS n'a pas fourni le montant des autres revenus professionnels non-salariés que les praticiens doivent lui déclarer (notamment pour s'acquitter de la CSG). Par ailleurs, l'ACOSS a pu constater, à l'occasion de réunions avec plusieurs syndicats de professionnels de santé, que ces interlocuteurs ne semblaient pas connaître (ou reconnaître) cette règle. Mais elle n'a pas non plus mis en place d'action d'information ou de plan de contrôle systématique ou ciblé sur les professionnels de santé concernés. Au total, le constat de l'inapplication du droit ne semble avoir entraîné aucune initiative particulière de la part des institutions publiques concernées³⁰⁸.

A supposer que, dans certains cas, les praticiens n'omettent pas purement et simplement de déclarer les revenus tirés des actes hors nomenclature aux URSSAF :

- soit ils les déclarent convenablement, mais, manifestement sans transmettre cette information au RSI, ce qui les fait échapper au versement de toute cotisation sociale d'assurance maladie,

308. Cette situation apparaît d'autant plus anormale que certains praticiens choisissent de se spécialiser en implantologie et parodontologie et perçoivent l'essentiel de leurs honoraires au titre d'actes hors nomenclature. Soit ils ne s'acquittent pas de cotisations d'assurance maladie sur ces derniers, soit ils bénéficient d'une prise en charge induite dans des proportions potentiellement importantes.

- soit ils les déclarent à tort comme des revenus tirés d'actes remboursables. Dans ce dernier cas, il s'ensuit, d'une part, que l'assurance maladie prend indûment à sa charge une part des cotisations d'assurance maladie concernées, d'autre part, et en sens inverse, qu'une partie de ces revenus se voit appliquer un taux plus élevé qu'en cas de déclaration au RSI (9,8 % au lieu de 6,5 %, 5,9% ou 0% selon la tranche de revenus).

Pour un total d'honoraires liés à des actes hors nomenclature de l'ordre de 790 M€ selon la DREES³⁰⁹, cette perte pour les finances sociales s'élèverait selon la Cour à environ 51 M€ dans la première hypothèse et à 12 M€ dans la seconde.

L'obligation de faire figurer sur les feuilles de soins la totalité des actes effectués et des honoraires perçus serait un minimum. Toutefois, même réformé dans ses modalités d'application, le droit actuel est source de complexité administrative. Aussi pourrait-on juger opportun que l'ensemble de revenus libéraux des chirurgiens-dentistes relèvent d'un seul et même régime, celui des PAMC, tout en continuant à être soumis à des taux de cotisation différents, selon leur nature. A une échéance plus éloignée, une autre solution pourrait consister à actualiser la nomenclature et donc à réintégrer ces actes dans le droit commun.

C – Une convention dentaire peu contraignante

1 – La volonté de rééquilibrer la tarification entre soins conservateurs et prothétiques

Sur la base du constat consensuel et ancien d'une insuffisante rémunération des soins conservateurs et chirurgicaux au regard de la charge de travail qu'ils représentent, la convention de 2006 les a revalorisés en moyenne de 30 %, pour un coût en année pleine estimé à 298 M€ (revu depuis à 275 M€). En contrepartie, elle a restreint l'assiette de la participation de l'assurance maladie aux cotisations maladie et ASV (avantage social vieillesse) des chirurgiens-dentistes aux seuls honoraires correspondant à des montants remboursables, ce qui exclut donc les dépassements, comme on l'a vu. Cette modification devait produire un gain de 146,7 M€ pour les comptes de l'assurance maladie, soit près de la moitié du coût lié aux revalorisations évoquées plus haut.

En premier lieu, cette revalorisation n'a pas privilégié les soins conservateurs les plus *précoces*, destinés à limiter à terme les extractions et la pose de prothèses, mais des soins nécessités par des pathologies dentaires avancées et qui constituent souvent des actes « pré-prothétiques » (dévitalisations, reconstitutions coronaires) ainsi que les

309. Estimation dont il a été établi plus haut qu'elle était sous-évaluée.

extractions elles-mêmes (+60 %). L'UNOCAM a d'ailleurs vivement critiqué ce choix.

Par ailleurs, la convention comprenait également un engagement de maîtrise des honoraires de soins prothétiques, non dénué d'ambiguïté. Portait-il sur leurs prix ou sur la masse des honoraires, qui dépend également de l'évolution de l'activité ? De fait, si la revalorisation des soins conservateurs constitue une préconisation ancienne, on l'associe en général à un effort de maîtrise des tarifs des prothèses passant par des mécanismes de plafonnement, ce qui donne tout son sens à l'idée d'un « rééquilibrage ». L'union des jeunes chirurgiens-dentistes avait d'ailleurs fait des propositions précises allant dans cette direction.

Or, la convention a, au contraire, mis fin aux derniers dispositifs de plafonnement applicables dans le domaine des soins prothétiques (hors CMUC)³¹⁰. Si l'on estime que l'ampleur des dépassements constatés dans le cas des prothèses s'explique par une forme de « compensation » de la rémunération insuffisante des soins conservateurs, il paraît étonnant que la revalorisation de ces derniers s'accompagne de possibilités accrues d'augmenter de tels dépassements.

2 – Des résultats peu convaincants

La revalorisation de certains soins n'a eu qu'un effet mécanique sur l'évolution et la structure des honoraires, tandis que l'activité de soins conservateurs a eu tendance à stagner (taux de croissance annuel de -0,7 % en 2006 puis de -0,8 % en 2007 et -0,9 % en 2008, après +0,2 % en 2005). Parallèlement, on note une poursuite de la progression des dépassements sur les soins prothétiques avec un taux de croissance annuel de 3,4 % en 2007 (+2,7 % hors impact de la revalorisation CMUC), puis de 3,6 % en 2008, principalement imputable à la hausse des prix moyens puisque l'activité stagnait en volume (+0,4 %). Pour les soins prothétiques, le poids des dépassements dans les honoraires totaux augmente, passant de 70,7 % en 2006 à 72,2 % en 2008.

Imaginer que la revalorisation des soins conservateurs allait s'accompagner spontanément d'un ralentissement de l'augmentation des prix des prothèses était optimiste. D'ailleurs, les traitements d'orthopédie dento-faciale, pour lesquels des dépassements sont aussi autorisés, se caractérisent par les mêmes tendances tarifaires, alors que les praticiens spécialisés dans cette discipline n'ont pas à « compenser » une rémunération insuffisante des soins conservateurs.

310. C'est le cas des inlay-core (ou « faux moignons » qui précèdent fréquemment la pose des couronnes puisqu'ils servent à la reconstitution de la dent nécessaire au scellement de ces couronnes) et des couronnes métalliques (qui représentent 37 % des couronnes).

Ce manque de volontarisme n'a pas toujours été la règle. A titre d'illustration, la convention dentaire de 1997 prévoyait une revalorisation de la lettre clef SC et une série de mesures de nomenclature réévaluant les soins conservateurs, mais également la fixation concertée d'honoraires de référence pour certains soins prothétiques et orthodontiques, dont les professionnels ne pouvaient s'écarter de plus de 50 %³¹¹. Comparativement, les ambitions de la convention de 2006 se situent en retrait. L'objectif de limitation des dépassements reste relativement imprécis et ne s'accompagne d'aucun dispositif contraignant. Au final, les patients ne voient pas leurs restes à charge diminuer, en l'absence de tout plafonnement et de toute modification de la cotation ou du taux de remboursement des actes prothétiques.

A l'avenir, l'alignement du tarif de la consultation dentaire sur celui des médecins généralistes (la C dentaire vaut actuellement 21 €) et la poursuite de la revalorisation des soins conservateurs, que la CNAMTS considère comme un axe de la politique conventionnelle, devraient avoir pour contrepartie (si ces orientations se concrétisaient) des engagements plus contraignants de maîtrise et de limitation des dépassements en matière de soins prothétiques.

D – Des prix de prothèses non encadrés

1 – Les tarifs de remboursement

D'après l'enquête sur la santé et la protection sociale, 10 % des adultes se sont fait poser une prothèse dentaire en 2002, 33 % déclarent porter une prothèse fixe et 20 % une prothèse amovible. Le marché représentait 5,6 Md€ soit 39 % de celui de tous les dispositifs médicaux ambulatoires, la dépense moyenne par consommant étant de 970 € (dont 195 € de remboursement par la sécurité sociale).

Pour une couronne cotée SPR50, la lettre-clef valant 2,15 € le tarif conventionnel se trouve fixé à 107,50 € soit un remboursement par le régime obligatoire de 75,25 € alors que le prix d'une prothèse céramo-métallique dépasse souvent 800 €. La cotation des actes prothétiques n'a pas changé depuis 1988 et les ententes préalables ont été supprimées en 2001.

311. Faute d'accord entre syndicats et pouvoirs publics, cette convention n'a toutefois pu être mise en œuvre que partiellement.

Tarifs et remboursement des prothèses dentaires: quelques exemples

Prothèse dentaire	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé	Prix moyen du prothésiste	Prix moyen du praticien
Couronne	107,50€	70%	75,25€	68€(métallique) 115€ (céramique)	275 à 365€ (métallique) 535 à 760€ (céramique)
Inlay-core	122,55€	70%	85,78€	45€	120€
Inlay-core à clavette	144,05€	70%	100,83€	64€	335€
Appareil dentaire (1 à 3 dents)	64,50€	70%	45,15€	x	x
Appareil dentaire complet (14 dents)	182,50€	70%	127,75€	130 à 230€	760 à 1 520€
Bridge de trois éléments (deux dents piliers+un élément intermédiaire pour remplacer une dent absente)	279,50€	70%	195,65€	345€ (céramique)	1 600 à 2 290€ (céramique)

Source : note du HCAAM sur les dispositifs médicaux de mai 2008.

Par-delà ces moyennes, les honoraires afférents aux soins prothétiques sont très variables. Ils dépendent de la qualité des matériaux (céramique ou seulement nickel-chrome et titane) et de la difficulté relative de la tâche, mais aussi de la notoriété du chirurgien-dentiste, du quartier où il exerce, du niveau de revenu du patient (d'où des tarifs élevés à Paris, Nice et quelques autres grandes villes) et, fréquemment, du niveau de couverture que lui assure son assurance maladie complémentaire. Il est presque de règle que le praticien s'informe de celle-ci, de sorte que cette couverture complémentaire contribue de facto à tirer les prix à la hausse et bénéficie en bonne part au prestataire de soins. C'est la raison pour laquelle les organismes complémentaires plaident en faveur d'une plus grande transparence dans la tarification de ces services, mettent en place des plates-formes d'information et s'efforcent parfois par le biais d'accords avec les professionnels de promouvoir des formes de parcours de soins et de tarifs opposables.

2 – Les prothèses importées

Il est fait état depuis un certain nombre d'années d'une augmentation des importations de prothèses. Leur développement s'explique par un différentiel de coût. Ainsi, le prix d'une couronne céramo-métallique facturé par un laboratoire français revient entre 120 € et 140 € contre 40 € à l'importation. Il ne semble pas exister aujourd'hui

de statistiques à la fois objectives et exhaustives sur ces importations³¹². Le conseil de l'ordre et l'association dentaire française estiment que 15 % des prothèses posées en France seraient importées. L'UNPPD (union nationale patronale des prothésistes dentaires) situe à 30 % la part de marché des importations « en volume », c'est-à-dire à tarifs analogues pour celles-ci et la production nationale. Aux prix courants, cette évaluation correspond à une part de marché d'environ 12,5 %.

Les prothèses importées proviendraient majoritairement de Chine, puis de Madagascar, des pays d'Afrique du Nord, d'Europe de l'Est (Roumanie, Hongrie) et d'Asie du Sud-Est. Ces importations sont le fait de quelques grands laboratoires qui ont délocalisé leur production ; leur savoir-faire permettrait a priori, selon l'AFSSAPS, de garantir une qualité comparable à celle des prothèses fabriquées en France.

Ces importations ne semblent pas avoir d'effet sur l'évolution des prix, ce qui accrédite l'hypothèse de hausses de marges chez les chirurgiens-dentistes, qui ont recours directement ou non aux importations³¹³. A l'aval, en revanche, l'insuffisance de la concurrence semble attestée par la variabilité des prix, dont les éléments de différenciation objective ne peuvent rendre compte à eux seuls, et par le fait que le praticien puisse prendre en compte les revenus ou le niveau de couverture du patient.

3 – Améliorer la transparence sur les prix

Le niveau des prix français est souvent présenté comme élevé. En la matière, les données font défaut et il a seulement été possible de se reporter à une étude, ancienne, de l'institut allemand des chirurgiens-dentistes, citée par un rapport publié en 2005 par le centre fédéral d'expertise des soins de santé (Belgique) dont les résultats sont présentés dans le tableau qui suit :

312. La DGDDI n'enregistre dans ses statistiques que les opérations de plus de 1 000 € ou 1 000 kilos dans le cas des échanges extracommunautaire, alors que les envois de prothèses donnent lieu à des colis postaux de faible valeur et de faible poids.

313. Les praticiens peuvent faire jouer la concurrence en amont, en diversifiant leurs sources d'approvisionnement, de sorte que les prothésistes qui importent des prothèses n'apparaissent pas en position, pour leur part, de profiter de cette baisse de prix pour accroître leurs marges.

Prix relatifs de certains soins prothétiques en 1998

	Allemagne	France	Danemark	Pays-Bas
Prothèse amovible complète	100	251	139	77
Couronne céramique	100	199	178	100
Bridge 3 éléments, métal/résine	100	278	264	144
Bridge 3 éléments, céramique/métal	100	177	158	81

Source : *Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, KCE reports vol. 10 B, 2005*

Dans ce contexte, poser la question du niveau du prix des prothèses dans notre pays en procédant à une comparaison internationale qui ne se limiterait pas aux tarifs conventionnels³¹⁴ apparaît primordial. Les tarifs de remboursement prévus dans le cas des bénéficiaires de la CMUC pourraient aussi être pris pour référence. Ceux-ci sont en effet censés avoir été calculés sur la base de coûts et de rémunérations jugés normaux et ont connu une augmentation importante en 2006. Aujourd'hui, ces forfaits applicables, deux à trois fois supérieurs aux tarifs conventionnels, n'en restent pas moins sensiblement inférieurs aux prix de marché.

Améliorer la transparence aiderait à remédier à une concurrence aujourd'hui insuffisante. A cet égard, la remise d'un devis en vue de la pose d'une prothèse dentaire constitue déjà une obligation légale et conventionnelle. L'enjeu porte sur la mention d'informations complémentaires permettant l'individualisation du prix de la fourniture du matériel prothétique. Il constitue un sujet de différend ancien entre, d'une part les chirurgiens-dentistes, d'autre part les prothésistes, les associations de consommateurs et les organismes complémentaires.

Selon la loi « Hôpital, patients, santé et territoires », « lorsque l'acte ou la prestation inclut la fourniture d'un dispositif médical visé à l'article L. 522-1, l'information écrite délivrée gratuitement au patient comprend, de manière dissociée, le prix d'achat de chaque élément de l'appareillage proposé, le prix de toutes les prestations, ainsi qu'une copie de la déclaration de fabrication du dispositif ».

Publiée postérieurement au texte de 2009, l'ordonnance du 11 mars 2010 relative aux dispositifs médicaux est en retrait sur ce point. Elle supprime l'obligation de présenter au patient une copie de la déclaration de fabrication et se contente de prévoir une mise à disposition de la déclaration de conformité signée par le fabricant.

Pourtant, une meilleure information ne peut qu'avoir des effets positifs. Un certain changement dans les relations entre patients et

314. C'est-à-dire à la base de remboursement, comme c'est le cas pour l'étude précédemment citée de la CNAMTS.

praticiens, aujourd'hui très asymétriques, n'apparaît en effet pas à redouter mais au contraire à souhaiter. La prothèse elle-même ne représente certes qu'une part minoritaire du coût global des actes qui lui sont liés, lesquels correspondent à la rémunération du diagnostic, de la conception, de la prise d'empreinte et de la pose. Il reste qu'un renforcement de la transparence et de la concurrence permettrait en tout état de cause de réduire la rente spécifiquement liée à ces importations à bas coûts. Ainsi, l'importation d'une couronne céramo-métallique apporte une économie de 80 € (120-40). Si les importateurs ou les praticiens ne la répercutent pas à leur patient, elle se traduit pour eux par un gain qu'on peut rapprocher du total des honoraires afférents, soit 850 €. En supposant ce « taux de profit supplémentaire » identique pour tous les types de prothèses, on en déduit, à l'échelle du pays, une rente de l'ordre de 160 M€³¹⁵, qui viendrait s'ajouter à la marge pré-existant à toute importation, liée à une concurrence peu intense entre praticiens.

4 – La recherche de solutions

Si on juge qu'une plus grande transparence ne suffirait pas à remédier à la situation actuelle³¹⁶, l'autre voie à explorer serait celle de la fixation de plafonds voire de tarifs opposables. Il importe de souligner que, malgré l'opposition de la profession, elle est déjà pratiquée, dans le cadre des réseaux de soins promus par certains organismes complémentaires. D'un côté, de tels accords bénéficient aux patients (et à leurs assureurs). L'autorité de la concurrence a ainsi considéré, dans un avis rendu en septembre 2009, que le développement de réseaux de professionnels de santé agréés par les organismes complémentaires avait un effet pro-concurrentiel, donc favorable à l'amélioration de la qualité et à la baisse des prix. De l'autre, certains praticiens y trouvent aussi leur intérêt, puisque les plafonds permettent une solvabilisation de la demande, qui peut ainsi s'accroître, alors qu'il apparaît assez aléatoire pour un chirurgien-dentiste donné de vouloir élargir sa clientèle en baissant unilatéralement ses tarifs.

La question posée à cet égard consiste donc à savoir s'il convient :

- d'encadrer la liberté tarifaire en matière de prothèses en contrepartie de la revalorisation de certains soins conservateurs (ou d'autres avantages consentis aux praticiens), dans le cadre des discussions conventionnelles ou dans celui de négociations spécifiques (ce qui serait sans doute plus adapté). Cette solution permettrait de contenir la

315. On peut estimer la rente globale afférente, compte tenu d'une part des importations estimée à 30 % et d'un total d'honoraires de 5,6 Md€, à : $(80/850) * 30 \% * 5,6 \text{ Md€} =$ soit 155 M€

316. Les soins, étant spécifiques à chaque patient, impliquent des coûts de recherche de l'information importants et rendent les comparaisons difficiles.

hausse du prix de ces soins au bénéfice de tous les patients, mais risque de se heurter au refus de la profession ;

- ou plutôt de compter sur le développement des réseaux promus par les organismes complémentaires, éventuellement en le favorisant par la réduction de certains obstacles juridiques³¹⁷. Le risque est cependant alors d'accroître les effets des inégalités entre assurés devant la couverture complémentaire maladie. Les personnes dépourvues d'une telle couverture et celles qui doivent s'assurer à titre individuel (donc hors contrats collectifs d'entreprise, dont la couverture et le rapport qualité-prix sont plus avantageux) ne bénéficieraient pas ou peu de ce développement, ou seulement au prix d'un effort financier supplémentaire de leur part³¹⁸.

E – Quelle nouvelle répartition des responsabilités entre financeurs ?

Les insuffisances relevées dans les domaines sanitaires puis tarifaires sont révélatrices d'un défaut de stratégie. En outre, l'évolution de la répartition des financements aurait dû entraîner une coopération plus étroite entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires.

1 – Un financement qui pèse lourdement sur les ménages et les organismes complémentaires

Les dépenses de soins dentaires se distinguent par l'importance de leur financement privé. Les ménages en prennent directement à leur charge 25,7 %, soit 2,5 Md€, les organismes complémentaires 37,1 %, soit 3,6 Md€, l'assurance maladie, conjointement à l'Etat (au titre de l'AME) et à la CMUC, 37,1 %.

En particulier, les soins prothétiques ne sont pris en charge qu'à hauteur de 18 % seulement par l'assurance maladie (1 Md€), contre 41 % par les organismes complémentaires (2,3 Md€), 40 % restant à la charge

317. Dans un arrêt de mars 2010, la Cour de Cassation a ainsi rappelé qu'en vertu de l'article L. 112-1 du Code de la mutualité, les mutuelles et leurs unions ne peuvent instaurer de différences dans le niveau des prestations qu'elles servent qu'en fonction des cotisations payées ou de la situation de famille des intéressés. Ceci interdit notamment d'offrir un meilleur remboursement en cas de consultation d'un professionnel ayant adhéré à un protocole. En revanche, il semblerait qu'une telle différenciation ne contrevienne pas au principe d'égalité.

318. Par ailleurs, la Cour a constaté que les exonérations fiscales et sociales consenties aux contrats collectifs d'entreprise (dont le coût est estimé à quelque 5 Md€) induisent, elles aussi, des inégalités de traitement, entre grandes et petites entreprises et donc entre salariés (cf. RALFSS 2008).

des patients (2,25 Md€). Les dépassements représentent aujourd'hui un peu moins de 4,2 Md€ total à rapprocher, par exemple, des dépassements d'honoraires médicaux, qui atteignaient 2,1 Md€ en 2006. Sur la période récente, on assiste à une baisse du taux de remboursement des dépenses des soins dentaires par les régimes obligatoires d'assurance maladie, qui passe de 39 % en 1995 à 34,2 % en 2008. L'effet sur la part totale prise en charge par des financements publics se trouve compensé, mais en partie seulement, par la montée en puissance de la CMUC. Les restes à charge pour les ménages ont reculé sur la même période de 29,3 % à 25,7 %. Au total, c'est donc la part financée par les organismes complémentaires qui a augmenté sensiblement, de 31,2 % à 37,1 % entre 1995 et 2008. De fait, les AMC proposent souvent une prise en charge partielle des dépassements d'honoraires et des actes hors nomenclature, en plus des tickets modérateurs.

Il n'en a pas toujours été ainsi. La part du financement des soins dentaires par la sécurité sociale a progressé jusqu'aux années 1970, culminant à 55 %, et dépassait encore 50 % en 1980, avant de reculer dans les années 1980 puis d'enregistrer une érosion plus lente à partir des années 1990. Cette tendance a pu nourrir le reproche fait de manière récurrente à l'assurance maladie de donner la priorité à la limitation de ses remboursements, au moyen notamment d'une sous-indexation des tarifs et d'une actualisation tardive ou insuffisante de la liste des actes, dont peu d'autres secteurs de la santé offrent l'exemple. Elle aurait pour contrepartie une large liberté tarifaire au profit des chirurgiens-dentistes (dépassements, actes hors nomenclature) et donc d'importants reports de charges sur les organismes complémentaires et les ménages.

La part remboursée par l'assurance maladie obligatoire s'avère inversement proportionnelle au prix des actes, contrairement à ce qui est le cas de la plupart des autres soins médicaux. Signalons, par contraste, qu'en Suède le taux de remboursement atteint 50 % quand le coût est compris entre 320 et 1 590 € et 85 % au-delà (les premiers 320 € restant à la charge des patients en tout état de cause).

Cette situation explique que les organismes complémentaires s'investissent de plus en plus dans la gestion du risque. Le développement de réseaux, passant par différents types d'accords avec les professionnels, doit permettre notamment d'agir sur le prix des prestations délivrées. Par ailleurs, pour la conclusion des conventions nationales, les dispositions de l'article 36 de la LFSS pour 2009 prévoient que, lorsque la part de l'assurance maladie obligatoire est minoritaire, la signature de l'UNOCAM, par un vote à la majorité qualifiée de son conseil, devient obligatoire³¹⁹.

319. En cas de refus, la convention ne peut être transmise au ministre pour approbation qu'après un délai de six mois.

2 – La réflexion sur le partage entre assurance maladie obligatoire et complémentaire.

Le défaut de pilotage actuel d'un certain nombre de dépenses de santé, notamment dans le domaine dentaire, a suscité des réflexions et des interrogations sur la répartition des rôles et des financements. Une nouvelle répartition des responsabilités entre financeurs est souvent résumée par l'idée d'une prise en charge de certaines dépenses par l'AMC « au premier euro »³²⁰. Toutefois, il n'y a pas de consensus au sein des différentes composantes de l'UNOCAM quant à un nouveau partage des compétences respectives de l'assurance maladie obligatoire et des organismes complémentaires, qui viserait à clarifier les responsabilités, simplifier la gouvernance et améliorer la qualité de cette gestion.

Pour la fédération française des sociétés d'assurance, les ressources de l'assurance maladie obligatoire pourraient utilement se concentrer sur le financement des soins dentaires destinés aux enfants, en particulier des actions de prévention, les plus modestes pouvant bénéficier d'une aide au financement de leur couverture complémentaire. Pour la fédération nationale de la mutualité française et le centre technique des institutions de prévoyance, des remboursements ne sauraient être à l'ordre du jour, le régime obligatoire jouant un rôle essentiel dans l'accès aux soins. En outre, un nouveau partage des risques mettrait à mal, selon eux, la vision unitaire des soins dentaires et la continuité de la gestion du risque.

De fait, les distinctions utilisées actuellement pour justifier des différences de remboursement s'avèrent de moins en moins pertinentes, notamment entre soins prothétiques, d'une part, l'implantologie ou la parodontie, d'autre part. L'implantologie constitue une variante des soins prothétiques, plus chère mais présentant des avantages d'un point de vue sanitaire. Quant à la parodontie, on pourrait presque estimer qu'elle entre dans la catégorie des soins préventifs, en permettant par exemple d'éviter les déchaussements qui vont fragiliser les dents.

Redéfinir le partage des financements et responsabilités sera nécessairement délicat. Quoi qu'il en soit, le désengagement rampant de l'assurance maladie s'effectue aujourd'hui sans réflexion d'ensemble.

320. Parmi les hypothèses les plus usuelles d'application possible de ce principe, on peut citer l'optique, le thermalisme ou encore les médicaments remboursés à 35 %.

SYNTHESE

La situation du secteur des soins dentaires n'est pas satisfaisante. Ce secteur apparaît tout d'abord mal connu, comme l'atteste la sous évaluation manifeste du montant total des consommations de soins dentaires, dont les actes hors nomenclature, soit la composante la plus novatrice, la plus dynamique et la plus coûteuse, ne font l'objet d'aucun suivi. La CCAM, indispensable à une bonne prise en compte de l'évolution des techniques, tarde à être mise en œuvre. La dernière convention dentaire a, certes, revalorisé les soins conservateurs, mais sans résultat tangible sur le recours à ces soins et sans contrepartie réelle en matière de modération des prix des soins prothétiques, les derniers plafonds et tarifs opposables étant même supprimés.

Si le souci de favoriser l'accès des plus démunis aux soins dentaires est manifeste, les bénéficiaires de la CMUC ne sont pas toujours accueillis par les praticiens. De plus, les assurés modestes, mais dont les revenus sont supérieurs au seuil permettant de bénéficier de la CMUC, renoncent toujours dans d'importantes proportions aux soins dentaires en raison de leur coût. Le financement de ces soins repose de plus en plus sur les AMC, sans partage clair des tâches et des responsabilités.

En ce qui concerne les prothèses dentaires, le développement des importations induit un phénomène de rente profitant de manière très inégale aux professionnels de santé concernés. A cet égard, toutefois, l'obligation de transparence en matière de prix prévue par la loi HPST devrait contribuer à un certain rééquilibrage des relations entre les assurés et les praticiens, sous condition d'une mise en œuvre effective.

Une politique globale des soins dentaires fait défaut. Aucune stratégie explicite n'articule l'ensemble des problématiques tant d'accès aux soins dentaires, d'un point de vue financier ou géographique, que de prévention, de recherche, de formation, de stratégie thérapeutique et de hiérarchisation des actes. Cette situation tient en partie à la faiblesse des moyens de la puissance publique dans ce domaine, qu'il s'agisse de la structuration de l'offre de soins, de sa capacité d'expertise ou simplement de sa connaissance du secteur. La commission permanente d'odontologie, placée auprès de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins a disparu et la commission paritaire nationale instituée par la convention de 2006 n'a pas joué le rôle attendu.

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.*

Chapitre XIV

Décotes et surcotes dans les pensions de retraite

PRESENTATION

Décotes et surcotes sont des dispositifs ayant pour effet respectivement de diminuer et d'augmenter le niveau des pensions de retraite servies, en fonction d'un critère de durée d'assurance, combiné à un paramètre d'âge. La loi du 21 août 2003 a réformé les premières et instauré les secondes pour le régime général. Dans les régimes de fonctionnaires, cette même loi a institué à la fois des décotes et des surcotes. Dans les deux cas, ces dernières ont été réformées depuis.

A plusieurs titres, décotes et surcotes sont particulièrement symboliques de la réforme engagée en 2003. Elles constituent en effet l'un des vecteurs privilégiés de la réalisation des objectifs de libre-choix du départ à la retraite et d'incitation à la prolongation de l'activité professionnelle des seniors. De plus, leurs conditions d'application, à terme identiques entre le régime général et les régimes alignés d'une part, les régimes de fonctionnaires d'autre part, manifestent la volonté du législateur d'appliquer des règles similaires aux cotisants de différents régimes.

Poursuivant son analyse des effets de la réforme des retraites initiée en 2003³²¹, la Cour rend compte des aménagements successifs de la réglementation et de leurs effets différenciés selon les régimes³²² (I) avant d'évaluer les barèmes en vigueur au regard d'un critère de neutralité actuarielle (II). Elle examine ensuite les modalités d'intégration de la décote et de la surcote dans l'économie d'ensemble du calcul des droits à la retraite, notamment du point de vue de la coexistence entre différents dispositifs concourant à un même objectif de libre-choix du départ en retraite (III). Enfin, elle apprécie les effets incitatifs des réformes engagées et leur coût pour les régimes (IV) et examine d'éventuelles pistes d'évolution (V).

321. Cf. RALFSS de 2008, chapitre XI, p. 377 et suivantes et RALFSS de 2009, chapitre XI, p. 291 et suivantes.

322. Dans ses travaux, la Cour a plus particulièrement examiné le régime général et celui des fonctionnaires civils de l'Etat.

I - Une réglementation évolutive, aux effets différenciés

A – Les évolutions des décotes et surcotes

1 – Les motifs de la réforme de 2003

Depuis les réformes de 1982 et l'introduction d'un « taux maximum » de liquidation de la pension³²³, les règles de calcul des pensions de retraite en vigueur en France présentaient deux caractéristiques notables.

Premièrement, dans le régime général, jusqu'en 2004, partir en retraite avant de réunir les conditions d'obtention du taux plein se traduisait par l'application d'une décote sur le taux de la pension, de 2,5 % par trimestre manquant par rapport à l'âge ou à la durée d'assurance requise pour le taux plein³²⁴. Ces règles incitaient certes les assurés du secteur privé à attendre l'obtention du taux plein pour partir en retraite mais de nombreux travaux faisaient état du caractère lourdement pénalisant de l'abattement pratiqué. A l'inverse, dans les régimes de la fonction publique, où n'existait aucune décote, le barème favorisait les départs précoces dès l'atteinte de l'âge d'ouverture des droits³²⁵. Selon les régimes, les règles en vigueur produisaient ainsi des effets très différents.

Deuxièmement, les avantages liés à la poursuite d'une activité étaient modérés dans les deux catégories de régimes, dès lors que le taux plein était atteint. La poursuite de l'activité professionnelle implique en effet la renonciation au bénéfice de la pension et l'assujettissement à des cotisations et contributions sociales sur les revenus d'activité. Ces « coûts » pour l'assuré correspondent en principe à l'amélioration des droits à la retraite. Mais après 60 ans et une fois le taux plein atteint, cette

323. Depuis l'ordonnance n° 82-270 du 26 mars 1982 le « taux plein » peut être obtenu soit par la validation d'une durée d'assurance déterminée, soit par l'atteinte d'un âge donné (65 ans). Pour les assurés du régime général qui ne peuvent prétendre à ce taux, s'applique un coefficient de minoration au calcul de la pension : la décote. Son effet s'ajoute à celui de la diminution du taux de liquidation, qui résulte elle aussi d'une durée d'assurance validée en deçà de la durée entraînant l'obtention du taux plein.

324. Le plus petit des deux résultats est retenu pour le calcul du nombre de trimestres à prendre en compte pour l'application de la décote.

325. De tels départs entraînaient une diminution du taux d'annuité si la durée de service validée ne permettait pas d'atteindre le pourcentage maximum de pension. Mais aucun coefficient d'abattement (« décote ») n'était appliqué.

règle n'était plus vérifiée. Ainsi, pour un salarié, dans les régimes de base, une poursuite de l'activité professionnelle au delà de la durée d'assurance requise pour le taux plein ne se traduisait que par des améliorations éventuelles du coefficient de proratisation (pour les polypensionnés) et du revenu de référence pris en compte pour le calcul de la pension.

Dans l'ensemble, le barème existant avant 2003 pour le calcul des pensions de retraite incitait donc fortement à liquider la pension dès que les conditions d'obtention du taux plein étaient réunies, expliquant ainsi la distribution bimodale des âges de départ à 60 et 65 ans. Des études internationales de référence³²⁶ ont confirmé ce diagnostic et mis en cause pour cette raison la performance du système français de retraite. La réglementation applicable en France aux salariés se situait alors parmi les moins favorables à une poursuite de l'activité, le taux de « taxation implicite » de la poursuite de l'activité professionnelle³²⁷ étant parmi les plus élevés de ceux estimés pour différents pays de l'OCDE.

2 – La révision des décotes et la création de surcotes en 2003

En 2003, la réforme des décotes et l'institution de surcotes constituaient l'une des quatre orientations principales citées dans l'exposé des motifs du projet de loi portant réforme des retraites, en ce qu'elles contribuaient à l'objectif de « permettre à chacun de construire sa retraite en donnant davantage de souplesse et de liberté de choix ». La loi du 21 août 2003 et les mesures prises pour son application ont donc prévu :

- l'abaissement progressif du taux de décote applicable dans les régimes où celle-ci existait, jusqu'à une cible de 1,25 % par trimestre manquant (atteinte en 2013, pour la génération 1953) ;
- l'institution progressive d'une décote dans les régimes de la fonction publique³²⁸, au moyen d'une augmentation graduelle du taux de décote par trimestre manquant (jusqu'à une cible de 1,25 %, atteinte en 2015) et une augmentation progressive de l'âge auquel s'annule la

326. Social Security Programs and Retirement around the world, National Bureau of Economic Research, Gruber J. et Wise D., 1997 et 1999.

327. Notion correspondant au fait qu'une année supplémentaire d'activité professionnelle ne suffit pas à compenser la baisse du flux actualisé de prestations qui résulte de la prolongation de l'activité (bénéfice de la pension pendant une année de moins).

328. Puis dans la plupart des régimes spéciaux à l'occasion de leur réforme en 2007-2008. Demeurent non concernés le régime des marins et celui des mineurs, tandis que le régime de la RATP se singularise par l'existence de dispositions spéciales et plus favorables d'application de la décote, soit un plafonnement et un écrêtement du nombre de trimestres retenus pour l'application de la décote.

décote³²⁹ (à terme identique à la limite d'âge du corps, à partir de 2020) ;

- la création immédiate d'une surcote, dans tous les régimes³³⁰, au taux de 0,75 % par trimestre cotisé au-delà de 60 ans et de la durée d'assurance requise pour l'obtention du taux plein.

Décotes et surcotes n'avaient alors pas été conçues comme deux dispositifs miroirs. Ainsi, la réforme de la décote s'inscrivait clairement dans la recherche d'une plus grande neutralité du barème, tout en répondant également à des considérations d'équité. A l'inverse, la surcote initialement créée ne visait volontairement pas à la neutralité actuarielle et relevait plus d'un cadre général d'incitations à la prolongation de l'activité professionnelle des seniors.

Par rapport aux réglementations en vigueur à l'étranger et à leurs évolutions récentes, que la Cour a examinées, la spécificité des règles en vigueur en France tient à ce que décotes et surcotes ne sont pas définies par rapport à un âge de référence mais s'appliquent sur une plage d'âge s'ouvrant à 60 ans, dans des conditions dépendant principalement de la durée d'assurance validée (ou cotisée, pour la surcote) et subsidiairement de l'âge, à partir de 65 ans seulement.

3 – Les aménagements successifs de la surcote depuis 2003

Alors que le régime des décotes n'a plus été modifié depuis 2003, la réglementation applicable aux surcotes a fait l'objet de deux réformes en cinq ans. Le décret n° 2006-1511 du 15 décembre 2006 a ainsi augmenté le taux de la surcote, dans les seuls régimes général et alignés, en prévoyant des majorations progressives en fonction du nombre de trimestres retenus pour le calcul de la surcote ou de l'âge de l'assuré, dont la portée était rétroactive pour les assurés n'ayant pas encore procédé à la liquidation de leur pension.

Deux ans plus tard, l'article 89 de la LFSS pour 2009 augmentait à nouveau le taux de la surcote dans la plupart des régimes³³¹ mais cette fois pour les seuls trimestres accomplis postérieurement à la réforme. Introduite en 2006, la progressivité du barème était abandonnée.

329. L'existence d'un âge d'annulation de la décote dans les régimes de la fonction publique s'explique par l'absence de dispositions permettant l'obtention du pourcentage maximum de pension dans ces régimes du fait de l'âge du fonctionnaire à la radiation des cadres. S'y substitue donc un âge limite d'application de la décote.

330. Dans les régimes de fonctionnaires et les autres régimes spéciaux, la surcote est plafonnée à 20 trimestres, contrairement aux autres régimes.

331. Dans les régimes de professions libérales (CNAVPL, CNBF), le taux de surcote est demeuré inchangé depuis 2004, soit 0,75 % par trimestre.

Le tableau ci-dessous récapitule les taux applicables et les évolutions observées, à chaque fois motivées par une volonté d'accroître les incitations au prolongement de l'activité professionnelle.

Évolution du taux de surcote par trimestre

	Régime général et régimes alignés			Régimes de la fonction publique
	De 1 à 4 trimestres	A partir de 5 trimestres	A partir de 65 ans	
Avant 2004	0 %			0 %
2004-2006	0,75 %			0,75 %
2007-2008	0,75 %	1 %	1,25 %	0,75 %
Depuis le 1 ^{er} janvier 2009	1,25 %			1,25 %

Source : Cour des comptes, à partir de la réglementation en vigueur

a) L'inflexion de 2006

L'augmentation progressive du taux de surcote, en plusieurs temps, par ajustements successifs, ne semble pas avoir été planifiée. C'est au fil du temps, devant l'absence de résultats probants, que des ajustements ont été décidés.

En 2006, avec l'augmentation du taux de la surcote jusqu'à 5 % par année supplémentaire d'activité, s'est opérée une inflexion, dont la logique a été poussée à son terme en 2009. Le parti a alors été pris de passer d'une surcote réputée sous-actuarielle à une surcote considérée comme plus proche de cette condition. L'inflexion est d'importance. A partir de cette évolution, les risques associés à la surcote (probabilité de survenance d'effets d'anti-sélection) et le potentiel de dérives en termes de coûts pour les régimes ont été augmentés. Dans le même temps, toute perspective de « partage des gains » de la prolongation de l'activité professionnelle entre les assurés et les régimes était abandonnée.

b) Les conditions de préparation des réformes successives

Au départ, comme en témoignent les travaux préparatoires que la Cour a pu consulter³³², les réformes se sont faites avec prudence et dans le souci de minimiser les effets d'aubaine et les coûts induits pour les régimes. Différentes options et variantes avaient été documentées aussi sérieusement que cela semblait possible, vu les limitations des appareils statistiques et de simulation existants, ainsi que l'indisponibilité de

332. Travaux de l'INSEE, de la DSS et de la direction générale du Trésor notamment. Ceux-ci portent à la fois sur l'impact possible sur les comportements des assurés et ses conséquences sur la situation financière des régimes.

données de référence pour ce qui concerne la surcote³³³. En 2006, la saisine par le Premier ministre du Conseil d'orientation des retraites (COR) quant à l'opportunité d'aménager le barème des surcotes et aux conditions d'articulation d'une telle réforme avec la réglementation applicable à d'autres mécanismes relevant de l'objectif de « libre-choix » a eu pour principal mérite de permettre la réalisation d'études et d'évaluations, faisant en sorte que des arbitrages ont pu être rendus dans des circonstances éclairées.

En 2008, le temps imparti à la réflexion sur les contours que devait prendre la réforme paraît avoir été plus compacté. De même, les conclusions des travaux qui ont pu être consultés sont parfois plus réservées. Enfin, à cette occasion, aucune étude permettant de garantir la bonne articulation des réformes projetées pour la surcote d'une part et la retraite progressive et le cumul emploi-retraite d'autre part ne semble avoir été engagée.

A l'évidence, il était malaisé d'anticiper les ajustements de comportements, en réaction à l'introduction de la surcote ou à l'évolution de son taux. En effet, l'incidence des décotes et surcotes ne peut s'apprécier que sur une durée d'au moins cinq ans, soit le temps nécessaire à ce qu'une génération au moins ait procédé à la liquidation des pensions sous l'empire d'une même réglementation. Mais ces incertitudes justifiaient précisément des aménagements progressifs, modestes, plutôt que des évolutions fréquentes, d'ampleur importante et à effets immédiats. Le temps nécessaire à la bonne appréciation des réformes décidées n'a ainsi pas été pris.

Enfin, même si l'entreprise d'évaluation ex ante est délicate, la tutelle aurait pu se préoccuper davantage du développement d'instruments pertinents, au moins pour prendre la mesure des effets des premières réformes décidées avant de les modifier à nouveau. Ainsi, ce n'est que dans la COG 2010-2013, soit celle courant sur la période postérieure à l'essentiel des changements de réglementation, qu'a été inscrit dans la COG l'objectif d'analyser les comportements de départ en retraite des assurés au regard des dispositifs d'incitation existants.

333 .La mesure étant inexistante avant 2004, il est par construction difficile d'anticiper précisément les effets de son institution sur les comportements des assurés.

B – L'incidence des décotes et surcotes et les caractéristiques des assurés concernés

1 – La décote

Depuis 2004, d'après la DREES, la part de liquidations avec décote, rapportée au nombre de nouveaux pensionnés, a augmenté dans l'ensemble des régimes, à l'exception des salariés agricoles, mais dans des proportions très variables selon les régimes. Ainsi, en 2008, la proportion de décotants dans les nouveaux pensionnés de l'année variait entre 1,3 % (salariés agricoles) et 18,3 % (fonctionnaires civils). Le taux de décotants parmi les fonctionnaires civils de l'Etat était notamment alors trois fois plus important que celui des nouveaux retraités du secteur privé. Le tableau de la page suivante présente des données plus précises, centrées sur le régime général et sur celui des fonctionnaires de l'Etat.

Sur la période 2005-2009, c'est surtout la remarquable stabilité³³⁴ de la proportion de décotants au régime général qui retient l'attention. Par ailleurs, les proportions actuelles de décotants s'avèrent peu éloignées de ce qu'elles étaient en 1981, la décote s'appliquant alors pourtant par rapport à un âge de 65 ans. Ainsi, en 1981, 9 % des hommes et 12 % des femmes liquidaient avec décote³³⁵. De ce fait, ni le changement de la référence pour l'application de la décote, ni la diminution progressive de son taux à compter de 2004 ne semblent avoir eu d'influence significative sur les comportements de liquidation des assurés du régime général. Dans les régimes de la fonction publique, depuis 2006, la part des liquidations se faisant avec décote est croissante, quel que soit le statut et la catégorie. Son incidence croissante sur les montants de pension ne semble donc jusqu'ici pas avoir sensiblement influé sur les comportements de liquidation.

Les écarts de taux moyen de décote entre régimes et surtout de distribution de celle-ci tiennent à la montée en charge encore inachevée de la décote dans les régimes de fonctionnaires. Au demeurant, dans le régime général, une proportion significative d'assurés liquide leur pension au taux minimal (soit avec une décote de 20 trimestres)³³⁶.

334. La légère augmentation du taux de décotants s'observant en 2009 dans le régime général s'explique pour partie par la déformation de la structure démographique résultant de l'arrivée à l'âge de la retraite de générations plus nombreuses, qui explique 0,4 point de la progression observée, selon la DSS.

335. Source : CNAVTS, Cadr'@ge n° 7, juin 2009.

336. En 2008, 2,5 % des nouveaux pensionnés de l'année du régime général liquidaient leur pension au taux minimal avec 20 trimestres de décotes. 43,5 % des femmes décotaient subissaient la décote maximale de 20 trimestres.

Les décotes dans les flux de nouveaux pensionnés 2005-2009 au régime général et dans la fonction publique de l'Etat

		2005	2006	2007	2008	2009
Régime général	Part de décotants dans les nouveaux pensionnés de l'année	6,9 %	6,8 %	6,7 %	7 %	8,2 %
	Montant mensuel moyen de la décote	71,25 €	74,23 €	74,71 €	71,65 €	69,81 €
	Âge moyen à la liquidation	60,62	60,57	60,56	60,56	60,57
FPE - sédentaire	Part de décotants dans les nouveaux pensionnés de l'année	s.o.	8,2 %	10,2 %	11,9 %	12,6 %
	Montant mensuel moyen de la décote	s.o.	7,6 €	19,6 €	35,3 €	51,3 €
	Âge moyen à la radiation des cadres ²	s.o.	59,9	59,8	59,8	59,8
FPE - active	Part de décotants dans les nouveaux pensionnés de l'année	s.o.	20,6 %	23,8 %	27,9 %	29,8 %
	Montant mensuel moyen de la décote	s.o.	7,4 €	18,6 €	33,4 €	51,6 €
	Âge moyen à la radiation des cadres	s.o.	55,0	55,0	55,1	55,3
FPE - militaire	Part de décotants dans les nouveaux pensionnés de l'année	s.o.	1,0 %	2,0 %	3,0 %	4,0 %
	Montant mensuel moyen de la décote	s.o.	18 €	25 €	25 €	31 €
	Âge moyen à la radiation des cadres	s.o.	42,4	41,4	39,9	40,5

Notes de lecture : Les différences de montant moyen de l'abattement correspondant à la décote s'expliquent en partie par les différences de structure entre régimes, les régimes de la fonction publique étant intégrés. L'âge moyen plus faible à la radiation des cadres des fonctionnaires civils de catégorie active et des fonctionnaires militaires s'explique par des limites d'âges inférieures pour les grades de ces corps. De plus, les taux applicables pour la décote dans la fonction publique sont encore sensiblement inférieurs à ceux du régime général, ce qui contribue à expliquer le montant moyen inférieur de décotes dans ces régimes.

Source : Cour des comptes, à partir de données CNAVTS et DGFIP (SRE).

En termes de profil, les assurés qui subissent des décotes sont plus fréquemment des femmes que des hommes, notamment dans le régime général, où les femmes liquident avec une décote à la fois plus souvent que les hommes et pour des taux supérieurs. Par rapport au revenu, n'apparaît aucune relation linéaire entre le revenu de référence utilisé pour le calcul de la pension et la propension à décoter ou le taux moyen des décotes. Toutefois, dans le régime général comme pour les fonctionnaires civils, les assurés se situant dans le premier décile de revenus³³⁷ et ceux figurant dans le dernier se caractérisent à la fois par une propension moindre à liquider avec décote et par des taux moyens de décote moins élevés.

Enfin, des estimations réalisées par la CNAVTS à la demande de la Cour sur le flux de liquidations de 2009 mettent en évidence le fait qu'une part significative de décotants était en emploi l'année (29 %), voire le trimestre (18 %) précédant la date d'effet de leur pension. Cela

337. Cette proportion s'explique vraisemblablement par le fait que le bénéfice du minimum contributif est conditionné par l'obtention du taux plein.

indique d'une part que les décotants ne sont pas tous en situation de chômage ou de retrait du marché du travail, d'autre part qu'il existe des facteurs suffisamment puissants pour conduire les assurés à liquider leur pension avec un abattement, alors même qu'ils sont toujours en situation d'emploi au moment de demander la liquidation de leur pension. Ce constat vaut a fortiori pour les régimes de la fonction publique.

2 – La surcote

Selon la DREES, depuis 2004, la part de bénéficiaires de la surcote dans les pensions liquidées n'a cessé d'augmenter, à l'exception du régime des artisans, où elle est restée stable. De même, dans l'ensemble des régimes, le gain moyen résultant de l'application de la surcote a progressé depuis 2004. Ces deux évolutions s'expliquent par les « effets reports » propres à la prise en compte de la surcote. Les surcotes qui sont d'un taux plus élevé et qui entraînent donc les majorations les plus fortes ne sont en effet prises en compte qu'une ou plusieurs années après les premiers départs en retraite d'une génération donnée. En 2008, la proportion de surcotants dans les nouveaux pensionnés de l'année variait de 3,8 % (salariés agricoles) à 34,1 % (fonction publique civile).

Dans l'ensemble, les différences observées en termes de gain mensuel moyen reflètent celles des carrières entre affiliés à différents régimes ou les variations de composition de la population des régimes. Dans les régimes de fonctionnaires toutefois, de 2003 à 2008, l'écart de durée d'assurance de référence déclenchant l'application de la surcote a pu beaucoup contribuer à l'explication de l'écart observé, en proportion de surcotants, comme en termes de gain moyen. Ce facteur vient ainsi s'ajouter à d'autres³³⁸, pour expliquer que les nouveaux retraités fonctionnaires civils de l'Etat surcotaient en 2008 3,7 fois plus et pour des taux moyens 2,4 fois plus élevés que les nouveaux pensionnés du régime général.

Les évolutions décrites dans le tableau ci-dessous s'expliquent également notamment par les « effets reports » précédemment mentionnés. Dans le régime général, l'impact de la déformation de la structure démographique résultant de l'arrivée à l'âge de la retraite de générations plus nombreuses compte pour environ 20 % de l'augmentation du taux de surcotants depuis 2004, selon la DSS. Les effets sur l'emploi des seniors de la crise économique pourraient

338. Interviennent des différences de nature du régime (régime intégré pour les fonctionnaires, c'est-à-dire correspondant au régime de base et au régime complémentaire obligatoire des salariés du secteur privé), de structure de qualification et de niveaux moyens de rémunération des populations couvertes, de trajectoires de carrières (plus complètes en moyenne dans les régimes de fonctionnaire) ou encore de modalités de décompte de la durée d'assurance jusqu'au 1^{er} janvier 2009 (cf. infra).

également expliquer une partie de l'augmentation observée entre 2008 et 2009, dans la mesure où le départ en retraite de certains assurés en situation de surcote a pu être anticipé en raison de la dégradation de la situation de l'emploi.

Les surcotes dans les flux de nouveaux pensionnés 2005-2009 au régime général et dans la fonction publique de l'Etat

		2004	2005	2006	2007	2008	2009
Régime général	Part de surcotants dans les nouveaux pensionnés de l'année	1,6 %	5,4 %	5,7 %	7,6 %	9,6 %	12,6 %
	Montant mensuel moyen de la surcote	14,4 €	20,8 €	14,6 €	35,7 €	35,6 €	44,9 €
	Âge moyen à la liquidation	62,8	62,8	62,8	62,7	62,6	62,7
FPE - sédentaire	Part de surcotants dans les nouveaux pensionnés de l'année	14 %	21 %	34 %	44 %	46 %	35 %
	Montant mensuel moyen de la surcote	37,0 €	60,0 €	78,2 €	83,9 €	102,1 €	153,2 €
	Âge moyen à la radiation des cadres	61,5	61,5	61,4	61,2	61,4	62,1
FPE - active	Part de surcotants dans les nouveaux pensionnés de l'année	n.d.	n.d.	4 %	5 %	6 %	7 %
	Montant mensuel moyen de la surcote	n.d.	n.d.	95,8 €	103,2 €	117,4 €	145,1 €
	Âge moyen à la radiation des cadres	n.d.	n.d.	61,7	61,7	61,7	61,9

Note de lecture : Les différences de montant moyen de la majoration correspondant à la surcote s'expliquent en partie par les différences de structure entre régimes, les régimes de la fonction publique étant intégrés.

Source : Cour des comptes, à partir de données CNAVTS et DGFIP (SRE).

En 2009, les surcotes appliquées aux nouveaux pensionnés du régime général étaient pour moitié de courte durée (1-4 trimestres) et pour 30 % environ de longue durée (plus de 10 trimestres)³³⁹.

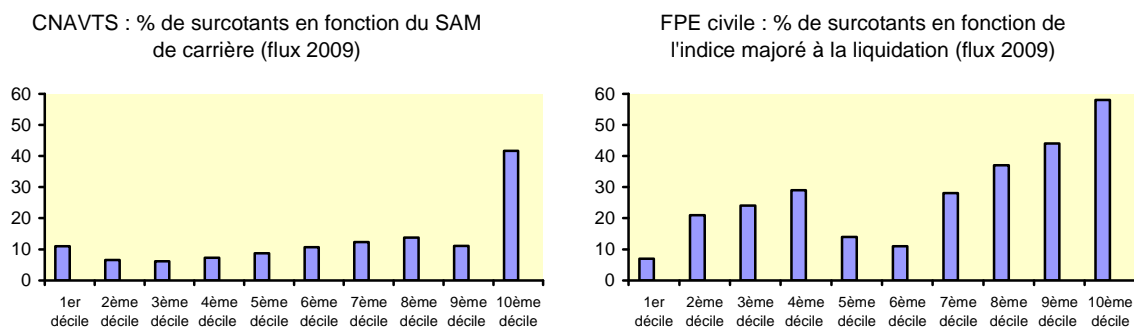
La distribution des durées prises en compte pour le calcul de la surcote apparaît nettement moins polarisée que celle des décotes. Les différences entre sexes sont également moins manifestes : si les hommes surcotent plus fréquemment que les femmes, les durées moyennes de surcote se distribuent d'une manière identique. Dans une perspective de temps long, les proportions actuelles de liquidations entraînant application d'une majoration demeurent inférieures à ce qu'elles pouvaient être avant 1982. En effet, en 1980, par exemple, 16,6 % des nouveaux pensionnés avaient bénéficié de majorations du taux de la pension pour départ après 65 ans, les bénéficiaires étaient alors essentiellement des assurés disposant de « petites retraites »³⁴⁰. A

339. A l'opposé, celles appliquées aux nouveaux pensionnés de la fonction publique d'Etat étaient pour l'essentiel de courte durée (entre 1 et 8 trimestres).

340. Annexe A au rapport du CAE « Pour des retraites choisies et progressives », 2000, p. 106.

l'inverse, en 2009, les pensionnés se situant dans les déciles supérieurs de revenus étaient le plus souvent les bénéficiaires de la surcote, comme l'illustrent les graphiques ci-dessous.

Répartition inter-décile du taux de surcotants en fonction du revenu de référence à la liquidation



Source : Cour des comptes, à partir de données CNAVTS et DGFIP (SRE).

Ainsi, s'il n'existe pas de relation linéaire entre surcote et niveaux de revenus pris en compte pour le calcul de la pension, les 10 % de liquidants de 2009 se situant dans le décile supérieur de salaire annuel moyen (SAM) au régime général surcotaient 3,3 fois plus souvent que la moyenne, pour des durées moyennes 1,5 fois plus importantes. De même, 60 % des fonctionnaires civils de l'Etat se situant dans le dernier décile d'indice majoré à la liquidation et partis en retraite en 2009 bénéficiaient de la surcote, pour une durée de 10,6 trimestres en moyenne.

3 – Le suivi des effets de la réforme des décotes et de l'institution de surcotes

La DSS s'est attachée à mettre en regard les prévisions initiales et les comportements effectivement observés à partir des premières remontées statistiques. Suite à ce premier bilan, les hypothèses de sensibilité des comportements d'activité des assurés à la baisse du coefficient de décote et à l'institution d'une surcote ont été revues significativement à la baisse, ce dont témoignent les hypothèses retenues par le COR en 2006³⁴¹, réduisant les effets financiers attendus de cette réforme d'un tiers par rapport aux estimations initiales faites à partir de travaux de l'INSEE.

Hormis ce suivi, la réforme des décotes et l'institution de surcotes sont visées par deux des cinq objectifs du programme de qualité et d'efficacité (PQE) « retraites » annexé aux PLFSS. Plus spécifiquement,

341. Troisième rapport du COR, « Perspectives 2020 et 2050 », 29 mars 2006.

existent deux ensembles d'indicateurs, relatifs d'une part à la proportion de liquidations se faisant avec décote, relevant de l'objectif d'« offrir une plus grande liberté de choix quant à l'âge du départ en retraite » et d'autre part à la proportion de liquidations se faisant avec surcote et au gain moyen sur la pension correspondant à l'application des surcotes. Ce deuxième ensemble d'indicateurs contribue au même objectif de libre-choix et est de plus associé à l'objectif d'« accroître l'emploi des salariés âgés ».

Alors que l'indicateur relatif aux décotes est strictement descriptif et ne permet pas de traduire l'influence de la diminution du taux de décote sur le comportement des assurés, ceux relatifs à la surcote sont encore plus discutables. Premièrement, l'objectif d'un accroissement des effectifs de bénéficiaires est contestable. Il ne dit rien sur la contribution de la surcote aux évolutions observées de l'âge moyen de départ en retraite. Deuxièmement, l'existence d'objectifs quantitatifs apparaît contradictoire avec la notion même de libre-choix. Enfin, l'atteinte de la cible d'accroissement est à moyen terme une entreprise vouée à l'échec, dans la mesure où les évolutions des durées d'assurance validées à 60 ans et l'augmentation prévue de la durée d'assurance pour le taux plein devraient aboutir à faire diminuer la proportion de bénéficiaires potentiels de la surcote au fil des générations.

Ainsi, tant les cibles quantitatives imparties à la surcote que l'optique d'un suivi, mesure par mesure, devraient être abandonnées, pour que les PQE se concentrent sur des indicateurs à la fois plus transversaux et plus pertinents. Ceux-ci pourraient par exemple consister en un suivi de la dispersion des âges de départ à la retraite (plutôt qu'un suivi des effectifs de bénéficiaires de différentes mesures) et en une mesure de l'évolution des intentions et représentations des assurés et / ou de leurs employeurs.

II - Neutralité actuarielle et barèmes de décotes et surcotes

La notion de neutralité actuarielle est centrale pour l'analyse de dispositifs tels que les décotes et surcotes³⁴². N'ayant pu prendre connaissance de travaux de l'administration qui confronteraient les barèmes actuellement en vigueur à ce principe de neutralité actuarielle, la Cour s'est attachée à réaliser elle-même les études nécessaires, avec le concours d'un cabinet d'actuaire.

342. Ce principe est d'ailleurs sous-jacent à la réforme des décotes de 2003 et à celles ayant affecté les surcotes en 2006 et 2009, même si les textes n'y font pas explicitement référence.

A – La notion de neutralité actuarielle

1 – La neutralité actuarielle à la marge

Un barème construit sur le principe de neutralité actuarielle est celui qui laisse inchangé la situation financière du régime à long terme, quels que soient les comportements moyens des assurés. C'est là l'idée de « neutralité ». Son caractère « actuariel » résulte du fait que cette neutralité s'apprécie après une opération d'actualisation, afin d'obtenir la valeur présente des flux de pensions et de cotisations concernés, en tenant compte des caractéristiques démographiques des régimes et de divers paramètres économiques et techniques.

Pour les régimes de retraite, la neutralité actuarielle à la marge est ainsi celle qui assure l'équivalence entre :

- le surcroît actualisé des flux de cotisations et de pensions versées résultant de la surcote (c'est à-dire d'un départ après un âge pivot et au-delà d'une durée d'assurance de référence) ;
- la réduction actualisée des flux de cotisations perçues et de pensions versées faisant suite à l'application de la décote (c'est à-dire d'un départ avant une durée d'assurance de référence).

Du point de vue des assurés et appliqué à la surcote, ce critère implique que les gains tirés d'une année supplémentaire d'activité doivent compenser les pertes d'une année en moins de retraite et d'une année supplémentaire de versement de cotisations. Appliqué à la décote, il implique que le gain tiré d'une jouissance précoce de la pension et du non-assujettissement d'un revenu d'activité à des cotisations sociales soit compensé par un abattement sur le niveau de la pension versée.

C'est au regard de cette neutralité actuarielle à la marge qu'il convient d'examiner les barèmes de liquidation en vigueur³⁴³.

2 – Barèmes neutres en moyenne et barèmes individuellement neutres

Pour établir une réglementation, la neutralité à laquelle il peut être fait référence est toujours une neutralité définie en moyenne, c'est-à-dire

343. D'autres acceptions de la notion de neutralité actuarielle, dite alors « en niveau », peuvent être trouvées dans la littérature. Mais dans ce cas, la condition de neutralité correspond à une situation où pour une génération, sur le cycle de vie, correspondent exactement les flux actualisés de pensions servies et ceux de cotisations versées. Cette acception permet d'apprécier le caractère plus ou moins contributif d'un système de retraite ou encore le degré d'équité intergénérationnelle qui le caractérise mais n'est pas pertinente pour évaluer des barèmes de surcote ou de décote.

calculée pour l'ensemble des assurés du régime, à partir de l'observation de leurs caractéristiques moyennes.

En termes d'analyse micro-économique, l'arbitrage opéré par les assurés se fait ainsi en comparant la neutralité « individuelle », dont les termes varient pour chaque assuré, avec les règles résultant de l'application du barème, définies en fonction d'une neutralité en moyenne. En fonction de son positionnement personnel par rapport à la moyenne des assurés du régime, un assuré pris individuellement sera ainsi plus ou moins réceptif aux incitations correspondant aux décotes et surcotes. C'est ce qui explique qu'un barème neutre en moyenne peut néanmoins produire des incitations individuelles différenciées.

A cet égard, surviennent nécessairement des phénomènes de sélection adverse, consistant en ce que les assurés sensibles aux incitations financières intégrées aux barèmes de liquidation par l'intermédiaire des décotes et surcotes et ajustant par suite effectivement leurs comportements de liquidation sont ceux là-même qui bénéficieront le plus ou le plus longtemps de l'absence d'abattement ou de l'application d'une majoration sur les pensions servies. Plus concrètement, ces effets d'anti-sélection se produisent si les inflexions de comportements s'observent chez les assurés jouissant d'une espérance de vie probable à la retraite supérieure ou de niveaux de pensions plus importants. S'ils se produisent dans des proportions importantes, ils peuvent avoir pour effet de vicier les calculs actuariels qui ont pu présider à la détermination de barèmes en moyenne neutres et ainsi introduire des surcoûts pour les régimes.

B – L'analyse réalisée par la Cour

Pour expertiser le barème actuellement applicable pour les décotes et surcotes au regard d'un critère de neutralité actuarielle à la marge, la Cour a cherché à calculer des barèmes théoriques de décotes et surcotes qui seraient actuariellement neutres dans le cadre d'un hypothétique régime unique, en fonction d'hypothèses déterminées³⁴⁴.

344. Calculs réalisés sur les flux de pension uniquement, sans intégration du coefficient de proratisation. Postulat d'une structure par sexe correspondant à la moyenne nationale tous âges confondus (48 % d'hommes et 52 % de femmes), neutralisation du possible impact de la prolongation de l'activité sur le revenu de référence pour le calcul de la pension de retraite (ce qui n'est pas toujours le cas et l'est même rarement pour les régimes de la fonction publique), utilisation de la génération 1950 en tant que génération de référence, recours aux tables de mortalité TGH/TGF 05 prévues par le code des assurances (art. A. 335-1) pour le calcul des engagements de retraites, utilisation d'un taux d'actualisation de 2,25 % net, correspondant ici encore à l'application des règles prévues par le code des assurances (art. A. 132-1).

Les coefficients de décote et de surcote actuariellement neutres varient logiquement en fonction de l'âge à la liquidation et de la durée manquante ou supplémentaire par rapport à l'âge d'obtention du taux plein. Mais en moyenne, la Cour constate que les barèmes en vigueur sont proches de satisfaire à une condition de neutralité actuarielle à la marge, ce qui témoigne d'une réelle traduction de l'objectif de libre-choix défini dans la loi de 2003.

1 – Le barème de décote

Les coefficients de décote actuariellement neutres varient entre 4,5 et 4,9 % pour quatre trimestres manquants. Dans tous les cas, la décote prévue à terme par le barème cible (5 % pour quatre trimestres manquants) est donc légèrement sur-actuarielle. Elle pénalise les départs anticipés avant l'obtention du taux plein plus que ne l'exigerait une condition de neutralité actuarielle et ce d'autant plus que l'âge à la liquidation est élevé et que le nombre de trimestres manquants est faible.

Barème de décote actuariellement neutre

	<i>Taux pour une année manquante</i>				
	4 trimestres	8 trimestres	12 trimestres	16 trimestres	20 trimestres
60 ans					
61 ans	- 4,5 %				
62 ans	-4,6 %	-4,5 %			
63 ans	-4,7 %	-4,6 %	-4,6 %		
64 ans	-4,8 %	-4,7 %	-4,7 %	-4,6 %	
65 ans	-4,9 %	-4,8 %	-4,8 %	-4,7 %	-4,7%

Note de lecture : Sous les hypothèses précédemment exposées, pour un départ en retraite à 61 ans avec quatre trimestres de moins que ceux requis pour l'obtention du taux plein, un coefficient de décote actuariellement neutre s'élèverait en moyenne à 4,5 % par année manquante (soit 1,125 % par trimestre manquant).

Source : Cour des comptes.

En rapprochant les comportements de liquidation des décotants effectivement observés en 2009 du barème théorique ainsi calculé, il peut être constaté que, pour cette année, les décotants du régime général se trouvaient en moyenne défavorisés par rapport à ce qu'exigerait la neutralité actuarielle, ce au profit de la CNAVTS. A l'inverse, les décotants de la fonction publique étaient avantagés par rapport à ce que requerrait la neutralité actuarielle, au détriment de l'État.

Mais dans l'ensemble, le décalage observé entre le barème neutre et le barème en vigueur valide donc plutôt la baisse du taux de décote intervenue en 2003, sauf à considérer qu'il était nécessaire d'explicitement pénaliser les comportements de départ en retraite anticipée avant l'obtention du taux plein.

2 – Le barème de surcote

Les coefficients de surcote actuariellement neutres varient entre 4,6 et 6,1 % pour quatre trimestres d'activité supplémentaire. La surcote actuellement en vigueur (5 % pour quatre trimestres supplémentaires) est donc selon les cas, sur ou sous-actuarielle. Par rapport à ce qui résulterait de l'application d'un barème correspondant à la neutralité actuarielle, elle favorise d'autant plus les reports de liquidation que ceux-ci correspondent à de courtes périodes de prolongation d'activité professionnelle, intervenant à des âges peu avancés.

Barème de surcote actuariellement neutre

Taux pour une année supplémentaire

	4 trimestres	8 trimestres	12 trimestres	16 trimestres	20 trimestres
60 ans	4,6 %	4,7 %	4,9 %	5,1 %	5,3 %
61 ans	4,7 %	4,8 %	5,0 %	5,2 %	5,4 %
62 ans	4,8 %	4,9 %	5,1 %	5,3 %	5,6 %
63 ans	4,9 %	5,1 %	5,2 %	5,5 %	5,7 %
64 ans	5,0 %	5,2 %	5,4 %	5,6 %	5,9 %
65 ans	5,2 %	5,3 %	5,6 %	5,8 %	6,1%

Note de lecture : Sous les hypothèses précédemment exposées, pour un départ en retraite à 61 ans, la durée d'assurance requise pour le taux plein étant atteinte à 60 ans et quatre trimestres cotisés ayant été validés dans cet intervalle, un coefficient de surcote actuariellement neutre s'élèverait en moyenne à 4,7 % par an, soit 1,175 % par trimestre.

Source : Cour des comptes.

En rapprochant les comportements de liquidation des surcotants effectivement observés en 2009 du barème théorique ainsi calculé, il peut être constaté que, pour cette année, les surcotants du régime général se trouvaient en moyenne traités d'une façon conforme à ce qui résulterait de l'application d'un principe de neutralité actuarielle³⁴⁵.

Les surcotants de la fonction publique étaient quant à eux là encore favorisés par les règles appliquées, compte tenu de leur âge moyen de liquidation plus précoce, ce au détriment de l'État. A terme, les conditions d'application de la surcote devraient se rapprocher de celles en vigueur au régime général et donc -en moyenne- de la neutralité actuarielle, sauf si les durées validées à 60 ans dans les régimes de la

345. Les surcotes s'éloignent de la neutralité actuarielle d'autant plus qu'elles sont courtes ou longues, ce qui est logique avec un barème ne variant pas en fonction de l'âge et de la durée de la surcote. Ainsi, le barème appliqué à des surcotes courtes ou effectuées à des âges jeunes est sur-actuariel, c'est-à-dire qu'il est plus favorable aux assurés que ce qui résulterait de la neutralité actuarielle. A l'inverse, le barème appliqué à des surcotes longues ou effectuées à des âges plus avancés est sous-actuariel.

fonction publique continuent à être significativement plus élevées qu'elles ne le sont dans le régime général.

3 – La relativité de la notion de neutralité actuarielle

Différents tests de sensibilité appliqués au barème théorique actuariellement neutre élaboré permettent de mesurer l'incidence d'évolutions de certains paramètres techniques ou démographiques. Ainsi, il a pu être observé :

- que des évolutions de la structure par sexe de la population n'impactaient pas significativement les conditions de neutralité du barème, sauf à ce que celles-ci soient très massives ;
- que le barème actuariellement neutre est très sensible au taux d'actualisation retenu ;
- que la progression des espérances de vie entraîne d'assez importantes évolutions des taux réputés neutres, celles-ci étant observables tous les quatre à cinq ans environ.

Enfin, sans que cela ait été spécialement mesuré, l'évolution de certains paramètres de calcul des pensions, déjà programmée dans la loi ou susceptible de résulter de réformes ultérieures, produit également des effets sur la définition d'un barème actuariellement neutre.

L'ensemble de ces raisons justifie que le barème applicable aux décotes et surcotes fasse l'objet de réexamens réguliers. En effet, les paramètres susceptibles d'avoir un impact sur les taux de décote et de surcote réputés neutres évoluant au cours du temps, décotes et surcotes neutres en moyenne varient également au fil des ans. L'objectif de l'introduction de telles revues, ainsi qu'elles se pratiquent d'ailleurs parfois à l'étranger, à l'instar des règles prévalant au Canada³⁴⁶, consisterait à éviter que ne se réalisent des pertes ou gains techniques significatifs pour les régimes ; ou pour les assurés, une distorsion non souhaitée des termes des choix individuels.

346. Dans le régime des pensions du Canada, un « bureau de l'actuaire en chef », organe indépendant, est chargé de l'examen périodique de la stabilité actuarielle de l'ensemble du système. A son initiative, est actuellement examiné un projet de loi dit « C-51 » visant à réformer le barème des décotes et surcotes. Engagé en 2009, c'est la première fois qu'un tel processus est en cours, ce qui témoigne que le principe d'une révision récurrente du barème n'implique pas pour autant de trop fréquents aménagements.

III - L'intégration des décotes et surcotes dans le système de retraites

A – L'articulation encore perfectible de la surcote avec d'autres aspects de la réglementation

1 – Les obligations de partir à la retraite

Les dispositions de la réglementation qui prévoient l'obligation de partir en retraite à un certain âge ou qui ouvrent à l'employeur une faculté de mise à la retraite d'office d'un salarié à partir d'un certain âge privent les assurés concernés de la possibilité de bénéficier de la surcote, ce qui peut être fondé tant par des considérations juridiques que par des arguments économiques³⁴⁷.

Dans ce cadre, la réforme de la mise à la retraite d'office en 2003 et son aménagement par la LFSS de 2009³⁴⁸, ainsi que l'extension des possibilités de maintien en activité pour les fonctionnaires de catégorie active, prévue par cette dernière loi, ont permis à la réglementation d'atteindre un équilibre satisfaisant. Toutefois, la Cour observe que les importantes facultés de dérogations à l'application des règles ainsi réformées de la mise à la retraite d'office, plusieurs fois prorogées depuis, ont très largement conduit à ce que se perpétuent des pratiques de mise à la retraite d'office de salariés âgés de moins de 65 ans jusqu'en 2010.

2 – La neutralisation de la surcote par des minima de pension

La surcote a d'abord été appliquée avant, le cas échéant, que la pension ne soit portée au niveau du minimum contributif (MICO)³⁴⁹. Par conséquent, un retraité pouvait remplir les conditions ouvrant droit au bénéfice de la surcote et ne bénéficier d'aucun supplément de pension à

347. Sur le terrain juridique, le droit au repos et à la santé énoncé au 11^{ème} alinéa du préambule de la constitution de 1946 peut être évoqué. En termes d'analyse économique, méritent d'être mentionnés la nécessité de favoriser le renouvellement des générations sur le marché du travail ou encore l'application de la théorie des contrats implicites, selon laquelle existe une norme implicite d'acceptation par les salariés d'une « sous-rémunération » par rapport à leur productivité en début de carrière, compensée par une « sur-rémunération » en fin de carrière (ce cadre imposant alors que l'employeur puisse mettre un terme à cette dernière période).

348. Depuis le 1^{er} janvier 2010, aucun salarié ne peut plus être mis d'office à la retraite sans son accord avant ses 70 ans (art. L. 1237-5 du code du travail).

349. En application d'une lettre ministérielle du 25 mars 2004, indiquant que la surcote « fait partie de la pension à prendre en compte pour l'appréciation du droit au minimum contributif ».

ce titre, celui-ci étant absorbé par le fait de porter la pension au niveau du MICO. La population d'assurés concernés par cette neutralisation de la surcote était significative. En 2009, 29 % des surcotants au régime général voyaient en effet leur pension portée au MICO après surcote et étaient ainsi des surcotants sans majoration effective de leur pension au titre de la surcote. Parmi les nouveaux pensionnés de 2009, près de 30 000 personnes étaient concernées, soit 3,6 % du flux de liquidants de l'année.

L'article 89 de la LFSS pour 2009 a révisé les modalités d'articulation de la surcote et du MICO en prévoyant que la surcote soit désormais appliquée après comparaison du montant de la pension avec le MICO. Selon les estimations de la CNAVTS, le coût de cette mesure en faveur des plus petites pensions calculées à partir de carrières complètes devrait progressivement croître pour représenter jusqu'à 20 M€ par an en 2030, avant de se stabiliser à terme à 15 M€ par an.

A l'inverse, dans les régimes de la fonction publique, l'application de la surcote peut toujours être neutralisée par le bénéfice du minimum garanti, situation qui concernait en 2006 près de 7 % des flux de nouveaux pensionnés fonctionnaires de l'Etat. Les règles applicables n'ont donc jusqu'ici pas été harmonisées avec celles désormais en vigueur pour le régime général, harmonisation qui implique que soient revues les modalités d'attribution du minimum garanti.

B – L'espace limité d'application de la décote

De nombreux aspects de la réglementation ont pour objet ou pour effet de neutraliser l'application de la décote. Ceux-ci peuvent relever de la structure même du barème de décote, qui prévoit le plafonnement des périodes à retenir pour son application à 20 trimestres, ou de l'articulation avec d'autres aspects de la réglementation, ainsi, par exemple :

- de la possibilité qu'une pension décotée soit portée au niveau de l'allocation de solidarité pour les personnes âgées (ASPA) à partir de 65 ans et sous conditions de ressources³⁵⁰ ;
- de l'existence de possibilités spécifiques de départ en retraite au taux plein à 60 ans sans considération des durées d'assurance validées³⁵¹ ;
- de l'ouverture d'une possibilité d'obtention du taux plein par l'âge.

350. Dans la mesure où les conditions de ressources du ménage et d'âge sont satisfaites, une pension moyenne liquidée avec décote (245 € en 2008 dans le régime général) peut être portée au niveau de l'ASPA, après prise en compte des pensions versées par d'autres régimes de base ou complémentaires, ainsi que des autres ressources de la personne.

351. Cf. infra chapitre XV, « L'invalidité et l'inaptitude dans le régime général ».

Deux mécanismes contribuant à limiter l'espace d'application de la décote ont cependant plus spécifiquement retenu l'attention de la Cour.

1 – Les dispositifs de complétion de carrière

Lorsque des dispositifs de complétion de carrière visent à reconstituer la carrière passée, il est logique que les versements correspondants puissent avoir pour effet de neutraliser la décote, dans la mesure où ils correspondent à des périodes d'activité passées.

A l'inverse, le dispositif de versement pour la retraite permet de compléter une carrière en ciblant les années d'études et les années pour lesquelles quatre trimestres n'ont pas été validés pour la durée d'assurance. Pour les assurés dont les ressources le permettent, l'acquittement de ces versements représente ainsi une alternative réelle à l'application de la décote. La Cour a par ailleurs déjà relevé la concentration du recours à ce mécanisme dans les déciles d'assurés disposant des plus hauts salaires sur la carrière³⁵².

2 – Les revenus de remplacement accordés sous condition d'âge

Au fil des ans, s'est développé en France un dispositif complet d'indemnisation des risques de fin de carrière, passant soit par l'aménagement des modalités de l'indemnisation du chômage, soit par l'institution de divers régimes de pré-retraites.

Dans la mesure où leur bénéfice peut se poursuivre au-delà de 60 ans, ces dispositifs sont en partie au moins substituables à une pension de retraite, susceptible d'être liquidée avec décote. Ils se caractérisent également par des taux de remplacement supérieurs à ceux d'une pension de retraite, surtout si celle-ci venait à être liquidée avec décote. Cette substituabilité se trouve confirmée par l'existence de conditions de durée d'assurance pour le bénéfice de plusieurs de ces dispositifs³⁵³.

Par ailleurs, le bénéfice de ces dispositifs peut entraîner la validation de trimestres pris en compte pour la durée d'assurance au moyen de périodes assimilées et ainsi directement réduire une éventuelle décote, appliquée lors de la liquidation de la pension. S'ils sont perçus

352. Cf. RALFSS de 2009, chapitre XI, pp. 312-315.

353. Ainsi, la prise en compte pour le calcul de la retraite de périodes de chômage non-indemnisé dans des conditions plus favorables à partir de 55 ans au moyen de périodes assimilées est subordonnée à la validation de 80 trimestres. De même, l'ouverture de la possibilité de bénéficier d'une dispense de recherche d'emploi dans le cadre de l'indemnisation du chômage était conditionnée à la validation de 160 trimestres jusqu'au 1^{er} janvier 2009.

sans discontinuer de 55 à 60 ans, ce sont ainsi jusqu'à 20 trimestres qui peuvent être validés³⁵⁴.

Le resserrement des conditions d'octroi de pré-retraites publiques et l'abrogation de certaines d'entre elles en 2003, ainsi que la suppression progressive jusqu'en 2012 du dispositif de dispense de recherche d'emploi tendent à mettre un terme à une situation caractérisée par le conseil d'analyse économique comme relevant d'un « consensus pervers »³⁵⁵. Mais les interactions entre ces dispositifs et ceux permettant le départ en retraite à 60 ans au taux plein et sans considération des durées d'assurance validées, pour inaptitude³⁵⁶, sont évidentes : l'espace d'application de la décote ne s'en trouvera donc pas automatiquement élargi.

C – La coexistence de différents dispositifs relevant de l'objectif de « libre-choix »

En 2003, comme dans les séquences ultérieures d'évolution de la réglementation, la surcote n'était que l'un des aspects d'un dispositif plus vaste, visant à influencer sur l'âge moyen de départ en retraite au moyen d'une série de mesures favorisant la « liberté de choix » des assurés, dont plusieurs étaient de nature financièrement incitative à la prolongation de l'activité professionnelle. A ce titre, peuvent notamment être cités :

- la réforme de la retraite progressive³⁵⁷ par l'article 30 de la loi de 2003, qui a notamment conféré à la liquidation de la pension dans ce

354. Selon les dispositions des articles L. 351-3-2° et R. 351-12-4° CSS, le chômage indemnisé permet la validation d'un trimestre par période de perception de 50 jours de l'allocation de retour à l'emploi, de même pour le chômage entraînant perception de l'allocation spécifique de solidarité, le bénéfice de l'allocation temporaire d'attente, d'un congé de reclassement ou de l'ARE-formation. Le chômage non indemnisé permet également l'attribution d'un trimestre par période de 50 jours, dans la limite d'un an, à la suite d'une période validée pour chômage indemnisé et d'un an sans cette condition, mais une seule fois pour toute la carrière. A partir de 55 ans, la limite applicable est de cinq ans. Le bénéfice de certaines pré-retraites publiques (CATS, AS-FNE) entraîne également validation d'un trimestre par période de 50 jours de service de l'allocation.

355. Conseil d'analyse économique, « Les seniors et l'emploi », 2006.

356. Cf. supra chapitre XV, « L'invalidité et l'inaptitude dans le régime général ».

357. Instituée en 1988, la retraite progressive permet le cumul d'une activité à temps partiel et du bénéfice d'une fraction de la pension de retraite, de 30 à 70 % selon la quotité de temps travaillé. A l'origine subordonnée à l'obtention du taux plein, son bénéfice est ouvert à partir de 150 trimestres validés depuis 2003. Prévu initialement pour durer jusqu'au 31 décembre 2008, ce dispositif a été depuis prorogé à deux reprises, en dernier lieu jusqu'au 31 décembre 2010 par la LFSS de 2009.

cadre un caractère provisoire, ce qui a eu pour effet que les périodes validées sous ce régime peuvent être retenues au titre de la surcote lors de la liquidation définitive de la pension ;

- les réformes du cumul emploi-retraite, ayant d'abord conduit en 2003 puis en 2006 à assouplir la condition de rupture d'activité professionnelle et à augmenter le plafond de revenus au-delà duquel le service de la pension est réduit, avant, en 2009, de créer un régime nouveau de cumul dit « libéralisé », coexistant avec le régime classique. Dans ce régime libéralisé, le service de la pension ne fait l'objet d'aucune limite, en contrepartie d'une obligation de liquidation de l'ensemble des pensions personnelles acquises auprès de tous les régimes de retraite et de la satisfaction de conditions d'âge ou de durée d'assurance³⁵⁸.

Dans les régimes de la fonction publique, des évolutions similaires ont été mises en œuvre pour la cessation progressive d'activité (CPA), dont la logique est proche de celle de la retraite progressive, ainsi que pour l'assouplissement des règles présidant au cumul entre le bénéfice de la pension et la reprise d'une activité professionnelle.

Au final, la réglementation offre désormais diverses possibilités aux assurés souhaitant prolonger ou reprendre une activité professionnelle, toutes ayant pour point commun d'influer positivement sur le revenu disponible. Elles se distinguent par leur positionnement par rapport à la liquidation de la pension : après la liquidation pour le cumul, avec liquidation partielle et temporaire pour la retraite progressive, avant la liquidation pour la surcote. Dans ce contexte profondément rénové, la Cour s'est attachée à apprécier l'articulation de ces différents dispositifs.

1 – La comparaison des populations de bénéficiaires

Aucune étude récente, notamment venant à l'appui des réformes décidées en 2009, n'atteste que l'administration ait cherché à cerner le profil des bénéficiaires de ces différentes mesures avant de les réformer, afin de garantir qu'elles ciblent bien des publics distincts.

A partir de données de la CNAVTS et du service des retraites de l'Etat (SRE), le profil des assurés bénéficiaires de ces différentes mesures n'indique pas de différences notables avec celui des bénéficiaires de la surcote. Mérite toutefois d'être signalé le fait que les bénéficiaires du cumul emploi-retraite liquident leur pension plus tôt que la moyenne (60,3 ans en 2008, contre 61 ans en moyenne la même année au régime général).

358. Celles-ci sont identiques à celles permettant l'obtention du taux plein, tant pour l'âge que pour la durée d'assurance.

Les effectifs de bénéficiaires du cumul emploi-retraite ont constamment augmenté depuis 2004. La proportion de retraités ayant au moins une fois repris une activité professionnelle depuis la liquidation de la pension s'élevait ainsi au 31 décembre 2009 à 1,8 % à la CNAVTS et à 0,5 % pour les fonctionnaires civils de l'État. Dans le régime général, les bénéficiaires sont le plus souvent des hommes cadres ou employés. Ils reprennent le plus souvent une activité salariée, auprès du même employeur dans la moitié des cas, ou s'engagent dans une carrière d'indépendant dans un tiers des cas. Les revenus d'activité sont très notablement inférieurs à ceux perçus avant la liquidation, ce qui résulte essentiellement d'une diminution de la quotité de temps travaillé, à l'exception notable d'un sous-groupe de cadres reprenant une activité de type profession libérale³⁵⁹.

La retraite progressive ne concerne qu'une proportion non significative d'assurés du régime général (0,11 % des nouveaux pensionnés de 2009), même si le nombre de bénéficiaires a fait plus que tripler depuis 2006. A l'opposé, pour les fonctionnaires civils, la CPA a pu concerner jusqu'à 40 % des nouveaux pensionnés de l'année en 2007, avant que cette proportion soit réduite de moitié en 2009 du fait de l'évolution de la réglementation.

2 – L'analyse comparée des différents dispositifs dans une perspective inter-temporelle

Avec le concours d'actuares, la Cour a analysé dans une perspective inter-temporelle le rendement comparé de ces différents dispositifs pour les assurés et leur coût comparé pour les régimes.

Pour les assurés, existe un large éventail de solutions ouvertes, permettant d'offrir une certaine diversité de couples âge de départ en retraite / taux de remplacement de la pension de retraite / somme actualisée des revenus d'activité perçus jusqu'à la liquidation. De leur point de vue, il n'existe ainsi pas véritablement de solution optimale, la meilleure solution pour la prolongation de l'activité professionnelle dépendant en effet du profil de carrière et des préférences individuelles, notamment de la durée anticipée de service de la pension ou de la volonté de réduire la quotité de temps travaillé. Pour autant, le choix entre ces dispositifs ne dépend pas exclusivement de l'assuré : il renvoie à différentes situations d'activité (temps plein, temps partiel), plus ou

359. Les bénéficiaires d'une pension du régime général, salariés au moment de la liquidation de celle-ci et reprenant une activité donnant lieu à affiliation au RSI pour l'assurance maladie en tant que profession libérale (soit 12 500 personnes environ au 31 décembre 2008) percevaient en effet une rémunération d'activité supérieure à celle de la moyenne des cotisants au RSI de plus de 55 ans n'ayant pas procédé à la liquidation de leur pension de retraite (source : RSI et CNAVTS).

moins accessibles selon l'état du marché du travail et la disposition des employeurs.

Pour les régimes, si l'ensemble des dispositifs existants présentent à terme des surcoûts par rapport à une liquidation dès l'obtention du taux plein, toutes les solutions ouvertes ne sont pas pour autant équivalentes en termes de coût inter-temporel. En partant de trois cas-types, une estimation du coût inter-temporel pour un régime de base de cinq stratégies de poursuite d'activité a été réalisée³⁶⁰. Afin de mesurer les surcoûts comparés des différents dispositifs à une échelle pertinente, ceux-ci sont exprimés en pourcentage de la valeur actuelle probable de la pension liquidée à 60 ans au taux plein, pour chaque cas-type.

L'incidence financière pour les régimes de l'application de ces différents dispositifs, présentée dans le tableau de la page suivante, n'est à retenir qu'en termes d'ordres de grandeur, compte tenu des caractéristiques des cas-types³⁶¹.

360. La méthode retenue a consisté à rapprocher les sommes actualisées du surcoût viager résultant de l'application de la surcote ou des pensions versées de 60 à 65 ans pour le cumul et la retraite progressive, en soustrayant le cas échéant la somme actualisée des cotisations reçues entre 60 et 65 ans.

361. Le fait qu'il est considéré pour les cas-types examinés que le taux plein est atteint à 60 ans et que les différents dispositifs sont appliqués pendant de longues périodes aboutit en effet à maximiser les coûts.

Coût inter-temporel de différentes stratégies de prolongation de l'activité professionnelle pour un régime de retraite de base

Cas-type	Scénario	Coût inter-temporel pour le régime (en €)	Bilan inter-temporel (en % de la valeur actuelle probable d'une pension de retraite liquidée au taux plein à 60 ans)
Cas 1 (carrière plate au SMIC)	Surcote de 7 trimestres (départ en retraite à 61,5 ans)	2569	+ 1,5 %
	Surcote de 20 trimestres	7164	+ 4,4 %
	Cumul emploi-retraite à 60 % jusqu'à 65 ans	-27 579 / - 35 112	-17,1 / -21,7 %
	Cumul emploi-retraite à 100 % jusqu'à 65 ans.	-22 557 / -35 112	-14,0 / -21,7 %
	Retraite progressive à 50 %	-11 664	-7,2 %
Cas 2 (carrière ascendante du SMIC au PSS)	Surcote de 7 trimestres (départ en retraite à 61,5 ans)	-720	-0,2 %
	Surcote de 20 trimestres	- 968	-0,3 %
	Cumul emploi-retraite à 60 % jusqu'à 65 ans	-48 312/ -64 485	-16,2 / -21,6 %
	Cumul emploi-retraite à 100 % jusqu'à 65 ans.	-37 531 / -64 485	-12,5 / -21,6 %
	Retraite progressive à 50 %	-19 657	-6,6 %
Cas 3 (carrière ascendante de 1 à 2 PSS)	Surcote de 7 trimestres (départ en retraite à 61,5 ans)	-1760	-0,6%
	Surcote de 20 trimestres	13 752	+4,1 %
	Cumul emploi-retraite à 60 % jusqu'à 65 ans	-54 463 / -72 387	-16,4 / -21,7 %
	Cumul emploi-retraite à 100 % jusqu'à 65 ans.	-43 581 / -72 387	-13,1 / -21,7 %
	Retraite progressive à 50 %	-37 295	-9,5 %

Note de lecture : Un signe positif correspond à un bénéfice pour le régime en termes de bilan inter-temporel. Un signe négatif correspond à un coût pour le régime en termes de bilan inter-temporel. Les deux valeurs présentées pour le cumul correspondent à la situation où la reprise d'activité se fait au régime servant la pension (première valeur) et hors du régime servant la pension (seconde valeur).

Source : Cour des comptes

Dans l'ensemble, la surcote apparaît comme l'option la moins coûteuse pour les régimes, son coût inter-temporel variant toutefois beaucoup en fonction du profil de fin de carrière de l'assuré. La retraite progressive est toujours associée à des coûts inter-temporels élevés pour le régime, ce qui semble inévitable pour un dispositif permettant à la fois d'améliorer les droits, de bénéficier de la surcote et de disposer simultanément de revenus de pension et d'activité. Enfin, les coûts inter-temporels résultant du bénéfice de cumul emploi-retraite sont d'autant plus élevés pour le régime que la reprise d'activité ne se fait pas au même régime : dans ce dernier cas, le régime ne bénéficie pas d'un surplus de cotisations non génératrices de droits.

Au final, une certaine concurrence entre dispositifs peut être observée. Elle résulte d'un probable défaut de ciblage de ceux-ci, témoignant d'une volonté d'agir au plus vite sur l'emploi des seniors, en actionnant tous les leviers d'actions disponibles.

D – Fonctionnaires et salariés du secteur privé : une harmonisation inachevée

1 – D'inévitables biais initiaux

Dès lors que le choix était fait d'appliquer dès le 1^{er} janvier 2004 une surcote dans les régimes de la fonction publique, apparaissaient inévitablement d'importantes différences de situation entre fonctionnaires partant en retraite et les autres assurés, sans même prendre en compte leur situation très différente au regard des possibilités ouvertes de prolongation d'activité professionnelle.

Une partie de ces différences est certes transitoire mais a néanmoins produit des effets très sensibles. Ainsi, le fait que la durée d'assurance pour l'obtention du taux plein soit fonction de l'année d'ouverture des droits à la retraite, couplé à l'alignement seulement progressif du seuil de durée d'assurance tous régimes à atteindre pour que des périodes postérieures soient prises en compte pour la surcote, a permis à un très grand nombre de fonctionnaires de bénéficier de la surcote durant la période 2004-2007³⁶².

Par ailleurs, logiquement, l'application d'abattements ou de majorations à des pensions en moyenne plus élevées, en ce qu'elles relèvent de régimes intégrés et correspondent de plus à des salaires moyens plus élevés, démultiplie les effets des décotes, comme des surcotes. C'est à cette aune que peut être appréciée la différence significative de niveau de pensions versées entre la CNAVTS et le SRE pour les fonctionnaires civils.

2 – Des modalités particulières de décompte de la durée d'assurance

a) Les effets complexes de règles d'arrondis changeantes

Dans les régimes de la fonction publique, la durée d'assurance est calculée sur la base de l'activité réelle et exprimée en termes calendaires, à la différence des règles prévalant dans les régimes du

362. Et ce pour tous les fonctionnaires ayant atteint l'âge d'ouverture des droits à la retraite de leur corps avant le 1^{er} janvier 2008, l'avantage s'étant toutefois réduit au fil des ans.

secteur privé³⁶³. Ainsi, si la durée d'assurance est bien exprimée en trimestres depuis 2004 dans les régimes de la fonction publique, elle est validée à partir d'une durée de services et de bonifications, exprimée en jours. Inévitablement, se posent alors des questions d'arrondis, qui concernent l'ensemble des fonctionnaires partant en retraite.

Pour la surcote, l'article 51 de la loi du 21 août 2003 a longtemps permis qu'un seul jour de service effectif au-delà de 60 ans et de la durée de service requise pour le taux plein permette l'obtention d'un trimestre de surcote. La LFSS pour 2009 a mis un terme à cette modalité d'application trop favorable de la réglementation en prévoyant que le nombre de trimestres à prendre en compte pour la surcote corresponde non plus aux « services » effectués après l'âge de 60 ans et la durée d'assurance requise mais aux « trimestres entiers cotisés ».

Pour la décote, l'évolution de la réglementation ne s'est pas faite de manière parallèle, la jurisprudence ayant de plus encore ajouté beaucoup de complexité. La loi prévoit bien que le nombre de trimestres à retenir pour l'application de la décote fait l'objet d'un arrondi à l'entier supérieur. Mais dans le cas où un trimestre incomplet est celui-là même qui permet l'obtention du taux plein, le Conseil d'Etat a jugé que la décote n'était alors pas applicable³⁶⁴.

Par suite, coexistent différentes modalités de prise en compte des trimestres pour l'application de la décote dans la fonction publique, selon que les trimestres incomplets entraînent ou non l'obtention du taux plein. L'impératif d'intelligibilité des règles présidant au « libre-choix » des assurés et un souci de cohérence entre les dispositions applicables aux surcotes et aux décotes pour la prise en compte des trimestres incomplets plaideraient ainsi pour que ne soient retenus pour l'application de la décote que des trimestres entièrement validés.

b) La portée des bonifications admissibles en liquidation

L'existence de bonifications, propre aux régimes de la fonction publique, permet aux fonctionnaires concernés de bénéficier de la prise en compte de périodes supplémentaires à celles correspondant à la durée calendaire de services ou à celles correspondant à la survenance de risques sociaux, donnant lieu à revenus de remplacement. Les périodes ainsi validées sont alors prises en compte dans la durée d'assurance et permettent d'éviter l'application d'une décote comme d'atteindre plus

363. Dans lesquels la durée d'assurance est établie à partir du montant du salaire annuel assujéti aux cotisations et en fonction de la règle de conversion prévue par l'article R. 351-9 du code de la sécurité sociale (règle dite des « 200 heures » de SMIC).

364. Conseil d'Etat, décision n° 311495 du 2 février 2010.

facilement la durée d'assurance à partir de laquelle des périodes d'activité complémentaires sont éligibles à la surcote.

Le poids de ces bonifications dans les périodes validées peut être important, comme en témoignent les dénombrements réalisés par le SRE à la demande de la Cour. C'est en particulier le cas des militaires, pour lesquels ces bonifications représentaient en 2009 en moyenne pour les hommes mono-pensionnés jusqu'à 45 % de la durée de référence annulant la décote pour un militaire non-officier et 28 % pour un officier. Dans la fonction publique civile, ce poids relatif est certes inférieur, mais demeure significatif, principalement du fait des bonifications pour service civil hors d'Europe. Pour un homme monopensionné parti en retraite en 2009, l'ensemble de ces bonifications représentaient en moyenne près de 3 % de la durée d'assurance requise pour le taux plein, soit 4,7 trimestres³⁶⁵.

3 – Des règles spéciales et favorables applicables à certaines catégories de fonctionnaires

Des règles particulières peuvent trouver à s'appliquer, soit en raison du statut, soit du fait de la catégorie de l'emploi occupé, soit enfin vu la situation personnelle des fonctionnaires.

a) Les départs anticipés des parents de trois enfants

La réglementation prévoit la possibilité d'un départ en retraite anticipé pour les parents de trois enfants³⁶⁶. De plus, jusqu'ici, c'est l'année où les conditions étaient remplies pour bénéficier de ce départ anticipé qui déterminait les règles applicables à la liquidation de la pension, ce qui emportait des conditions très favorables pour l'application de la décote, quelle que soit la date d'effet de la pension ou la génération d'appartenance du fonctionnaire. Selon des chiffres cités par le COR³⁶⁷, des volumes significatifs de fonctionnaires étaient concernés, 11 % des départs en retraite de fonctionnaires civils de l'Etat s'étant par exemple réalisés sous ce régime en 2006.

365. Compte non tenu des bonifications pour enfants nés avant le 1^{er} janvier 2004.

366. L'article. L. 24-I-3° du code des pensions civiles et militaires de retraite (CPCMR), prévoit ainsi la possibilité pour les parents de trois enfants qui ont interrompu leur activité au moins deux mois pour chaque enfant et bénéficiant de 15 années de service validés de bénéficier d'une pension de jouissance immédiate.

367. Sixième rapport du COR, « droits familiaux et conjugaux », p. 47 et suivantes.

En prévoyant à terme la fermeture de ce dispositif³⁶⁸ et l'application du principe générationnel pour la détermination des règles applicables au calcul de la pension durant une période transitoire, le projet de loi portant réforme des retraites entend mettre un terme à ce qui constituait une double différence de traitement, entre cotisants à différents régimes mais aussi entre fonctionnaires d'une même génération, selon qu'ils sont en situation de bénéficier de ce dispositif ou non.

b) Les fonctionnaires de catégorie active

La limite d'âge qui entraîne radiation d'office des cadres est également l'âge d'annulation de la décote. De ce fait, les corps bénéficiant de limites d'âges faibles, c'est-à-dire ceux relevant des catégories dites actives, bénéficient de conditions favorables d'annulation de la décote. Il suffit d'ailleurs d'avoir dans le passé relevé de ces catégories pour en bénéficier. En effet, les fonctionnaires ayant effectué 15 ans de services en catégories actives, mais ayant depuis été intégrés dans un corps relevant de la catégorie sédentaire suite à une réforme statutaire³⁶⁹, peuvent à leur demande continuer à bénéficier à titre individuel de la limite d'âge de leur ancien emploi de catégorie active, ce qui permet de neutraliser au moins partiellement une éventuelle décote.

Depuis la réforme prévue par l'article 93 de la LFSS de 2009, l'effet inverse pour les surcotes ne prévaut plus. Jusqu'ici, l'existence de limites d'âges plus précoces avait placé les fonctionnaires de catégorie active dans une situation où prétendre au bénéfice de la surcote était difficile. Mais l'ouverture de possibilités de demande de maintien en activité jusqu'à 65 ans, lorsque la limite d'âge du corps est inférieure, a mis un terme à cette situation. Demeure toutefois l'avantage précité pour les décotes.

c) Les militaires

Certaines catégories de militaires³⁷⁰ bénéficient d'un régime dérogatoire d'application de la décote, qui prévoit à la fois son plafonnement et son application par rapport à une durée de services pivot nettement

368. La Cour a demandé, à diverses reprises, la suppression de ce dispositif notamment dans le RALFSS de septembre 2000 et dans le rapport public particulier sur les pensions des fonctionnaires civils de l'Etat de 2003.

369. Sont essentiellement concernés d'anciens instituteurs et des agents de la Poste.

370. Soit les militaires dont la limite d'âge du corps est inférieure ou égale à 55 ans et tous ceux partant en retraite à 50 ans ou moins.

inférieure à celle retenue dans tous les autres cas³⁷¹. Ces modalités particulières d'application de la décote sont généralement justifiées par les courtes carrières des militaires, dans le contexte actuel de gestion des ressources humaines et des âges dans la fonction publique militaire³⁷².

E – L'asymétrie de réglementation entre régimes de base et régimes complémentaires de salariés

Des mécanismes ayant pour effet d'augmenter ou de diminuer la pension servie, en fonction de l'âge du départ en retraite ne sont pas étrangers aux régimes complémentaires de salariés. En effet, la logique de régimes par points a pour effet que toute cotisation supplémentaire emporte nécessairement des conséquences sur le niveau de la pension servie. De plus, existent des coefficients d'abattement pour départ anticipé avant 65 ans, dont l'effet est d'autant plus important que l'âge de départ est éloigné de 65 ans. Depuis 1983 toutefois, dans la mesure où le taux plein est atteint dans le régime de base, ces coefficients³⁷³ ne s'appliquent pas. Enfin, par le passé et jusqu'en 1999 dans certains régimes ARRCO, étaient appliqués des coefficients d'ajournement venant augmenter le niveau de la pension servie pour un départ après 65 ans. Ceux-ci ont progressivement été supprimés dans tous les organismes d'assurance complémentaire retraite des salariés.

Suite à une demande ministérielle expresse³⁷⁴, les partenaires conventionnels ont examiné l'éventualité d'instituer un mécanisme allant

371. La décote est plafonnée à 10 trimestres et la durée d'assurance de référence à retenir pour le nombre de trimestres à prendre en compte est de 70 trimestres pour les sous-officiers et les militaires de rang, 110 trimestres pour les officiers.

372. Leur portée doit toutefois être analysée au regard de la réglementation applicable pour le cumul entre perception d'une pension de retraite et la reprise d'une activité professionnelle, elle aussi dérogatoire. Le cumul échappe en effet à toutes conditions pour les bénéficiaires d'une pension de jouissance immédiate (moins de 25 ans de services) et les militaires partis en retraite à la limite d'âge de leur grade. Parce qu'il ne fait pas l'objet d'un examen par le SRE au titre du plafonnement des revenus cumulés d'activité et de pension, le dénombrement de ces militaires ayant liquidé jeunes et sans décote leur pension, en reprenant ensuite une activité professionnelle, n'a pas été possible.

373. Est pris en compte pour l'application de ces coefficients propres aux régimes complémentaires l'écart le plus faible en trimestres entre 65 ans ou la durée validée et la durée requise pour l'obtention du taux plein dans le régime de base. Selon le GIE AGIRC-ARRCO, les masses annuelles de pensions correspondant à l'application des coefficients d'abattement s'élèveraient à 9,3 Md€. Celles-ci sont toutefois financées par une part spécifique de cotisations.

374. Lettre ministérielle du 5 octobre 2006 aux partenaires conventionnels gestionnaires des régimes AGIRC et ARRCO.

au-delà des règles de droit commun d'acquisition de points, afin d'inciter financièrement les participants à prolonger leur activité professionnelle. Il n'a pas été donné suite à cette demande, au motif de l'existence d'une « surcote implicite », résultant des modalités de droit commun d'acquisition des points dans ces régimes. L'absence de surcote dans les régimes complémentaires de salariés constitue ainsi le principal point d'évolution de la réglementation en vigueur dans les régimes de base qui n'ait pas été transposé dans les régimes complémentaires³⁷⁵.

De ce fait, il apparaît que les régimes complémentaires de salariés concentrent aujourd'hui les éléments de taxation implicite à la poursuite de l'activité. Ainsi, l'amélioration des taux de remplacement résultant de la prolongation de l'activité professionnelle après 60 ans apparaît dans la plupart des cas moindre dans les régimes complémentaires de salariés que dans les régimes de base. A partir des cas-types élaborés par la Cour, les écarts observés sont significatifs : de 6 à 8 points pour une prolongation d'activité de six trimestres et de 7 à 16 points d'évolution de taux de remplacement pour une prolongation d'activité de cinq années. Ces écarts sont d'autant plus importants que le profil de fin de carrière n'est pas ascendant.

De plus, les régimes complémentaires peuvent tirer parti d'éventuels effets incitatifs au report de liquidation du fait de la surcote et de la réforme des décotes. Dès lors, les régimes de base supportent seuls les coûts résultant du déploiement de ces incitations, tandis que les bénéficiaires en sont partagés entre régimes de base et régimes complémentaires.

La Cour constate donc que le principe d'articulation entre paramètres des régimes de base et paramètres des régimes complémentaires, mentionné à l'article 5 de l'accord du 24 mars 2009, voit sa portée limitée, en raison de l'inexistence de mécanismes de type surcote dans les régimes complémentaires de salariés.

IV - La difficile évaluation du dispositif

Dans un contexte mouvant, se caractérisant par la concomitance d'un grand nombre de réformes, l'identification ex post d'un effet propre à la réforme des décotes et à celles relatives aux surcotes (y compris leur création) est difficile.

375. En effet, la réglementation propre aux régimes complémentaires de salariés a été aménagée, pour tenir compte, par exemple, des réformes de la retraite progressive ou du cumul emploi-retraite dans les régimes de base.

A – Les effets incitatifs produits sur les assurés

1 – Les évaluations disponibles

Même lorsqu'ils sont proches d'un principe de neutralité actuarielle, comme évoqué plus haut, des barèmes de décotes et surcotes peuvent produire des incitations individuelles, sous réserve que la situation des assurés y soit propice³⁷⁶.

Différents modèles de simulation de décision de départ à la retraite avaient été mis à contribution pour anticiper les effets de l'aménagement de ces barèmes³⁷⁷. Leurs résultats se sont avérés fragiles, ce qui a d'ailleurs conduit à réviser les estimations initiales des effets incitatifs au report de l'âge de départ de la réforme des décotes et surcotes de 2003.

La CNAVTS a réalisé en 2009 de premiers travaux de mesure des effets incitatifs de la surcote à partir de données de gestion³⁷⁸. Ceux-ci concluent que la surcote aurait entraîné un report de l'âge moyen de départ en retraite de deux mois en moyenne pour ses bénéficiaires (trois mois pour les hommes et un mois pour les femmes). L'effet incitatif est d'autant plus fort que les durées d'assurance validées à 60 ans sont élevées, avec un seuil à 164 trimestres. Toutefois, les résultats obtenus ne sont valables qu'à titre rétrospectif et pour les seuls assurés éligibles à l'application de la surcote à compter de leur soixantième anniversaire, ce qui ne représente, selon les sources et les générations, que de 20 à 45 % d'entre eux. Réels, les effets incitatifs propres à la surcote apparaissent donc limités.

L'exploitation d'une enquête portant sur les intentions de départ à la retraite³⁷⁹ des assurés confirme ce constat. Un quart seulement des assurés interrogés accepteraient de prolonger leur activité professionnelle

376. Ainsi, ni les assurés qui ne sont pas en situation d'emploi au delà de 50 ans (la DARES estimant à 35 % seulement la probabilité de retrouver un emploi entre 50 et 60 ans) ni ceux qui ont validé de faibles durées d'assurance à 55 ans (selon la DREES, de 15 à 20 % des hommes selon les générations ne valident aucun trimestre à partir de 51 ans, cette proportion atteignant 30 % pour les femmes), voire avant 2009, ni ceux dont la carrière entraînerait probablement relèvement de la pension au niveau du MICO, n'ont pu raisonnablement être sensibles à d'éventuels effets incitatifs.

377. Dont notamment le modèle DESTINIE de l'INSEE, alors seul à pouvoir se fonder sur un grand nombre de données individuelles représentatives (mais datant de 1998), tout en comportant un module de simulation de la décision de départ en retraite.

378. Etude CNAVTS n° 2010-024 : La surcote modifie-t-elle les comportements de départ en retraite ?

379. Cf. Perspectives et comportements en matière de retraite, dossiers santé et solidarité, n° 3, juillet-septembre 2006.

en contrepartie d'une majoration de pension équivalente aux conditions de la surcote actuellement en vigueur. Une surcote ne produit ainsi sur l'échantillon interrogé des modifications de comportements que pour des niveaux de majoration bien au delà de ceux en vigueur (de 10 à 40 %), tandis qu'un tiers environ des répondants refuseraient de reculer l'âge de départ envisagé, quel que soit le niveau de majoration obtenu de la pension.

La même enquête fait apparaître un effet plus dissuasif de la décote, dans la mesure où plus de la moitié des assurés interrogés refuseraient d'avancer l'âge de départ envisagé ou ne l'accepteraient que sans impact sur le niveau de la pension servie.

Dans un paysage ainsi marqué par la rigidité des schémas de départ à la retraite des assurés, le croisement de travaux de la CNAVTS, de l'INSEE et de la DGT fait ressortir les éléments de profil dont l'incidence apparaît significative sur l'intérêt pour la surcote : le fait d'être un homme, la satisfaction au travail, l'état de santé perçu, l'absence de patrimoine personnel, le niveau de rémunérations d'activité, la situation matrimoniale ou encore le niveau actuel de la pension de retraite.

2 – Les facteurs limitatifs de l'influence des décotes et surcotes sur les comportements

L'influence d'incitations financières au report de l'âge de départ en retraite est limitée par le rôle joué par d'autres déterminants. Les conditions de travail et l'état de santé ressenti, mais aussi les facteurs familiaux (conjoint déjà en retraite, proche en situation de dépendance...) ou ceux tenant au domaine des représentations³⁸⁰ sont ainsi susceptibles de faire échec aux incitations financières intégrées aux marges du barème de liquidation.

L'état encore perfectible de l'information des assurés sur les dispositifs favorisant la prolongation de leur activité professionnelle peut également contribuer à expliquer la relative faiblesse des effets incitatifs produits par les décotes et surcotes. Ainsi, par exemple, en 2008, 49 % des assurés interrogés déclaraient encore ne pas connaître la mesure « surcote ». A cet égard, les documents adressés aux assurés dans le cadre

380. Ainsi par exemple de l'« effet horizon », mis en évidence par le CAE comme par l'IRDES, consistant à ce que l'approche de l'âge moyen de cessation d'activité observé produit à lui seul des incitations au départ en retraite ou encore de la spécificité française suggérée dans l'exploitation des résultats d'une enquête européenne (SHARE) par l'INSEE tenant à ce que s'exprime une préférence collective pour des âges de départ précoces ne s'expliquant pas par une insatisfaction au travail ou un état de santé ressenti spécifiquement dégradé par rapport aux moyennes observées dans les pays ayant participé à l'enquête.

de la mise en œuvre du droit à l'information sur les retraites ne mentionnent qu'incidemment l'existence des différents dispositifs relevant de l'objectif de « libre-choix », dans l'imprimé accompagnant les relevés de situation individuelle ou les estimations indicatives globales.

Enfin, la situation de l'emploi des seniors, toujours dégradée, en raison de l'absence d'évolution de l'attitude des employeurs à leur égard comme d'incertitudes relatives à la productivité des salariés âgés, dans un contexte de changements technologiques et organisationnels, vient évidemment contrecarrer les effets potentiellement incitatifs du barème de liquidation des pensions.

B – L'existence d'effets d'aubaine

La notion d'effets d'aubaine trouve à s'appliquer lorsque le niveau de pension versé à un assuré est amélioré par l'effet des réformes de la décote ou de la surcote sans que son comportement ait été modifié pour autant. Leur survenance est pour partie inéluctable.

Pour la décote, la stabilité de la proportion de décotants au fil du temps pourrait laisser penser que la réforme a produit des effets d'aubaine significatifs. Mais était précisément recherchée l'application d'abattements plus neutres, en particulier dans la mesure où les liquidations avec décotes semblent souvent subies.

Pour la surcote, son application immédiate, puis le bénéfice sans délais des augmentations successives du taux appliqué ont produit des effets d'aubaine dont la nature est plus critiquable. En 2003, ainsi, 5,9 % des nouveaux pensionnés de l'année satisfaisaient spontanément aux conditions requises pour l'application de la surcote.

Selon la CNAVTS, dans les premières années de son application, de l'ordre de 7 % des liquidants se trouvaient ainsi dans une situation d'effet d'aubaine. Une étude de la CNAVTS estimait en août 2007 que l'essentiel des cas d'application de la surcote avaient jusqu'ici relevé d'effets d'aubaine. Représentant encore à ce jour près de la moitié des cas d'application de la surcote, leur proportion est cependant appelée à se réduire, compte tenu de l'évolution des durées d'assurance validées à 60 ans et de l'augmentation programmée de la durée d'assurance requise pour le taux plein.

Enfin, certains de ces effets d'aubaine sont propres aux régimes de fonctionnaires³⁸¹ et concernent plus particulièrement certains d'entre eux. Ainsi, une étude sur de nombreux cas-types réalisée par la direction générale du Trésor met en lumière le fait que des fonctionnaires se caractérisant par de « hauts traitements de fin de carrière » et des « trajectoires ascendantes de fin de carrière » ont bénéficié de subventions implicites à la poursuite de leur activité. En l'absence d'obstacles sérieux à la poursuite de l'activité professionnelle au moins jusqu'à 65 ans et compte tenu des forts effets de la surcote sur les niveaux de pensions servies, il est ainsi probable que des phénomènes importants de sélection adverse se sont produits dans les régimes de fonctionnaires.

C – Des dispositifs coûteux pour les régimes

En 2003, avec un taux de surcote alors à 3 %, des estimations financières assez complètes de l'incidence pour le régime général des effets financiers de la réforme de la décote et de l'institution d'une surcote avaient été publiées par la commission des comptes de la sécurité sociale. Elles concluaient, à horizon 2020, à un coût probable de 1,4 Md€ de la réforme de la décote et à des économies de l'ordre de 1,5 Md€ résultant de l'instauration d'une surcote.

Depuis lors, ces estimations ont été revues en tablant sur des effets incitatifs révisés à la baisse de ces réformes. Mais depuis l'inflexion de 2006, qui a consisté à rapprocher le taux de la surcote d'un niveau proche de la neutralité actuarielle, les effets financiers de la surcote pour les régimes se sont trouvés modifiés. Si aucune estimation financière complète du coût pour les régimes de la surcote actuelle n'a pu être identifiée, la Cour observe que le passage du taux de surcote de 3 à 5 % par année supplémentaire d'activité a nécessairement entraîné à terme des surcoûts pour les régimes, ceux-ci étant d'autant plus importants que les comportements des assurés se sont effectivement trouvés infléchis par la mesure en cause.

De plus, la Cour souligne que même avec un barème proche de la neutralité actuarielle, une surcote (ou le relèvement de son taux) entraîne des coûts pour les régimes, en raison des effets d'aubaine précédemment décrits, de l'augmentation tendancielle de l'espérance de vie à la retraite, ainsi que de la survenance de phénomènes de sélection adverse décrits plus haut.

381. En effet, la conjonction des règles de calcul de la pension particulières, des caractéristiques moyennes de carrière et la relative facilité à prolonger celle-ci jusqu'à la limite d'âge posent les conditions d'une application particulièrement favorable de la surcote, quand bien même le nombre de trimestres susceptibles d'être pris en compte fait l'objet d'un plafonnement.

Par ailleurs, les modalités retenues dans les régimes de la fonction publique pour l'application des surcotes (immédiate) et la mise en place de décotes (progressive) auront représenté un surcoût -certes transitoire et pouvant apparaître modeste au regard des masses de pension versées³⁸²- mais néanmoins évitable, d'au moins 220 M€ sur la période 2006-2009 pour l'État et de 210 M€ environ pour le régime général³⁸³ sur la période 2005-2009.

V - Perspectives

Une réflexion pourrait être engagée quant à l'opportunité de continuer à s'inscrire dans une perspective de neutralité actuarielle. Des alternatives consisteraient à réorienter le dispositif de décotes et surcotes pour tenir compte des perspectives de dégradation financière des régimes ou à l'inverse le mettre plus fortement encore au service d'objectifs de prolongation de l'activité professionnelle. Mais dans l'immédiat, il importe avant tout de stabiliser le dispositif actuellement en vigueur, conforme à l'objectif de libre-choix du départ en retraite.

A – L'application d'un principe de neutralité actuarielle peut être discutée

A système constant, la prise en compte de la neutralité actuarielle, actuellement satisfaisante, ne peut se faire que de manière approchée, au moyen de barèmes neutres en moyenne, applicables à la quasi-totalité des régimes, conformément aux intentions du législateur³⁸⁴ et à la diversité des situations individuelles, ce qui entraîne inévitablement approximations et effets anti-redistributifs.

Mais l'inscription des barèmes de décote et surcote dans un cadre de neutralité actuarielle peut toutefois être discutée. Une première rupture envisageable consisterait à maximiser les incitations en faveur d'un report de l'âge de la retraite, en accentuant les inflexions intervenant aux marges du barème par le jeu des décotes et surcotes. Cela dit, une telle évolution présenterait le risque d'emporter des effets d'aubaine accrus et d'accentuer encore les phénomènes de sélection adverse. De plus, il ne serait pas certain qu'elle puisse être initiée à coûts nuls pour les régimes,

382. En 2009, ces surcoûts transitoires représentaient de l'ordre du dixième de pourcent des masses de pension versées, dans chacun des régimes cités.

383. Compte non tenu des économies transitoires résultant de la diminution progressive du taux de décote.

384. Les distorsions résultant de l'application d'un barème unique à différents régimes pourraient être compensées par l'ajustement d'autres paramètres de ces régimes, par exemple les taux de cotisation.

voire même à coûts maîtrisés. Enfin, une limite majeure tiendrait à la situation de l'emploi des seniors.

Une autre évolution possible consisterait à renouer avec la fonction de contribution au financement des régimes de retraite que pouvaient avoir les surcotes dans le dispositif initialement instauré. Les gains résultant de la prolongation de l'activité professionnelle se verraient notamment partagés entre les assurés et les régimes. Cela impliquerait toutefois d'abandonner une perspective de « libre-choix » se traduisant par des barèmes de liquidation correspondant à une neutralité actuarielle à la marge définie en moyenne.

B – Les enjeux se situent dans l'application des décotes

D'après des projections établies par la CNAVTS, les durées d'assurance moyennes validées à 60 ans vont significativement se réduire au fil des générations, ce qui impactera aussi bien, à comportements inchangé, la proportion de décotants que celle de surcotants. Ainsi, en 2020, 15 % seulement des effectifs d'une génération seraient en situation d'accomplir des périodes prises en compte pour la surcote dès 60 ans, soit une proportion deux fois inférieure à celle observée pour les nouveaux pensionnés de la période récente. S'ajoute à cette évolution l'augmentation déjà programmée de la durée d'assurance requise pour le taux plein.

De ce fait, l'application de la surcote devrait à l'avenir être un sujet de moins en moins central, même si la mesure demeurera sans doute un élément facilitateur du discours sur les réformes et - peut-être - un moyen d'accompagner certains de leurs effets.

A l'inverse, l'espace d'application des décotes pourrait être élargi³⁸⁵, sans pour autant toucher au taux de celles-ci. A cette fin, dans la continuité des objectifs de la loi de 2003 et des principes qui la sous-tendaient, de partage des gains d'espérance de vie entre vie active et retraites d'une part, de recherche d'une plus grande contributivité d'autre part, pourraient être envisagés afin d'élargir l'espace d'application des décotes :

- a minima, une harmonisation des seuils retenus par la réglementation pour la validation d'un trimestre, par assimilation pour les périodes de chômage et de pré-retraite (50 jours) sur ceux en vigueur pour les

385. La proportion de pensions liquidées avec décotes est par exemple en France très nettement inférieure à celle qui peut être observée en Allemagne (44,6 % en 2006), en référence, certes, à un âge normal de la retraite de 65 ans et compte non-tenu de l'existence d'importantes possibilités de liquidation sans décote avant cet âge (carrières longues, handicapés, femmes et actifs inoccupés nés avant 1951).

autres périodes correspondant à la survenance d'un risque social (60 jours)³⁸⁶ ;

- avec des effets financiers sans doute plus sensibles, quoique non mesurés par la Cour, une augmentation de l'âge permettant l'obtention du taux plein, telle que prévue dans le projet de loi portant réforme des retraites, contribuera à élargir l'espace d'application de la décote. Pour l'avenir, cet âge pourrait de plus également évoluer en fonction des gains observés de l'espérance de vie à la retraite.

C – Un impératif de stabilisation des règles

Différentes hypothèses tendant à aménager la structure du dispositif de surcote ont pu être envisagées. Celle d'une progressivité du barème en fonction du nombre de trimestres à retenir pour la surcote a été brièvement mise en place pour les régimes du secteur privé en 2007 et 2008. Celle-ci permettait de limiter l'ampleur des effets d'aubaine précédemment mentionnés et rapprochait le barème d'un principe de neutralité actuarielle, les taux de surcote neutres augmentant avec l'âge. La conversion de la surcote, actuellement versée en rente, en un versement unique a également sérieusement été étudiée³⁸⁷ mais écartée pour des considérations d'ordre symbolique, comme en raison des surcoûts transitoires pour les régimes qui en auraient découlé.

De tels ajustements techniques de la surcote présentent d'indéniables avantages. Mais la surcote ayant fait l'objet de nombreuses réformes dans un intervalle de temps très bref, un impératif de stabilité des règles applicables devrait désormais prévaloir. En effet, des règles stables sont indispensables à la planification des départs en retraite des assurés et à la bonne intégration des mécanismes susceptibles de s'appliquer.

386. A défaut d'un réexamen de l'opportunité de modalités spéciales de prise en compte du chômage non-indemnisé au-delà de 55 ans, par exemple.

387. Cette option permettait de neutraliser les effets anti-redistributifs propres à une surcote versée en rente résultant des inégalités d'espérance de vie fonction du sexe, des effets des carrières ou de l'origine socio-professionnelle. S'y attacherait peut être également un effet incitatif plus marqué, en raison des sommes qui correspondraient au versement en capital (11 000 € en moyenne, d'après les simulations de la DGT).

SYNTHESE

A plusieurs égards, la réforme des décotes et l'instauration de surcotes témoignent des imperfections qui ont pu caractériser les évolutions intervenues depuis 2003 en matière de retraites : contradictions entre certains aspects de différentes réformes, prévisibilité limitée des évolutions à l'œuvre, unité parfois seulement apparente des règles applicables entre régimes et rythme très élevé de modifications des textes applicables.

Pour autant, le dispositif actuellement en vigueur de décotes et de surcotes a permis d'introduire dans le barème de liquidation un critère de neutralité actuarielle, sur un intervalle donné d'âges et de durées d'assurance validée. Justifiées, les réformes en cause ont ainsi offert aux assurés des marges de choix, avec des biais atténués par rapport à la réglementation antérieurement applicable.

Ce premier objectif se doublait d'un pari sur la capacité qu'auraient des incitations financières, intégrées au barème de liquidation des pensions à peser sur les arbitrages individuels dans le sens d'un report de l'âge du départ en retraite. Quoiqu'encore imparfaitement mesurée, cette « activation » des dépenses de pension ne semble pas avoir produit les effets attendus. A l'inverse, les modalités d'application de la surcote et les relèvements successifs de son taux ont entraîné des effets d'aubaine significatifs, tandis que se multipliaient les dispositifs visant à augmenter la durée de l'activité professionnelle, sans que soit toujours conduite une réflexion d'ensemble sur leur cohérence.

A ce prix, la réforme des décotes et surcotes aura contribué à enrichir le système existant et à le faire évoluer vers une plus grande neutralité pour les assurés.

Mais l'atteinte d'un tel objectif ne résout en rien l'équation financière des retraites. D'autres réformes, en partie engagées, tenant notamment aux bornes de l'intervalle d'application de décotes et surcotes (soit l'âge ou la durée d'assurance) sont donc indispensables.

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'efficience « 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.*

Chapitre XV

L'invalidité et l'inaptitude dans le régime général

PRESENTATION

Le présent chapitre traite de deux dispositifs permettant un retrait d'activité et la perception conjointe d'un revenu de remplacement : l'invalidité dans le régime général (environ 6 Md€ de dépenses tous régimes), qui donne lieu au versement d'une pension d'invalidité avant 60 ans 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'assurance³⁸⁸, dont le surcoût par rapport à une liquidation dans des conditions normales représente 2 Md€ environ³⁸⁹.

La prise en charge de l'invalidité est complexe et peu lisible en raison d'une architecture vieille de plus de 65 ans, qui n'a fait l'objet que de rares modifications, sans réflexion sur sa cohérence d'ensemble. L'absence de dispositifs d'intéressement et d'accompagnement au retour à l'emploi ainsi que le manque d'articulation avec la politique du handicap, depuis la loi d'orientation de 1975 posent un véritable problème.

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

Particulièrement complexes, ces dispositifs sont mal articulés avec ceux prévus pour les handicapés (I). Devenus inadaptés au fil du temps (II) ils nécessitent de profondes réformes à court terme (III).

I - Des prestations complexes et mal connues

A – Des dispositifs éclatés au sein de la protection sociale

1 – L'assurance invalidité

La définition actuelle de l'invalidité résulte de l'ordonnance du 19 octobre 1945. Comme le relevait déjà l'IGAS dans son rapport de 2006 sur l'invalidité dans le régime général, « ce dispositif stable a été en partie oublié ».

388. Le projet de loi portant réforme des retraites prévoit dans son article 5 le relèvement de l'âge d'ouverture du droit à la retraite pour inaptitude à 62 ans et de manière corollaire le versement d'une pension d'invalidité avant 62 ans au lieu de 60 ans. Toutefois, les développements qui suivent se réfèrent à la législation en vigueur au moment de la parution, soit un âge charnière de 60 ans.

389. Sous certaines hypothèses (cf. infra) et selon la DREES.

a) Les bénéficiaires

L'assurance invalidité, réservée aux assurés sociaux, a été conçue initialement comme une assurance contre le risque de ne plus pouvoir travailler. Conformément aux dispositions de l'article L. 341-1 du code de la sécurité sociale (CSS), « l'assuré a droit à une pension d'invalidité lorsqu'il présente une invalidité réduisant dans des proportions déterminées [2/3], sa capacité de travail ou de gain ». L'article précise : « c'est-à-dire le mettant hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur à une fraction [1/3] de la rémunération normale perçue dans la même région par des travailleurs de la même catégorie, dans la profession qu'il exerçait avant la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la date de la constatation médicale de l'invalidité si celle-ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme ».

Selon l'article L. 341-4 du CSS, les invalides sont classés en trois catégories. Les invalides de 1^{ère} catégorie restent capables d'exercer une activité rémunérée alors que ceux de 2^{ème} et 3^{ème} catégorie sont « absolument incapables d'exercer une profession quelconque »³⁹⁰. En outre, les invalides de 3^{ème} catégorie doivent être « dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie ».

Dans plus de 95 % des cas, l'invalidité concerne un assuré social en arrêt de travail depuis deux ans en moyenne, donc déjà connu du médecin conseil. Le passage en invalidité intervient dès la stabilisation de la situation de santé de l'assuré, en moyenne à 50 ans en 2009. Ce n'est que dans environ 5 % des cas que la mise en invalidité concerne un assuré entrant dans le cas de « l'usure prématurée de l'organisme ». En 2009, 93 % des bénéficiaires d'une pension d'invalidité sont âgés de 40 ans et plus et 42 % de 55 ans et plus, les bénéficiaires de pensions de 1^{ère} et 3^{ème} catégorie étant légèrement plus jeunes que les invalides de 2^{ème} catégorie.

b) Les prestations

La pension versée par le régime général aux invalides de 1^{ère} catégorie, qui représentent 23 % des pensionnés en 2009, correspond à

390. Toutefois, la réglementation n'interdit pas le cumul avec un revenu d'activité professionnelle dans la limite du revenu antérieur. Au bout de six mois de cumul, les caisses procèdent à une comparaison entre les revenus déclarés du pensionné et ceux qu'il percevait au moment de l'entrée en incapacité ayant conduit à l'invalidité. Selon la CNAMTS, en 2005, les suspensions administratives totales représentent 3,5 % des pensions servies (auquel il faut ajouter 2 % de suspensions partielles).

30 % du salaire annuel moyen (SAM³⁹¹), tandis que la pension versée aux invalides de 2^{ème} catégorie (74 % des pensionnés) et aux invalides de 3^{ème} catégorie (3 % des pensionnés) est égale à 50 % du SAM, auquel s'ajoute, pour les invalides de 3^{ème} catégorie, la majoration pour tierce personne (MTP) d'un montant de 1 038 € par mois au 1^{er} avril 2010.

La pension d'invalidité mensuelle moyenne versée aux 589 000 bénéficiaires du régime général s'élève en 2008 à 589 € : 378 € pour les invalides de 1^{ère} catégorie ; 621 € pour les invalides de 2^{ème} catégorie et 1 466 € (y compris MTP) pour les invalides de 3^{ème} catégorie. Sont attachés à son bénéfice, même lorsqu'elle est suspendue, un certain nombre d'avantages connexes, énumérés ci-dessous. A 60 ans, à la pension d'invalidité se substitue une pension de retraite calculée en prenant en compte les périodes validées au titre de l'invalidité³⁹².

Les avantages connexes à la pension d'invalidité

Les titulaires d'une pension d'invalidité sont exonérés du ticket modérateur pour l'ensemble des soins. Cette exonération se poursuit en cas de suspension du service de la pension, après la transformation de la pension d'invalidité en pension de retraite ou douze mois après la suppression de la pension d'invalidité. En outre, il s'agit d'une exonération totale, alors que dans le cas des ALD elle ne s'applique qu'à l'affection exonérante, ce qui constitue une inégalité de traitement peu justifiée.

La reconnaissance d'une invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie entraîne généralement la prise en charge par une assurance des échéances résultant de la contraction d'un prêt immobilier, ce qui peut représenter une part substantielle du budget des ménages. La prise en charge de ces échéances par les assurances explique l'intérêt financier que peut représenter pour certains assurés en arrêt maladie la mise en invalidité, même si le revenu mensuel correspondant au montant des indemnités journalières est généralement plus élevé que celui de la pension d'invalidité.

Par ailleurs, les pensionnés d'invalidité peuvent bénéficier d'un « minimum invalidité », l'allocation spéciale d'invalidité (ASI) financée par le fonds spécial d'invalidité (FSI), si leurs ressources sont inférieures à un plafond (660 € par mois pour une personne seule et 1 157 € par mois pour un couple en 2010). Comme l'allocation de solidarité aux personnes

391. Le SAM est calculé sur la base des dix meilleures années, revalorisées conformément à l'évolution des prix.

392. A la différence de ce qui existe en matière de retraites, l'assuré invalide ne bénéficie pas systématiquement d'une pension d'invalidité complémentaire versée en sus de la prestation versée par le régime général, qui ne représente au maximum que 50 % du SAM. La direction générale du travail comme le centre technique des institutions de prévoyance estiment qu'environ 10,5 millions de salariés sont couverts par un régime de prévoyance au titre du risque invalidité.

âgées (ASPA, ex minimum vieillesse), mais à la différence de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), l'ASI est récupérable sur succession. Environ 15 % des pensionnés d'invalidité, soit un peu plus de 88 000 individus au sein du régime général, bénéficient de l'ASI.

c) Les possibilités de révision

Selon les textes, la pension est concédée à titre temporaire. Elle peut être révisée en fonction de l'amélioration ou de l'aggravation de l'état de santé à l'initiative du médecin ou de l'assuré. Cette révision peut déboucher sur une suppression de la pension d'invalidité si la capacité de travail ou de gain est devenue supérieure à 50 % (et non plus à 1/3 comme lors de l'examen initial, ce qui complexifie le système).

Dans les faits, ces révisions sont très peu fréquentes. En effet, en 2008, elles concernent moins de 3 % des 589 000 invalides (dont 1 % seulement à l'initiative du service médical). Environ 50 % de ces réexamens aboutissent à l'attribution d'une pension d'invalidité d'une catégorie supérieure et 46 % à un maintien dans la catégorie antérieure, contre seulement 2 % à une diminution de la catégorie de pension et 2 % à une suppression ou une suspension.

d) Invalidité et inaptitude au poste

L'avis du médecin conseil qui classe un salarié en invalidité ne s'impose pas au médecin du travail qui peut, par ailleurs, le déclarer de manière indépendante, apte ou inapte *au poste*. L'inaptitude du salarié constatée par le médecin du travail peut être un motif de licenciement³⁹³, alors que l'invalidité prononcée par le médecin conseil n'a aucun impact direct sur la relation contractuelle.

En pratique, cependant, même s'il peut arriver qu'il y ait des désaccords ou une insuffisance de communication, les échanges entre médecins conseil et médecins du travail sont fréquents. Leur développement connaît en outre une accélération avec l'objectif fixé par la convention d'objectifs et de gestion (COG) AT-MP 2009-2012 de prévention de la désinsertion professionnelle.

393. Les avis d'inaptitude totale à tous les postes de l'entreprise sont très rares : cela ne concerne qu'environ 0,2 % des salariés suivis par la médecine du travail. Cette inaptitude au poste de travail prévue par le code du travail est distincte de l'inaptitude prévue par le CSS qui permet à la personne reconnue inapte par un médecin conseil de liquider sa retraite au taux plein avant 65 ans.

2 – L'inaptitude au moment du départ à la retraite

a) Les bénéficiaires

Conformément à l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale, bénéficiant d'une pension de retraite au taux plein dès 60 ans, même s'ils ne justifient pas de la durée d'assurance requise, les assurés reconnus inaptes au travail, comme par ailleurs les anciens déportés, les anciens prisonniers de guerre et les mères de famille ouvrières sous certaines conditions. Techniquement l'inaptitude est ainsi un cas de liquidation de la pension au titre de la « catégorie³⁹⁴ » : aux termes de l'article L. 351-7 du CSS, « 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 médicalement constatée [de 50 %], compte tenu de ses aptitudes physiques et mentales à l'exercice d'une activité professionnelle ».

En termes juridiques, il n'existe donc qu'une catégorie de pension permettant à certains assurés de prendre leur retraite dès 60 ans au taux plein sans remplir la condition de durée d'assurance : la pension pour inaptitude au travail. Cependant, dans les données de la CNAVTS, deux sous-ensembles sont systématiquement distingués :

- les pensions attribuées aux assurés qui bénéficiaient déjà d'une pension d'invalidité (pensions de retraite d'ex-invalides) ;
- les pensions attribuées aux assurés reconnus inaptes au travail au moment du passage à la retraite ou qui bénéficiaient de l'AAH (pensions d'inaptitude).

La reconnaissance de l'inaptitude bénéficie donc aux personnes reconnues inaptes au travail par un médecin conseil (14 % du stock des retraités), ainsi qu'aux ex-invalides (6 %). En 2008, 72 000 avis d'inaptitude ont été rendus par les médecins conseil.

Catégories de retraite selon la prise en compte du handicap à 60 ans

Situation avant 60 ans	Pension d'invalidité	Allocation aux adultes handicapés (AAH)	Rente d'incapacité permanente (AT-MP)	Pas de dispositif de prise en charge
Catégorie de retraite	Pension ex-invalide	Pension d'inaptitude (sauf si l'assuré bénéficiait également d'une pension d'invalidité)	Pension inaptitude si reconnaissance	
Passage devant le médecin conseil	Non	Non	Oui	

Source : Cour des comptes d'après CNAVTS

394. Ce terme inclut aussi, outre les cas déjà mentionnés ci-dessus, les ex-invalides.

b) L'attribution

La substitution d'une pension de retraite à la pension pour invalidité se fait automatiquement pour les invalides à 60 ans, sauf s'ils exercent une activité. Il en est de même pour les bénéficiaires de l'AAH. En revanche, les autres assurés doivent formuler une demande et leur dossier est examiné par un médecin conseil.

C'est au moment de la préparation de la liquidation de leur retraite que les assurés peuvent faire une demande de pension au titre de l'inaptitude. C'est d'ailleurs le plus souvent à ce moment que les assurés sont informés de cette possibilité par un agent de la caisse de retraite. Ainsi, dans le formulaire de demande de retraite personnelle, il faut pouvoir répondre positivement à l'affirmation : « vous êtes reconnu(e) inapte au travail par un médecin ». Par ailleurs, des assurés qui ont suffisamment de trimestres pour liquider au taux plein à 60 ans (voir infra) font parfois une demande de liquidation au titre de l'inaptitude pour pouvoir bénéficier de la MTP en cas de perte d'autonomie après 60 ans.

3 – La compensation du handicap : une politique distincte pour des problématiques proches

Comme l'indiquait déjà le rapport de la Cour de 1987, « les nombreuses difficultés de gestion et de coordination des systèmes d'indemnisation de l'invalidité et du handicap tiennent, pour une large part, à l'inadaptation et à la complexité des réglementations : la loi d'orientation de 1975 s'est superposée aux dispositifs préexistants, eux-mêmes hétérogènes, sans chercher à perfectionner, à harmoniser et à compléter ceux-ci ».

a) Des populations voisines

Aujourd'hui encore, ce sont des dispositifs institutionnels distincts, non coordonnés, qui assurent la prise en charge de l'invalidité et du handicap, alors même que les publics sont relativement proches. En effet, parmi les 779 000 personnes qui déclarent en 2007 être titulaires d'une pension d'invalidité (tous régimes)³⁹⁵, 41 % déclarent également une

395. Source : enquête complémentaire à l'enquête Emploi de 2007. Reposant sur la déclaration de 617 individus de 15 à 59 ans bénéficiaires d'une pension d'invalidité, ces données doivent toutefois être interprétées avec précaution.

reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)³⁹⁶, 38 % disposent d'une carte d'invalidité, 30 % perçoivent une rente AT-MP et 30 % déclarent percevoir l'AAH³⁹⁷.

En outre, parmi les nouvelles demandes d'AAH formulées chaque année, plus des deux tiers émanent de personnes qui ont déjà occupé un emploi. Malgré des différences, ces deux populations sont donc confrontées à des problématiques communes.

b) Un régime non contributif plus favorable

A la différence de l'invalidité, régime contributif, le handicap relève de la solidarité. L'AAH est une allocation subsidiaire et différentielle (les pensions d'invalidité, de retraite ou les rentes AT-MP sont servies prioritairement par rapport à l'AAH) versée sous conditions de ressources par les caisses d'allocations familiales (CAF). Le montant maximum de l'AAH est de 712 € par mois depuis le 1^{er} septembre 2010 pour une personne seule handicapée. La personne doit présenter un taux d'incapacité permanente, évalué par la CDAPH en fonction d'un guide-barème, d'au moins 80 % ou compris entre 50 % et 79 % si elle a une « restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi ».

L'attribution de l'AAH n'est pas définitive : celle-ci est attribuée pour au moins un an et généralement au plus pour cinq ans. Ainsi, les renouvellements représentent les deux tiers des demandes. En 2007, environ 350 000 décisions ont été prises, contre moins de 90 000 avis rendus annuellement en matière d'invalidité par les médecins conseil.

L'écart entre les deux régimes a été encore accru par la loi de février 2005 qui a créé deux compléments à l'AAH, la majoration pour la vie autonome (105 €) et le complément de ressources (179 €) versé aux allocataires qui ne peuvent pas travailler et vivent seuls. Ces compléments sont perçus par respectivement 15 % et 7 % des bénéficiaires de l'AAH en 2009. Certes la loi de finances pour 2007 a ouvert la possibilité aux bénéficiaires de l'ASI de prétendre au versement de ces compléments. Mais ils étaient seulement 1 223 pensionnés d'invalidité sans versement d'AAH à en bénéficier fin 2009. La faiblesse de ces effectifs suggère l'existence d'un problème d'accès au droit.

396. La RQTH, décision relevant de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH cf. infra), permet d'accéder aux différents dispositifs destinés aux personnes handicapées en matière d'emploi et de formation professionnelle. Elle permet notamment de bénéficier de l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés (OETH) ou de bénéficier des aides de l'AGEFIPH.

397. Selon la CNAF, ce chiffre serait beaucoup plus faible, de l'ordre de 9 %. On peut donc estimer que la proportion de bénéficiaires d'une pension d'invalidité percevant un différentiel d'AAH est comprise entre environ 10 et 30 %.

Enfin, la déconnection du montant de l'ASI de celui de l'AAH (qui est revalorisée de 25 % sur cinq ans) rend pour les plus démunis le régime de prise en charge de l'invalidité nettement moins favorable que celui de prise en charge du handicap. En outre, les rares invalides disposant de l'information sur l'intérêt de déposer une demande d'AAH différentielle auprès de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH³⁹⁸) doivent accomplir une démarche supplémentaire, auprès d'un nouvel interlocuteur, sans pour autant être sûrs de remplir les critères spécifiques présidant à l'attribution de cette prestation.

B – Des dépenses difficiles à évaluer

1 – Les dépenses d'invalidité : un périmètre qui peut faire débat

Malgré quelques incertitudes relatives aux dépenses des régimes spéciaux ou à la prise en compte du coût, non connu, de la validation des périodes assimilées au titre de l'invalidité, les dépenses d'invalidité des régimes de sécurité sociale 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€

Ces incertitudes sont liées au fait que dans les régimes spéciaux, il n'est pas possible de distinguer les bénéficiaires de pensions d'invalidité de plus ou moins de 60 ans. Ainsi, le programme de qualité et d'efficacité (PQE) « invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » annexé à la LFSS pour 2010 estimait les pensionnés d'invalidité à plus d'un million en 2008 tous régimes confondus, mais ce chiffre est surestimé car il inclut les bénéficiaires de plus de 60 ans.

En moyenne, selon l'OCDE³⁹⁹ 6 % de la population en âge de travailler perçoit une pension d'invalidité : 10,8 % en Suède, 8,3 % aux Pays-Bas et 7 % au Royaume-Uni en 2007 contre 4,9 % en France en 2004. Mais le concept d'invalidité utilisé dans les échanges internationaux inclut la prise en charge du handicap. Ainsi, pour la France, ce chiffre comprend les bénéficiaires d'une pension d'invalidité (y compris régimes spéciaux) et ceux qui perçoivent l'AAH.

398. Les MDPH qui assurent l'information, l'évaluation et l'accompagnement de la mise en œuvre des décisions de la CDAPH ont été créées par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 sous forme de groupement d'intérêt public sous présidence des conseils généraux pour l'attribution des prestations spécifiques au handicap. Elles n'assurent ni le financement, ni le versement des prestations.

399. Document de base pour la conférence de mai 2009 : « Maladie, invalidité et travail : garder le cap dans un contexte de ralentissement économique ».

Toutefois, de nombreuses études montrent que les différents dispositifs permettant les départs précoces sont en partie substituables, ce qui relativise le classement de la France en matière d'invalidité. Selon une étude de la DARES, fin 2008, 17 % des hommes et 9 % des femmes de 55 à 59 ans bénéficient d'une mesure de cessation anticipée d'activité à financement public, soit 13 % au total. Ils sont soit indemnisés par l'assurance chômage mais dispensés de recherche d'emploi (DRE), soit préretraités, soit en retraite anticipée en raison d'une longue carrière. Dans la mesure où un peu plus de 6 % des personnes âgées de 55 à 59 ans perçoivent une pension d'invalidité et environ 3 % sont bénéficiaires de l'AAH, c'est donc au total plus de 20 % de la classe d'âge des 55-59 ans qui a quitté le marché du travail en bénéficiant d'un dispositif public.

Au demeurant, il est probable qu'une partie des hommes de 55 à 59 ans déclarant des incapacités bénéficient de l'assurance chômage, qui peut également assurer un meilleur taux de remplacement que l'invalidité. En l'absence de ce dispositif, ces assurés basculeraient sans doute dans le régime de l'invalidité. A l'opposé, en Suède, où 20 % des hommes âgés de 55 à 59 ans perçoivent une pension d'invalidité, cet instrument n'est pas doublé d'autres dispositifs aux objectifs analogues⁴⁰⁰.

Si la progression de la proportion de bénéficiaires de pensions d'invalidité est relativement modérée en France, notamment en comparaison avec certains pays voisins, c'est donc certainement parce que d'autres dispositifs sont plus sollicités.

2 – Le chiffrage délicat du surcoût lié à la retraite au titre l'inaptitude

Alors que les dépenses d'invalidité au sens classique du terme sont disponibles dans les comptes du régime général, le dispositif de retraite pour inaptitude -qui permet l'obtention du taux plein quelles que soient les durées d'assurance validées- occasionne un surcoût en matière de pensions versées qui n'avait jamais été calculé jusqu'à présent.

Pour estimer ce surcoût, il est nécessaire de faire des hypothèses sur ce qu'aurait été le comportement des assurés en l'absence de ce dispositif. La première option, qui a l'incidence financière la plus forte, est de calculer la différence entre la pension perçue avec et sans le dispositif et de considérer qu'il s'agit là du surcoût. La seconde, plus conforme aux comportements habituellement observés, est de supposer qu'en l'absence de ce dispositif les intéressés attendraient d'avoir le taux

400. Thomas Barnay (IRDES) François Jeger (DREES), « Quels dispositifs de cessation d'activité pour les personnes en mauvaise santé ? » IRDES Questions d'économie de la santé - n° 108 - mai 2006.

plein pour liquider leur pension, qui serait dans ce cas perçue moins longtemps. Ce différentiel de coût pour les régimes peut être considéré comme une estimation du surcoût lié à la retraite au titre de l'inaptitude. A la demande de la Cour, la CNAVTS et la DREES ont donc retenu deux méthodes, permettant de déterminer la fourchette dans laquelle se situent les dépenses des régimes au titre de l'inaptitude.

Selon la CNAVTS, avec la première méthode exposée et pour le flux de liquidation de 2008, le surcoût s'élèverait à 3 % des masses de pensions versées pendant toute la période de retraite (dont 2,3 % pour les pensionnés reconnus inaptes et 0,7 % pour les ex-invalides). Pour la DREES, il serait compris entre 3 % et 4,1 % pour la génération 1938. Avec la seconde méthode, le surcoût ne s'établirait qu'à 1,6 % de la masse des pensions versées sur le cycle de vie (dont 1,1 % pour les pensionnés reconnus inaptes et 0,5 % pour les ex-invalides) pour la CNAVTS comme pour la DREES.

Pour les principaux régimes de base et complémentaires, selon l'étude de la DREES et sous certaines hypothèses⁴⁰¹, le surcoût serait selon la première méthode compris entre 2,4 Md€ et 3,1 Md€ par an et selon la seconde méthode de 1,4 Md€ par an. Selon les méthodes, le surcoût est supporté à 90 % ou 85 % par les régimes de base.

Ces simulations font aussi apparaître que le surcoût lié à la reconnaissance de l'inaptitude est nettement plus élevé que celui lié à l'octroi du taux plein aux ex-invalides car près de 70 % des invalides (contre seulement 15 % des retraités reconnus inaptes) du flux de retraités 2008 ont validé suffisamment de trimestres à 60 ans pour obtenir le taux plein sans dispositif particulier, grâce notamment aux périodes assimilées « invalidité » prises en compte dans le calcul de la retraite.

En l'absence de cette validation, le montant de la pension diminuerait de manière substantielle pour 85 % des retraités reconnus inaptes et près d'un tiers des ex-invalides (jusqu'à 50 % en moyenne pour les femmes reconnues inaptes), sauf à ce que les intéressés décalent leur âge de départ à la retraite de quatre à cinq ans en moyenne.

C – Les caractéristiques des bénéficiaires : des informations parcellaires

Les informations présentées ici proviennent d'une exploitation par la CNAVTS de données relatives aux parcours des retraités du flux 2008 reconnus inaptes et ex-invalides, données encore non publiées.

401. Cette estimation du coût par an est valide sous l'hypothèse forte que chaque génération de retraités est semblable à la génération 1938.

1 – Parcours professionnels, durée d'assurance et montant des pensions de retraite

Au sein du régime général, pour le flux 2008, la pension moyenne de base des retraités reconnus inaptes s'élève à 400 € et celle des ex-invalides à 740 €, soit respectivement 63 % et 117 % de la pension moyenne normale. Avec la prise en compte des retraites complémentaires et le cas échéant du minimum contributif, le montant total moyen de la pension est de 907 € pour les hommes retraités reconnus inaptes et de 506 € pour les femmes reconnues inaptes, avant application éventuelle de l'ASPA⁴⁰². A titre de comparaison, pour les ex-invalides la pension moyenne totale s'élève à 997 € et à 1 072 € pour les retraités ayant liquidé leur pension dans les conditions de droit commun.

La durée d'assurance validée par les ex-invalides se distingue de celle des inaptes. En effet, cette durée s'élève en moyenne à 165 trimestres pour les ex-invalides contre 155 pour les pensions normales et 116 pour les assurés reconnus inaptes. L'existence de périodes assimilées « invalidité » explique pour une large part cette différence de situation.

Enfin, les femmes représentent près de 60 % des inaptes partis en retraite en 2008, contre 50 % pour les retraités ex-bénéficiaires d'une pension d'invalidité. Par ailleurs, les femmes reconnues inaptes en 2008 ont plus d'enfants que les retraitées bénéficiant d'une retraite « normale » (2,5 contre 2,1) et sont plus nombreuses à avoir bénéficié de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)⁴⁰³. De plus, l'obtention du taux plein permet à 90 % d'entre elles de voir leur pension portée au minimum contributif (contre 50 % des femmes ayant une retraite normale).

Le tableau ci-après présente les résultats d'une récente étude de la CNAVTS, ayant établi des typologies de trajectoires pour différentes catégories de retraités monopensionnés⁴⁰⁴. Il fait ainsi apparaître qu'environ un tiers des inaptes, hommes et femmes, ont des carrières presque vides (associées à des SAM et des durées d'assurance très faibles), tandis qu'un tiers des hommes reconnus inaptes ont une carrière presque complète et que près d'un tiers des femmes inaptes ont une

402. Leur pension est en effet portée au niveau de l'ASPA (709 € par mois) si elles vivent seules et n'ont pas d'autres ressources. Mais si elles vivent en couple et que le ménage dispose de ressources supérieures à 1 147 € par mois, elles ne bénéficieront alors que de leur pension de droit propre, soit 506 € en moyenne.

403. Pour une analyse de ce dispositif, cf. chapitre XII du RALFSS 2009.

404. Ces résultats sont donc partiels : ils concernent, par exemple, 60 % des femmes reconnues inaptes, mais seulement 36 % des hommes bénéficiant d'une pension au titre de l'inaptitude. Mais il est probable qu'ils ne diffèrent pas significativement en intégrant les polypensionnés.

carrière avec des validations importantes de trimestres au titre de l'AVPF suivies par de l'inactivité. Pour les femmes reconnues inaptes, à tout âge, au moins un tiers d'entre elles ne valide aucun type de trimestres cette proportion atteignant 50 % à partir de 50 ans. Ces « années blanches » seraient liées pour les femmes aux soins des enfants, tandis que pour les hommes elles pourraient s'expliquer par des périodes de chômage non indemnisé ou par du travail informel.

Typologies de trajectoires par catégories de retraités mono pensionnés (flux 2008)

	Catégorie de pension et effectifs concernés	Principales caractéristiques du groupe	% de chaque groupe dans sa catégorie	Durée d'assurance moyenne	Salaire annuel moyen	Montant de la pension mensuelle au régime général	% de bénéficiaires du minimum contributif
Hommes 167 735	Pensions normales 140 693	Carrière complète à un niveau de rémunération supérieur à la moyenne	44 %	166	24 334	1 056	1 %
		Carrière continue à rémunération moyenne	38 %	171	22 269	962	1 %
		Carrière avec chômage de longue durée	11 %	161	16 523	727	29 %
		Carrière presque vide	7 %	53	9 923	200	58 %
	Inaptes 11 326	Carrière presque complète à niveau de rémunération moyen	31 %	148	18 138	787	22 %
		Carrière avec chômage de longue durée	35 %	126	11 684	512	73 %
		Carrière presque vide	34 %	49	6 487	197	97 %
	Ex-invalides 15 716	Invalidité à partir de 55 ans	30 %	164	20 463	890	6 %
		Invalidité à partir de 50 ans	27 %	170	18 957	842	8 %
Chômage puis invalidité à partir de 50 ans		11 %	141	11 291	565	75 %	
Invalidité à partir de 45 ans		20 %	166	14 703	723	41 %	
Invalidité dès le début de la carrière		12 %	162	9 137	652	82 %	
Femmes 211 281	Pensions normales 166 070	Carrière complète	42 %	174	20 539	884	13 %
		Carrière avec chômage de longue durée	18 %	169	15 253	672	39 %
		Carrière interrompue et reprise	15 %	155	10 396	543	72 %
		Carrière interrompue	26 %	74	8 073	276	79 %
	Inaptes 26 454	Activité dans la deuxième moitié de la carrière	18 %	140	12 492	596	67 %
		Activité dans la première moitié de la carrière	17 %	116	9 984	446	85 %
		Carrière avec un poids important de l'AVPF	30 %	124	8 583	472	99 %
		Carrière presque vide	35 %	62	5 884	237	99 %
	Ex-invalides 18 757	Invalidité à partir de 55 ans	32 %	175	17 901	795	23 %
		Carrière interrompue et invalidité à partir de 55 ans	20 %	138	9 790	530	84 %
		Carrière interrompue avec AVPF puis invalidité	13 %	172	10 078	626	90 %
		Invalidité à partir de 40 ans	21 %	170	12 329	656	64 %
		Invalidité dès le début de la carrière	14 %	172	8 363	624	87 %

Note de lecture : parmi les hommes retraités percevant une pension normale, 7 % ont une carrière presque vide.

NB : La durée d'assurance est en trimestres et le montant mensuel de la pension, hors ASPA et y compris minimum contributif, en euros. Le SAM est également en euros.

Source : D'après étude CNAVTS, flux 2008 de monopensionnés du régime général, Cour des comptes

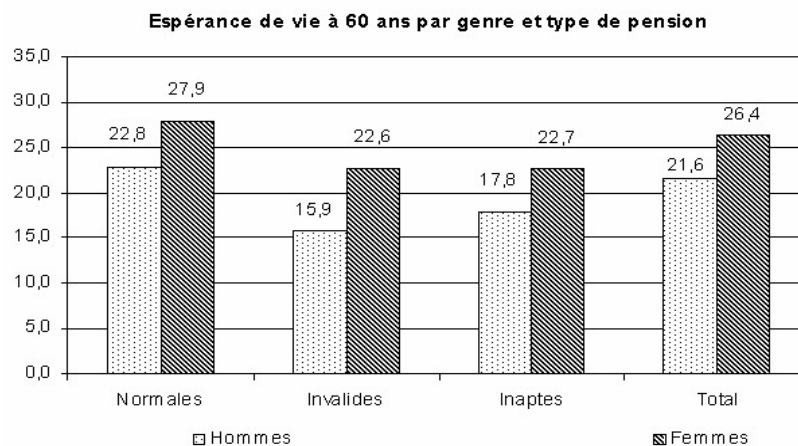
Pour les *ex-invalides*, les trajectoires sont plus variées que celles des inaptes et se différencient principalement par l'âge d'entrée en invalidité et par la présence ou non de chômage. Les hommes invalides

dès le début de leur carrière (12 %) et ceux ayant connu des périodes de chômage (11 %) ont les droits propres les plus faibles. A l'inverse, parmi les invalides, les hommes et les femmes en invalidité à partir de 55 ans perçoivent les pensions les plus élevées.

Apparaissent ainsi de grandes différences entre ex-invalides et retraités reconnus inaptes. Les ex-invalides sont inscrits durablement dans le marché du travail avec des niveaux de salaire initialement dans la moyenne. Une fois leur invalidité reconnue, ils sont pris en charge par le système d'assurance sociale et bénéficient de la validation de droits à retraite, ce qui explique des niveaux de retraite in fine plus élevés. Cela différencie d'ailleurs les femmes ex-invalides des autres retraitées. A l'inverse, les retraités reconnus inaptes, moins souvent en emploi au cours de leur carrière passée, ont durablement des niveaux de salaire moyen très bas, ce qui reflète un faible niveau de qualification tous genres confondus.

2 – Des espérances de vie nettement inférieures à la moyenne

Selon les calculs de la CNAVTS, l'écart entre l'espérance de vie à 60 ans des titulaires d'une pension normale et celle des retraités ex-invalides ou inaptes est important. Il atteint 7 années pour les hommes et 5 ans pour les femmes ex-invalides et environ 5 ans pour les inaptes.



Source : CNAVTS: calculs sur les années 2004 et 2005

Ces écarts d'espérance de vie reflètent le mauvais état de santé des ex-invalides et des retraités reconnus inaptes, qui décèdent plusieurs années avant les titulaires d'une pension normale. Mais il ne faudrait toutefois pas exclure, au vu des parcours des intéressés, que ces écarts reflètent aussi les différentiels d'espérance de vie des catégories socioprofessionnelles auxquelles ils ont appartenu.

3 – Principales pathologies à l'origine de la mise en invalidité ou de la reconnaissance de l'inaptitude

Comme l'illustre le tableau ci-après, les motifs de mise en invalidité et de reconnaissance de l'inaptitude ne se recoupent pas exactement.

Affection principale à l'origine de la mise en invalidité ou de la reconnaissance de l'inaptitude par les médecins conseil en 2008

Principales pathologies	à l'origine de la mise en invalidité	à l'origine de la reconnaissance de l'inaptitude
Tumeurs	14 %	11 %
Maladies endocrines	4 %	10 %
Troubles mentaux	27 %	14 %
Maladies appareil circulatoire	11 %	16 %
Maladie système ostéo-articulaire	25 %	31 %

Source : Cour des comptes à partir de données Hippocrate (CNAMTS)

Ainsi, en 2008, les affections psychiatriques et les maladies du système ostéo-articulaire représentent les principales causes médicales à l'origine des mises en invalidité. Ces caractéristiques ne sont d'ailleurs pas propres à la France. Dans la zone OCDE, les maladies mentales et les troubles musculo-squelettiques (TMS) sont devenus les deux principales causes de mise en invalidité.

Pour l'inaptitude, les données disponibles à la CNAMTS n'ont pas fait l'objet de publications depuis de nombreuses années. Largement dominants, les TMS sont à l'origine de 31 % des reconnaissances d'inaptitude. Dans l'ensemble, il apparaît que les causes de reconnaissance de l'inaptitude sont beaucoup plus variées que celles qui peuvent conduire à une mise en invalidité.

II - Des dispositifs devenus inadaptés

A – L'invalidité : un régime perfectible

1 – Un défaut d'articulation entre minimum invalidité et AAH

La pension d'invalidité présente aujourd'hui certaines caractéristiques moins favorables que l'AAH notamment pour les assurés les plus démunis. Depuis 1975, des modalités différentes d'appréciation des ressources sont à l'origine d'inégalités entre bénéficiaires potentiels de l'AAH et de l'ASI. De plus, l'ASI est récupérable sur succession, à la

différence de l'AAH, ce qui entraîne un taux de non recours non négligeable.

Connue de longue date, cette situation avait amené la Cour en 1987 et plusieurs corps d'inspection depuis, 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, comme l'ASPA, de 25 % en l'espace de cinq ans. Par suite, en 2012, l'AAH serait égale à 776 € par mois, soit environ 100 € de plus que l'ASI.

Ce choix a donné lieu à une explication peu convaincante dans le rapport du Gouvernement au Parlement de février 2009 relatif au bilan et aux orientations de la politique du handicap : « le minimum invalidité répond à une logique différente de l'AAH. Il ne suivra donc pas la même évolution que l'AAH. Pour autant, les bénéficiaires du minimum invalidité pourront bénéficier du gain des 25 % en demandant une AAH différentielle : en effet, les bénéficiaires d'un minimum invalidité inférieur au montant de l'AAH peuvent percevoir une AAH partielle représentant la différence entre les deux allocations ». La différence de logique entre ASI et AAH gagnerait à être mieux explicitée, en particulier dans la mesure où les bénéficiaires de l'ASI sont invités à demander le bénéfice d'une AAH différentielle. Les motifs du décrochage de l'ASI par rapport à l'AAH sont d'autant moins compréhensibles que les deux prestations sont financées par le budget de l'Etat.

En tout état de cause, un nombre croissant d'invalides devrait être conduit à demander une AAH différentielle. Cela nécessitera de leur part une démarche supplémentaire auprès de deux interlocuteurs différents (MDPH et CAF), venant s'ajouter au réseau de l'assurance maladie servant la pension d'invalidité. Ces assurés devront faire l'objet d'une nouvelle évaluation de leur taux d'incapacité, mais à partir d'un barème différent. Ils bénéficieront ainsi le cas échéant d'une pension d'invalidité, d'un différentiel d'ASI, d'un différentiel d'AAH et d'un complément d'AAH, cet empilement de prestations étant versé par deux organismes différents.

Même s'il est probable qu'un grand nombre d'invalides ne feront pas valoir leur droit à une AAH différentielle, au vu du faible taux de recours aux compléments de l'AAH par les bénéficiaires de l'ASI (cf. supra), les cas de cumul entre pension d'invalidité et AAH sont appelés à se multiplier⁴⁰⁵. Pour les deux réseaux de sécurité sociale concernés, la

405. En témoigne l'augmentation de 15 % observée par la CNAF pour la seule année 2008 du nombre de cumuls avec l'AAH de bénéficiaires d'une pension d'invalidité seule (300 € d'AAH différentielle en moyenne) ou de l'ASI (180 € d'AAH différentielle en moyenne).

complexité de gestion est forte. Pour les bénéficiaires, la lisibilité du dispositif est nulle. De ce fait, si le décrochage de l'AAH et de l'ASI rend financièrement plus difficile la mise en œuvre de la recommandation ancienne de fusionner ces deux minimas sociaux, celle-ci apparaît dans le même temps plus nécessaire sur le terrain de l'équité et de la bonne gestion.

2 – Une ambiguïté non tranchée : invalidité et emploi

Selon l'art. L. 341-4 CSS, les invalides de 2^{ème} et 3^{ème} catégories doivent être « absolument incapables d'exercer une profession quelconque ». Toutefois, la réglementation n'interdit pas le cumul avec un revenu d'activité professionnelle dans la limite du revenu antérieur. Par exemple, 7 % des invalides de 2^{ème} catégorie et 1,2 % des invalides de 3^{ème} catégorie relevant de la CRAM d'Ile-de-France travaillaient en 2006. Entre la définition même de l'invalidité et la possibilité donnée aux assurés de 2^{ème} et de 3^{ème} catégories de travailler, la contradiction est patente. Elle est d'ailleurs confirmée par les dispositions de la LFSS pour 2010 qui visent à maintenir en emploi les invalides de plus de 60 ans en leur permettant de continuer à percevoir leur pension d'invalidité.

Cette contradiction résulte sans doute de la gestion de l'invalidité en France à l'aide d'un modèle médical. Ainsi, comme le souligne l'étude précitée de l'OCDE, « les droits à prestations ne sont pas déterminés selon une évaluation fiable et valable de la compétitivité d'une personne sur le marché du travail mais par un praticien de la santé peu, voire pas formé à la tâche complexe de l'évaluation de la manière dont les diverses maladies ou incapacités réduisent la compétitivité sur le marché du travail ».

3 – Un accès au droit difficile

Depuis la mise en œuvre de la COG 2006-2009, qui prévoyait le développement d'une « offre de services attentionnés », l'assurance maladie a mis en place des réunions d'information avec les services sociaux régionaux placés auprès des CRAM, interlocuteurs clés des bénéficiaires d'une pension d'invalidité. Toutefois, les invalides ne rencontrent pas tous un(e) assistant(e) social(e). De plus, ces professionnels ne connaissent pas toujours exhaustivement la législation. Ils ne semblent notamment pas toujours avoir été informés du décrochage entre ASI et AAH.

Mais de manière générale, il faut bien convenir qu'il est difficile, pour tout citoyen, de comprendre :

- que l'on puisse être reconnu invalide, mais ne pas avoir droit à une carte d'invalidité⁴⁰⁶, ce qui renvoie aux nombreux termes utilisés (handicap, invalidité, incapacité, inaptitude, etc.) dont les acceptions sont loin d'être univoques ;
- qu'il existe au moins quatre taux d'incapacité différents dans le champ de l'invalidité et du handicap⁴⁰⁷, sans la moindre correspondance entre ces taux, ce qui renvoie à la question de l'harmonisation des barèmes ;
- que la perte de la vision d'un œil sans difformité apparente, par exemple, entraîne une incapacité de 30 % dans le barème indicatif d'invalidité des accidents du travail, de 42 % dans le barème d'attribution de l'AAH et de 65 % dans le barème pension militaire d'invalidité ;
- que la pension d'invalidité et la majoration pour tierce personne sont attribuées sans limitation dans le temps, alors qu'il faut renouveler sa demande d'AAH et de carte d'invalidité ;
- qu'il faut pouvoir justifier de l'utilisation de la prestation de compensation du handicap (PCH) conformément au plan d'aide prévu, mais pas de la majoration pour tierce personne (MTP), d'un montant forfaitaire, attribuée à certains invalides et inaptes ;
- que l'on doit passer devant la CDAPH pour obtenir la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) qui favorise l'accès aux dispositifs existants en matière d'emploi et de formation professionnelle des personnes handicapées, mais que la simple perception d'une pension d'invalidité ou de l'AAH suffise pour bénéficier de l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés (OETH) s'appliquant aux établissements d'au moins 20 salariés, à hauteur de 6 % de leurs effectifs.

En plus de ces très nombreuses difficultés d'accès au droit, la coexistence de nombreux acteurs, insuffisamment coordonnés ajoute encore à la complexité du droit. En témoigne, par exemple, le fait qu'en 2009, dans les documents d'information remis aux pensionnés d'invalidité, il n'est pas fait mention de la possibilité pour les bénéficiaires de l'ASI de percevoir des compléments d'AAH, alors même que ce support constitue le principal moyen d'informer les invalides. Au final, dans un tel paysage, il est peu surprenant que l'accès aux compléments d'AAH par les bénéficiaires de l'ASI soit aussi faible.

406. La carte d'invalidité civile, délivrée par la MDPH après le dépôt d'un dossier assez lourd, (formulaire, certificat médical, projet de vie...) a pour but d'attester que son détenteur est handicapé. Elle est délivrée aux personnes dont l'incapacité est supérieure à 80 %.

407. Deux dans le champ de l'invalidité et deux principaux dans celui du handicap.

4 – Les limites de la couverture complémentaire

Les assurés ne savent pas toujours s'ils bénéficient d'une couverture complémentaire en matière d'invalidité. Ils sont généralement très mal renseignés avant d'en avoir besoin, mais parfois aussi lorsqu'ils sont reconnus invalides.

Selon la convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947, tout employeur doit payer à un organisme assureur une cotisation affectée en priorité à la couverture décès des cadres. Toutefois, la cotisation résultant de cette obligation, dont le produit s'élèverait à 1,6 Md€ en 2007 permet d'offrir aux cadres, grâce à la diminution de leur taux de mortalité depuis 1947, d'autres garanties qu'un capital décès.

Lorsque les salariés non cadres bénéficient d'une couverture prévoyance, ce qui est loin d'être systématique, alors même que la probabilité qu'ils deviennent invalides est plus forte que pour les cadres, c'est généralement le décès qui est assuré en priorité, puis l'incapacité temporaire et permanente. Leur taux de cotisation est généralement plus faible que pour les cadres et il est réparti entre salarié et employeur, alors que pour les cadres il est intégralement à la charge de l'employeur. Ainsi, lorsque les non cadres sont couverts, tant le taux de cotisation pris en charge par l'employeur que le niveau de couverture offert est très inférieur à celui des cadres.

Au total, la couverture complémentaire, non généralisée et de niveau très variable, ajoute un étage de complexité à un système déjà peu lisible.

En outre, une importante décision de la Cour de cassation en date du 1^{er} juillet 2009 (arrêt n° 1575 de la chambre sociale), confirmée depuis à plusieurs reprises, pourrait avoir des conséquences sur le devenir des dispositions conventionnelles accordant des avantages supplémentaires aux cadres. La Cour de cassation a en effet jugé que la « seule différence de catégorie professionnelle ne saurait en elle-même justifier une différence de traitement ». Les différences résultant des conventions et accords collectifs ne seraient donc légales que dans la mesure où elles sont justifiées par des raisons objectives, dont le juge peut contrôler la réalité et la pertinence. Dans ce contexte, une évolution de la couverture complémentaire invalidité est à prévoir.

B – L'inaptitude : un objectif à redéfinir

Le premier dispositif de retraite anticipée pour inaptitude au travail remonte à la loi du 14 mars 1941. Le principe a été repris dans les ordonnances de 1945 : les salariés reconnus inaptes comme les ex-

invalides se sont vu reconnaître le droit à une retraite anticipée à taux plein dès 60 ans, en cas d'incapacité permanente, totale et définitive. La pension, fixée à 40 % du salaire moyen, n'était versée que si l'assuré avait exercé une activité pendant au moins 30 ans, ce qui avait notamment pour effet de rendre difficile l'accès des femmes à ce dispositif.

Les conditions d'octroi de l'inaptitude au travail ont été assouplies par la loi du 31 décembre 1971, ce que reflète l'actuel article R. 351-21 du CSS⁴⁰⁸. La circulaire du 17 mai 1972 relative à l'inaptitude au travail consacre un développement à la condition introduite pour les requérants n'ayant pas exercé d'activité professionnelle au cours des cinq années précédant la demande et insiste sur la nécessité, pour le médecin conseil, de prendre en compte la situation particulière des veuves, en étant « attentif à cette situation lorsqu'il apprécie l'incapacité professionnelle effective des conjointes survivantes d'assurés sociaux ». Cette instruction, toujours en vigueur, illustre le caractère sans doute suranné de la réglementation, à l'heure où l'augmentation des taux d'activité devient un objectif de premier plan et où la volonté de consacrer l'existence d'un statut social de la « conjointe » a beaucoup perdu en pertinence.

Au demeurant, la possibilité de liquider sa retraite au taux plein dès 60 ans, ouverte à partir d'avril 1983, a modifié substantiellement la portée du dispositif de retraite au titre de l'inaptitude. L'évolution de la réglementation, qui a entraîné une forte diminution du nombre de départs au titre de l'inaptitude, ne s'est pas pour autant accompagnée d'une redéfinition des objectifs poursuivis.

Ces évolutions ont conduit ce dispositif à bénéficier à des publics de moins en moins ancrés sur le marché du travail, s'éloignant ainsi de l'objectif initial qui était de cibler des assurés ayant exercé une activité pendant au moins 30 ans. Ainsi, même si une rubrique du formulaire de demande de pension d'inaptitude porte sur les conditions particulières d'emploi et si certains assurés insistent sur le caractère pénible de leur activité, l'évaluation de l'inaptitude au travail semble aujourd'hui déconnectée de la notion de pénibilité.

408. Cet article dispose que « pour apprécier si le requérant n'est pas en mesure de poursuivre l'exercice de son emploi sans nuire gravement à sa santé, il est tenu compte, lorsque l'intéressé n'exerce aucune activité professionnelle au moment de sa demande, de la dernière activité exercée au cours des cinq années antérieures. Au cas où aucune activité professionnelle n'a été exercée durant cette période, l'inaptitude au travail est appréciée exclusivement par référence à la condition d'incapacité de travail de 50 % médicalement constatée compte tenu des aptitudes physiques et mentales à l'exercice d'une activité professionnelle ».

C – Les limites de la majoration pour tierce personne

1 – La MTP attribuée aux invalides et aux inaptes

La majoration pour tierce personne (MTP) est attribuée aux bénéficiaires d'une pension d'invalidité ou d'une pension de vieillesse pour inaptitude qui ont besoin de l'aide constante d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie. 3 % des bénéficiaires d'une pension d'invalidité (soit environ 16 500 personnes en 2008) et 1 % des retraités (soit environ 19 500 assurés en 2008) perçoivent une MTP d'un montant de 1 038 € par mois, soit environ 180 M€ supportés par l'assurance invalidité et 240 M€ par l'assurance vieillesse.

Si les textes réglementaires sont peu précis, la jurisprudence de la Cour de cassation est relativement claire : elle exige l'impossibilité d'effectuer seul les actes essentiels de la vie quotidienne. A la différence de la législation relative au handicap, il n'est pas tenu compte de l'environnement de l'assuré (présence ou non d'un conjoint par exemple). Pour décider de l'octroi ou non d'une MTP, le médecin conseil utilise un questionnaire composé d'une dizaine de questions, mais sans qu'il soit précisé combien de critères doivent être remplis pour en bénéficier. Dans tous les cas, il n'est pas possible d'accorder une MTP qui serait fonction des besoins réels de l'assuré.

Enfin, l'article L. 355-1 du CSS prévoit que si la nécessité d'une tierce personne doit être effective avant le 65^{ème} anniversaire, l'assuré peut demander cette majoration postérieurement à celui-ci. Dès lors que la retraite a été liquidée au titre de l'inaptitude, aucune limite pour le dépôt de cette demande n'est fixée par la législation. Ce texte met les médecins conseil dans une situation difficile car, pour prendre une décision, ils doivent se situer avant les 65 ans du requérant qui peut en avoir 80 au moment de la demande, sans forcément disposer d'éléments tangibles pour bien apprécier la situation.

2 – La concurrence d'autres prestations

Avant comme après 60 ans, les conseils généraux versent des prestations ayant le même objet que la MTP. La prestation de compensation du handicap (PCH) et l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) sont accordées en fonction de plans d'aide personnalisés, pris en charge par la collectivité compte tenu des ressources de l'intéressé⁴⁰⁹. S'agissant de la PCH, l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH construit, conformément aux besoins exprimés, un « plan

409. Entre 80 % et 100 % du plan d'aide sont pris en charge pour la PCH et entre 10 % et 100 % pour l'APA.

personnalisé de compensation » qui peut comprendre des aides humaines, techniques, des aides liées à l'aménagement du logement et du véhicule de la personne handicapée ou à d'éventuels surcoûts de transport ou d'aides animalières. La PCH est cumulable avec la MTP, qui est déduite du montant versé. L'APA prévoit également des plans d'aide, au-delà de 60 ans, mais avec des niveaux de prise en charge moins généreux que la PCH⁴¹⁰. En principe, l'APA n'est pas cumulable avec la MTP, mais les contrôles ne semblent pas systématiques.

La coexistence de deux systèmes de prestations ayant des objets similaires, mais attribués en fonction de critères beaucoup plus frustes s'agissant de la MTP, accroît à la fois la complexité et les risques de fraude.

D – Les pratiques des médecins au regard du principe d'égalité de traitement

Très peu encadrés, l'invalidité et l'inaptitude sont appréciées de manière particulièrement hétérogène par les médecins conseil⁴¹¹, qui s'abstraient d'ailleurs en partie du cadre juridique. L'égalité de traitement n'est donc pas assurée sur le territoire.

1 – Un constat ancien d'hétérogénéité des pratiques

En matière d'invalidité comme d'inaptitude, les taux d'avis défavorables⁴¹² varient fortement d'une région à l'autre. Cette hétérogénéité avait déjà été constatée par la Cour en 1987.

De manière générale, seulement 54 % des avis d'inaptitude sont rendus après examen de la personne (contre 92 % pour l'invalidité) et 46 % sur pièces. Cette moyenne masque toutefois des pratiques différentes entre régions, le pourcentage d'avis rendus après consultation étant compris (hors DOM) entre 37 % en Bretagne et 76 % dans la région Centre.

410. Ce qui pose la question de la « barrière » de l'âge.

411. Hétérogénéité déjà constatée dans le chapitre VII du RALFSS 2009, p. 216 et suivantes.

412. La pertinence de cet indicateur doit toutefois être relativisée dans la mesure où seulement un quart des entrées en invalidité se font à l'initiative de l'assuré (59 % se font à l'initiative du médecin conseil suite à un arrêt maladie, une fois l'état du patient stabilisé et 15 % suite à un signalement de la CPAM après trois années de versement d'indemnités journalières). Ainsi, un taux d'avis défavorable calculé hors entrées en invalidité à l'initiative du médecin conseil s'élèverait à 56 % en 2008. Mais ce type de taux n'est pas utilisé dans les tableaux de suivi de la CNAMTS : c'est donc l'indicateur classique qui a été retenu, en dépit de ses limites.

Pour l'invalidité, le taux d'avis défavorables relatif aux avis donnés pour admission est en moyenne de 19 %. Il varie en France métropolitaine de 12 % pour la direction régionale du service médical (DRSM) de la région PACA-Corse à 34 % pour celle du Nord-Est, les écarts entre échelons locaux du service médical (ELSM) pouvant être encore plus élevés (54 % d'avis défavorables à Epinal contre 9 % à Rennes).

Le taux d'avis défavorables dépend d'une série de paramètres dont les caractéristiques de la population d'assurés et la qualité des demandes (plus ou moins nombreuses et fondées).

Pour améliorer l'intérêt des comparaisons, la Cour a calculé le nombre d'avis rendus rapporté à la population d'assurés d'âge actif (20-59 ans) et le nombre de pensions d'invalidité attribuées rapporté à cette même population.

Nombre d'avis rendus en 2008 et de pensions d'invalidité attribuées pour 100 000 personnes assurées âgées de 20 à 59 ans selon les régions

	Nombre d'avis rendus dans le cadre de l'invalidité pour 100 000 personnes assurées de 20 à 59 ans	Nombre de pensions d'invalidité attribuées pour 100 000 personnes assurées de 20 à 59 ans	Pourcentage d'avis défavorables
Guyane	41	39	3%
Martinique	71	65	8%
Réunion	91	69	24%
Guadeloupe	76	71	7%
Nord Est	251	167	34%
Ile-de-France	203	177	13%
Centre	226	185	18%
Pays de la Loire	240	192	20%
Centre Ouest	246	193	22%
Aquitaine	280	217	22%
Alsace Moselle	322	218	32%
Bourgogne Franche Comte	295	222	25%
Moyenne	276	224	19%
Midi Pyrénées	315	230	27%
Normandie	290	246	15%
Rhône Alpes	296	249	16%
Nord Picardie	337	264	22%
PACAC*	331	291	12%
Bretagne	344	299	13%
Auvergne	377	307	18%
Languedoc Roussillon	399	341	14%

*La DRSM Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACAC) comprend la Corse

Source : Données Hippocrate, calculs Cour des comptes

Un faible taux d'avis défavorable n'est pas toujours corrélé avec un nombre de pensions d'invalidité attribuées supérieur à la moyenne. Les écarts observés entre DRSM vont toutefois de 1 à 2 en métropole, avec 167 pensions attribuées par la DRSM Nord-Est et 341 par la DRSM Languedoc-Roussillon⁴¹³. En comparant les pratiques des ELSM, les disparités sont encore plus marquées : l'ELSM de Vannes (358) attribue quatre fois plus de pensions d'invalidité que celui d'Epinal (89).

Nombre d'avis rendus en 2008 et de pensions d'inaptitude attribuées pour 100 000 personnes assurées âgées de 60 à 64 ans selon les régions

2008	Nombre d'avis rendus dans le cadre de l'inaptitude pour 100 000 personnes assurées de 60 à 64 ans	Nombre de pensions d'inaptitude attribuées pour 100 000 personnes assurées de 60 à 64 ans	Pourcentage d'avis défavorables
Centre	1 302	866	34%
Nord Est	1 478	1 113	25%
Centre Ouest	1 389	1 138	18%
Pays de la Loire	1 687	1 344	20%
Normandie	1 636	1 390	15%
Bourgogne Franche Comté	2 094	1 557	26%
Midi Pyrénées	2 211	1 632	26%
Aquitaine	2 124	1 687	21%
Ile-de-France	2 625	1 703	35%
Rhône Alpes	2 559	1 712	33%
Bretagne	2 043	1 772	13%
Moyenne	2 497	1 848	26%
Alsace Moselle	3 333	2 299	31%
Nord Picardie	3 040	2 303	24%
Auvergne	2 900	2 388	18%
Languedoc Roussillon	2 818	2 425	14%
Martinique	3 808	2 475	35%
PACAC	3 426	2 725	20%
Guyane	6 715	3 346	50%
Guadeloupe	5 807	4 297	26%
Réunion	6 247	4 448	29%

Source : Données Hippocrate, calculs Cour des comptes

Pour l'inaptitude, la Cour a également calculé le nombre d'avis rendus et le nombre de pensions d'inaptitude attribuées rapportés aux assurés susceptibles d'être concernés par le dispositif (les 60-64 ans). Les écarts entre régions vont de 1 à 3 en métropole et de 1 à 5 DOM compris.

413. Le chiffre de 2008 pour la DRSM Languedoc-Roussillon constitue toutefois un pic (257 en 2007 et 300 en 2009) expliqué par la mise en place mi-2007 d'un plan de « stabilisation » plus précoce des assurés en arrêt maladie, qui s'est traduit par une augmentation des mises en invalidité, mais également par des effets positifs sur l'évolution des indemnités journalières de longue durée.

En 2008, le taux d'avis défavorables relatif aux avis rendus dans le cadre de l'inaptitude (hors attribution de majoration pour tierce personne), qui s'établit en moyenne à 26 %, est compris entre 13 % pour la DRSM de Bretagne et 35 % pour celle d'Ile-de-France.

Le taux de rejet plus élevé que la moyenne observé en région parisienne s'explique par la présence au sein de la DRSM du service des relations internationales de l'inaptitude et de l'invalidité qui traite les demandes émanant d'assurés résidant à l'étranger et dont le taux d'avis défavorable s'élève à 52 %. On rencontre cette situation dans d'autres régions, mais de manière moins marquée.

2 – Les raisons de ces écarts

L'état de santé de la population et la situation de l'emploi dans la région peuvent justifier une part des écarts observés, mais cela n'explique pas que la DRSM Auvergne ait pour l'attribution des pensions d'inaptitude des résultats proches de ceux de la DRSM Nord-Picardie, région dont les habitants ont notoirement un état de santé plus dégradé. A l'évidence d'autres facteurs peuvent jouer : le faible encadrement de ces deux dispositifs, des politiques particulièrement volontaristes en matière de convocation des assurés ou de prévention de la désinsertion professionnelle mais aussi le facteur humain.

Malgré le développement des revues de dossiers médicaux visant à harmoniser les pratiques, l'appréciation de l'invalidité et de l'inaptitude par les médecins conseil repose sur une définition ancienne, non accompagnée d'indications précises⁴¹⁴, réalisée par un médecin seul et - pour l'inaptitude - avec une prise de décision généralement après un seul examen, quand ce n'est pas sur dossier. A l'inverse, l'évaluation du handicap, certes encore perfectible, réalisée par une équipe pluridisciplinaire, s'appuie sur un barème, sur une méthodologie d'évaluation des besoins de compensation, une réflexion étant en cours pour mieux apprécier la situation d'une personne handicapée au regard de l'emploi.

Le fait que les médecins conseil n'aient aucune instruction en matière de reconnaissance de l'inaptitude en raison vraisemblablement d'une gestion éclatée de ce dispositif entre les branches maladie et vieillesse peut également expliquer une partie de ces écarts. En effet, s'agissant du régime général, si la décision est bien notifiée par la CNAVTS, l'inaptitude au travail est appréciée par les médecins conseil

414. Sauf initiative locale : ainsi, la DRSM Languedoc-Roussillon a annexé au mode opératoire régional une proposition de barème pour sept affections fréquemment rencontrées.

de la branche maladie⁴¹⁵. Du côté de la CNAMTS, de nombreuses statistiques issues de l'applicatif Hippocrate sont disponibles, mais elles ne sont que très partiellement exploitées et pas réellement analysées. A la CNAVTS, le dispositif n'apparaît pas réellement suivi. Une amélioration du pilotage de ce dispositif par la CNAVTS, qui devrait disposer de toutes les informations relatives aux avis d'inaptitude semble donc nécessaire.

Outre le manque de référentiels, le facteur humain ne doit pas être mésestimé. Certains médecins ont une vision plus sociale que d'autres de leur pratique. Il est vrai qu'ils sont souvent confrontés à des situations sociales difficiles. De plus, le requérant connaît le sens de la décision à la fin de la visite médicale. Il est donc possible que la situation sociale puisse faire pencher certaines décisions du côté de l'accord.

Toutefois, la problématique de l'hétérogénéité des pratiques n'est pas spécifique à l'invalidité et à l'inaptitude. Ainsi, au sein de la branche AT-MP, des travaux ont déjà été engagés en vue de réduire l'hétérogénéité des taux de reconnaissance de certaines pathologies.

Pour rapprocher les pratiques des médecins conseil, il serait donc souhaitable :

- de concevoir un barème d'attribution des pensions d'invalidité commun sinon du moins cohérent avec le barème d'attribution de l'AAH ;
- de mieux encadrer la définition de l'inaptitude. La notion d'incapacité de travail pourrait être évaluée selon un référentiel commun avec celui de l'invalidité pour plus de cohérence ;
- de suivre par des indicateurs pertinents les pratiques des ELSM en vue d'une réduction de l'hétérogénéité des décisions ;
- de prévoir des revues de dossiers communes entre ELSM ayant des pratiques éloignées.

III - La nécessité de réformes profondes

A – Moderniser la prise en charge de l'invalidité

Malgré l'existence de deux dispositifs distincts, les frontières entre invalidité et handicap ne sont pas étanches. Il conviendrait donc, comme

415 . Depuis 1945, la caisse chargée de la liquidation des droits à retraite est compétente pour statuer, sur avis du médecin conseil, sur l'inaptitude du requérant. La CNAVTS, n'ayant pas de médecins conseil, a recours à ceux de la branche maladie.

le propose le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) dans son avis de 2008, de « remettre à plat l'ensemble de ces dispositifs pour y mettre plus d'ordre, de simplicité et d'équité », les zones de superposition n'étant « ni claires ni peut être rationnelles ».

A minima, l'ensemble des textes relatifs à l'invalidité devrait être passé en revue dans l'objectif de rendre le système plus lisible (par l'harmonisation du seuil de taux d'incapacité entre l'entrée en invalidité et la révision, par la suppression de la possibilité de bénéficier pendant des années d'une pension d'invalidité suspendue en cas de reprise d'activité...) et cohérent avec la prise en charge du handicap, des correspondances devant notamment être établies entre les taux d'incapacité relatifs à l'invalidité et au handicap⁴¹⁶. De même, quelles que soient les orientations retenues, une coordination systématique devrait être recherchée entre les différents services en charge de l'invalidité et du handicap. Des conventions de partenariat devraient être généralisées entre les réseaux concernés, afin de définir plus précisément le rôle et la responsabilité de chacun des acteurs.

Toutefois, une nouvelle réforme de l'AAH⁴¹⁷ a été annoncée lors de la conférence nationale du handicap de juin 2008. L'évolution prévue pour l'AAH devrait être l'occasion d'une réforme plus ambitieuse, s'étendant à l'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.

1 – Evaluer l'invalidité et le handicap à partir d'un référentiel commun

L'invalidité et le handicap devraient disposer d'un référentiel commun d'évaluation, à défaut d'un seul guide-barème. Les nombreux outils conçus pour l'évaluation du handicap et pour mesurer la distance à l'emploi ne devraient pas être utilisés exclusivement pour le handicap.

416. Ainsi, il pourrait être proposé que les invalides de 2^{ème} et 3^{ème} catégories soient réputés avoir un taux d'incapacité de 80 % permettant de bénéficier sans nouvelle évaluation des prestations liées au handicap (notamment AAH et carte d'invalidité).

417. Cette réforme qui poursuit l'objectif de garantir la dignité des personnes dans l'incapacité durable ou définitive de travailler et de faire de l'AAH un tremplin vers l'emploi pour les personnes qui souhaitent et peuvent travailler pourrait refondre les deux régimes existant d'AAH qui se distingueraient à l'avenir en fonction de la capacité de travail et non plus comme aujourd'hui en fonction du taux d'incapacité.

Si la décision de mise en invalidité devrait toujours être prise au niveau de la caisse, les médecins conseil pourraient plus s'appuyer sur l'avis du médecin du travail. De plus, un avis technique préalable à la décision reposant sur une approche pluridisciplinaire pourrait être recherché auprès de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), qui, attribuant la RQTH, semble beaucoup plus à même que le médecin conseil d'apprécier la capacité de travail d'une personne invalide.

2 – Prévoir un dispositif d'intéressement et d'accompagnement du retour à l'emploi

Outre la nécessité de promouvoir la santé au travail, ce qui permettrait de réduire la déclaration de certaines pathologies, la priorité absolue doit être de prévenir la désinsertion professionnelle et d'inciter au retour vers l'emploi des invalides. Or, les bénéficiaires d'une pension d'invalidité, à la différence des personnes qui se tournent vers les MDPH, sont très mal accompagnés dans le processus de retour à l'emploi.

Il est donc important de mettre en place un dispositif, commun au handicap et à l'invalidité, d'intéressement et d'accompagnement au retour à l'emploi. Il semble en effet inefficace de conserver deux dispositifs parallèles, alors que les publics ont les mêmes besoins.

Par ailleurs, une modification de la définition de l'invalidité (« incapacité à exercer une activité professionnelle » pour les 2^{ème} et 3^{ème} catégories) apparaît nécessaire, à l'instar de ce qui a déjà été fait pour l'AAH⁴¹⁸, pour accroître les incitations au retour vers l'emploi.

3 – Fusionner l'ASI et l'AAH

La pension contributive d'invalidité resterait le pivot du système. Le dispositif d'une assurance invalidité de base proportionnelle au SAM serait maintenu : outre la pension de 2^{ème} catégorie, l'invalidité de 1^{ère} catégorie serait conservée pour faciliter le maintien en emploi d'assurés dont l'état de santé ne permet pas une activité à temps plein.

Comme indiqué précédemment, avec le décrochage entre ASI et AAH, la fusion de ces minima semble incontournable sauf à voir se multiplier des situations de cumul particulièrement complexes car

418. La loi de finances pour 2009 a modifié l'article L. 821-2 CSS qui permettait d'accorder l'AAH aux personnes ayant un taux d'incapacité compris entre 50 % et 79 % lorsqu'elles n'avaient pas occupé d'emploi pendant 12 mois. Ayant un effet désincitatif sur le retour à l'emploi cette condition a été remplacée par la notion de « restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi ».

impliquant deux réseaux différents. Les inspections qui ont fait cette recommandation proposent d'ailleurs la suppression de cette allocation au profit d'un différentiel d'AAH, les crédits de l'ASI étant redéployés vers l'AAH au sein du budget de l'Etat (programme 157 « handicap et dépendance »).

Cette fusion n'est toutefois possible que si les conditions de reconnaissance de l'invalidité et du handicap sont harmonisées (cf. supra). Elle a par ailleurs un coût qui proviendrait des droits -liés à l'appréciation différente des ressources- que les pensionnés d'invalidité ne feraient pas valoir, de l'accès possible aux compléments d'AAH, des quelques récupérations sur succession qui seraient encore pratiquées et du différentiel de montant entre ASI et AAH. Des estimations du coût de cette fusion de l'ordre d'1 Md€ ont été faites en 2005-2006, mais elles reposent sur de nombreuses approximations et dépendent fortement des hypothèses faites. En 2003, le rapport IGAS-IGF sur le FSI et l'ASI indiquait que « l'unification de l'AAH et de l'ASI peut être envisagée dans le cadre d'une enveloppe financière constante pour les prestations ».

La Cour estime que les surcoûts occasionnés par cette réforme, qui devrait être calibrée de façon à ce qu'ils restent raisonnables, pourraient être compensés, au moins en partie, par les gains en gestion liés à la disparition de l'ASI et par la révision du dispositif d'exonération du ticket modérateur. Par ailleurs, le mode d'appréciation des ressources ouvrant droit à l'AAH pourrait notamment être rendu plus strict, ce qui permettrait d'envisager une réforme à coût constant.

En tout état de cause, seule cette fusion serait à même de résoudre l'inégalité de traitement entre invalides et handicapés. Comme le conclut le rapport précité, « elle répondrait à un triple objectif de simplicité, d'efficacité et d'équité ».

4 – Mettre fin aux nouvelles attributions de majoration pour tierce personne

Pour les raisons indiquées plus haut, une suppression des nouvelles attributions de MTP au profit de la PCH (et de l'APA s'agissant des retraités reconnus inaptes) semble souhaitable⁴¹⁹. De ce fait, la 3^{ème} catégorie d'invalidité disparaîtrait à terme.

Cette mesure permettrait de rationaliser le système en supprimant une allocation ayant le même objet de compensation du handicap ou de la perte d'autonomie que ces prestations versées par les conseils généraux,

419. Cette réforme a également été proposée par le rapport IGAS-IGF de 2003 précité.

ce qui simplifierait la gestion et limiterait les risques de fraudes. Elle permettrait également d'ajuster les prestations aux besoins réels des assurés, dégagant ainsi des économies, dans la mesure où les MTP sont actuellement attribuées sans conditions de ressources et sans prise en compte individualisée des besoins des assurés, à la différence de la PCH et de l'APA. Par ailleurs, une telle réforme devrait naturellement s'accompagner d'un transfert de ressources en faveur des collectivités locales.

B – Repenser l'inaptitude dans le cadre de la retraite

L'absence de pilotage de la retraite au titre de l'inaptitude, dont la définition laisse une large place à l'interprétation, conduit à s'interroger sur les objectifs qui pourraient être aujourd'hui les siens.

En premier lieu, il serait souhaitable de supprimer la prime à la non activité qui résulte de la réglementation actuelle, selon laquelle il est plus facile à une personne qui n'a pas travaillé au cours des cinq années précédant sa demande d'obtenir une pension pour inaptitude, qu'à une autre personne, en emploi, ou au chômage depuis peu, en raison de l'inadéquation des critères prévus par la réglementation⁴²⁰.

En second lieu, l'évaluation de l'inaptitude apparaît déconnectée de la notion de pénibilité. Quel que soit le caractère pénible de l'activité exercée par le passé, si elle n'a pas eu d'incidence significative sur l'état de santé de l'assuré, l'intéressé n'est généralement pas déclaré inapte. Par contre, une femme qui n'a jamais travaillé mais souffre de pathologies diminuant sa capacité de travail de 50 % sera reconnue inapte. Ainsi, les assurés ayant exercé une activité pénible et présentant un état de santé dégradé pourraient être plus explicitement ciblés par la reconnaissance de l'inaptitude dans le cadre de la retraite, sous réserve de la production par les assurés d'éléments probants relatifs à leur carrière passée.

Le projet de loi portant réforme des retraites prévoit l'institution d'une possibilité de départ à 60 ans au taux plein, alors que l'âge légal devrait être fixé à terme à 62 ans, ciblant les personnes dont l'incapacité permanente (d'au moins 20 % selon le barème relativement strict AT-MP) a pour cause une maladie professionnelle ayant donné lieu à l'attribution d'une rente. Cette mesure vise donc exclusivement les

420. Dans le premier cas, elle devra seulement avoir une incapacité de travail de 50 %, tandis que dans le second, elle devra également ne pas être en mesure de poursuivre l'exercice de son emploi sans nuire gravement à sa santé.

salariés en emploi ou ayant quitté leur emploi depuis peu⁴²¹ et pourrait concerner 10 000 personnes par an contre 72 000 départs au titre de l'inaptitude (hors ex-invalides).

Cependant, l'institution éventuelle par la réforme des retraites d'une nouvelle voie de départ en retraite au taux plein ne suffit 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 - le départ ne sera plus possible à terme qu'à partir de 62 ans - l'articulation entre ce dispositif et la mesure pénibilité méritant par ailleurs d'être précisée. De plus, cette dernière mesure va également contribuer à augmenter mécaniquement les dépenses au titre de l'invalidité, les pensions d'invalidité étant versées deux ans de plus.

SYNTHESE

L'assurance invalidité de la sécurité sociale et la retraite pour inaptitude au travail n'ont été adaptées ni aux besoins des assurés, ni à l'émergence et à l'évolution de dispositifs extérieurs à la sécurité sociale de compensation du handicap, souvent plus généreux (l'AAH et ses compléments). Comme pour celle du handicap, la reconnaissance de l'invalidité devrait prendre en compte l'environnement de la personne, ses conditions de vie et son éventuelle employabilité.

Ainsi, la réforme annoncée de l'AAH constitue l'occasion de mettre en œuvre la modernisation tant différée de la prise en charge de l'invalidité, tandis qu'une réflexion sur les objectifs de la retraite pour inaptitude semble incontournable.

421. A titre d'exemple, les affections chroniques du rachis lombaires provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes doivent être déclarées dans un délai de 6 mois après la fin de l'exposition et sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans (cf. tableau n°98 des maladies professionnelles).

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.*

Chapitre XVI

Les aides publiques apportées aux familles monoparentales

PRESENTATION

En 2005, on comptait en France 1,76 million de familles monoparentales avec au moins un enfant de moins de 25 ans, soit 2,5 fois plus qu'en 1968. Dans 85 % des cas, les familles monoparentales sont composées d'une mère et d'un ou plusieurs enfants.

Le risque accru de précarité des familles monoparentales a incité les pouvoirs publics à développer des aides qui leur sont spécifiquement dédiées. Dans un premier temps, ces aides ont surtout eu pour objectif d'accroître le revenu des familles monoparentales, prenant la forme d'aides fiscales, de prestations familiales et de minima sociaux. Plus récemment, des dispositifs destinés à faciliter leur insertion sur le marché du travail ont été déployés.

Dans le contexte de la mise en œuvre du revenu de solidarité active (RSA), la Cour a souhaité proposer un bilan critique des principales aides publiques bénéficiant aux familles monoparentales, en restreignant le champ de l'analyse aux mesures fiscales, aux minima sociaux et aux prestations familiales. En effet, les dispositifs publics pourtant conçus pour aider les familles monoparentales en situation de précarité n'ont pas fait la preuve de leur efficacité, puisque le taux de pauvreté des enfants vivant dans une famille monoparentale reste très élevé (I). Les dispositifs destinés à accroître le revenu des familles monoparentales sont peu cohérents entre eux et insuffisamment ciblés sur les familles les plus défavorisées (II). Quant aux dispositifs supposés faciliter leur accès à l'emploi, ils sont très limités et ne prennent pas suffisamment en compte les difficultés particulières rencontrées par les familles monoparentales (III).

I - La monoparentalité, facteur de précarité

A – Les familles monoparentales en France

1 – Une catégorie multiforme

La catégorie des familles monoparentales peut être appréhendée à partir de différents critères.

La définition statistique insiste sur l'absence du logement d'un des deux parents. Selon la définition de l'INSEE, une famille monoparentale est une famille composée d'un seul adulte qui vit sans conjoint avec son ou ses enfants de moins de 25 ans. Mais cette définition ne permet pas de rendre compte de l'ambiguïté de certaines situations familiales telles que la cohabitation intergénérationnelle par exemple.

Les dispositifs publics d'aide aux familles monoparentales (aides fiscales, prestations familiales, minima sociaux), quant à eux, sont généralement ciblés sur les parents isolés. La notion d'isolement, qui diffère d'ailleurs pour l'administration fiscale et pour la branche famille, est toutefois difficile à appréhender. Ces difficultés d'interprétation et de contrôle sont à l'origine d'un taux important de fraude⁴²².

Quel que soit le critère, cette catégorie n'est pas homogène : le niveau de formation, l'accès à l'emploi et le taux de pauvreté diffèrent selon l'âge du parent et les facteurs à l'origine de la monoparentalité (veuvage, séparation ou divorce, mères célibataires). Toutefois, en moyenne, cette catégorie de population est davantage confrontée que les autres à un risque de précarité.

2 – Une population croissante

Le nombre de familles monoparentales est en augmentation constante depuis quarante ans. La proportion de jeunes de moins de 25 ans concernés a plus que doublé depuis 1968, pour atteindre 18 %, soit 2,8 millions. Cette augmentation est due aux ruptures d'union qui sont devenues plus fréquentes.

La proportion de foyers monoparentaux est très variable sur le territoire. Elle est deux fois plus importante dans les DOM qu'en métropole (39 % contre 21 %). Aux Antilles et en Guyane, plus de 40 % des enfants vivent dans une famille monoparentale, 29 % à la Réunion⁴²³. En métropole, la proportion de familles monoparentales est également variable selon les régions, allant de 15,3 % dans les Pays de la Loire à 25,7 % en Corse. De manière générale, la proportion de familles monoparentales est plus élevée dans les zones urbaines, notamment dans les zones urbaines sensibles.

422. Voir Chapitre VII – La lutte contre la fraude aux prestations sociales dans le régime général.

423. INED, Les départements d'Outre mer face aux défis du vieillissement démographique et des migrants, Population et société, n° 460, octobre 2009.

La France est l'un des pays de l'Union européenne où la proportion de foyers monoparentaux (17,4 % en 1999) est la plus élevée⁴²⁴.

B – Les difficultés des familles monoparentales

Un risque accru de précarité apparaît dans les statistiques concernant l'emploi des familles monoparentales, comme dans celles relatives à leurs revenus, en dépit des transferts reçus.

1 – Un accès à l'emploi plus difficile

Les femmes seules avec enfant sont plus souvent présentes sur le marché du travail (en activité ou en recherche d'emploi) que les femmes en couple (80 % contre 74 %). Mais elles occupent un peu moins souvent un emploi que les mères de famille en couple (68 % contre 70 %) et se déclarent beaucoup plus souvent au chômage lorsqu'elles sont sans emploi (54 % au lieu de 31 %)⁴²⁵.

Quand elles ont un emploi, les mères de famille monoparentale travaillent moins fréquemment à temps partiel⁴²⁶ : 26 % contre 34 % pour les mères en couple. Le temps partiel des mères de famille monoparentale est en revanche plus fréquemment subi que pour les mères de famille en couple (47 % contre un quart).

2 – Un taux de pauvreté élevé

a) Un revenu initial par unité de consommation très inférieur à celui des couples avec enfant

Avant transferts, le revenu initial (revenu d'activité, indemnités du chômage, pensions alimentaires, pensions et rentes de retraite) par unité de consommation des familles monoparentales est très inférieur à celui des couples avec enfants à charge, comme le montre le programme de qualité et d'efficacité (PQE) famille figurant en annexe au PLFSS 2010, qui donne, pour les revenus 2006 actualisés pour 2008, les

424. Après le Royaume Uni (24,9 %), le Danemark (20,5 %), la Bulgarie (20 %), l'Irlande (18,7 %) et la Pologne (18,5 %). Voir A Eydoux, MT Letablier – Les familles monoparentales en France, Centre d'études de l'emploi, rapport de recherche n°36, juin 2007.

425. Ibid.

426. Chardon O., Daguet F., Vivas E., op.cit.

revenus médians par unité de consommation suivants (avant impôts et prestations) :

Niveau de vie de référence⁴²⁷ médian

	Couples	Célibataires
Sans enfant	24 758	18 368
Avec 1 enfant	20 612	12 569
Avec 2 enfants	18 692	8 762
Avec 3 enfants ou plus	13 046	

Champ : personnes appartenant à des ménages ordinaires vivant en métropole dont le revenu déclaré au fisc est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiante et a moins de 60 ans.

Source : PQE famille 2010 (DREES, enquête revenus fiscaux et sociaux 2006 actualisée 2008, modèle INES).

Ainsi, le niveau de vie de référence d'un célibataire avec un enfant⁴²⁸ ne représente que 60 % du niveau de vie de référence d'un couple avec un enfant.

b) Des transferts importants mais insuffisants

Les familles monoparentales constituent avec les couples avec trois enfants ou plus les premiers bénéficiaires des transferts fiscaux et sociaux. Ces transferts augmentent de 13 % le niveau de vie médian des parents isolés avec un enfant à charge et même de 46 % celui des parents isolés avec au moins deux enfants à charge. Par comparaison, ils augmentent le niveau de vie médian des couples avec trois enfants ou plus de 23 %⁴²⁹.

Les transferts ne sont pas les mêmes pour ces deux catégories de familles : les parents isolés bénéficient relativement moins des prestations familiales. Celles-ci n'augmentent que de 4,5 % le niveau de vie de

427. Le revenu de référence est le revenu du ménage net des cotisations sociales, de la CSG, de la CRDS. Le niveau de vie de référence est le revenu de référence divisé par le nombre d'unités de consommation (UC) du ménage : 1 UC pour le 1er adulte, 0,5 pour chaque autre personne de 14 ans ou plus et 0,3 pour les enfants de moins de 14 ans.

428. Les familles monoparentales ont en moyenne moins d'enfants que les couples : 56 % n'ont qu'un seul enfant à charge (contre 39 % des couples avec enfants) et seules 14 % des familles monoparentales ont trois enfants ou plus (contre 20 % des couples avec enfants).

429. Ils augmentent le niveau de vie médian des couples avec un enfant de 2%, celui des couples avec deux enfants de 5 %. Source : PQE famille 2010 (DREES, enquête revenus fiscaux et sociaux 2006 actualisée 2008, modèle INES).

référence des parents isolés avec un enfant à charge (mais de 30 % pour les parents isolés avec plusieurs enfants). Par contre, les minima sociaux et les aides au logement augmentent, pour leur part, le niveau de vie de référence médian des parents isolés de 8 % lorsqu'ils ont un unique enfant à charge et de 11 % lorsqu'ils en ont plusieurs. Par comparaison, ils n'augmentent que de 1,4 % le niveau de vie de référence médian des couples avec trois enfants ou plus (mais de 22 % grâce aux prestations familiales).

c) Un niveau de vie final médian qui reste inférieur à celui des couples avec enfants après transferts

Au total, après transferts sociaux et fiscaux, les familles monoparentales conservent un revenu médian par unité de consommation inférieur à celui des couples avec enfants, même si ces écarts de niveaux de vie sont réduits. D'après les données du PQE famille 2010, le niveau de vie final médian d'un célibataire avec un enfant représentait 68 % de celui d'un couple avec un enfant.

Niveau de vie final⁴³⁰ médian

	Couples	Célibataires
Sans enfant	23 539	17 501
Avec 1 enfant	21 003	14 244
Avec 2 enfants	19 553	12 797
Avec 3 enfants ou plus	16 088	

Champ : personnes appartenant à des ménages ordinaires vivant en métropole dont le revenu déclaré au fisc est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiante et a moins de 60 ans.

Source : PQE famille 2010 (DREES, enquête revenus fiscaux et sociaux 2006 actualisée 2008, modèle INES).

Au final, le taux de pauvreté des enfants de moins de 18 ans vivant dans une famille monoparentale était en 2007 de 38,4 % (28 % pour les foyers avec un seul enfant et 40 % pour les foyers comptant au moins deux enfants), contre 17,9 % pour l'ensemble des moins de 18 ans⁴³¹. Ce chiffre est stable entre 2005 et 2007.

430. Le niveau de vie final est le niveau de vie après transferts fiscaux et sociaux, c'est-à-dire le revenu après transferts divisé par le nombre d'unités de consommation.

431. Source : PQE 2010. A noter que le PQE indique également un indicateur de taux de pauvreté ancré dans le temps. Ce taux de pauvreté, obtenu en ajustant par l'inflation le seuil de pauvreté de 2005, est cependant tendanciellement orienté à la baisse, puisque les revenus croissent plus vite que l'inflation.

Une étude récente⁴³² portant sur six pays européens (Allemagne, Espagne, France, Italie, Suède, Royaume-Uni) montre que, dans tous les pays étudiés, le risque de pauvreté des enfants apparaît plus élevé dans les familles monoparentales, même lorsque le parent est en emploi, sauf au Royaume-Uni⁴³³. Ce risque est particulièrement élevé lorsque le parent n'est pas en emploi. Mais dans ce dernier cas, c'est en France que l'indice de concentration de la pauvreté⁴³⁴ apparaît le plus élevé (4,8), ce qui montre un risque spécifique pour ces familles et plaide pour un renforcement de la politique d'insertion des familles monoparentales.

Indice de concentration de la pauvreté

	Allemagne	Espagne	France	Italie	Suède	Royaume-Uni
Ensemble des enfants dépendants	0,9	1,1	1,1	1,2	1,1	1,2
Enfants dépendants vivant dans une famille monoparentale						
-le parent occupe un emploi	1,4	1,5	1,1	1,2	2,2	1,0
-autre cas	3,4	3,0	4,8	3,4	3,6	3,5

Lecture du tableau: en Allemagne, les enfants dépendants qui vivent dans une famille monoparentale sont surreprésentés dans la pauvreté (indice de concentration de 1,4).

Source : EU-SILC UDB 2006

Au total, les dispositifs publics pourtant conçus pour aider les familles monoparentales en situation de précarité n'ont ainsi pas fait la preuve de leur efficacité. En dépit de transferts sociaux et fiscaux non négligeables, le revenu de référence final par unité de consommation des

432 . Ponthieux Sophie, La pauvreté des familles : comparaisons européennes, Politiques sociales et familiales, n°98, décembre 2009.

433. Bilan de dix années de New Deal for Lone Parents (Guillaume Delautre – Revue française des Affaires Sociales 2008-1) : « En 1998, le gouvernement a mis en place un programme volontaire de suivi et d'accompagnement vers l'emploi des parents isolés, le New Deal for Lone Parents (NDLP). Cette politique d'activation s'articule avec un dispositif de crédits d'impôts ciblé sur les bas revenus et s'intègre dans une stratégie globale des politiques sociales centrée sur la pauvreté des enfants. Parti d'une situation particulièrement marquée par le sous-emploi et la pauvreté des ménages monoparentaux en comparaison avec les autres pays européens, le gouvernement a depuis enregistré des résultats substantiels ».

434. L'indice de concentration mesure le rapport entre la proportion d'une catégorie parmi les pauvres et la proportion de cette catégorie dans l'ensemble de la population. Lorsqu'il est supérieur à 1, cela indique que la catégorie est surreprésentée parmi les pauvres (ou que le taux de pauvreté de cette catégorie est supérieur à celui de l'ensemble de la population).

familles monoparentales reste très inférieur à celui des couples avec enfants et le taux de pauvreté des enfants vivant dans une famille monoparentale reste, on l'a vu, très élevé (38,4 %).

Certes, par rapport aux autres pays européens, la France se situe dans une situation intermédiaire pour le taux de pauvreté des familles monoparentales. Mais la pauvreté est particulièrement concentrée sur les familles monoparentales dans lesquelles le parent n'a pas d'emploi.

II - Les aides publiques destinées à accroître les revenus des parents isolés

Alors même que le taux de pauvreté des familles monoparentales justifierait un ciblage des interventions publiques sur les familles monoparentales défavorisées, les aides publiques destinées à accroître les revenus de ces familles se sont construites par strates successives et manquent de cohérence, notamment du fait de l'importance relative des avantages fiscaux.

A – Les aides fiscales

Les contribuables vivant seuls et ayant (ou ayant eu) des enfants à charge bénéficient d'avantages fiscaux spécifiques. Pour l'essentiel, trois dépenses fiscales sont concernées.

1 – La demi-part supplémentaire accordée aux parents isolés

Depuis l'imposition des revenus de 1995, le premier enfant à charge des contribuables célibataires, divorcés ou veufs, qui vivent seuls et supportent effectivement la charge d'un ou plusieurs enfants, ouvre droit à une part de quotient familial au lieu d'une demi-part⁴³⁵. L'avantage en impôt procuré par cette part fait toutefois l'objet d'un plafonnement spécifique (3 980 € pour l'imposition des revenus de 2009).

En 2009, le coût de cette dépense fiscale (dépense n° 11 01 10) s'est élevé à 415 M€ en hausse de 6,4 % par rapport à 2008 et de 12 % par rapport à 2006.

435. Article 194 II du code général des impôts (CGI). Par ailleurs, depuis l'imposition des revenus de 2003, lorsque la charge des enfants est également partagée entre les parents, chacun des deux premiers enfants donne droit à une majoration de quotient familial de 0,25 part à chaque parent qui vit seul et assume seul la charge des enfants au cours des périodes où ils résident à leur domicile.

Sur les 1,43 million de ménages potentiellement concernés⁴³⁶ par cette mesure fiscale, moins de la moitié, soit un peu moins de 600 000 ménages, ont véritablement bénéficié d'un allègement d'impôt au titre de cette dépense fiscale. Et parmi ces ménages bénéficiaires, l'avantage fiscal procuré par cette dépense fiscale profite principalement aux foyers fiscaux les plus aisés. Un quart de cette dépense fiscale profite à 10 % de ses bénéficiaires les plus aisés, dont le revenu fiscal de référence est supérieur à 46 471 €⁴³⁷.

2 – Le maintien du quotient conjugal pour les contribuables veufs ayant un ou plusieurs enfants à charge

En application de l'article 194 du CGI, les veufs ayant une ou plusieurs personnes à charge (enfant ou non) bénéficient d'un nombre de parts égal à celui des contribuables mariés ayant le même nombre de personnes à charge⁴³⁸.

En 2009, le coût de cette dépense fiscale (dépense n° 11 01 07) s'est élevé à 82 M€, en hausse de 36 % par rapport à 2008. Sur les 183 300 ménages potentiellement concernés par cette mesure fiscale, seuls 74 670 ménages ont effectivement bénéficié d'un allègement d'impôt au titre de cette dépense.

Comme pour la dépense fiscale n°11 01 10, l'avantage fiscal est concentré sur les derniers déciles. Plus de 22 % de cette dépense fiscale profite à 10 % de ses bénéficiaires les plus aisés, dont le revenu fiscal de référence est supérieur à 53 656 €

436. Ce nombre de contribuables « bénéficiaires » au sens de la loi de finances comprend les foyers fiscaux qui, bien qu'étant dans le champ du dispositif et bénéficiant à ce titre d'une demi-part supplémentaire, n'en retirent aucun avantage en impôt. Il s'agit des contribuables dont les revenus sont tels qu'ils sont non imposables (avec ou sans la demi-part supplémentaire) ou, plus marginalement, ceux dont l'impôt est rendu nul du fait de réductions d'impôts.

437. Le plafonnement concerne l'avantage en impôt procuré par cette mesure et non le revenu fiscal de référence du contribuable. C'est la raison pour laquelle cet avantage fiscal a bénéficié, en 2009, à un contribuable dont le revenu fiscal de référence était de 17,1 M€

438. En revanche, la majoration de quotient familial octroyée aux parents isolés n'est pas applicable aux veufs.

3 – La demi-part supplémentaire pour les contribuables vivant effectivement seuls ayant eu un ou plusieurs enfants à charge

En application du 1 de l'article 195 du code général des impôts, les personnes célibataires, divorcées ou veuves sans personnes à charge mais ayant élevé au moins un enfant avaient une demi-part supplémentaire. Cet avantage fiscal bénéficiait par conséquent à des personnes qui n'ont pas élevé seules leurs enfants, notamment dans le cas de couples qui se sont séparés après l'indépendance financière de leurs enfants.

L'article 92 de la loi de finances pour 2009 a recentré, à compter de l'imposition des revenus de l'année 2009, cet avantage fiscal au bénéfice des seuls contribuables célibataires, divorcés, séparés ou veufs vivant seuls et qui ont supporté seuls à titre exclusif ou principal la charge d'un enfant pendant au moins cinq années⁴³⁹. Par ailleurs, le plafonnement de cet avantage a été accru, puisque fixé pour tous à 884 € quelle que soit l'année de naissance de l'enfant dernier-né.

En 2009, avant application de la réforme, le coût de cette dépense fiscale (dépense n° 11 01 02) s'était élevé à 1,7 Md€ en hausse de 9,3 % par rapport à 2008 et de 10,8 % par rapport à 2006. Sur les 4,5 millions de ménages potentiellement concernés par cette mesure fiscale, 2,4 millions avaient, effectivement bénéficié d'un avantage fiscal à ce titre⁴⁴⁰. Avec la réforme, le coût de la mesure devrait diminuer, s'établissant à 850 M€ pour 2013.

4 – L'absence d'évaluation de ces aides

La cohérence de ces différentes dépenses fiscales par rapport aux prestations sociales destinées aux familles monoparentales, leur rôle redistributif et leur rapport coût efficacité n'ont pas fait l'objet d'une étude approfondie.

Les éléments statistiques présentés ci-dessus nécessiteraient par conséquent d'être prolongés par une analyse plus approfondie. En effet,

439. Pour les contribuables qui ne répondent pas à la condition d'avoir élevé seuls un enfant pendant au moins cinq ans, l'avantage fiscal antérieur, plus important, est maintenu à titre dégressif pour l'imposition des revenus des années 2009 à 2011 pour disparaître complètement pour l'imposition des revenus 2012.

440. Les autres sont des contribuables dont les revenus sont tels qu'ils sont non imposables (avec ou sans la 1/2 part) ; plus marginalement, dont l'impôt est effacé par des réductions d'impôts ; et ceux qui remplissent en plus l'une des autres conditions de l'article 195 du CGI : vieux parent et ancien combattant de + de 75 ans, vieux parent et invalide etc.

ils font apparaître que ces mesures fiscales, dont certaines sont coûteuses, et qui par construction ne bénéficient pas aux ménages monoparentaux non imposables, profitent prioritairement aux ménages monoparentaux les plus aisés. Ces avantages devraient donc être réexaminés et redéployés.

B – Les aides destinées à compenser le non paiement des pensions alimentaires

L'obligation imposée par le code civil (article 371-2) de contribuer à l'entretien et à l'éducation des enfants subsiste après le divorce ou la séparation des parents. Elle prend alors la forme d'une pension alimentaire (article 373-2-2) dont le montant est fixé par le juge aux affaires familiales.

Toutefois, une allocation de soutien familial (ASF) peut être versée par la branche famille dans plusieurs cas : lorsque l'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. 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.

1 – Les pensions alimentaires

Dans les cas les plus fréquents, les familles monoparentales reçoivent une pension alimentaire. En 2007, on comptait près de 75 000 divorces impliquant au moins un enfant mineur et on estime à 70 000 le nombre de séparations de concubins avec enfants⁴⁴¹. Une pension alimentaire est fixée dans 78 % des cas de divorce et dans 75 % des séparations faisant appel au juge aux affaires familiales⁴⁴².

Mais on connaît mal les montants de ces pensions. Jusqu'en avril 2010, les juges ne disposaient pas de barème indicatif pour fixer la contribution à l'entretien et à l'éducation des enfants⁴⁴³ et les données statistiques relatives aux pensions alimentaires dont dispose actuellement le ministère de la justice sont extrêmement parcellaires. En routine, les

441. Prioux F, L'évolution démographique récente en France, Population n° 63, 2008.

442. Chaussebourg Laure, Baux Dominique, L'exercice de l'autorité parentale après le divorce ou la séparation des parents non mariés, ministère de la justice, octobre 2007.

443 Une circulaire de la Chancellerie du 12 avril 2010 a diffusé aux magistrats une table de référence, outil d'aide à la décision pour la fixation des pensions alimentaires.

statistiques portant sur les affaires traitées par les juges aux affaires familiales sont issues du répertoire général civil. Or ces données sont très limitées et très mal renseignées par les juridictions.

Afin de disposer de données plus complètes et récentes, le pôle d'évaluation de la justice civile, rattaché à la direction des affaires civiles et du Sceau, a lancé en 2009 une enquête portant sur les décisions de l'ensemble des chambres d'appel recensées dans la base de données Jurica gérée par la Cour de cassation. Un échantillon de 2 000 décisions est en cours d'analyse afin de disposer de données telles que le montant de la pension, le revenu des parents, le nombre et l'âge des enfants, leur résidence... Cette enquête devrait également permettre d'évaluer l'impact de l'application d'un barème indicatif pour la fixation des pensions alimentaires, expérimenté en 2009 à la Cour d'appel de Toulouse.

Mais cette enquête ne permettra pas de disposer d'éléments concernant le paiement effectif des pensions alimentaires dues. Or, sur ce point, il n'existe aucune donnée récente, la dernière enquête de l'INED sur le recouvrement des pensions alimentaires portant sur des données de 1985⁴⁴⁴. A cette date, 60 % des pensions étaient versées régulièrement et complètement, 10 % partiellement et 30 % pas du tout.

2 – L'allocation de soutien familial

Issue de l'ancienne allocation d'orphelin (créée en 1970 et étendue en 1975 aux enfants de parents divorcés ou séparés lorsqu'ils ont manifestement été abandonnés par leur parent non gardien), l'allocation de soutien familial (ASF), créée par la loi n° 84-1171 du 22 décembre 1984, est versée par la branche famille.

L'ASF est une prestation familiale non soumise à condition de ressources qui peut être versée au père seul, à la mère seule ou à toute autre personne ayant recueilli un enfant et en ayant la charge effective et permanente. L'enfant doit avoir moins de 20 ans. L'ASF est soumise à une condition d'isolement (sauf dans les cas assez rares où l'enfant, privé de ses deux parents, a été recueilli). En 2010, le montant de l'ASF était de 87,14 € par mois pour l'enfant privé de l'aide de l'un de ses parents et de 116,18 € par mois pour l'enfant privé de l'aide de ses deux parents.

Il existe en fait deux catégories d'allocation de soutien familial :

- l'ASF dite non recouvrable (ASFNR) concerne les enfants orphelins de père et/ou de mère, ceux dont la filiation n'est établie qu'à l'égard

444. Festy Patrick et Valetas Marie-France, Le divorce et après, Population et société n° 215, 1987.

d'un seul des parents, ceux dont l'autre parent est présumé ou déclaré absent par jugement, ainsi que les enfants dont le parent non gardien est considéré comme « hors d'état » de subvenir à leurs besoins⁴⁴⁵ (cf. infra) ;

- dans tous les autres cas, l'ASF est recouvrable (ASFR): elle est versée en tant qu'avance sur pension alimentaire, à titre provisoire pendant quatre mois. Pour bénéficier du maintien de cette allocation au-delà des quatre premiers mois, le créancier doit engager une action contre le débiteur.

a) Le nombre croissant de bénéficiaires

Au 31 décembre 2008, un peu plus de 717 000 familles percevaient l'ASF. Ce chiffre est en augmentation de 14 % depuis 1999 et de 6,6 % depuis 2003. La progression est particulièrement forte dans les DOM, dans lesquels le nombre de familles bénéficiaires de l'ASF a atteint 96 000 en 2008, soit 28 % de plus qu'en 1999 et 10,7 % de plus qu'en 2003.

Les allocataires sont principalement des familles monoparentales (98,5 %) ayant un ou deux enfants à charge. Environ 89,7 % de ces familles monoparentales ont un revenu mensuel inférieur à 1,5 SMIC et 52,4 % d'entre elles disposent même de moins d'un demi SMIC.

Fin 2008, le versement de l'ASF concernait 1 135 000 enfants, soit 8 % de plus qu'en 2003. En métropole, ces enfants sont principalement des enfants dont l'un des parents est hors d'état de payer une pension alimentaire ou à qui l'on n'a pas fixé de pension (40,2 %), des enfants dont la filiation est établie par un seul parent (30,4 %) et dans une moindre mesure des enfants orphelins de père ou mère (21,1 %). Dans les DOM, ce sont majoritairement des enfants dont la filiation n'est établie que par un seul parent (70,9 %).

Les dépenses d'ASF ont atteint 1,173 Md€ en 2008.

Dépenses de la branche famille consacrées à l'ASF de 2002 à 2008

En M€

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Dépenses d'ASF	955	992	1 028	1 0715	1 099	1 181	1 173

Champ : données tous régimes.

Source : CNAF

445. S'il appartient en principe aux juges de fixer l'obligation alimentaire, les CAF ont la possibilité de se prononcer sur la situation de « hors d'état », afin d'éviter des demandes intempestives et manifestement non fondées de fixation de pension.

b) Un partage complexe entre solidarité familiale et solidarité nationale

Même dans le cas où les deux parents sont vivants et ont reconnu l'enfant, la solidarité nationale, sous la forme de l'ASF non recouvrable, peut prendre le relais du parent non gardien, lorsque celui-ci n'est pas en mesure (« hors d'état ») de s'acquitter d'une pension alimentaire. Toutefois, le partage entre ce qui relève de la solidarité nationale et ce qui doit relever de la solidarité familiale n'est pas clairement établi.

Dans les faits, la quasi-totalité des bénéficiaires de l'ASF (94 %) perçoivent une ASF non recouvrable. L'ASFNR représentait en effet 96,9 % des dépenses d'ASF de la branche famille en 2008. Le poids déterminant de l'ASFNR est due à la forte proportion de parents considérés comme « hors d'état » de s'acquitter de la pension.

Or, l'appréciation des situations de « hors d'état » est délicate et les outils mis à disposition des CAF pour ce faire sont très restreints. La circulaire ministérielle du 15 juillet 1985 qui définit les différentes catégories de « hors d'état », n'a jamais été actualisée. Une circulaire plus récente de la CNAF du 21 août 2001, qui est venue rappeler les différentes catégories de « hors d'état » le fait en des termes très vagues. Il revient par conséquent aux CAF de définir une doctrine quant à cette notion de « hors d'état » et de préciser les pièces justificatives nécessaires. Il s'ensuit probablement une inégalité de traitement entre allocataires.

En pratique, justement parce qu'elles ont des difficultés à cerner cette notion de « hors d'état », quand la situation du débiteur est difficilement vérifiable (adresse inconnue, débiteurs situés dans un pays étranger) ou quand les vérifications requises par la circulaire prennent du temps, les CAF tendent à refuser d'accorder une ASF non recouvrable et demandent par conséquent aux allocataires de saisir le juge aux affaires familiales (JAF) pour faire fixer une pension alimentaire, provoquant l'engorgement de ces juridictions. Or, les juges eux-mêmes sont, bien souvent, dans l'incapacité de fixer une pension alimentaire. Dès lors, au vu de la décision de justice, les CAF peuvent alors considérer le débiteur comme hors d'état.

Cette réticence des CAF à exercer une de leurs compétences aboutit à une longue et complexe procédure, en fin de compte peu utile. Mais l'étendue de ce « report de charge » vers les JAF n'est pas connue. En effet, les outils informatiques de la branche famille ne permettent pas de distinguer, parmi les situations de hors d'état, celles qui ont été directement appréciées par les CAF de celles qui ont nécessité un passage devant le JAF.

Afin de limiter les saisines des juges aux affaires familiales, le rapport de la commission Guinchard du 27 juin 2008 sur la répartition des contentieux avait préconisé notamment :

- d'une part, la limitation de la saisine du JAF en matière de droit à l'ASF et à l'API aux seuls cas où le débiteur défaillant est localisé et solvable ;
- d'autre part, la mise en place d'un barème indicatif en matière de pensions alimentaires, en particulier dans le but d'améliorer l'articulation entre la fixation des contributions à l'entretien de l'enfant et celui de l'ASF.

A partir notamment de ces préconisations, un groupe de travail associant la CNAF, le ministère de la justice, la DSS et la DGCS (anciennement DGAS) réfléchit de manière plus globale à une réforme de l'ASF. Celle-ci apparaît en effet indispensable.

c) Les évolutions envisageables.

Les règles qui régissent l'ASF sont en effet très complexes et n'ont pas été revues depuis 1985. En conclusion d'une enquête précédente, en 1998, la Cour avait formulé plusieurs recommandations, non suivies d'effet. En 2000, de même, le conseil d'administration de la CNAF s'était prononcé en faveur de plusieurs mesures de simplification⁴⁴⁶, également sans suites.

Pourtant, outre la nécessaire clarification de la notion de « hors d'état », une réforme de l'ASF pourrait utilement modifier les règles relatives à l'aide au recouvrement des créances alimentaires, notamment pour mieux prendre en compte les cas de médiation familiale et faciliter la mise en œuvre du recouvrement par les CAF.

Une telle réforme pourrait également modifier les règles relatives à l'ASF différentielle. Aujourd'hui, une aide au recouvrement des créances alimentaires apportée par les CAF⁴⁴⁷ intervient lorsque l'ASF est versée à titre recouvrable ou à la demande d'un parent qui ne peut bénéficier de l'ASF, par exemple parce qu'il a repris une vie maritale. L'organisme débiteur des prestations familiales recouvre alors les créances en cause.

446. Ces propositions étaient les suivantes : rétroactivité limitée du droit à l'ASF ; limitation de la prise en charge des arriérés à recouvrer, extension à 12 mois de la procédure de paiement direct, abandon des créances anciennes non recouvrables, extension de la notion de « hors d'état », réforme de l'ASF différentielle.

447. Aux termes des articles L. 581-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

Mais les règles relatives au montant de l'ASF restent inadaptées. En effet, en cas de défaillance partielle du débiteur, c'est-à-dire lorsque son versement n'atteint pas le montant de la pension alimentaire fixée, un complément d'ASF est versé, dans la limite du montant de l'ASF si la pension est supérieure à l'ASF, dans la limite de la pension alimentaire si celle-ci est inférieure à l'ASF. Toutefois, cette ASF différentielle n'est aujourd'hui versée qu'à un nombre très restreint de bénéficiaires (445 en juin 2009). Sa suppression pourrait probablement dès lors être envisagée.

En revanche, la création d'une ASF véritablement différentielle, destinée à compléter les petites pensions alimentaires jusqu'au montant de l'ASF, pourrait être expérimentée. Actuellement, si une pension d'un montant inférieur à l'ASF est fixée par le juge et que le parent non gardien s'en acquitte, la famille ne percevra pas d'ASF. A contrario, en cas de défaillance totale du débiteur, le montant de l'ASF est intégralement versé, que le montant de la pension alimentaire soit supérieur ou inférieur au montant de l'ASF. Cette situation apparaît inéquitable et produit des effets pervers, puisqu'elle incite les parents non gardiens à ne pas s'acquitter de leur obligation, afin que le parent gardien perçoive l'ASF. Elle incite également les juges à ne pas fixer de pension alimentaire, afin que les allocataires ne soient pas lésés financièrement. Or, l'absence de pension alimentaire constitue, selon les JAF, un obstacle au maintien ou à la restauration des relations parents/enfant.

Le coût de la création d'une ASF différentielle est difficile à chiffrer. Par ailleurs, la création d'un tel dispositif risque de générer des difficultés de gestion importantes dans les CAF dans le cas où la pension ne serait pas payée : les CAF seraient alors confrontées à la nécessité de recouvrer ces pensions d'un montant très faible. Compte-tenu de ces incertitudes, il serait donc utile d'expérimenter un tel dispositif dans quelques CAF, afin d'évaluer son impact sur les pratiques des juges et sur les charges de gestion des CAF.

Les pistes ouvertes sont donc multiples et d'ailleurs d'ampleur variable. La mise en œuvre de ces réformes, susceptibles de renforcer l'efficacité de l'ASF, traduirait de la part des tutelles une prise de conscience accrue de la fragilité relative des familles monoparentales.

En complément, une implication plus forte des CAF et de la CNAF dans la gestion de cette allocation paraît souhaitable. Les dernières analyses du recouvrement de l'ASF avaient mis en évidence certains dysfonctionnements : « un déploiement limité de l'applicatif ASF et l'existence de plusieurs applicatifs locaux ; une mobilisation autour de la mission de recouvrement des pensions alimentaires quelque peu émoussée. » A la suite d'un audit réalisé sur l'applicatif ASF, la création d'un nouvel applicatif avait été décidée en 2003. Mais celui-ci

est toujours en cours de développement. Cette inertie reflète à nouveau une insuffisante mobilisation de la branche et de la tutelle.

C – L'allocation parent isolé

Créée en 1976, l'allocation parent isolé est une prestation familiale versée par la branche famille, mais à la charge de l'Etat depuis le 1^{er} janvier 1999. Elle est destinée :

- soit aux parents qui élèvent seuls un ou plusieurs enfants âgés de moins de trois ans (API longue, jusqu'aux 3 ans du plus jeune enfant) ;
- soit aux parents séparés, veufs ou divorcés depuis moins d'un an et élevant seuls un ou plusieurs enfants, quel que soit l'âge de ces derniers (API courte, d'une durée maximale d'un an).

Depuis le 1^{er} juin 2009, l'API a été supprimée en tant que prestation distincte pour la métropole et a été intégrée dans le RSA. En revanche, elle est maintenue dans les départements d'outre-mer pour 28 500 allocataires au 31 décembre 2008 représentant 14 % du montant national de l'API.

1 – L'augmentation des bénéficiaires et des dépenses

En 2008, l'API avait été versée à 200 000 allocataires. 84 % des allocataires de l'API perçoivent une « API longue » et plus de 98 % des allocataires de l'API sont des femmes.

Entre 1990 et 2006, le nombre de bénéficiaires de l'API a crû de 40 %, cette augmentation étant entièrement portée par la croissance du nombre de bénéficiaires de l'API longue. Cette évolution résulte de la progression des familles monoparentales en situation précaire, ainsi que du regain des naissances des trois dernières années. Par ailleurs, la forte progression de bénéficiaires observée dans les DOM (11 %), du fait de l'alignement progressif des barèmes sur la métropole à l'horizon 2007, contribue également à la hausse.

Le nombre de bénéficiaires de l'API a toutefois ensuite diminué de 8 % entre 2006 et 2008, essentiellement en raison de la mise en place de la mesure de subsidiarité entre l'API et l'ASF (cf. infra).

Parallèlement, les dépenses relatives à l'API, à la charge de l'Etat, ont progressé de 28 % entre 2002 et 2008, pour atteindre 1,024 Md€⁴⁴⁸.

2 – La mise en œuvre de la subsidiarité entre l'API et l'ASF

a) *L'obligation de faire valoir prioritairement ses droits aux créances d'aliments et à l'ASF*

L'article 136 de la loi de finances 2007 a institué, comme pour le RMI, l'obligation pour le bénéficiaire d'API de faire valoir prioritairement ses droits aux créances d'aliments ainsi qu'à l'ensemble des autres prestations sociales auxquelles il est en mesure de prétendre, y compris à l'ASF. Cette disposition reste applicable depuis la mise en place du RSA.

Ces nouvelles dispositions sont assorties de sanctions financières pour les bénéficiaires de l'API (et du RSA) qui se soustrairaient à cette obligation, sous la forme d'une minoration de l'API (du RSA) égale à l'ASF due pour un seul enfant (87,14 € au 1er janvier 2009). Ainsi, en l'absence de dépôt de demande d'ASF, le montant de l'API (du RSA) est réduit au terme du troisième mois du montant de l'ASF.

L'allocataire peut toutefois demander à être dispensé de faire valoir son droit à créance alimentaire auprès de l'organisme des prestations familiales (pour l'API) ou du conseil général (pour le RSA). Des dispenses sont accordées notamment si l'autre parent est reconnu « hors d'état » (cf. supra) de faire face à son obligation alimentaire⁴⁴⁹.

Si l'allocataire ne demande pas de dispense ou n'effectue pas les démarches nécessaires auprès du juge en vue de faire fixer le montant de la pension alimentaire, dans un délai de quatre mois, le montant de l'API (du RSA) est réduit, au terme du cinquième mois, du montant de l'ASF. En application de la loi, les premières sanctions financières correspondantes sont apparues au mois de juillet 2007.

448 . Les dépenses effectives d'API ayant été de manière quasi systématique supérieures aux crédits inscrits en lois de finances, une dette de l'Etat vis-à-vis de la sécurité sociale s'est constituée. Au 30 novembre 2009, la dette de l'Etat atteignait près de 73 M€

449. D'autres cas de dispense sont possibles : dispense en cas d'arrangement amiable entre les parents et même dispenses en opportunité. Ces cas de dispense n'ont pas été précisés et sont définis au niveau de chaque CAF (ou du conseil général pour le RSA), ce qui génère là encore un risque d'inégalité de traitement entre allocataires

b) Les effets budgétaires de la réforme

La mesure de subsidiarité API/ASF devait mécaniquement conduire à un transfert de charge entre l'Etat et la sécurité sociale, puisque l'ASF est à la charge de la sécurité sociale tandis que l'API est à la charge de l'Etat. Il devait en résulter une économie, pour l'Etat, de 142,5 M€ en 2008⁴⁵⁰.

Toutefois, cette mesure n'a pas seulement conduit à un simple transfert de charge entre l'Etat et la sécurité sociale. Elle a également généré des économies nettes, dans la mesure où près de 56 000 bénéficiaires de l'API se sont retrouvés sanctionnés pour n'avoir pas engagé les démarches requises. Or, la CNAF ne dispose pas d'éléments permettant de comprendre la situation des familles qui se retrouvent sanctionnées pour ne pas avoir engagé de démarche de fixation de pension alimentaire. Plusieurs explications sont en effet envisageables : incompréhension des nouvelles règles et/ou des procédures à suivre pour engager un contentieux ; réticences à engager un contentieux avec le parent non gardien ; existence d'un arrangement amiable avec le parent non gardien.

En 2008, l'Etat a ainsi réalisé des économies d'API pour environ 113 M€ (tous régimes). A l'inverse, la mesure s'est traduite par des dépenses supplémentaires d'ASF (+34 M€). Mais celles-ci n'ont représenté que 33 % des économies d'API. Au total, la mise en place de la subsidiarité ASF-API a donc généré une économie nette de -79 M€

D – Le revenu de solidarité active

Le revenu de solidarité active (RSA) est une prestation versée aux personnes de plus de 25 ans⁴⁵¹ (plus jeunes s'ils ont un enfant à charge ou à naître) qui sont sans activité ou qui perçoivent de faibles revenus professionnels. Après une période d'expérimentation, le revenu de solidarité a été généralisé en métropole à compter du 1^{er} juin 2009 par la loi du 1er décembre 2008. Le RSA remplace l'API, le RMI et les anciens dispositifs d'incitation à la reprise d'une activité.

Le RSA poursuit deux objectifs : la lutte contre la pauvreté et l'insertion de ses bénéficiaires. Il comprend deux éléments :

450. Source : PAP 2008.

451. La limite d'âge est ramenée à 18 ans, sous certaines conditions relatives à l'activité préalable, à partir de septembre 2010.

- la part la plus nouvelle est le RSA « activité » aussi appelé « RSA chapeau » : les personnes exerçant ou reprenant une activité professionnelle peuvent cumuler leur allocation avec leurs revenus du travail dans une limite fixée à 62 %. Cette part de la prestation est prise en charge par l'Etat (cette composante fait l'objet d'une analyse en partie III) ;
- le RSA « forfaitaire », également appelé RSA « de base » ou « RSA socle », vise les anciens bénéficiaires de l'API et du RMI. Il joue le rôle de revenu minimum garanti quand les personnes n'ont aucune activité rémunérée⁴⁵² (dans les développements qui suivent, seul ce RSA socle sera évoqué). Les personnes isolées assumant la charge d'un ou plusieurs enfants ainsi que les femmes isolées en situation de grossesse bénéficient d'une majoration limitée dans le temps. Cette majoration (dite « RSA socle majoré ») est équivalente, tant par son montant que ses conditions d'attribution, à l'API. Le RSA socle est financé par les départements.

1 – La transition API/RSA socle majoré

Avec la mise en place du RSA socle majoré, les départements prennent ainsi désormais en charge les anciens bénéficiaires de l'API, auparavant financée par l'Etat.

Or, ce transfert de financement entre l'Etat et les départements s'est accompagné d'une forte augmentation des dépenses (+12,3 % sur la période juin-septembre 2009 en incluant le reliquat d'API par rapport à la même période de l'année précédente, +19 % sur la période juin-décembre). L'effet prix (revalorisation de la base mensuelle de calcul des allocations familiales -BMAF- en 2009) n'explique qu'une partie très limitée de la dépense (3 % sur les 19 %). L'augmentation des dépenses comptables mensuelles entre juin 2009 (69,4 M€) et décembre 2009 (95,3 M€ sans le reliquat d'API) résulte principalement de l'augmentation des effectifs.

Le nombre de foyers bénéficiaires du RSA socle majoré s'élevait à 189 000 en juin 2009 contre 176 000 bénéficiaires de l'API⁴⁵³ en mars 2009, soit une augmentation de 13 000 bénéficiaires (15 000 en tenant

452. Comme le RMI et l'API, le RSA socle est une allocation différentielle dont le montant varie selon le nombre d'enfants à charge et la situation familiale.

453. Le nombre de bénéficiaires de l'API est calculé en excluant les bénéficiaires d'un droit théorique à l'API et d'une prime forfaitaire d'intéressement. En effet, les primes d'intéressement API sont davantage comparables par nature au RSA activité, qui reste à la charge de l'Etat.

compte du reliquat d'API, soit +8,4 %). Cette augmentation s'est poursuivie de manière continue, mais avec une ampleur moindre sur les mois de juillet à septembre⁴⁵⁴ (+4,6 %). Sur cette même période, le RSA socle non majoré n'a progressé que de 3,9 %.

Plusieurs facteurs pourraient être à l'origine de l'augmentation de 15 000 bénéficiaires observée entre mars et juin 2009⁴⁵⁵. Le principal est l'attribution désormais automatique, depuis juin 2009, du RSA majoré aux bénéficiaires du RMI qui remplissaient les conditions d'éligibilité à l'API et qui n'avaient pas effectué de demande (auparavant, ceux-ci n'avaient droit à l'API que dans le cas où ils déposaient une demande). D'après la CNAF, cet effet serait significatif (environ 8000 bénéficiaires). La DGCS, de son côté, estime que seuls 2000 foyers pourraient être concernés par cet effet.

D'autres facteurs peuvent également avoir joué, dans des proportions qui ne sont pas connues : la démographie, la dégradation de l'activité économique mais aussi des facteurs de gestion locale qui restent inexplicables. L'augmentation moyenne du nombre de bénéficiaires et des dépenses de RSA socle majoré s'est en effet accompagnée de fortes disparités entre les CAF. Ainsi, sur la période juin-octobre 2009, 25 départements ont vu leur nombre d'allocataires API/RSA socle diminuer (Corse) ou augmenter de moins de 5 % (au nombre desquels le Val d'Oise (+1 %), l'Essonne (+2 %), le Var (+4 %), l'Hérault, les Alpes Maritimes, la Seine et Marne, la Moselle ou les Bouches du Rhône (+5 %). Au contraire, 22 départements augmentent de 15 % ou plus. Le Rhône augmente de 12 %, le Val de Marne, la Loire-Atlantique et la Haute-Garonne de 13 %, Paris de 14 %. Ces divergences entre CAF pourraient s'expliquer par des situations antérieures plus marquées de non recours de certains allocataires à leurs droits.

454. Données quasi-consolidées dans l'attente des données consolidées qui ne sont constituées qu'environ six semaines après la fin du mois et diffusées trimestriellement.

455. Selon le rapport intermédiaire du comité d'évaluation du RSA remis le 23 décembre 2009, ces facteurs sont également : le relèvement de l'âge de prise en compte des enfants à charge de 20 ans (pour l'API) à 25 ans (pour le RSA majoré), l'exclusion des majorations pour âge des allocations familiales de la base ressource du RSA, ce qui était déjà le cas du RMI, mais pas de l'API et l'application temporaire de règles de gestion simplifiées pour le traitement des dossiers de RSA majoré.

2 – L'impact du RSA socle sur les familles monoparentales

La DSS et la DGTrésor ont développé des analyses par cas-type pour, en particulier, mettre en évidence l'incidence de la structure de la taille de la famille sur les montants de RSA versé.

Les travaux de la DSS, intégrés dans le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale paru en octobre 2009, mettaient en évidence que le montant du RSA socle est plus élevé pour les couples que pour les parents isolés, mais également d'autant plus faible que le nombre d'enfants à charge est élevé.

Ces écarts sont dus au caractère différentiel du RSA⁴⁵⁶ et au fait que les prestations familiales présentent un caractère fortement progressif avec le nombre d'enfants et sont plus favorables aux familles monoparentales, notamment du fait du versement de l'ASF. Le RSA socle atténue par conséquent le caractère redistributif des prestations familiales.

Ainsi, un couple avec deux enfants sans activité reçoit au titre du RSA socle 696 € en 2009, contre 683 € pour un couple avec un enfant et 558 € pour un couple avec trois enfants. Un parent isolé sans activité avec un enfant à charge bénéficie d'un RSA de base de 486 € contre 385 € avec deux enfants et 160 € avec trois enfants.

E – Les dérogations bénéficiant aux parents isolés dans le cadre de certaines prestations

D'autres avantages spécifiques existent pour les familles monoparentales, sous la forme de prestations complémentaires pour le handicap ou de majorations de plafonds, pour diverses prestations sous conditions de ressources. Leur incidence, notamment pour les familles les plus fragiles, est encore plus difficile à apprécier.

1 – Les prestations complémentaires pour handicap

Depuis le 1^{er} janvier 2006, les parents isolés bénéficient d'une majoration spécifique qui peut s'ajouter lorsqu'un enfant, bénéficiant de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), de la prestation de compensation du handicap (PCH) ou d'un complément (de 2^{ème}, 3^{ème},

456. Le montant du RSA socle versé au bénéficiaire est la différence entre le montant maximal du RSA socle et les ressources du foyer, qui comprennent notamment les prestations familiales.

4^{ème}, 5^{ème} ou 6^{ème} catégorie) attribué pour recours à une tierce personne, est à la charge d'un parent isolé.

Le coût de la majoration pour parent isolé est actuellement supporté par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), contrairement à l'AEEH qui est financée par la branche famille. En 2009, le CNSA a ainsi versé à la CNAF un concours de 22,8 M€⁴⁵⁷. Ce concours diminue à partir de 2010, pour disparaître en 2012.

2 – La majoration du plafond de ressources

Les parents isolés bénéficient d'une majoration du plafond de ressources pour certaines prestations qui ne leur sont pas réservées : complément familial, prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), allocation journalière de présence parentale (AJPP), allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

L'ampleur de la majoration varie de 20 à 30 % selon les prestations et les configurations familiales. L'adéquation de ces majorations aux besoins des familles monoparentales n'a pas été évaluée.

Le nombre de parents isolés bénéficiant de ces majorations de ressources n'est pas connu. Il en est de même d'ailleurs en ce qui concerne le taux d'exclusion, c'est-à-dire le nombre de parents isolés situés au-dessus du plafond de ressources.

On peut relever toutefois que l'allocation de rentrée scolaire (ARS), pour laquelle pourtant le plafond de ressources est le plus bas de l'ensemble des prestations familiales, ne comprend pas de majoration spécifique du plafond de ressources pour les parents isolés.

L'absence de vision d'ensemble des avantages destinés aux familles monoparentales et en particulier aux plus fragiles d'entre elles paraît ainsi confirmée.

III - Les aides publiques destinées à faciliter l'accès à l'emploi des familles monoparentales

En complément des transferts sociaux, des aides spécifiques à la recherche d'emploi sont prévues pour les familles monoparentales. Mais ces aides, qui peuvent être financières ou non, se révèlent relativement limitées ou mal adaptées.

457. Source : CNSA.

A – Les incitations financières

1 – Les dispositifs antérieurs au RSA

Contrairement au RMI, l'API était initialement attribuée sans obligation d'insertion sociale ou professionnelle. L'API étant, comme le RMI, une allocation différentielle, elle présentait l'inconvénient de décourager la reprise d'une activité salariée dès lors que les revenus salariaux venaient en déduction de son montant. Afin de réduire cet effet pervers, plusieurs mécanismes dits d'intéressement ont été mis en place.

Le dispositif d'intéressement valant pour le RMI a été ouvert à l'API en 1998 puis étendu en 2001 et 2006, permettant ainsi aux allocataires de cumuler de manière dégressive leur allocation avec des revenus d'activité. Le bénéfice de l'intéressement était limité dans le temps.

Pour autant, en 2004, seulement 11 % des bénéficiaires de l'API percevaient un revenu d'activité et 6 % bénéficiaient d'une mesure d'intéressement⁴⁵⁸. Certes, en 2007, 11,2 % des allocataires bénéficiaient d'une aide au retour à l'emploi contre 5,8 % en 2005. Mais dans cette catégorie étaient regroupés les bénéficiaires des mesures d'intéressement et ceux des contrats aidés. Or, la progression enregistrée entre 2005 et 2007 est essentiellement due à la possibilité accordée aux bénéficiaires de l'API d'obtenir un contrat d'avenir ou un contrat d'insertion (CIRMA)⁴⁵⁹. A l'inverse, les mesures d'intéressement n'ont été utilisées que par un nombre très réduit d'allocataires de l'API (7,2 % en 2007, contre 5,5 % en 2005).

Le nombre d'allocataires ayant recours à l'intéressement a de plus fortement chuté à partir du second semestre 2008, passant de 8 136 en mars 2008 à 5 317 en mars 2009, en raison de la détérioration du marché de l'emploi. Alors que la cible pour ce dernier était fixée (dans le rapport annuel de performance) à 11,2 % de bénéficiaires de l'API disposant d'une aide au retour à l'emploi, seuls 9 % avaient, en moyenne, obtenu une telle aide.

458. Cazain S., Donné S., « Le dispositif d'intéressement à la reprise d'activité des allocataires du RMI », l'e-ssentiel, n° 67, 2007.

459. La loi n° 2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale a ouvert aux bénéficiaires de l'API le bénéfice des contrats d'avenir et contrats d'insertion-revenu minimum d'activité (CI-RMA). En avril 2007, 5 636 bénéficiaires de l'API avaient signé un contrat d'avenir et 890 un CIRMA.

2 – Le RSA activité

Le RSA activité, qui se substitue aux dispositifs antérieurs d'incitation au retour à l'emploi (intéressement, prime de retour à l'emploi), à l'exception de la prime pour l'emploi, a pour caractéristiques de pérenniser et d'accroître les incitations financières. En effet, à la suite d'une reprise d'activité, l'ensemble des revenus d'activité peut être cumulé avec le RSA socle pendant une période de trois mois (situation dite de « cumul intégral »). Le cumul intégral est possible quatre mois sur douze dans l'année. Par la suite, la part des revenus d'activité pouvant être cumulée avec le RSA généralisé est limitée à 62 %.

a) Les incitations financières à la reprise d'un emploi pour les familles monoparentales

Pour autant, les analyses réalisées début 2009 par la DGTPE⁴⁶⁰ font apparaître que les gains à la reprise d'un emploi générés par le RSA sont moindres pour les familles monoparentales que pour les couples, comme le montre le tableau qui suit.

Augmentation du revenu disponible suite à la reprise d'un emploi selon la configuration familiale (RSA non majoré)

En €/mois

Situation familiale du ménage	Reprise d'un emploi à...						
	...0,25 SMIC		...0,5 SMIC		...1 SMIC		
	Sans RSA	Avec RSA	Sans RSA	Avec RSA	Sans RSA	Avec RSA	
Personne seule	0	161	130	262	458	458	
Famille monoparentale	1 enfant	0	161	110	322	488	497
	2 enfants	0	161	213	322	612	612
	3 enfants	100	161	442	442	879	879
Couple inactif puis monoactif	sans enfant	0	161	78	322	344	439
	1 enfant	0	161	81	322	299	502
	2 enfants	0	161	84	322	311	523
	3 enfants	0	161	87	322	486	556

Source : maquette PARIS, législation 1^{er} semestre 2009, DGTrésor, Trésor éco « Le revenu de solidarité active : principes de construction et effets attendus », n° 61, juillet 2009.

460. Source : des chiffrages plus récents et plus complets concernant le gain du retour à l'emploi pour les familles monoparentales, qui distinguaient notamment les gains selon que les enfants ont plus ou moins de 3 ans, ont été produits par la DGTrésor mais ne sont pas reproduits ici car ils ne permettent pas de comparer les différentes situations familiales (couples ou parents isolés).

En particulier, pour un parent isolé avec trois enfants à charge, la mise en place du RSA n'accroît le revenu disponible en cas de reprise d'un emploi que pour un temps travaillé très faible (moins d'un demi-SMIC).

b) Une montée en charge très lente

Début 2009, le nombre de foyers bénéficiaires du RSA activité seul, en régime de croisière, était estimé à environ 1,5 million. Corrélativement, le coût du RSA activité, à la charge de l'Etat via le fonds national des solidarités actives (FNSA), était supposé atteindre 1,6 Md€

Or, les crédits réellement consommés n'ont atteint que 555 M€ en 2009. Et sur le seul champ CAF, le nombre de bénéficiaires du RSA activité seul s'élevait à 366 000 en septembre 2009 et 404 000 en décembre 2009 (données consolidées).

De nombreux facteurs sont susceptibles d'expliquer la lenteur de la montée en charge : la situation économique ; la complexité du dispositif (34 % des dossiers traités par les CAF entre avril et septembre 2009 n'ont pas conduit à un droit payable au RSA, principalement pour dépassement du plafond de ressources) ; le refus d'engager des démarches pour un gain jugé trop faible (le RSA est versé à partir de 6 €) ; la crainte de communiquer des données précises sur la déclaration trimestrielle de ressources ; la crainte d'un déclassement...

Dans un tel contexte d'incertitude, l'incidence spécifique du RSA activité sur les familles monoparentales n'est pas connue.

B – La levée des obstacles non financiers

La levée des obstacles non financiers à la reprise d'un emploi n'est pas suffisante pour inciter à la reprise d'un emploi, comme en témoigne l'échec relatif des dispositifs d'incitation à la reprise d'un emploi antérieurs au RSA auprès des familles monoparentales.

Ces obstacles sont nombreux, en particulier pour les familles monoparentales : mode de garde des enfants, qualification et formation professionnelle, transports. Plus de la moitié des bénéficiaires de l'API qui recherchent un emploi déclarent avoir rencontré des difficultés dans

leurs démarches⁴⁶¹. La difficulté la plus souvent évoquée est la garde d'enfant (60 % des cas), puis l'absence de moyen de transport (44 %) et le coût des transports (34 %).

Au-delà de la levée de ces obstacles, un accompagnement personnalisé des familles monoparentales peut s'avérer nécessaire. Or, sur l'ensemble de ces points, l'intervention publique est jusqu'à présent restée très limitée.

1 – L'accès à la garde d'enfant des familles monoparentales

Environ 12 % des enfants de moins de trois ans vivent avec un seul de leur parent, qui assure le plus souvent la garde. En effet, 71 % des enfants de parent isolé sont principalement gardés par leur parent⁴⁶², contre 62 % des enfants dont les parents vivent en couple⁴⁶³. Ainsi, bien que seul l'un des deux parents soit alors disponible pour assurer la garde, les enfants de moins de trois ans qui vivent avec un parent sans conjoint sont plus fréquemment gardés par celui-ci que les autres enfants, le parent exerçant alors moins souvent un emploi : 64 % des parents isolés ayant de jeunes enfants sont inactifs ou au chômage, contre 24 % des autres parents d'enfants de moins de trois ans et 38 % des mères vivant en couple.

Seuls 23 % des parents isolés ont recours à un mode de garde rémunéré (contre 33 % des couples). Le mode de garde payant auquel ont le plus fréquemment recours les parents isolés est la crèche (13 %, contre 10 % des parents en couple).

La loi n° 2006-639 du 23 mars 2006 relative au retour à l'emploi et aux droits et devoirs des bénéficiaires de minima sociaux a prévu la mise

461. Tomasini M., « L'allocation de parent isolé, profil sociodémographique et insertion professionnelle des allocataires », CNAF Recherches et prévisions, n° 91, mars 2008.

462. DREES, Modes de garde et d'accueil des enfants de moins de six ans en 2007, Etudes et Résultats n° 678, février 2009. Il s'agit du mode de garde principal, c'est-à-dire du mode de garde dans lequel l'enfant passe le temps le plus long sur une période allant du lundi au vendredi, de 9 heures à 19 heures au cours d'une semaine de référence ou de la semaine précédant l'enquête si le dispositif de garde habituelle n'a pas été perturbé par un congé d'un parent ou la maladie d'un enfant.

463. 27 % des enfants de moins de trois ans dont les parents travaillent à temps complet sont gardés principalement par leur père ou leur mère. Cette pratique peut en grande partie s'expliquer par des horaires de travail décalés entre parents (Bressé et al., 2007) ou par la nature de l'activité professionnelle exercée, notamment le travail à domicile ou dans un local attenant au domicile.

en place d'un dispositif facilitant l'accès aux crèches des enfants de bénéficiaires de minima sociaux. La COG 2005-2008 de la CNAF avait également prévu de poursuivre le développement du nombre de places d'accueil et la prise en charge spécifique des allocataires de l'API. Mais la mise en œuvre de ces dispositifs auprès des bénéficiaires des minima sociaux et/ou des familles monoparentales n'a fait l'objet d'aucun bilan.

2 – L'accompagnement des familles monoparentales dans le cadre du RSA

Le volet monétaire du RSA est supposé s'accompagner d'un renforcement de l'accompagnement des bénéficiaires.

Une nouvelle allocation, l'allocation personnalisée de retour à l'emploi (APRE), a ainsi été créée par la loi du 1^{er} décembre 2008 généralisant le RSA. Cette allocation vise à 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. L'APRE a vocation à être une allocation personnalisée, attribuée au cas par cas en fonction d'une demande précisément identifiée.

Par ailleurs, les personnes dont les ressources du foyer sont inférieures au montant forfaitaire du RSA et qui perçoivent des revenus d'activité inférieurs à 500 € sont tenues, en contrepartie des prestations reçues, de rechercher un emploi ou d'entreprendre les démarches et actions favorisant une meilleure insertion professionnelle. Les politiques d'insertion relèvent de la responsabilité du conseil général, qui en assure l'organisation. Le conseil général conclut une convention d'orientation et d'accompagnement qui définit les modalités de prise en charge des bénéficiaires du RSA soumis par ailleurs à certains droits et devoirs. En mars 2010, les conventions d'orientation et d'accompagnement des bénéficiaires du RSA étaient toujours en cours d'élaboration dans un grand nombre de départements.

L'évaluation de ces dispositifs est prématurée. Il est néanmoins évident que l'éventuelle efficacité du RSA en matière de retour à l'emploi de ses bénéficiaires, notamment monoparentaux, dépendra d'eux alors que leur mise en place a pris du retard.

SYNTHESE

Les dispositifs publics destinés à aider les familles monoparentales, soit pour accroître leurs revenus, soit pour faciliter leur insertion sur le marché du travail, n'ont pas complètement fait la preuve de leur efficacité, comme le montre la concentration persistante de la pauvreté sur ces familles, en particulier sur celles qui ne sont pas dans l'emploi.

Ces dispositifs se caractérisent par une relative modestie de moyens (environ 2,6 Md€ en additionnant les mesures fiscales bénéficiant aux parents isolés avec enfant à charge, l'ASF et l'API). Par ailleurs, ils ont été mis en place par strates successives et manquent de cohérence.

Pour être plus efficace, une politique de lutte contre la pauvreté nécessiterait d'accroître le revenu initial des familles monoparentales, notamment en facilitant leur insertion sur le marché du travail. A cet égard, la levée des obstacles financiers à la reprise d'un emploi, telle qu'envisagée dans le cadre du RSA, ne sera pas suffisante, surtout dans un contexte économique dégradé. Le développement d'une offre de garde abordable financièrement et les mesures d'accompagnement des bénéficiaires du RSA seront déterminantes.

Une politique de lutte contre la pauvreté nécessiterait également de cibler davantage les transferts fiscaux et sociaux sur les familles monoparentales défavorisées. En particulier, les aides fiscales destinées aux parents isolés ne bénéficient pas aux foyers non imposables, et l'avantage fiscal qui en résulte est concentré sur les foyers les plus aisés.

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.

Chapitre XVII

Aspects internationaux de la sécurité sociale

PRESENTATION

Au XX^{ème} siècle, la mobilité des personnes a évolué. Elle comprend désormais non seulement des migrations longues et souvent définitives mais aussi des déplacements plus courts, quotidiens, hebdomadaires ou saisonniers impliquant des franchissements de frontières. Ce mouvement a ainsi donné lieu à un accroissement exponentiel des flux mais aussi à une différenciation des durées et des motifs des migrations, ainsi que des âges des personnes concernées également.

L'accroissement de ces flux concerne tant les Français établis hors de France⁴⁶⁴, ou qui voyagent ou étudient hors des frontières, que les ressortissants étrangers établis, séjournant ou ayant travaillé en France.

Faisant suite à ses travaux antérieurs⁴⁶⁵, la Cour a étudié les conditions dans lesquelles sont gérées les prestations de sécurité sociale des personnes qui se déplacent d'un pays à l'autre par divers organismes, qu'il s'agisse des caisses de sécurité sociale des différentes branches et notamment du centre national des soins à l'étranger (CNSE) du régime général, de la caisse des Français de l'étranger (CFE) chargée de la gestion des assurances volontaires des expatriés ou du centre de liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS). Après en avoir identifié les enjeux (I), elle s'est attachée à mettre en lumière les nombreux problèmes qui restent à régler au sein de ce dispositif institutionnel particulièrement complexe(II).

I - Les populations concernées et les institutions compétentes

Si la part des prestations de sécurité sociale servies dans le cadre des mouvements migratoires, quelle qu'en soit la cause, est encore faible, elle tend à s'accroître significativement. Ainsi, entre 1980 et 2008 la part des pensionnés des régimes français qui résident à l'étranger est passée de 5 % à 10 %. De même, l'examen de l'évolution des paiements effectués par le CLEISS ou reçus par celui-ci, au titre des prestations de santé depuis une dizaine d'années montre un dynamisme certain (croissance de 10 % par an en moyenne).

464. Le nombre de ceux immatriculés auprès des consulats a augmenté de 50 % en dix ans, passant ainsi de 1 015 000 en 1999 à 1 427 000 personnes en 2008.

465. Voir RALFSS 2000 « Le droit européen dans le domaine de la sécurité sociale ».

Mais les contextes juridiques, comme les motifs de mobilité, sont en réalité divers, ce qui explique la diversité des institutions qui ont pour mission de répondre à ces besoins.

A – Le cadre juridique

La situation, au regard de la sécurité sociale, des différentes catégories de migrations est régie par des instruments juridiques destinés à coordonner entre elles les législations nationales.

1 – Les instruments internationaux de sécurité sociale

La sécurité sociale est gouvernée par le principe de territorialité. Le régime de sécurité sociale compétent pour recevoir les contributions et verser les prestations est normalement celui du pays où l'on travaille et/ou l'on réside.

Les conventions internationales de sécurité sociale⁴⁶⁶ prévoient cependant des exceptions à ce principe, soit pour maintenir temporairement le régime qui s'appliquait avant la mobilité, soit pour permettre aux personnes ayant travaillé et cotisé dans un pays étranger d'obtenir le paiement des pensions ou des soins de santé une fois revenues dans leur pays d'origine. Il s'agit d'éviter que les migrations économiques conduisent à une perte des droits acquis.

Les règlements européens de sécurité sociale, applicables dans l'espace économique européen⁴⁶⁷ (EEE) et la Suisse, ont été plus loin en prévoyant la possibilité pour les personnes séjournant temporairement dans un autre pays de cette aire géographique de s'y faire soigner, aux frais de leur régime d'assurance maladie, en cas de maladie inopinée ou encore de transfert motivé par la recherche de soins, sous réserve, dans ce cas, d'obtenir l'autorisation de leur régime. Mais par la suite, la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE), pour favoriser la libre circulation des personnes et la libre prestation de service, a encadré strictement cette condition d'autorisation préalable à la prise en charge par le régime d'affiliation.

466. Une trentaine de conventions bilatérales ont été passées entre la France et notamment des Etats d'Afrique noire, du Maghreb et d'Amérique du Nord (Canada, Etats Unis) ou encore des pays d'Asie comme le Japon et la Corée du Sud. Leur contenu est variable puisque dépendant de la réciprocité que peut offrir le régime du pays cocontractant.

467. Les 27 états membres de l'Union Européenne et l'Islande, le Liechtenstein et la Norvège.

Quatre grands principes ont été posés par les règlements européens de coordination adoptés dès 1958, actualisés en 1971 et approfondis en 2004 : égalité de traitement entre ressortissants des différents Etats, unicité de la législation applicable, maintien des droits en cours d'acquisition (ou cumul des périodes) et maintien des droits acquis (ou exportabilité). Initialement réservé aux salariés du secteur privé, le bénéfice des dispositifs de coordination a été progressivement étendu aux travailleurs indépendants (1982), aux fonctionnaires (1998), aux étudiants et aux personnes sans emploi (1999), enfin aux ressortissants des pays tiers séjournant régulièrement sur le territoire de la communauté (2003).

Le règlement n°883/2004, entré en vigueur le 1^{er} mai 2010, inclut dans le champ de la coordination certaines prestations qui n'y étaient pas encore (paternité, dépendance, préretraite), pour l'ensemble des citoyens européens, actifs ou non.

Ces progrès sont inspirés à la fois par l'évolution des législations nationales et par la nécessité de tenir compte de l'interprétation dynamique que la CJUE donne des règlements.

2 – Les Français expatriés résidant à l'étranger

Le nombre total de Français résidant à l'étranger est bien supérieur à celui des Français recensés par les services consulaires, puisqu'il est estimé à 2,5 millions de personnes, dont environ 50 % sont installés en Europe, 24 % en Amérique, le solde se répartissant en parts égales entre l'Afrique et l'Asie-Océanie.

Le million et demi de Français expatriés inscrits dans les consulats est installé pour moitié (698 000 en 2008) dans l'EEE (ils relèvent donc des règlements communautaires) et pour moitié hors EEE (729 000 en 2008). Parmi ces derniers, la très grande majorité (478 000 personnes) ne relève pas des conventions bilatérales. Cette population risque donc de perdre les éventuels droits acquis auprès des régimes locaux de sécurité sociale.

Dans tous les cas, qu'il y ait ou non une convention, si les régimes locaux sont moins protecteurs que le régime français, d'autres options sont ouvertes, ainsi :

- les Français expatriés peuvent s'affilier à la 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. En théorie, la CFE s'adresse donc aux expatriés qui sont hors EEE ou dans des pays sans convention bilatérale ou encore dont les régimes sont peu protecteurs, mais en définitive, le

nombre d'expatriés concernés affiliés à la CFE est faible par rapport à l'ensemble de la population concernée⁴⁶⁸.

- les Français expatriés peuvent aussi souscrire des contrats auprès d'assurances privées.

3 – Les cas particuliers des frontaliers et des détachés

a) Les frontaliers

En France résident de nombreux travailleurs frontaliers, c'est-à-dire des personnes qui travaillent sur le territoire d'un autre Etat mais reviennent au moins une fois par semaine en France (selon la définition communautaire). Les données statistiques sont cependant rares et anciennes. Le nombre des Français résidant sur le territoire national et travaillant à l'étranger n'est pas consolidé. A titre d'exemple, selon la CPAM d'Annecy, il y aurait eu plus de 210 000 frontaliers français travaillant en Suisse au 31 décembre 2008.

Dans l'EEE, les frontaliers sont rattachés au régime du pays d'emploi. Mais ils peuvent se faire soigner soit dans celui-ci, soit dans le pays de résidence. Les données du CLEISS montrent qu'au sein d'une balance créditrice de plus de 200 M€ (car les frontaliers français se font le plus souvent soigner en France, sauf, semble-t-il, dans le cas de la Suisse, avec laquelle le solde est insignifiant), le Luxembourg, sans doute du fait de l'insuffisance de son offre de soins due à sa petite taille, est le principal débiteur (pour 102 M€), suivi de l'Allemagne (pour 56 M€).

Le cas particulier des frontaliers travaillant en Suisse.

Parfois, le statut de frontalier s'accompagne d'avantages exorbitants. Ainsi, les frontaliers français travaillant en Suisse, à laquelle s'applique par voie d'accords une partie du droit européen, dont les règlements européens de sécurité sociale, bénéficient d'une option entre le régime suisse (qui serait le droit commun) et une affiliation en France. En outre, ceux qui choisissent celle-ci bénéficient d'une autre option dérogatoire entre la CMU de base et les assurances privées.

Ces dernières sont préférées tant que l'état de santé des frontaliers leur permet de payer des cotisations faibles. Il est fort probable que le régime français, pourtant obligatoire, fasse en effet l'objet d'une anti-sélection qui lui réserve les personnes en mauvaise santé. Il n'existe pas de données statistiques directes sur cette question mais on pourrait toutefois

468. Chaque fois que l'expatrié ne peut pas bénéficier d'un détachement prévu par une convention ou les règlements européens, il doit payer des cotisations à la fois au régime obligatoire local et à la CFE. Mais la CFE ne dispose pas de statistiques sur ses assurés payant une double cotisation.

inférer du pourcentage de frontaliers inscrits à la CMU (aux alentours de 6 % selon la CPAM d'Annecy) que la plupart d'entre eux optent pour les assurances privées.

Celles-ci avaient démarché les frontaliers avant la création de l'assurance personnelle en France, à laquelle a succédé la CMU, alors que l'assurance maladie n'était pas obligatoire en Suisse et que les assurances privées y sont très onéreuses. L'application de la règle européenne d'affiliation dans le pays d'emploi, jointe à la création d'une assurance maladie obligatoire en Suisse, aurait dû conduire à l'affiliation des frontaliers au régime suisse. A défaut, si dérogation il devait y avoir, compte tenu du caractère provisoire de l'adhésion de la Suisse aux règlements européens, l'affiliation à la CMU en France, en contrepartie des cotisations prévues, aurait dû être la seule option possible.

b) Les personnels détachés

Un certain nombre de Français peuvent aussi, dès lors que leur séjour à l'étranger est limité, être placés sous le régime du détachement, ce qui les maintient dans le régime français. Ce mécanisme est :

- soit conventionnel, avec une durée maximale du détachement qui varie selon les pays⁴⁶⁹ ;
- soit légal car la législation française prévoit la possibilité d'être détaché pendant une durée de trois ans renouvelable une fois. Cette formule légale s'applique aux personnes détachées dans un pays avec lequel la France n'a pas conclu de convention de sécurité sociale ou à l'issue du détachement conventionnel arrivé à son terme. Dans ce cas, il n'y a pas exemption d'affiliation à la sécurité sociale du pays d'emploi.

La formule du détachement conventionnel permet à des entreprises multinationales de rattacher leurs cadres à une législation unique, quelles que soient leurs affectations successives. Mais ce système engendre des abus, certains employeurs localisant leur personnel dans des pays à faibles prélèvements sociaux pour le détacher ensuite pour des périodes courtes mais renouvelées dans les pays à forts prélèvements.

469. 24 mois renouvelables une fois dans l'EEE (283 000 dont 261 000 détachés pour moins de trois mois), entre six mois et cinq ans dans les autres pays avec lesquels la France a passé une convention à cet effet (74 000 dont 70 000 de moins de trois mois).

4 – Un flux important de séjours courts : les étudiants et les touristes

Onze millions de Français, selon une enquête TNS SOFRES, ont effectué en 2006, 20 millions de séjours hors métropole, représentant 160 millions de nuitées dans 180 pays. L'Europe concentre 70 % de ces séjours avec, aux premiers rangs, l'Espagne, l'Italie et le Benelux. Pour les flux entrants, la direction du tourisme recensait, en 2005, 76 millions de séjours représentant 570 millions de nuitées, dont 90 % d'Européens venus principalement du Royaume-Uni, d'Allemagne et des Pays-Bas.

Selon le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, il y aurait eu 266 000 étudiants étrangers durant l'année scolaire 2008-2009, en provenance d'Afrique pour la moitié et d'Europe pour un quart. Selon le groupement d'intérêt public Campus France, en 2006, 130 000 étudiants français seraient partis à l'étranger dont 77 000 au titre d'Erasmus, principalement au Royaume-Uni, en Belgique et en Allemagne. Ils conservent et continuent d'utiliser leurs cartes Vitale s'ils reviennent se faire soigner en France pour des actes programmables.

Les touristes et les étudiants intéressent principalement la branche maladie parce qu'ils sont susceptibles de recevoir dans le pays de séjour des soins inopinés. Ces deux catégories ne sont généralement pas couvertes par les conventions bilatérales. Seuls les règlements européens prévoient qu'ils seront soignés selon les mêmes conditions que les ressortissants nationaux (y compris avec dispense d'avance de frais si le régime local le prévoit), sous réserve de justifier d'une assurance maladie. S'ils ont bénéficié de la dispense d'avance des frais, notamment hospitaliers, l'assurance maladie française supportera le coût des soins qui lui sera réclamé par l'intermédiaire du CLEISS par le régime de sécurité sociale étranger ayant fait l'avance des frais (cf. infra). Si aucun accord ne prévoit la dispense d'avance des frais, ils devront alors s'acquitter de la dépense puis, à leur retour en France, en demander le remboursement. Dans le régime général, cette demande sera instruite d'abord par la CPAM d'appartenance, puis par le centre national des soins à l'étranger (CNSE) (cf. infra).

S'il s'agit de ressortissants communautaires ayant reçu des soins en France en bénéficiant de la dispense d'avance des frais, les CPAM communiqueront au CLEISS le montant des frais avancés ainsi que le régime étranger devant en supporter le coût pour que le CLEISS en assure la récupération.

L'analyse des données relatives aux remboursements de soins reçus par les bénéficiaires des régimes français ou prodigués à des bénéficiaires des régimes étrangers confirme la dynamique des migrations

touristiques. Pour ce qui concerne les soins inopinés, la France était, selon les données 2008 du CLEISS, très excédentaire avec le Royaume-Uni (146 M€) et l'Allemagne (56 M€), très déficitaire avec l'Espagne (53 M€). Globalement, sur l'Europe, elle était excédentaire de 389 M€

B – Les institutions compétentes

1 – Les caisses de sécurité sociale

La situation de chacune des branches est spécifique à l'égard des diverses populations qui se déplacent d'un pays à l'autre. Alors que la gestion internationale des prestations est importante pour la branche vieillesse, elle l'est moins pour les branches maladie et surtout famille.

La part des bénéficiaires de pensions de retraite françaises qui résident à l'étranger est en effet de 10 %, dont près de la moitié en Europe et plus de 40 % au Maghreb. Les versements de pensions à l'étranger constituent l'essentiel des paiements effectués par la France à l'étranger, tels que recensés dans le recueil statistique du CLEISS : 5,36 Md€ sur 6 Md€ en 2008⁴⁷⁰.

En revanche, les prestations de soins reçus à l'étranger par des bénéficiaires du régime français ou prodiguées en France à des étrangers sont plus limitées. La Commission européenne estime que les soins délivrés à des patients européens en dehors de leur État membre d'affiliation ne représentent que 1 % de l'ensemble des dépenses publiques de santé, soit un peu moins de 10 Md€ par an et ne concernent que 3 % à 4 % des citoyens de l'Union. En France, la valeur totale des paiements recensés au titre des soins de santé programmés ou non, effectués à l'étranger, s'élevait en 2008 à 0,32 Md€

Enfin, dans la branche famille, les dossiers internationaux sont l'exception. Ils ressortent de trois cas de figure :

- dans l'espace communautaire, les prestations familiales du pays d'emploi du parent actif sont, sauf exceptions inscrites en annexe du règlement, exportables dans le pays de résidence des enfants.
- à l'extérieur de l'Europe, essentiellement avec les pays d'Afrique francophone et subsaharienne, des conventions prévoient le versement d'une aide en faveur des personnes, exerçant une activité salariée ou assimilée en France, affiliées au régime général de sécurité sociale et

470. Par ailleurs 6,8 % des assurés ayant fait liquider leur retraite avaient validé au moins un trimestre au titre d'un travail à l'étranger dont environ les 2/3 dans l'UE, ce qui peut constituer une difficulté de gestion supplémentaire.

assumant la charge d'enfants restés dans le pays d'origine. Cette aide est désignée sous l'acronyme TIM (traitement informatisé des migrants).

- une allocation différentielle (ADI) est versée aux familles résidant en France dont un parent travaille à l'étranger, pour compenser l'écart entre les allocations versées en application du règlement ou de la convention et les prestations familiales du régime français de sécurité sociale, si celles-ci sont plus généreuses⁴⁷¹.

Cela ne représente qu'un petit nombre de dossiers (14 000 fin 2008 dont 10 500 ADI et 3 500 TIM), alors qu'il y avait à la même époque un peu moins de 11 millions d'allocataires, (soit 0,13 %, bien moins encore en termes de flux financiers).

2 – Les institutions nationales dédiées

Outre les caisses de sécurité sociale, trois autres administrations et institutions interviennent dans la conception et la gestion des instruments internationaux de sécurité sociale.

Dans l'administration, au sein de la direction de la sécurité sociale la division des affaires communautaires et internationales négocie les engagements internationaux de la France, en liaison avec le ministère des affaires étrangères, et veille à leur bonne application, ainsi qu'à celle de la législation européenne.

Le CLEISS, créé par l'article 39 de la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 pour succéder au centre de sécurité sociale des travailleurs migrants (CSSTM) assure trois missions : il gère les créances et les dettes réciproques entre les régimes français et étrangers de sécurité sociale pour le compte de l'assurance maladie ; il exerce une fonction d'information et de recueil statistique, d'expertise et de conseil dans le domaine du droit de la sécurité sociale applicable aux travailleurs migrants ; il effectue des traductions de correspondances et de documents juridiques, médicaux et administratifs en langues étrangères et en français, principalement pour les caisses de sécurité sociale.

Pour sa part, la CFE, qui a succédé en vertu de la loi du 13 juillet 1984 à l'ancienne caisse des expatriés, gère, liquide et verse les prestations, pour les assurances volontaires contre les risques maladie-maternité, invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles, les options indemnités journalières et décès. Pour le compte de la CNAVTS,

471. Cette ADI découle du principe selon lequel la résidence en France d'une personne avec des enfants à charge ouvre droit aux prestations familiales.

elle assure en outre le seul recouvrement des cotisations d'assurance vieillesse volontaire et la gestion des adhésions.

Au 30 juin 2009, elle offrait une protection sociale contre tout ou partie de ces risques à environ 94 000 Français expatriés adhérents et 83 050 ayants-droit qui avaient souscrit 165 000 contrats : 38 000 pour l'assurance AT-MP, 79 000 pour l'assurance maladie-maternité-invalidité-décès et 48 000 pour l'assurance vieillesse. Le nombre d'assurés à la CFE, bien qu'en forte augmentation depuis plusieurs années, reste cependant faible et ne correspond qu'à 7 % des effectifs d'expatriés recensés. La localisation de la clientèle de la CFE ne reflète d'ailleurs pas celle des expatriés en général : l'Afrique représente 13 % des expatriés français mais 43 % des adhérents à la CFE pour le risque maladie, ces chiffres étant respectivement de 50 % et 16 % pour l'Europe.

II - Les problèmes posés à la sécurité sociale par l'accroissement des migrations

La diversité des environnements culturels, juridiques ou techniques, la multiplicité d'interlocuteurs éloignés géographiquement et qui pratiquent d'autres langues engendre une inévitable complexité pour les assurés, dont l'information est lacunaire et pourrait être significativement améliorée. La DSS s'était d'ailleurs engagée à réaliser dès 2009 un audit sur les besoins d'information des usagers sur les questions de protection sociale des personnes en mobilité transnationale, la façon actuelle d'y répondre et les solutions envisageables pour rationaliser et améliorer cette réponse. Cet audit ne paraît pas avoir été réalisé.

Cette diversité soulève également des problèmes opérationnels auxquels les caisses de sécurité sociale sont encore insuffisamment préparées, alors que toutes doivent faire face à des questions d'organisation et de redéfinition du périmètre de leurs interventions respectives.

A – La mutualisation dans les branches retraite et famille

Comme les dossiers internationaux ne représentent qu'une part limitée voire marginale de l'ensemble des dossiers, alors que leur traitement requiert une technicité particulière, la DSS a incité à juste titre les caisses à regrouper leurs activités dans ce domaine spécifique, afin d'améliorer la qualité des traitements, de raccourcir les délais, d'éviter les

erreurs et enfin de mieux combattre les fraudes et d'en réduire le coût. Les branches famille et retraite ont mis en œuvre, chacune selon des modalités particulières et avec un progrès inégal, des dispositifs de mutualisation.

1 – La branche retraite

La branche retraite a été la première à regrouper sur certaines caisses les dossiers internationaux, puisqu'elle a mis en place dès 1999 des « pôles de référence », caisses plus particulièrement chargées d'être les interlocuteurs privilégiés des institutions de sécurité sociale d'un ou plusieurs pays étrangers.

Au début de l'année 2008, à ce système s'est superposé celui des « pôles de compétence », consistant à centraliser sur certaines caisses l'essentiel de la gestion des dossiers des résidents des pays à faibles effectifs, chaque CRAM conservant par ailleurs l'intégralité des dossiers pour les six principaux pays de résidence des pensionnés (Algérie, Maroc, Tunisie, Italie, Espagne et Portugal).

L'objectif poursuivi par la branche retraite ressortit plus au souci d'améliorer qualitativement le traitement des dossiers atypiques, en concentrant les compétences, qu'à celui d'améliorer la productivité, puisque ces dossiers restent encore largement éparpillés : seize CRAM sont ainsi pôles de compétence pour 59 pays. A titre d'exemple, la CRAM Rhône-Alpes gère les dossiers de Chypre, de Malte et de Saint Marin, celle d'Aquitaine ceux du Chili.

Les gains qui auraient pu être dégagés par une généralisation et par un moindre essaimage des pôles de compétence n'ont pas été estimés. En outre, les bénéfices qui pourraient être escomptés d'une plus grande spécialisation en termes de lutte contre la fraude n'ont pas été envisagés. Il conviendrait dès lors d'évaluer dans quelle mesure cette organisation a permis une amélioration significative de la qualité du service qui doit répondre à une complexité beaucoup plus forte des reconstitutions des carrières.

2 – La branche famille

Pour la branche famille, la mutualisation des dossiers internationaux est encore moins avancée puisqu'elle ne devrait être mise en œuvre que dans le courant de 2010. Il s'agit pour elle d'un enjeu secondaire. Plutôt qu'une centralisation sur une CAF unique, la CNAF semble s'orienter vers deux dispositifs différents pour les allocations TIM d'une part et les ADI d'autre part.

Pour les premières, il y aurait concentration sur trois CAF avec un rattachement fondé sur la proximité géographique des allocataires et non sur la convention appliquée.

Pour les secondes, il y aurait regroupement sur six CAF frontalières, sans prise en considération de la résidence de l'allocataire.

Alors que le ratio d'ETP par allocataire est aujourd'hui d'environ 1 pour 200 pour les allocations « internationales », contre 1 pour 1 200 environ pour l'ensemble des allocations, il pourrait être ainsi amené à 1 pour 500 ce qui économiserait 70 à 80 postes.

Ces orientations qui remontent d'ailleurs à mai 2008 paraissent cependant manquer d'ambition : compte tenu du faible nombre de dossiers traités, il serait sans doute préférable de ne retenir au plus qu'une seule caisse pour liquider chaque type d'allocation ce qui permettrait de fixer un objectif d'économie de postes et de qualité de la liquidation plus élevé.

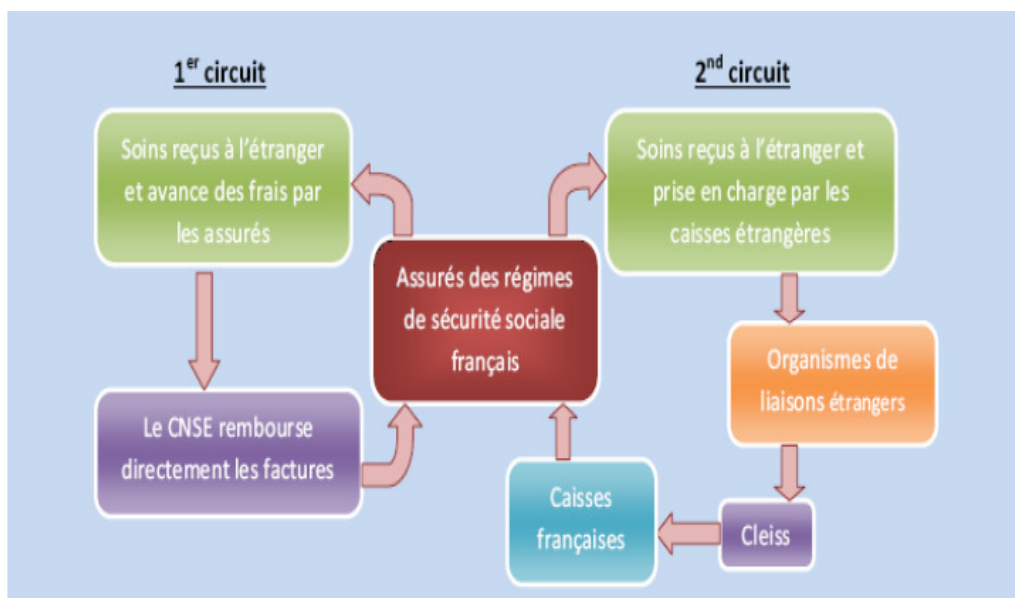
B – La gestion par l'assurance maladie des soins délivrés à l'étranger

Pour la branche maladie, la création récente du CNSE va au-delà de la mutualisation, puisqu'elle centralise la gestion, ce qui devrait permettre d'améliorer la lutte contre la fraude et de mieux suivre le « tourisme médical ».

1 – La création d'un centre dédié

A la demande des pouvoirs publics la CNAMTS a centralisé au CNSE le traitement de l'ensemble des demandes de remboursement, correspondant à des soins pratiqués à l'étranger sur les bénéficiaires du régime général. Cela se traduit par deux circuits différents décrits dans le schéma ci-après, selon que les assurés ont dû faire ou non l'avance des frais.

**Schéma présentant les dépenses de soins entre l'étranger
et le CLEISS ou le CNSE**



Source : *Rapport annuel du CLEISS*

C'est par la voie d'une sous-traitance négociée avec chaque CPAM que le CNSE a peu à peu réussi à centraliser la quasi-totalité de ces remboursements de soins.

Le bilan dressé par le CNSE fait à la fois état d'un accroissement de la productivité mesurée par le nombre de dossiers traités par agent (multiplié par quatre, ce qui représente une économie d'environ 200 postes au niveau de la branche), d'une amélioration des délais de liquidation qui auraient été divisés par trois ou quatre et d'une meilleure détection des fraudes.

Cependant, il est possible de formuler un certain nombre de remarques sur la démarche suivie et les résultats obtenus. En premier lieu, ni les raisons du choix de la CPAM de Vannes pour loger le CNSE, ni la procédure de sélection suivie n'ont été explicitées par la CNAMTS, malgré les demandes répétées de la Cour. Cette caisse ne représentait à l'origine que 0,58 % des dépenses de soins à l'étranger, c'est-à-dire moins que la moyenne des CPAM (0,78 %). Elle ne pouvait donc faire valoir une compétence particulière dans ce domaine. D'autres CPAM, dont les plus représentatives en matière de remboursements de soins à l'étranger, notamment Paris, Bobigny et Nanterre, avaient du reste fait acte de candidature.

Alors que la CNAMTS évaluait les moyens nécessaires à une vingtaine de personnes et que la CPAM de Nanterre ne demandait aucune création de poste pour y faire face, en prévoyant de s'appuyer sur ses équipes existantes, le CNSE emploie aujourd'hui 70 agents dont seulement 17 correspondants à des redéploiements internes, les 53 autres postes ayant dû être créés à cet effet.

En second lieu, son efficacité en matière de lutte contre la fraude paraît encore perfectible. Certes, elle est nettement supérieure à celle de la CFE avec un taux six fois plus élevé de détection sur le montant des prestations. Une collaboration renforcée entre les deux institutions favoriserait d'ailleurs certainement une amélioration des performances de la CFE dans ce domaine.

Si le bilan de l'activité du CNSE pour 2009 fait apparaître une augmentation significative des fraudes détectées qui sont passées de 300 000 € à 680 000 € environ, cette performance apparaît cependant encore très en retrait de celle de la CPAM de Nanterre qui a un taux de détection triple.

2 – Le développement des déplacements pour motifs médicaux

La jurisprudence de la CJUE en matière de soins médicaux n'autorise d'entrave à la libre prestation de services que si elle est justifiée par d'impérieuses raisons d'intérêt général, ce qui limite considérablement la possibilité d'exiger des autorisations préalables.

Pour autant, la mobilité des patients reste encore marginale. Elle ne concerne qu'une part très réduite des soins, principalement ceux des actes pour lesquels le reste à charge est suffisamment important pour amortir les frais de transport et c'est la population vivant aux frontières qui est la plus susceptible d'en bénéficier. Selon une récente enquête d'opinion commandée par la Commission européenne, les Français sont moins enclins que le reste des Européens (37 % contre 53 %) à se déplacer dans un autre Etat de l'Union pour y recevoir un traitement médical. Parmi les Européens se déclarant prêts à se déplacer à l'étranger, les principales motivations étaient, dans l'ordre, l'indisponibilité chez soi des traitements médicaux nécessaires (91 %), une meilleure qualité des soins (78 %), l'accès à un spécialiste réputé (69 %), la réduction des délais d'accès aux soins (64 %) et la réalisation d'économies (48 %)⁴⁷².

472. Les deux facteurs principaux étaient pour les Français le troisième et le dernier. Pour ce qui concerne les Européens s'étant déclarés réticents, les principaux facteurs étaient : la distance (86 %), la disponibilité domestique des services (83 %), l'insuffisance de l'information disponible (61 %), la barrière de la langue (49 %) et le coût (47 %). Les deux premiers facteurs étaient les plus importants pour les Français.

Les données toutes récentes du CNSE ainsi que les réponses des CPAM frontalières au questionnaire de la Cour montrent cependant que, dès lors qu'ils en ont la possibilité, notamment parce qu'ils résident dans des départements frontaliers, les Français n'hésitent pas à avoir recours à des services étrangers, que les soins y soient plus accessibles ou qu'ils y soient moins onéreux (ophtalmologie en Belgique ou au Luxembourg, IRM en Allemagne, procréation médicalement assistée en Espagne).

Quelles que soient les réticences des Etats membres et des systèmes nationaux d'assurance maladie, les soins dispensés à l'étranger à la charge du régime d'un autre pays vont se développer. En principe, ces soins ne doivent cependant être pris en charge que s'ils sont remboursables dans le pays compétent (celui où l'assuré est affilié) et dans la limite des tarifs prévus par sa réglementation.

Les craintes exprimées portent en premier lieu sur l'impact de ces déplacements sur le potentiel national de soins, notamment hospitaliers, en termes de perte de clientèle. Mais il est difficile à ce stade de mesurer les effets croisés de ces déplacements. On peut supposer cependant que la pratique des dépassements d'honoraires et de tarifs mal pris en charge par les assurances du pays de résidence (cf. supra le chapitre sur les soins dentaires) peut inciter certains assurés à chercher dans un autre pays européen des soins qui resteront moins chers, en dépit du coût du transport et de l'hébergement. Il faudrait cependant un fort mouvement migratoire pour que cela influe à la baisse sur les dépassements. Par ailleurs, dans les zones frontalières, cela peut aussi avoir pour effet de mieux coordonner l'offre de soins de part et d'autre de la frontière, comme c'est le cas entre la France et l'Espagne en Catalogne⁴⁷³.

La question se pose en outre pour les caisses en termes de contrôle de la réalité des soins dispensés à l'étranger et de l'exactitude de leur tarification. Le CNSE pourrait également exploiter les données de facturation pour effectuer des comparaisons entre les tarifs pratiqués pour des actes identiques dans les différents pays, par exemple pour les soins dentaires.

473. Cf. la création récente de l'hôpital transfrontalier de Puigcerdá.

C – Le CLEISS : un rôle à préciser par rapport à la CNAMTS

1 – Les problèmes que pose le recouvrement

Les caisses françaises détiennent sur les organismes étrangers de sécurité sociale des créances constituées par les frais de santé exposés en France par des ressortissants de ces derniers, dès lors qu'ils relèvent d'Etats de l'Union européenne ou de pays ayant conclu une convention bilatérale avec la République française. Le recouvrement de ces créances est effectué par le CLEISS.

Conformément à un protocole d'accord entre ce dernier et la CNAMTS datant de 1989, le centre signale les anomalies constatées et les rectifications opérées. Mais il se cantonne à une vision comptable des flux en cause et n'aborde pas les questions financières et de gestion.

En 2007, le montant des litiges s'est monté à 42,2 M€ (pour aboutir à 9,4 M€ d'annulations de créances). Les risques de contestation des créances françaises par les organismes étrangers sont concentrés sur certains pays et sur des institutions étrangères débitrices chroniques. Les solutions passent alors par des rencontres techniques entre la DSS, le CLEISS et ces institutions et, si nécessaire, par des échanges entre les administrations des Etats concernés. Il est vrai que le résultat ne dépend alors pas uniquement des institutions françaises.

Les principaux motifs de rejet par les institutions étrangères des créances mises en recouvrement par le CLEISS sont cependant imputables aux CPAM :

- le défaut d'indication sur le formulaire de l'organisme étranger auquel est affilié l'assuré : de nombreuses erreurs pourraient être évitées par les CPAM qui ne remplissent pas correctement l'ensemble des données lors de la liquidation, soit par négligence, soit par méconnaissance ;
- l'absence de droits de l'assuré, notamment chez les frontaliers qui peuvent changer fréquemment de pays d'emploi et donc de caisse d'affiliation. Les règlements européens prévoient que les caisses des Etats de l'Union doivent notifier aux organismes de liaison étrangers la fermeture des droits, mais elles le font souvent avec retard, voire pas du tout ;
- la contestation de l'utilité des soins ou de leur montant par la caisse étrangère est assez rare, mais quand elle existe elle nécessite pour le CLEISS de fournir des justifications dont il ne dispose pas.

2 – Les améliorations nécessaires

Le règlement de ces difficultés relève d'une action coordonnée de la CNAMTS, des CPAM et du CLEISS. La Cour recommande d'ailleurs depuis de nombreuses années un rapprochement entre la CNAMTS et le CLEISS. Mais aucune coopération véritablement efficace n'a été mise en place jusqu'à présent.

Certes, en 2007, le CLEISS a mis l'accent sur la résolution des litiges en instance depuis plusieurs années avec certains pays ou certaines CPAM. Mais les problèmes soulevés sont récurrents. La Cour estime donc que l'analyse approfondie, sur plusieurs exercices, des difficultés de gestion créées par les caisses primaires permettrait de déterminer des cibles de contrôle sur lesquelles il conviendrait de faire porter l'effort de la CNAMTS et du CLEISS. En tout état de cause, la différence positive entre les créances mises en recouvrement par la France et ses dettes vis-à-vis de l'extérieur, due avant tout à la balance des prestations de soins, ne saurait être un critère de performance de la gestion des litiges.

Il est de la responsabilité de la CNAMTS (qui peut le faire par l'intermédiaire du CLEISS, à condition de lui en donner véritablement les moyens) de s'assurer que les créances qu'elle présente seront acceptées par les organismes étrangers et donc de leur validité et de leur exhaustivité. Mais les contrôles actuellement réalisés ne permettent pas de limiter raisonnablement les risques. Les problèmes d'application de la réglementation dans le réseau maladie relevés par le CLEISS sont donc nombreux. En cas de rejet de la créance par les caisses étrangères, il revient aux CPAM ayant présenté les créances de donner des preuves de sa validité, ce qu'elles ne réussissent pas toujours à faire dans des délais raisonnables.

Au total, le CLEISS permet aux caisses de se décharger de responsabilités de gestion qui leur incombent, notamment quand il se substitue à elles pour corriger, par des procédures artisanales, les erreurs qu'elles commettent assez systématiquement. Mais, la CNAMTS ne considère pas la direction de la gestion des créances du CLEISS comme un opérateur à part entière dont elle devrait contrôler la performance, bien qu'elle lui confie la responsabilité de gérer pour elle près d'1 Md€ par an.

Une mobilité accrue des personnels entre le CLEISS et les organismes de sécurité sociale permettrait que les relations de travail se renforcent entre leurs agents respectifs et pourrait contribuer au rapprochement recherché entre le CLEISS et la CNAMTS. Depuis 2002, la loi permet justement au CLEISS de disposer de personnels régis par la convention collective de l'UCANSS. Mais cette possibilité n'a été, jusqu'à présent que très peu utilisée, malgré certains efforts du CLEISS.

Pour améliorer la situation, la CNAMTS s'était engagée au tout début de l'année 2009 à négocier avec le CLEISS une convention comportant des objectifs et indicateurs de qualité de la gestion des dettes et créances. A ce jour, aucune convention n'a été signée sur ce sujet.

Si les améliorations souhaitées restaient insuffisantes⁴⁷⁴, se poserait alors inévitablement la question de l'évolution du CLEISS. Sa direction de la gestion des créances pourrait ainsi être intégrée au sein de la CNAMTS qui assurerait, par la création d'un véritable service des relations internationales, le rôle d'organisme de liaison, y compris pour le compte des autres régimes.

D – La CFE : un fonctionnement à revoir

La CFE a été créée pour offrir une protection sociale aux expatriés, permettant de pallier les insuffisances des couvertures offertes par les systèmes étrangers de sécurité sociale. Elle a été conçue comme une caisse de sécurité sociale, régie par les mêmes règles d'organisation et de gestion que les caisses d'assurance maladie du régime général.

1 – Les pratiques avantageuses et dérogatoires de la caisse

La CFE offre à ses adhérents volontaires la protection de l'assurance maladie du régime général dont elle doit appliquer les règles, sous réserve d'aménagements prévus par la réglementation : absence de sélection des risques, respect des conditions d'octroi et de calcul des prestations. La loi a également posé le principe de la continuité de protection entre les régimes obligatoires français et cette assurance volontaire. En contrepartie, la CFE est soumise à la tutelle de l'Etat.

Pourtant, les règles du régime général ne sont pas toujours strictement appliquées par la CFE. Ainsi, le conseil d'administration a décidé que la franchise forfaitaire d'un euro par consultation ne s'appliquerait pas ou que les franchises sur les médicaments, sur les actes d'auxiliaires médicaux et sur les transports s'appliqueraient uniquement aux soins dispensés en France.

474. La mission d'expertise et de traduction pour l'ensemble des branches et des régimes de la sécurité sociale pose aussi problème car cette fonction n'est pas actuellement assurée dans des conditions optimales : le délai moyen de réponse aux caisses est de près d'un mois ; le coût de revient moyen de la page de traduction a augmenté dans les dernières années et se situe au-dessus des prix des prestataires externes.

S'agissant des cotisations d'assurance maladie-maternité, les textes ont aménagé une tarification basse et segmentée par publics qui conduit la CFE à une forte concurrence avec le régime général⁴⁷⁵. Ainsi, le montant des cotisations d'assurance maladie-maternité dues en cas de détachement est plus du triple de celui des cotisations dues à la CFE⁴⁷⁶ en cas d'expatriation, alors qu'elles confèrent des droits identiques, ce qui incite notamment les entreprises à privilégier la seconde option et engendre ainsi une perte de recettes pour le régime général.

De telles facilités expliquent que fin 2008 la CFE comptait 450 entreprises clientes ayant au moins 10 salariés (dont 6 comptant plus de 1000 salariés) correspondant à un total de 21 000 personnes bénéficiant de l'assurance maladie maternité, soit 27% des personnes couvertes pour ce risque.

a) Les adhésions tardives à la garantie maladie de la CFE

Afin d'éviter que les expatriés n'adhèrent à la CFE qu'à partir du moment où ils sont malades ou âgés, le code de la sécurité sociale prévoit un délai de carence, le droit à remboursement n'étant ouvert que quelques mois après l'adhésion, avec des droits d'entrée croissant avec l'âge.

Ces dispositions n'ont pas toujours été appliquées par la caisse. Par exemple, le conseil d'administration décide périodiquement de suspendre les droits d'entrée pour les adhérents individuels, leur permettant ainsi d'économiser entre 2 000 et 4 000 €. Cette mesure, moins sociale que politique, a été appliquée huit fois depuis la création de la CFE pour tout ou partie des nouveaux adhérents, mais elle n'a été validée que deux fois par la loi.

b) Les adhésions tardives des pensionnés à la CFE

S'agissant des pensionnés, le paiement rétroactif de cotisations d'assurance maladie a été ramené à deux ans en 1992 (contre cinq auparavant) et il est calculé depuis 2002 à partir de la date de liquidation de la pension, et non, comme pour les autres catégories d'assurés volontaires, à partir de la date de l'expatriation. Cette dérogation, dont on

475. Les entreprises ont en effet le choix entre la procédure du détachement (quand elle est juridiquement possible) qui maintient le salarié au régime général et l'affiliation de leurs salariés expatriés à la CFE.

476. En cas de détachement, la cotisation employeur est de 6 400€ alors que la cotisation pour un expatrié de 35 ans et plus dans une entreprise ayant entre 10 et 99 salariés est de 1 848€

perçoit difficilement la justification, incite les Français expatriés de longue date à n'adhérer à la CFE très tardivement.

Ainsi, fin 2009, si 55 % des 11 333 pensionnés assurés à la CFE y étaient déjà dans la catégorie pensionnés fin 2005, 6 % adhéraient déjà à la CFE au titre d'une autre catégorie (salariés, non salariés, inactifs) et 39 % n'étaient alors pas connus de la CFE. Ce dernier chiffre souligne l'importance des adhésions tardives, soit que les pensionnés étaient antérieurement des expatriés couverts par une autre assurance que celle de la CFE, soit qu'ils aient choisi de s'expatrier au moment de leur retraite. En 2007, les adhésions effectuées après 60 ans se sont élevées à 1 589 (dont 428 après 70 ans).

Cette situation est d'autant plus préoccupante que les pensionnés bénéficient d'un taux de cotisation très bas, fixé, en 2009 à 3,5 % et appliqué aux seules pensions de retraite françaises perçues.

La catégorie des pensionnés est structurellement et de plus en plus déficitaire pour la caisse (-5,7 M€ en 2008). Si la revalorisation récente du taux de cotisation (4 % depuis avril 2010) constitue un élément positif, elle ne dispense toutefois pas la caisse et la tutelle d'envisager des évolutions plus structurelles : renforcement des règles destinées à réduire les adhésions tardives ou d'opportunité, refonte de l'assiette de cotisation des pensionnés, voire des salariés, afin de mieux prendre en compte leur capacité contributive réelle.

2 – Les risques pesant sur l'équilibre financier de la caisse

L'assurance maladie-maternité de la CFE s'adresse à des publics très différents mais la catégorie des salariés, qui constitue le public historique de la caisse, est aujourd'hui la seule dont le solde cotisations/prestations est positif. Pour conserver les adhérents salariés, qui peuvent recourir à des assureurs privés, la CFE a diminué six fois les cotisations d'assurance maladie-maternité depuis sa création et octroyé des abattements aux entreprises mandataires de leurs salariés.

Mais l'une des justifications principales de l'existence de la caisse réside dans la préoccupation de donner à des compatriotes installés à l'étranger dont les revenus sont faibles les moyens d'accéder à une couverture sociale. La loi du 17 janvier 2002 a ainsi institué une aide à l'adhésion, par la prise en charge d'une fraction de la cotisation à l'assurance maladie-maternité-invalidité pour les Français dont les ressources de toute nature sont inférieures à la moitié du plafond de la sécurité sociale.

En 2002, il avait été estimé que ce dispositif profiterait à 15 000 nouveaux bénéficiaires, auxquels s'ajouteraient 10 000 personnes déjà adhérentes de la caisse des Français de l'étranger et ayant des ressources modestes. En réalité, il n'a jamais concerné autant de personnes, soit que le « reste à charge » ait été trop important pour les plus modestes, soit plutôt que les besoins aient été surestimés en raison de la fraude massive aux ressources sur les catégories non-salariés et inactifs. L'octroi de cette aide est en effet subordonné à un contrôle des ressources du bénéficiaire par le consulat.

Le coût de ce dispositif a été partagé entre la caisse et le ministère des affaires étrangères, ce dernier souhaitant réduire sa participation dans le contexte d'une réduction de son budget d'aide sociale. Il conviendrait dès lors de déterminer si la protection sociale des Français résidant à l'étranger constitue une mission de service public et si l'Etat doit continuer à venir en aide aux expatriés à faibles ressources ne parvenant pas à financer leur protection sociale ou si cela relève de la solidarité interne à la CFE.

3 – Les risques juridiques pesant sur l'activité de la caisse

Le statut et les pratiques de la caisse soulèvent par ailleurs une double question de compatibilité avec le droit communautaire.

Les régimes d'assurance volontaire ne peuvent intervenir⁴⁷⁷ dans le champ couvert par les règlements communautaires de coordination des systèmes de sécurité sociale, en concurrence avec le régime compétent du pays d'emploi, que lorsqu'il n'existe pas, dans l'État membre en question, de régime obligatoire pour le risque concerné. Ce n'est le cas d'aucun Etat membre de l'UE pour les risques couverts par la CFE.

Certes, pour l'assuré qui est affilié simultanément à un régime obligatoire et à un régime facultatif tel que le régime d'assurance maladie proposé par la CFE, ce dernier intervient en fait comme un assureur complémentaire. Néanmoins, ce type de service relève plus du champ des assurances complémentaires de santé proposées par les assureurs privés (mutuelles, entreprises d'assurance ou institution de prévoyance) que du champ de l'assurance maladie obligatoire. Or, l'intervention dans le champ des assurances privées suppose de remplir les conditions définies par les directives « assurances » qui excluent expressément de leur champ les régimes légaux de sécurité sociale.

477. Cette règle de non cumul trouve son fondement dans le principe, prévu aux articles 13 et 11 des règlements 1408/71 et 883/04, d'unicité de la législation applicable aux personnes qui circulent dans la zone EEE-Suisse.

La CFE, définie comme un organisme de droit privé gérant un régime de sécurité sociale, est donc bien visée par le principe rappelé ci-dessus. L'office de sécurité sociale d'outre-mer belge (OSSOM) qui a une activité très comparable à celle de la CFE a ainsi limité, depuis 1987, à la suite d'une décision de la CJUE, son champ d'intervention géographique aux pays situés en dehors de l'UE.

Pour la CFE, une telle évolution sera d'autant plus préoccupante que la zone EEE-Suisse est pour elle excédentaire. En 2008, les adhérents qui y sont installés ont rapporté 3,1 M€ (dont 1,5 M€ pour les seuls adhérents situés au Royaume-Uni), alors que le déficit global de l'assurance maladie-maternité-invalidité a atteint -5,7 M€, déficit principalement imputable aux adhérents situés en Afrique (-10,6 M€).

Mais plus fondamentalement, une réflexion doit être menée sur le périmètre d'intervention de la CFE, notamment pour préciser la protection sociale susceptible d'être apportée aux expatriés résidant dans la zone communautaire -les régimes des 27 Etats membres assurant, il est vrai, des protections fort différentes- ainsi qu'aux expatriés à bas revenus.

Si la caisse reste un organisme de sécurité sociale en charge d'une mission de service public, ce qui apparaît souhaitable, il faudrait alors renoncer au champ de l'EEE et trouver les moyens d'assurer son équilibre financier. Dans tous les cas, il est nécessaire de renforcer les prérogatives d'une tutelle aujourd'hui théorique par la passation d'une convention d'objectifs et de gestion et l'institution d'un contrôle économique et financier chargé de suivre tant l'équilibre de ses finances que la régularité de ses opérations.

SYNTHESE

Le développement des migrations et déplacements internationaux a conduit les caisses de sécurité sociale à adapter leur organisation à la nécessité de servir un nombre croissant de prestations à l'étranger. Mais l'essor encore prévisible de ces mouvements nécessitera d'autres adaptations afin de permettre aux caisses de mieux faire face à la complexité de ces dossiers internationaux.

La croissance des enjeux financiers qui découlent de ces mouvements de personnes exige également que la gestion des créances et des dettes françaises à l'égard des régimes d'assurance maladie étrangers fasse l'objet d'une plus grande attention de la part de la CNAMTS à travers une coopération renforcée avec le CLEISS.

Enfin, il conviendrait de recadrer les missions de la caisse des Français de l'étranger et de mettre fin à des pratiques incompatibles avec le droit communautaire.

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 GENERALE

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.

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.

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.

A N N E X E : liste récapitulative des recommandations

*

PREMIERE PARTIE LES COMPTES POUR 2009 ET LE FINANCEMENT

RECOMMANDATIONS

Chapitre I – Les tableaux d'équilibre, l'analyse des comptes et le financement des déficits

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).*

Chapitre II – L'objectif national de dépenses d'assurance maladie

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 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.

Chapitre III – Les compensations inter-régimes

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.

DEUXIEME PARTIE

LA GESTION DES CAISSES ET DES RÉGIMES

RECOMMANDATIONS

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

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.*

Chapitre VII – L'absentéisme maladie dans les organismes de sécurité sociale

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.*

Chapitre VIII – La lutte contre la fraude aux prestations dans le régime général

28. *Rendre plus lisibles les procédures devant la CNIL en clarifiant les cas de simples déclarations et d'autorisations tacites ou explicites 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.*

Chapitre IX – Le fonctionnement des commissions de recours amiable

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.*

Chapitre X – L'organisation de la protection sociale dans les industries électriques et gazières

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 soulte 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.

TROISIEME PARTIE

LA GESTION DES RISQUES

RECOMMANDATIONS

Chapitre XI – La situation financière des hôpitaux publics

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 termes 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.

Chapitre XII – La politique d'équipement en imagerie médicale

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 médicalement.*

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 régionales de la mise en œuvre de cette politique.*

Chapitre XIII – Les soins dentaires

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. *Élargir 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.*

Chapitre XVI – Les décotes et surcotes dans les pensions de retraite

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'efficience « 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.*

Chapitre XV – L'invalidité et l'inaptitude

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.*

Chapitre XVI - Les familles monoparentales

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.*

Chapitre XVII – Aspects internationaux de la sécurité sociale

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

77. *Rencherir 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.*

RÉPONSES DES MINISTRES

*REPONSE COMMUNE DES MINISTRES DE L'ECONOMIE, DE
L'INDUSTRIE ET DE L'EMPLOI, DE LA SOLIDARITE ET DE LA
FONCTION PUBLIQUE, DE LA SANTE ET DES SPORTS, DU BUDGET,
DE LA REFORME PUBLIQUE ET DES COMPTES DE L'ETAT*

Comme l'indique la Cour dans son rapport, les déficits sociaux ont significativement augmenté en 2009 sous l'effet de la crise économique qui s'est accompagnée d'une contraction d'une ampleur exceptionnelle des recettes de la sécurité sociale. Nous avons fait le choix en 2010 de ne pas transférer ces déficits à la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) afin de ne pas affaiblir la sortie de crise par une hausse trop brutale des prélèvements obligatoires. Partageant néanmoins les préoccupations de la Cour sur la nécessité de préserver l'ACOSS dans sa mission de financement à court terme du régime général, le gouvernement apportera cette année une réponse durable à la question de la dette sociale. Suite aux travaux de la commission sur la dette sociale, nous privilégions un schéma de reprise de dette équilibré qui s'articule autour de 3 leviers : 1) une dérogation, à titre exceptionnel, au principe de non allongement de la durée de vie de la CADES. Le projet de loi organique adopté en conseil des ministres le 13 juillet dernier précise que la LFSS pour 2011 pourra prévoir des transferts de dettes conduisant à un allongement dans la limite de quatre années ; 2) un apport de ressources nouvelles à hauteur de 3,2 Md€ en 2011, résultant d'un effort important sur les niches fiscales et sociales ; enfin 3) une mobilisation des actifs et des recettes du fonds de réserve pour les retraites (FRR). Au total, il est prévu de transférer à la CADES près de 130 Md€ de dettes, soit les déficits 2009 et 2010 de l'ensemble des branches du régime général et du fonds de solidarité vieillesse (FSV), le déficit prévisionnel 2011 de la branche maladie, ainsi que les déficits prévisionnels « vieillesse » sur la période 2011-2018. Nous tenons ainsi à traiter les déficits passés, mais également à apporter une réponse aux besoins de financement futurs de notre système de protection sociale, plus particulièrement ceux de la branche vieillesse dans l'attente que la réforme des retraites produise ses pleins effets.

Prolongée par une trajectoire solide de redressement à moyen terme des finances sociales, ces reprises de dettes sont de nature à prévenir les difficultés de trésorerie du régime général pour les années à venir.

S'agissant de la nécessité de préserver, dans ce contexte, les ressources de la sécurité sociale, nous partageons l'analyse de la Cour sur l'enjeu que représentent les niches sociales. Dès 1994, a été posé un principe de responsabilisation des décideurs face au coût de ces niches, en fixant une obligation de compensation par l'Etat des pertes de recettes enregistrées par les organismes de sécurité sociale en raison des dispositifs d'exonérations de cotisations. Cette responsabilisation s'est accrue depuis pour être consacrée par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale et, plus récemment, par la loi n° 2009-135 du 9 février 2009 de programmation des finances publiques (LFPF) pour les années 2009 à 2012.

Nous avons pour l'essentiel la même appréciation que la Cour sur les efforts déjà réalisés et ceux restant à faire dans le recensement, l'estimation financière et l'évaluation des niches. Nous tenons cependant à rappeler que des progrès significatifs sont à observer depuis le rapport de la Cour de septembre 2007, ainsi qu'en atteste l'enrichissement, chaque année, du contenu de l'annexe V au PLFSS retraçant les dispositifs affectant les recettes des organismes de base de la sécurité sociale. Les exonérations font l'objet, dans une large mesure voire intégralement pour celles qui sont compensées par le budget de l'Etat, d'un suivi financier précis par les organismes de sécurité sociale. Les travaux d'analyse sont en revanche plus récents et plus délicats pour les dispositifs ayant une incidence sur l'assiette (exemptions et autres dispositifs d'assiettes forfaitaires ou ad hoc), les données nécessaires n'étant généralement pas fournies par les employeurs dans le cadre de leurs obligations déclaratives. Nous nous attachons néanmoins à améliorer cette connaissance. Par ailleurs, nous partageons l'analyse de la Cour sur l'enjeu majeur que représente la mesure de l'efficacité et de l'efficience de ces dispositifs : seule une évaluation systématique permettrait d'éviter l'intervention concomitante de nombreux dispositifs dont la cohérence et le total des effets ne sont pas toujours vérifiés. Sur ce point, les règles de gouvernance posées par la LPPF 2009-2012 constituent une avancée majeure.

Concernant la nécessaire réduction de ces niches sociales, nous ne pouvons que souscrire à l'orientation de la Cour. La création de taux de prélèvements spécifiques (contributions sur les stock options et actions gratuites, forfait social sur certains éléments soumis à CSG mais pas à cotisations), de même que l'augmentation du taux de ces prélèvements (retraites chapeau et forfait social), démontrent notre volonté d'assurer la contribution de tous et de toutes les formes de revenus à un financement plus équitable de notre système de protection sociale. Dans cet effort, le gouvernement veillera toutefois à s'inscrire dans une démarche tant d'équité que d'efficacité au regard de la croissance et de l'emploi. En ce sens, le gouvernement a d'ores et déjà annoncé, dans le cadre de la réforme des retraites, l'annualisation du calcul des allègements généraux de cotisations patronales (sans remettre en cause cette politique) et des mesures sur les retraites chapeau ou les stock options et actions gratuites.

Par ailleurs, et ainsi que le souligne le rapport de la Cour, il est à noter que les dettes de l'Etat vis-à-vis des organismes de sécurité sociale ont nettement diminué en 2009, sous l'effet principalement des ouvertures de crédits budgétaires intervenues en loi de finances rectificative. Ce constat témoigne de la poursuite des efforts menés par le Gouvernement pour assainir les relations financières entre les différentes administrations publiques. Nous sommes effectivement attachés à ce que les principes de transparence et de sincérité budgétaire soient pleinement appliqués au cours des exercices de budgétisation. Dans cette perspective, la préparation du PLF pour 2011 a été marquée par l'organisation, en amont du processus d'arbitrage, de réunions entre les administrations et les régimes afin de

rapprocher les prévisions des différentes parties. Une telle démarche doit permettre de limiter les risques d'insuffisance budgétaire aux aléas inhérents à chaque exercice de prévision.

S'agissant, plus spécifiquement, de l'élaboration des tableaux d'équilibre inscrits en lois de financement, nous rappelons que les retraitements effectués par rapport au plan comptable des organismes de sécurité sociale ont pour unique objectif de donner une vision économiquement pertinente des produits et charges des régimes. Comme le précise l'annexe IV au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, la neutralisation des écritures relatives d'une part aux pertes et dotations sur créances, et d'autre part les reprises sur provisions pour prestations sociales, permet de mieux appréhender la situation financière effective des régimes.

Dans le champ de l'assurance maladie, nous tenons en premier lieu à souligner, à l'unisson avec la Cour, l'amélioration de l'exécution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) au cours des dernières années. La France figure ainsi parmi les pays membres de l'OCDE dans lesquels la croissance des dépenses publiques de santé a été la plus modérée. Au regard de l'exigence de redressement des comptes sociaux, ces progrès doivent être confirmés et amplifiés. A cet égard, le Président de la République a fixé l'objectif d'un strict respect de l'ONDAM voté dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, et d'une progression de cet agrégat limitée à 2,9 % en 2011 et 2,8 % en 2012. L'atteinte de ces objectifs requiert assurément un renforcement du pilotage de la dépense, afin, en particulier, de suivre au plus près les inflexions de son évolution et de mettre en œuvre dans les meilleurs délais les mesures correctrices éventuellement nécessaires. Dans ce domaine, le Gouvernement pourra utilement se nourrir des recommandations de la Cour. Au demeurant, celles-ci rejoignent très largement les propositions, rendues publiques en avril 2010, du rapport du groupe de travail présidé par M. Raoul Briet. Plusieurs de ces propositions, qui visent à formaliser davantage le suivi de l'ONDAM et à en renforcer la transparence, ont d'ores et déjà été retenues.

Dès cet automne, la construction et le constat de l'ONDAM feront l'objet de développements plus étayés, notamment quant aux hypothèses sous-jacentes aux évolutions tendanciennes et au bilan des mesures de l'année écoulée, par enrichissement des supports existants (rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, annexes au PLFSS).

En outre, un comité de pilotage de l'ONDAM, associant les directions et organismes en charge de la gestion du risque maladie, se réunit mensuellement sous la présidence alternée des ministres chargés de la santé et des comptes publics ou du directeur de la sécurité sociale. Il est l'instance de décision des mesures permettant, le cas échéant, de rectifier la trajectoire

des dépenses d'assurance maladie vers l'objectif voté par le Parlement. Un groupe de suivi statistique assiste ce comité, permettant ainsi un meilleur partage de l'information entre les gestionnaires du risque. En effet, la mise en œuvre de tout ou partie des mesures nouvelles votées dans l'ONDAM sera conditionnée au respect de cet objectif.

Par ailleurs, le PLFSS pour 2011 comportera un élargissement des missions du comité d'alerte prévu à l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale. D'une part, ce comité rendra un premier avis sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie dès la clôture des comptes de l'exercice précédent. D'autre part, il pourra, avant le dépôt au Parlement du PLFSS, émettre un avis sur l'ONDAM proposé pour l'année à venir, en cas d'erreur manifeste d'appréciation entachant la construction de cet agrégat. Enfin, tel qu'annoncé lors de la deuxième conférence sur les déficits publics, il est prévu l'abaissement progressif du seuil de l'alerte de 0,75 % à 0,5 % de l'objectif d'ici 2012-2013.

Ces dispositions nous paraissent répondre aux recommandations de la Cour pour une meilleure formalisation des règles de construction de l'ONDAM et un renforcement de son suivi.

En ce qui concerne l'imagerie médicale, nous rejoignons tant les constats que les conclusions formulés par la Cour. Une augmentation ciblée de l'offre est seule susceptible de réduire significativement les délais d'attente. Elle doit s'accompagner d'une révision de la politique d'autorisation. Elle doit s'appuyer en outre sur une politique tarifaire qui tienne compte de la complexité des actes, des gains de productivité liés à l'amélioration des matériels et qui garantisse la pertinence clinique des actes effectués sur la base de référentiels validés par la Haute autorité de santé (HAS).

Quant aux soins dentaires, nous partageons l'analyse de la Cour, selon laquelle une modulation du niveau de prise en charge de leurs affiliés par les organismes complémentaires mutualistes doit pouvoir être effectuée en faveur des patients qui s'adressent aux réseaux de soins mis en place par ces mutuelles. En outre, nous souscrivons à la nécessité de mieux réguler l'offre des soins et les tarifs, notamment, s'agissant des prothèses, par le renforcement de la transparence des prix des dispositifs complémentaires de santé. Comme la Cour le souligne, des efforts ont déjà été entrepris dans ce sens. Ils nécessitent d'être confortés.

En ce qui concerne la situation financière des hôpitaux, nous ne pouvons que souscrire aux recommandations visant à une clarification des règles applicables et à un rappel de celles déjà édictées. En outre, si la politique que nous avons menée a pour effet de mettre les établissements publics sous tension, d'importants gains de productivité restent possibles, il importe néanmoins que cette tension soit répartie avec équité et discernement. Enfin, dans le cadre d'une approche plus globale de l'offre de soins, l'accent doit être mis sur la performance des établissements de santé.

S'agissant des relations entre organismes de sécurité sociale, nous partageons le souhait de la Cour d'alléger les mécanismes de compensation entre régimes d'assurance maladie. A cet égard, la suppression de la compensation généralisée maladie figurera parmi les mesures de la prochaine LFSS. Des études seront également menées afin d'atténuer progressivement l'étendue des compensations bilatérales entre la branche maladie du régime général et celle de certains régimes spéciaux.

Au sein de la commission de compensation, nos représentants soutiendront les travaux susceptibles de permettre la mise en œuvre des recommandations de la Cour quant à la rénovation des mécanismes de transfert de compensation dans l'esprit de la loi de 1974. Toutefois, nous tenons à exprimer une réserve sur la recommandation tendant à rendre conforme à la réglementation le calcul des compensations bilatérales maladie. En effet, l'état du droit ne nous paraît pas imposer l'intégration aux bases de calcul de ces compensations des produits de la CSG perçue par les régimes concernés. Au surplus, une telle intégration ne serait pas équitable, compte tenu des règles qui président à la répartition de la CSG entre régimes. Nous estimons au contraire que la pratique instituée par la commission de compensation consistant à établir ces compensations sur la base des cotisations maladie que ces régimes auraient perçues avant l'institution de la CSG est juridiquement correcte et respectueuse de l'équité.

Concernant plus particulièrement la protection sociale dans les industries électriques et gazières, nous notons la recommandation de la Cour de faire évoluer l'organisation de l'assurance maladie dans cette branche. Cependant, nous rappelons que l'organisation actuelle issue de la réforme engagée en 2006 résulte des négociations sociales conduites dans cette branche. Aussi une éventuelle refonte du système d'assurance maladie devrait être réalisée en concertation avec les partenaires sociaux.

S'agissant de la branche famille, la Cour recommande que soient levés 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. Nous partageons entièrement cette préoccupation. Avec la généralisation du revenu de solidarité active et la réforme des droits connexes, l'accès aux crèches est facilité pour toute personne engagée dans un parcours d'insertion sociale et professionnelle, et notamment pour les familles monoparentales. En outre, nous nous sommes fixés un objectif de création, d'ici 2012, de 200 000 solutions d'accueil supplémentaires, ce qui permettra d'améliorer l'accès effectif des familles monoparentales à un mode de garde. Par ailleurs, la recommandation formulée par la Cour sur la nécessité d'évaluer les aides fiscales dédiées aux

familles monoparentales semble une piste intéressante en vue d'améliorer l'efficacité des dépenses publiques en direction de ces familles.

Par ailleurs, nous partageons le souci de la Cour de moderniser les dispositifs relatifs à la prise en charge de l'inaptitude et de l'invalidité. Nous souhaitons toutefois émettre des réserves sur l'opportunité de certaines recommandations visant à rapprocher le traitement des personnes handicapées et celui des personnes invalides. En particulier, la fusion de l'allocation aux adultes handicapés avec l'allocation supplémentaire d'invalidité, ainsi que la mise en place d'un référentiel commun, soulèvent d'importantes difficultés, qu'il s'agisse par exemple de ne pas alourdir les démarches administratives des assurés ou de maintenir les droits des bénéficiaires de l'allocation supplémentaire d'invalidité. Le coût, entre 200 M€ et 1,7 Md€ selon les scénarii de rapprochement ou de fusion de l'ASI et de l'AAH, n'est pas soutenable dans le contexte de nos finances publiques. Il nous apparaît ainsi préférable de progresser dans le sens d'une optimisation des dispositifs d'évaluation de l'invalidité et de l'inaptitude. Cela doit favoriser l'égalité de traitement des demandes entre les régions, par la mise en place de conditions permettant d'harmoniser les décisions de reconnaissance de l'invalidité et de l'inaptitude. Nous souhaitons également travailler au perfectionnement des outils d'intéressement et d'accompagnement au retour à l'emploi.

Du point de vue de la gestion et de l'organisation des organismes de sécurité sociale, nous partageons pleinement les appréciations portées par la Cour sur le caractère stratégique du système d'information (SI) dans le pilotage de la politique d'assurance maladie. L'outil doit contribuer à rendre encore plus efficiente la gestion du risque et à accroître la qualité de service rendu aux assurés. Si des progrès ont bien été accomplis à l'occasion de la dernière COG, les constats dressés par la Cour appellent une évolution importante. La future COG prolonge nos ambitions en ce domaine, lesquelles seront déclinées dans le nouveau schéma directeur que produira la CNAMTS. De façon plus générale, nous sommes favorables au développement des études d'impact, souhaité par la Cour, afin de mieux prendre en compte en amont les problématiques SI. Nous sommes également attachés à conforter le pilotage stratégique de l'Etat sur les SI de la sécurité sociale, lesquels sont indispensables à la réussite des politiques menées. Nous veillerons à en renforcer les moyens, tant sur les effectifs internes qui lui sont consacrés, que sur les expertises externes (audits et conseil en stratégie).

Concernant l'absentéisme observé dans les caisses d'assurance maladie, l'analyse de la Cour n'appelle pas d'appréciation divergente de notre part, même s'il convient de relever, comme cela a été fait d'ailleurs, que l'analyse de l'absentéisme dans le régime général, pour être pertinente, se doit d'être corrigée au regard de la répartition des effectifs par sexe (les trois quart des agents sont des femmes) et par âge (âge moyen de 45 ans). En tout état de cause, le constat dressé milite pour que des actions soient engagées en faveur

d'une réduction de l'absentéisme. De telles actions devront impliquer particulièrement les caisses nationales, ainsi que l'UCANSS s'agissant du régime général. Cette mobilisation accrue permettra de disposer des indicateurs pertinents pour apprécier la situation de chaque organisme, et, par conséquent, de déterminer les mesures les plus adaptées pour favoriser la présence effective des agents, que celles-ci portent ou non sur les rémunérations. Les évolutions attendues appellent certainement des discussions avec les organisations syndicales, voire des négociations pour faire évoluer les conventions collectives. Sur ce dernier point, nous sommes ouverts à ce que la discussion puisse porter sur les clauses relatives au maintien de salaire dont la Cour souligne la forte différence notamment avec la fonction publique.

Nous partageons enfin les constats de la Cour sur le fonctionnement des commissions de recours amiable. Il convient bien de rappeler à ces commissions la nécessité d'appliquer la réglementation, la mise en place de mécanismes ad hoc devant permettre de vérifier cette homogénéité des pratiques. Au-delà, nous définirons, en liaison avec les caisses nationales, les différentes initiatives à promouvoir en ce sens et veillerons à évaluer leur mise en œuvre. La mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale (MNC), créée en janvier 2010, doit jouer un rôle d'appui important, en assurant notamment une veille constante sur les décisions rendues par les différentes commissions.

Enfin, la lutte contre la fraude aux prestations sociales constitue une priorité forte de l'action du gouvernement. Elle répond à la double préoccupation de préserver notre système de protection sociale auquel nos concitoyens sont très attachés, et de contribuer à l'équilibre des finances sociales. Si comme le souligne la Cour, beaucoup a déjà été fait grâce à la mise en place d'outils organisationnels, techniques et juridiques, nous partageons l'idée selon laquelle il convient dorénavant de mettre l'accent sur la mise en œuvre opérationnelle des outils créés, comme par exemple l'utilisation des pénalités administratives.

*REPOSE DU MINISTRE DE L'ALIMENTATION, DE L'AGRICULTURE
ET DE LA PÊCHE*

Ce document comporte plusieurs chapitres qui appellent des observations de la part de mon département ministériel:

- le chapitre IV relatif au suivi des recommandations de la Cour sur les « niches » sociales ;
- le chapitre V dédié au réseau d'alerte ;
- le chapitre VII sur l'absentéisme maladie dans les organismes de sécurité sociale ;
- le chapitre IX qui concerne le fonctionnement des commissions de recours amiable (CRA) dans les organismes de sécurité sociale.

S'agissant du premier point relatif aux « niches » sociales, la Cour remarque que trois dispositifs d'exonération de cotisations sociales ont été étendus en 2010 (notamment celui en faveur de l'emploi de travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi en agriculture), ce qu'elle estime être en contradiction avec l'objectif de réduction des « niches » sociales et fiscales prévu par le programme de stabilité relatif aux finances publiques pour la période 2010-2012.

Le dispositif d'exonération pour l'emploi de travailleurs occasionnels et de demandeurs d'emploi a effectivement été modifié par la loi du 9 mars 2010 de finances rectificative pour 2010 afin de lutter contre le travail illégal.

En effet, les contrôles effectués ont révélé un recours encore particulièrement élevé à une main d'œuvre non déclarée, ce travail dissimulé étant de loin l'infraction la plus fréquente dans l'agriculture : il y représentait 88 % des infractions en 2008 (75 % en 2007).

Le recours au travail dissimulé a pour effet de provoquer une distorsion des conditions de concurrence et a de lourdes conséquences sur la qualité des prestations fournies, sur les conditions de travail des salariés de l'agriculture et dans certains cas, sur le maintien dans leur emploi. Ces pratiques frauduleuses font subir un préjudice grave aux entreprises respectueuses du droit et compromettent leur existence. La modification du dispositif devrait avoir notamment pour effet de réduire le recours à la main d'œuvre clandestine.

En outre, le champ d'application a été redéfini pour une meilleure articulation et intelligibilité du droit national avec le droit communautaire au regard de la réglementation sur les aides d'Etat. Les différents taux réduits appliqués selon les filières pour le calcul des cotisations d'assurances sociales ont été supprimés. Désormais, l'exonération applicable est identique à tous les secteurs de la production agricole.

Dans un précédent rapport, la Cour a préconisé de manière générale que les dispositifs d'exonérations de cotisations sociales soient plafonnés et éventuellement dégressifs. C'est le cas de cette exonération désormais. Elle est totale pour les rémunérations égales ou inférieures à 2,5 fois le montant mensuel du salaire minimum de croissance (SMIC) puis devient dégressive au-delà jusqu'à s'annuler pour les rémunérations égales ou supérieures à 3 SMIC.

Enfin, plusieurs dispositifs d'exonération introduits par la loi d'orientation agricole du 5 janvier 2006 destinés à développer l'emploi salarié agricole et à favoriser l'emploi en commun sont en voie d'extinction et prendront fin le 31 décembre prochain.

S'agissant du deuxième point dédié au réseau d'alerte et la question particulière de la gestion du recouvrement des prestations sociales indues, la Cour estime défaillant le recouvrement des indus par défaut de mise en œuvre d'outils pertinents, en particulier la compensation entre prestations. De plus, elle remarque que la contrainte est peu utilisée au profit du recours devant le TASS, pourtant plus onéreux. Le ministère de l'agriculture a pris la mesure de cet enjeu. La caisse centrale de MSA a mis au service des caisses les moyens d'améliorer le recouvrement des prestations indues, notamment une nouvelle application informatique, conformément aux engagements de l'actuelle convention d'objectifs et de gestion 2006-2010. Elle devrait inciter celles-ci à utiliser ces outils. Cela permettrait de réduire le risque de prescription des créances. Cet enjeu devrait faire l'objet d'un objectif de la future convention d'objectifs et de gestion.

Concernant le troisième point consacré à l'absentéisme maladie, la Cour rapporte en préambule que dans les organismes de sécurité sociale et en MSA en particulier, la durée légale de travail, égale à 1 607 heures n'est pas toujours respectée, les agents travaillant moins, en raison de l'octroi par des usages locaux de jours de congés supplémentaires exceptionnels. Le ministère de l'agriculture partage cette analyse mais souligne qu'elle est en voie de résorption dans les caisses de MSA. En effet, la lettre interministérielle d'interprétation de la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2006-2010 précise que l'ensemble des congés exceptionnels devraient avoir disparu au terme de la présente COG. Ainsi, malgré l'échec d'un accord cadre national visant à supprimer ces jours en contrepartie de l'octroi d'une participation employeur à la couverture complémentaire d'assurance maladie ou d'autres avantages si elle existait déjà, à hauteur de 0,8 % de la masse salariale, de nombreuses caisses ont négocié des accords locaux sur cette base. La suppression des jours exceptionnels devrait être effective en MSA au 31 décembre 2010 ou 2011 dans certains cas.

S'agissant du taux d'absentéisme « maladie » les travaux de « benchmarking » l'ont souligné comme les résultats présentés par la Cour, la MSA obtient les meilleurs résultats avec un taux inférieur à 4 %, quand l'ensemble des caisses du régime général dépassent 5 %. Ceci est à souligner

et à mettre en perspective avec la conduite, sur la durée de la présente COG, de la restructuration du réseau qui a abouti à un nombre de 35 caisses au 1^{er} avril 2010, contre 74 en 2001. Malgré des situations de stress potentiel lié à des modifications de fonctionnement et des mobilités fonctionnelles, les salariés n'ont pas significativement augmenté leur absentéisme au titre de la maladie. Au contraire, ce taux s'est maintenu à un niveau relativement faible, et diminue même légèrement sur la période.

Comme le souligne la Cour, la mise en place dans l'accord d'intéressement du personnel de la MSA d'un indicateur lié au « présentéisme » est une piste pour réduire l'absentéisme dans les organismes de sécurité sociale.

S'agissant du quatrième point relatif aux commissions de recours amiable (CRA) la Cour regrette que la MSA ne dispose pas de recueil statistique de leur activité, contrairement aux autres régimes.

Depuis le 1^{er} janvier 2010 et l'installation de la mission d'audit et de contrôle des organismes de protection sociale agricole (MAECOPSA), le portail électronique, mis au point par la MSA à la demande du ministère de l'agriculture afin d'examiner les décisions de CRA, offre la possibilité de construire un outil statistique. Il reste à en définir le cahier des charges et en particulier à définir les informations pertinentes permettant de classer ces décisions.

En ce qui concerne les remises de dettes, la Cour relève, pour l'ensemble des régimes; l'hétérogénéité des décisions prises et les fortes inégalités de traitement des assurés qui en résultent. Une harmonisation des décisions de CRA apparaît en effet nécessaire.

L'examen des décisions de CRA par la MAECOPSA devrait permettre d'améliorer l'application du droit et donc de réduire les inégalités de traitement.

En outre, la MAECOPSA, qui doit effectuer comme la mission nationale de contrôle du régime général, des contrôles thématiques, va procéder en 2011 à un audit sur les remises de majorations de retard. L'objectif est de définir et recommander la mise en place des procédures formalisées permettant une instruction harmonisée des dossiers. La question des remises de dettes pourra être analysée selon une procédure similaire afin de procéder notamment à l'élaboration d'un barème permettant un traitement plus équitable des demandes. Enfin, cet audit peut être l'occasion d'aligner, ainsi que le recommande la Cour, les pratiques de la MSA sur celles des autres régimes en matière d'anonymat des dossiers.

RÉPONSES DES ORGANISMES

PREMIÈRE PARTIE – LA SITUATION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN 2009

Chapitre II

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)

Concernant la construction de l'ONDAM, la disponibilité plus précise des données de construction de l'ONDAM serait de nature à en faciliter le suivi, notamment sur les points suivants :

- qu'une liste détaillée des dépenses figurant dans chacun des sous-objectifs de l'ONDAM faciliterait le suivi et le constat de l'ONDAM ;
- qu'une explicitation des hypothèses permettant de déterminer les évolutions tendanciennes faciliterait la compréhension et le constat de l'ONDAM ;
- que davantage de précisions sur la construction, l'évaluation et la mise en œuvre des mesures d'économies permettrait un meilleur suivi de ces mesures et donc de l'ONDAM

De telles évolutions contribueraient notamment à faciliter le constat des dépenses. (...)

Chapitre III

Les compensations inter-régimes

REPONSE DE LA CAISSE DE PREVOYANCE ET DE RETRAITE DU PERSONNEL DE LA SNCF (CPRPSNCF)

La caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF conteste l'affirmation selon laquelle le processus de calcul de la compensation bilatérale maladie n'est pas conforme aux dispositions réglementaires. En outre, la CPRPSNCF n'est pas d'accord avec la notion de charge induite que supporterait la CNAMTS. En effet, dans son évaluation, la Cour considère que la totalité de la CSG perçue par les régimes doit être prise en compte dans le calcul de la compensation bilatérale maladie, alors qu'une partie de cette CSG n'entre pas dans le champ de la compensation.

DEUXIEME PARTIE – LA GESTION DES CAISSES ET DES RÉGIMES

Chapitre VI Le système d’information de la branche maladie du régime général

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D’ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)

La Cour souligne, à juste titre, l’impact des modifications réglementaires et législatives sur le système d’information de l’assurance maladie et les difficultés rencontrées face au rythme de ces modifications. Une meilleure prise en compte des contraintes techniques lors de l’élaboration du droit serait certes de nature à favoriser son implémentation dans de meilleures conditions et à atténuer certaines contraintes qui pèsent sur le plan de charge de la DDSI. Au cours de la période récente, une sollicitation plus en amont de la CNAMTS par la DSS a ainsi contribué à opter pour des délais d’application plus réalistes.

S’agissant des délais de préparation du précédent schéma directeur des systèmes d’information, il convient de rappeler les contraintes qui pesaient à l’époque sur le SI de la branche, notamment compte tenu de la charge qu’a représenté la migration sous UNIX. Cette période a permis la stabilisation du socle technologique et l’accélération des développements au cours des deux dernières années, avec notamment la réussite de deux projets majeurs : la mise à niveau de la branche dans le domaine des services en ligne et la réussite du volet informatique des fusions de caisses. Le schéma directeur pour la période 2010-2013 est en cours de préparation. Sa transmission à l’Etat est prévue d’ici la fin de l’année 2010. (...)

La CNAMTS, pour des raisons historiques et conjoncturelles, n’a pas entrepris un vaste programme d’urbanisation et de transformation du Système d’Information. Si la nécessité d’une évolution d’ampleur est reconnue, le risque associé au lancement d’un grand projet ambitieux au long cours est jugé important dans une période où le besoin d’évolution est constant. Comme le souligne la Cour, les acquis de certains projets réalisés ou en cours, montrent des progrès certains et des opportunités pour l’avenir. (...)

Concernant la méthode et la gestion des projets, la CNAMTS partage l’avis de la Cour sur l’intérêt d’intégrer les référentiels de bonnes pratiques dans le processus de développeur d’application et de mise en production (CMMI, ITIL). La Cour fait état de cette orientation et des initiatives prises tout en soulignant leur caractère parfois ponctuel ou incomplet.

Conformément aux objectifs fixés et sous la responsabilité des départements en charge de la qualité et du contrôle de gestion, la CNAMTS a lancé un projet du développement de la qualité basé sur l'ensemble du cycle de vie d'un projet. Toutes les étapes y sont intégrées de l'avant-projet jusqu'à la mise en production. (...)

Concernant les dispositifs de sécurité informatique au sein de l'Assurance Maladie, la Cour précise bien que ces derniers sont conformes aux exigences portées par la norme ISO 27002. Si l'organisation en place est encore perfectible, les actions mises en œuvre récemment devraient permettre de rendre plus efficiente encore la politique de sécurité.

Concernant la mise en place des Plans de Continuité d'Activité, la totalité des CPAM est aujourd'hui dotée d'un PCA. Un responsable PCA a été nommé au sein de chaque CPAM et près de 92% des Caisses ont effectué des tests de gestion de crise. La reprise d'activité informatique des caisses est prévue pour 2011. Enfin, concernant les CTI, ces derniers ont effectué dans leur totalité des tests sur le plan médical. Le domaine production est couvert et il sera totalement opérationnel d'ici la fin de l'année (l'intégralité des tests de vérification aura été effectuée). (...)

Sur les aspects organisationnels, la CNAMTS constate que la Cour souligne d'une part, l'éclatement géographique sur près de 53 villes des effectifs de maîtrise d'œuvre et de maîtrise d'ouvrage délégués, et d'autre part, l'hétérogénéité des compétences de la branche informatique.

Concernant la géographie des ressources humaines associées au système d'information, la CNAMTS souhaite préciser que cette dernière est largement héritée du poids de l'histoire et que la dispersion géographique des effectifs est une préoccupation essentielle pour l'Assurance maladie.

Cette préoccupation a d'ailleurs été intégrée dans les orientations pour la future convention d'objectifs et de gestion adoptées par le conseil de la CNAMTS. Il faut souligner qu'une telle évolution ne peut se concevoir sans une attention soutenue et un accompagnement fort en termes de ressources humaines. (...)

Chapitre VII

L'absentéisme maladie dans les organismes de sécurité sociale

REPONSE DE L'UNION DES CAISSES NATIONALES DE SÉCURITÉ SOCIALE (UCANSS)

(...) S'agissant du constat effectué par la Cour sur le poids atypique des troubles dépressifs dans les organismes de sécurité sociale, l'employeur sécurité sociale a entrepris avec l'appui de l'institut national de recherche et de sécurité (INRS) et la direction accident du travail et maladies professionnelles de la CNAM, à la suite notamment d'alertes par les partenaires sociaux, une démarche interbranche de diagnostic de l'impact des conditions de travail sur la santé des salariés (risques psycho-sociaux, stress). Il s'agit de dresser un diagnostic institutionnel, étape préalable à la construction d'un plan d'actions. (...)

Plus globalement, le régime général a géré au cours de ces dix dernières années des évolutions fortes : évolutions législatives (mise en œuvre de la loi portant réforme des retraites, de l'interlocuteur unique, loi TEPA, réforme de l'assurance maladie de 2004...), organisationnelles (restructurations de réseau, mutualisation de certaines fonctions, plates formes de service téléphonique, dématérialisation des processus...) mais également évolutions dans le pilotage des réseaux et de la performance. Ces changements n'ont pas toujours été menés avec une prise en compte suffisante du facteur humain et de sa capacité d'adaptation eu regard à une population démographique vieillissante. Consciente de sa responsabilité, la fédération d'employeurs essaie aujourd'hui tant à travers l'accord sur les seniors que celui, en cours de négociation, sur la formation professionnelle de mieux prendre en compte ce volet d'accompagnement des salariés dans leur adaptation aux différents changements.

Elle travaille également à une meilleure reconnaissance de leurs qualifications par la mise en place de certificats de qualification professionnelle destinés à valoriser leurs métiers et à donner des perspectives de mobilité professionnelle.

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF)

(...) Dans le cadre de la COG 2009/2012 signée avec l'Etat, la CNAF s'est engagée, d'une part, à renforcer son pilotage de la politique ressources humaines de branche, notamment en enrichissant et en fiabilisant le système décisionnel y afférant, d'autre part, à développer son rôle d'employeur socialement responsable, en mettant en œuvre le volet social d'une politique de développement durable.

Ainsi, dans le cadre des travaux relatifs au décisionnel RH, les données permettant la gestion de l'absentéisme seront complétées et fiabilisées.

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)

La CNAMTS ne peut souscrire à l'ensemble des constats effectués par la Cour sur ce sujet, pour des raisons principalement méthodologiques.

Plusieurs points méritent en effet d'être soulignés :

- la présentation à titre de comparaison de données non redressées par sexe et par âge ; or le sexe et l'âge des salariés constituent, comme le souligne la Cour, deux variables essentielles dans l'explicitation des causes d'absentéisme ;
- l'interprétation de données portant sur le contrôle des arrêts de travail comme des données d'absentéisme ;
- l'analyse de la dispersion des organismes sans redressement par le sexe et l'âge.

Concernant le constat d'une stabilité de l'absentéisme maladie, les données de la Cour montrent une diminution de l'absentéisme maladie de 14% entre 2001 et 2006. Cette réduction ne peut être imputée au départ en retraite de salariés âgés. En effet, sur la même période, la part des salariés de plus de 50 ans est passée de 33% en 2001 à 43% en 2006.

Par ailleurs, la proportion des arrêts finissant les vendredi, samedi ou dimanche est moins importante pour la population des salariés des organismes de sécurité sociale que pour la population générale (49% contre 61%). Il semble donc imprudent de conclure à un surcroît d'arrêts de travail permettant de « finir la semaine » pour les salariés de la sécurité sociale.

Le rapport recommande d'aligner le régime d'indemnisation des arrêts de travail des agents de la sécurité sociale sur ceux de l'Etat. L'assurance maladie rappelle, en la matière, que ses salariés relèvent des dispositions du droit privé (concernant les relations salariales, code du travail, code de la sécurité sociale concernant le versement d'indemnités journalières) et qu'elle ne saurait s'exonérer du respect du droit en vigueur.

REPONSE DE LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE PARIS

Les avantages locaux qui n'ont pas été transformés en jours de repos à l'occasion des négociations du protocole d'accord de réduction de la durée du travail à la CPAM de Paris du 4 juillet 2001, sont les droits d'absence qui ne se réalisent qu'en cas de survenance d'un évènement particulier ou ceux qui ne bénéficient pas à l'intégralité des agents mais seulement à ceux qui

remplissent une condition particulière, liée à leur situation personnelle ou professionnelle.

Ils n'obéissent pas au même régime que les avantages locaux collectifs applicables à la CPAM de Paris, dont le caractère général et régulier justifiait leur transformation en jours de repos attribués à l'ensemble du personnel bénéficiaire du protocole d'accord, au titre de la réduction de la durée de travail.

Chapitre VIII

La lutte contre la fraude aux prestations sociales dans les organismes de sécurité sociale

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)

En premier lieu, le constat de montants « limités » des fraudes détectées semble devoir être atténué au vu des résultats obtenus par la branche maladie. Ainsi, pour la seule année 2009, les montants détectés s'élèvent à 160 millions d'euros.

Depuis 2005, la CNAMTS distingue spécifiquement les fraudes, les fautes et les abus. Chacun de ces concepts correspond à une définition précise dont il a été donné communication à la Cour, et se rattachant à des suites spécifiques en termes de sanctions, ce qui correspond à une logique opérationnelle. Par ailleurs, concernant les montants en question, la Cour a eu accès à l'ensemble des détails relatifs aux données chiffrées.

Concernant les sanctions prononcées, le rapport se fonde sur des données plus anciennes que celles qui ont été communiquées. A titre d'exemple, 305 interdictions d'exercer ont été prononcées en 2009, la proportion d'interdictions d'exercer de plus de un mois ayant augmenté de 9 points depuis 2007.

S'agissant des appréciations portées sur la mobilisation des caisses nationales et la diffusion des bonnes pratiques, la CNAMTS a structuré son action et mobilisé son réseau afin d'obtenir les résultats dont les indicateurs chiffrés ont fait l'objet de communication à la Cour. En termes de management, la lutte contre les fraudes a été intégrée à la politique d'intéressement et de parts variables, tant pour la caisse nationale que pour le réseau. Un dispositif d'animation structuré a été mis en place au niveau national et au niveau régional. L'ensemble des résultats obtenus par chaque organisme sur chaque axe du plan d'action annuel fait l'objet d'un suivi par la caisse nationale.

Concernant les outils et méthodes, qu'il s'agisse de l'action du service médical ou de celle des caisses, le plan de charge est défini annuellement et il

s'accompagne, au fur et à mesure du lancement des actions, de la diffusion de protocoles d'action et de requêtes adéquates dans les systèmes d'information. Par ailleurs, la CNAMTS ne peut que réitérer ses observations précédentes sur la lutte contre la fraude aux traitements substitutifs aux opiacés (TSO). Le programme national mis en place par la CNAMTS a ainsi permis, à titre d'exemple, une diminution de 25% entre 2007 et 2008 du nombre de consommateurs de TSO (40% pour les mégaconsommants). S'agissant de la limitation de la délivrance de ces produits, la recommandation ne semble pas pouvoir être mise en œuvre dans le cadre juridique actuel.

De même, concernant les dépassements d'honoraires, les limites de l'action de l'assurance maladie sont fixées par les textes législatifs et réglementaires, dont certains sont en cours de publication.

La Cour recommande la mise en œuvre d'une habilitation générale ouvrant de façon extensive aux services publics l'accès aux informations détenues. La sensibilité de certaines informations détenues par la branche maladie, notamment en matière de données à caractère médical, méritent qu'une analyse plus précise soit menée en préalable.

Enfin, la CNAMTS appelle de ses vœux la publication du décret d'application de la LFSS pour 2008 relatif au déconventionnement d'urgence en cas de fraude avérée.

Chapitre IX

Le fonctionnement des commissions de recours amiable dans les organismes de sécurité sociale

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF)

S'agissant de la réorientation vers les commissions d'action sociale les dossiers de contestation de droits posant des problèmes sociaux importants et ponctuels, la branche famille n'adhère pas à cette proposition : les commissions d'action sociale ont vocation à examiner la situation des ménages en vue d'attribuer des aides financière visant à compenser des dettes.

Il s'agit plus particulièrement de dettes affectées au logement ; il s'agit aussi de pouvoir apporter une participation financière dans le cadre du recours à des équipements et services.

Les aides financières de fait n'ont pas vocation à compenser l'éventuel manque à gagner lié à la non attribution de prestations, en application des dispositifs réglementaires existants

REPONSE DE L'URSSAF D'ILLE ET VILAINE

Sur l'audition des requérants par les CRA :

Au-delà de l'intérêt que les membres de la CRA et les administrateurs trouvent au dispositif mis en place, nous tenons à préciser que cet intérêt est partagé par les cotisants, par leurs conseils ainsi que par l'URSSAF elle-même qui y trouve de multiples avantages (...) :

- amélioration du contradictoire,
- amélioration de la garantie des droits de l'usager en permettant un traitement identique à certaines situations comparables,
- renforcement de la sécurisation juridique,
- respect des engagements de services des URSSAF,
- valorisation du rôle des administrateurs,
- amélioration de l'image de marque de l'URSSAF,
- évitement des contentieux longs et coûteux,
- accélération du recouvrement des créances.

Chapitre X

L'organisation de la protection sociale dans les industries électriques et gazières (IEG)

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAVTS)

Dans son projet d'insertion, la Cour des Comptes ne formule pas de recommandation ou d'observation sur la gestion par la CNAVTS de l'adossement des IEG.

Ses recommandations portent sur certains principes de l'adossement.

La Cour souligne en particulier les incertitudes relatives aux assiettes de cotisations sociales applicables.

Sur ce point, indépendamment des contrôles entrepris par les URSSAF auprès des employeurs de la sphère IEG, la CNAVTS a procédé, sur recommandation de la Cour, à un contrôle directement sur les données employeurs IEG - les équivalents DADS 2009 au sens de l'article 6.2 de la convention, c'est-à-dire avec une assiette de cotisations incluant les salaires, primes et avantages en nature.

A cette fin la CNIEG a transmis à la CNAVTS toutes les données « employeurs » pour l'ensemble des exercices allant de 2005 à 2009. Le contrôle a été opéré uniquement sur l'exercice 2009.

Ce contrôle a permis à la CNAVTS de vérifier le montant des cotisations dues par la CNIEG au titre de 2009 (avant régularisations).

(...). Sur le passage relatif au financement de la majoration pour enfants par le FSV

Il semble exagéré d'écrire que le régime des IEG reçoit de manière illégale des financements du FSV.

En effet le régime général verse à la CNIEG les sommes correspondantes aux prestations qui seraient dues si les agents des IEG avaient été affiliés au régime général. Au régime général la pension est assortie de la majoration pour enfants (ME) si le prestataire remplit les conditions. Cette ME est un avantage complémentaire à la pension de base, qui est attribuée et payée avec et en même temps que la pension. Elle n'existe pas sans cette dernière.

La ME est donc attachée aux pensions calculées dont sont constituées les sommes versées par le régime général à la CNIEG, comme le sont les ME qui s'ajoutent aux pensions RG normales.

Dès lors que le régime général a, à sa charge les ME pensions IEG, comme les autres, l'ensemble des ME payées par le RG sont prises en charge par le FSV

Au titre de l'article L 135-2 du CSS aucune disposition législative dérogatoire ou particulière n'a été prise dans le cadre de l'adossment.

Ceci a donc été inscrit dans la convention tripartite, dont le principe figurait dans la loi et dont le contenu a été approuvé par lettre ministérielle du 9 novembre 2004. En conséquence ce schéma ne paraît pas voir un caractère illégal.

RÉPONSE DE LA CAISSE D'ASSURANCE MALADIE DES INDUSTRIES ÉLECTRIQUES ET GAZIÈRES (CAMIEG)

(...). - *Sur la volonté des employeurs de se désengager du financement de l'assurance maladie des personnels, d'où une solidarité menacée :*

De par le fait que le mode de financement du régime complémentaire est assuré par les cotisations salariales et employeurs, deux sections comptables ont été créées par un décret de février 2005 pour permettre aux entreprises de s'affranchir du provisionnement financier à l'égard des inactifs et de leurs ayants droits. Cette première réforme a marqué très concrètement la fin de toute participation des employeurs au financement de la protection sociale des pensionnés et leurs familles. Cette situation, inacceptable pour le conseil d'administration, conduit aujourd'hui à une remise en cause même d'un des principes fondateurs de la sécurité sociale de la solidarité entre les assurés qui n'est plus respecté, comme le rappelle très justement la Cour.

Cette solidarité intergénérationnelle doit s'appuyer sur de nouvelles dispositions pour s'appliquer pleinement, car la seule contribution de solidarité versée par les actifs reste injuste car versée par les seuls salariés

actifs et insuffisante financièrement, dans le temps, pour pérenniser et équilibrer la section des inactifs.

- Sur l'organisation de la gestion du régime spécial

Comme le souligne la Cour, la création de la CAMIEG a permis de centraliser et d'homogénéiser la gestion des prestations en nature, auparavant assurée par les 106 CMCAS. Cette volonté des fédérations syndicales doit permettre d'atteindre deux objectifs majeurs :

- centraliser pour optimiser la gestion ;

En dégageant des charges de gestion importantes et sans plus value sociale sur le traitement des remboursements pour les réorienter vers une véritable politique de santé ambitieuse et de proximité avec des métiers spécifiques.

- centraliser pour améliorer les prestations ;

Les économies réalisées dans la gestion doivent également permettre de meilleurs remboursements des prestations servies vers tous les assurés. Une étude du cabinet indépendant « Kadris » estimait à plus de 20M€ en 2005 ces économies. (...)

En conclusion

La Cour propose de 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. Cette option, écartée par les partenaires sociaux et en priorité pas les organisations syndicales des salariés ne permet pas de maintenir la solidarité envers toute la population. Déjà fragilisés par le mode de financement, les inactifs seraient contraints d'assumer seuls car sans contribution solidaire des actifs, l'équilibre de leur protection sociale. Pire, ils seraient dans l'obligation -comme pour la couverture supplémentaire maladie- de gérer avec un partenaire extérieur leur protection sociale complémentaire.

La Cour ne peut regretter le caractère contradictoire que comporte le régime complémentaire avec les principes qui régissent les régimes de sécurité sociale et proposer d'écarter définitivement toute solidarité envers les inactifs. Au regard des profits réalisés par les entreprises de la branche IEG, il est possible de garantir les ressources nécessaires à la pérennité du régime spécial tout en assurant la solidarité entre les assurés. (...)

*REPONSE DE L'UNION NATIONALE DES EMPLOYEURS DES
INDUSTRIES GAZIERES (UNEMIG) ET DE L'UNION FRANÇAISE DE
L'ELECTRICITE (UFE)*

La Cour met en évidence les profondes transformations qui sont intervenues dans la protection sociale des industries électriques et gazières (IEG) au cours des dernières années en soulignant la complexité engendrée

dans leur organisation et leur financement et en mettant en doute la neutralité de celui-ci pour les autres acteurs. Les employeurs de la branche des IEG tiennent à apporter les éléments de réponse suivants à l'analyse et aux recommandations de la Cour. (...)

2. Des évolutions qui vont dans le sens d'une gouvernance plus professionnelle et d'un meilleur contrôle

La gouvernance

La Cour estime que les évolutions intervenues au cours des dernières années ont rendu le paysage de la protection sociale des IEG très complexe. Il convient cependant de souligner les progrès majeurs liés à ces évolutions.

En premier lieu, conformément aux recommandations de la Cour, la gestion du régime spécial d'assurance maladie des IEG n'est plus liée à la gestion des activités sociales, objectif majeur de la réforme de 2007 et a été centralisée, ce qui explique une grande partie des économies réalisées sur les frais de gestion. Il s'agit là d'une réforme d'ampleur.

En second lieu, les prestations en nature d'assurance maladie et les prestations en espèces d'assurance vieillesse, invalidité et accidents du travail-maladies professionnelles sont désormais gérées par des caisses de sécurité sociale de plein exercice disposant d'une direction professionnelle et soumises à la tutelle dont le chef de file est désormais la Direction de la Sécurité sociale. Les conseils d'administration de ces organismes (ainsi que la commission nationale paritaire de suivi du régime maladie) sont pleinement impliqués pour maintenir ou améliorer la qualité de service et le fonctionnement des organismes.

En troisième lieu, les partenaires sociaux de la branche professionnelle sont pleinement responsabilisés sur le champ de la protection sociale complémentaire avec les accords conclus en matière de prévoyance (27 novembre 2008) et de frais de santé (4 juin 2010), ce qui constitue une nouveauté.

Employeurs, fédérations syndicales et pouvoirs publics ont désormais un rôle mieux défini et des responsabilités clairement partagées dans ce nouvel équilibre, dans le cadre d'un dialogue constant comme l'illustrent les efforts déployés pour obtenir du régime général la mise en œuvre des engagements pris au titre de l'infogérance ou les réflexions engagées sur la question des excédents du Fonds national de gestion technique de la CAMIEG. (...)

3. La neutralité de la réforme du financement du régime de retraite à la fois pour le régime général et pour les régimes complémentaires.

Il convient de rappeler au préalable que l'adossement repose sur l'application pleine et entière des règles des régimes de retraite du droit

commun en matière de cotisations, de prestations et de financement. Il s'agit, pour les régimes du droit commun comme pour le régime des IEG, de verser des prestations ou de bénéficier de cotisations et financements rigoureusement équivalents à ce qui serait mis en œuvre par application du droit commun si les salariés et entreprises de la branche des IEG étaient affiliés au régime général et aux régimes complémentaires. Cette règle est posée par l'article 19 de la loi du 9 août 2004.

Ainsi, l'adossment a été mis en œuvre sur la base de comptes individuels par salarié et retraité des IEG pour garantir l'application sur le plan financier des règles des régimes du droit commun en matière de cotisations et de prestations.

Il en résulte que l'équilibre financier général de la CNAVTS, qui intègre les flux liés à l'adossment, est identique à celui qui résulterait d'une situation dans laquelle les entreprises des IEG auraient toujours été affiliées au régime général. En outre, par construction, l'adossment a pour effet de faire contribuer les IEG à la résorption du déficit des régimes auxquels le régime spécial est adossé dès lors que des mesures de redressement sont prises dans ces régimes, qu'il s'agisse de baisse de rendement des prestations versées ou d'accroissement des financements.

C'est pourquoi les employeurs des IEG contestent la position de la Cour et tiennent à rappeler que :

- l'intervention du FSV vise à permettre à la CNAVTS de respecter les engagements pris dans les conventions financières d'adossment, à partir du moment où les avantages familiaux ont été intégrés à la pesée (majoration de pension pour enfants) ;
- toute contribution supplémentaire mise à la charge des employeurs des IEG viendrait déséquilibrer l'adossment puisque celui-ci inclut déjà la participation proportionnelle de la branche des IEG à la résorption des déficits de la CNAVTS.
- la branche des IEG a respecté ses engagements dans le cadre de l'adossment :
 - d'une part, la méthodologie de calcul, les hypothèses et les modalités de versement retenues pour la participation financière de la branche des IEG au régime général sont celles validées par la CNAVTS et l'Etat,
 - d'autre part, fin 2009, les effectifs de la branche des IEG ainsi que le taux d'encadrement et la masse salariale étaient supérieurs à ceux prévus dans le cadre de l'adossment.

Sur l'intervention du FSV

L'article 19 de la loi du 9 août 2004 prévoit notamment que les conventions financières fixent (...) les conditions et les modalités selon lesquelles, en contrepartie, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et les institutions mettant en œuvre les régimes de retraite

complémentaire versent à la Caisse nationale des industries électriques et gazières une somme correspondant au montant total des prestations qui seraient dues aux retraités du régime spécial ainsi qu'à leurs ayants droit, s'ils relevaient des régimes de retraite mentionnés ci-dessus (...). De ce fait, la CNAVTS doit verser à la CNIEG le montant des majorations de pensions dues pour trois enfants et plus selon les règles en vigueur au régime général, ce qui est la juste contrepartie du versement des cotisations, calculées selon les règles du droit commun, et de la prise en compte des majorations de pensions dans la pesée initiale de l'adossement.

Le fonds de solidarité vieillesse n'intervient pas au bénéfice du régime spécial des IEG, mais du régime général, et à l'appui des engagements pris par celui-ci dans le cadre des conventions financières. En aucun cas le FSV ne contribue à financer des prestations plus avantageuses que celles versées par le régime général : il intervient vis-à-vis de la CNAVTS exactement comme si les entreprises et salariés des IEG avaient toujours été affiliés au régime général.

Contrairement à ce qu'indique la Cour, il ne s'agit en aucune manière d'un financement du régime des IEG par le FSV. Il n'y a rien d'anormal à l'intervention du FSV dans le cadre de l'adossement : il s'agit, simplement, de l'application des règles de droit commun du financement par le FSV de certaines charges de solidarité du régime général prévues par l'art L351-12 du code de la sécurité sociale. Au contraire, il y aurait eu rupture du principe de neutralité pour l'adossement du régime des IEG s'il en avait été autrement.

Le régime des IEG ne bénéficie pas davantage de l'action sanitaire et sociale de la branche vieillesse du régime général et des régimes complémentaires alors que salariés et employeurs acquittent exactement le montant des cotisations qu'ils auraient versées s'ils avaient été affiliés à ces régimes.

En conclusion, il aurait été anormal que le FSV ne puisse intervenir pour contribuer à financer les prestations dues par la CNAVTS à la CNIEG, puisqu'elle a, de par la convention validée par les pouvoirs publics, l'obligation de reverser au régime spécial les prestations qu'elle aurait versées aux salariés des IEG si ceux-ci avaient été affiliés au régime général, majorations pour enfants comprises et d'autant que les salariés des IEG acquittent la CSG, qui contribue au financement du FSV, dans les conditions de droit commun.

Sur la neutralité de l'adossement pour le régime général et les régimes complémentaires

Au regard des conventions financières conclues en application de la loi du 9 août 2004, la neutralité de l'adossement repose sur le principe selon lequel le régime général et les régimes complémentaires devraient se trouver, après adossement, dans une situation identique à celle qui aurait été la leur si les salariés et les entreprises des IEG leur avaient toujours été affiliés. Pour

ce faire, l'adossement a été construit sur la base d'une méthode retenue de longue date par les régimes complémentaires et adoptée à cette occasion par le régime général : il s'agit d'une méthode prospective de pesée actuarielle fondée sur l'égalisation des rapports de charges entre régimes sur le long terme. Cette méthode a permis à la fois de déterminer la soulte due au régime général et l'abattement sur les droits financés par les régimes complémentaires.

Les employeurs contestent l'approche de la Cour pour apprécier la neutralité de l'adossement. En effet, le raisonnement conduit par la Cour sur la comparaison comptable des seuls flux annuels constatés depuis 2005 de cotisations et de prestations est en totale contradiction avec l'approche d'égalisation des rapports de charges sur le long terme validée par toutes les parties prenantes en 2004, y compris les pouvoirs publics. L'équilibre actuariel de l'adossement ne peut s'apprécier qu'à long terme et non sur cinq ans et sa mesure ne peut être réduite à la seule mesure des cotisations apportées par le régime adossé en regard des prestations perçues.

Son raisonnement conduit même la Cour à ne pas tenir compte de la première fraction de la soulte versée par le régime des IEG au Fonds de réserve des retraites en juin 2005 d'un montant de 3,062 milliards d'euros et à considérer que l'adossement induirait une « contribution négative » sur les résultats de la branche retraite du régime général. La Cour en déduit « que la neutralité financière de l'adossement n'est pas assurée sur le plan actuariel » tout en reconnaissant cependant qu'il ne peut y avoir de « conclusion définitive » sur ce point.

Le raisonnement de la Cour aurait pour effet de contraindre les entreprises des IEG à verser des cotisations supérieures à celles du droit commun du régime général, sans justification légale.

Il est rappelé que la neutralité de l'adossement pour les régimes de retraites du droit commun doit faire l'objet en 2010 :

- de la mise en œuvre de la clause de revoyure avec les régimes complémentaires de l'ARRCO et de l'AGIRC en application des conventions financières du 7 février 2005,
- du rapport que la CNAVTS, l'ARRCO, l'AGIRC et la CNIEG doivent présenter au Parlement en application de l'article 19 de la loi du 9 août 2004.

Par conséquent, les employeurs de la branche des IEG :

- contestent l'évaluation de cette prétendue « contribution négative » (plus d'un milliard d'euros sur 2005-2009) du fait de la méthodologie inappropriée retenue par la Cour,
- ne partagent pas l'opinion de la Cour sur l'absence de neutralité actuarielle de l'adossement,

- considèrent comme étant infondée la suggestion de la Cour visant à compenser cette prétendue « contribution négative » de l'adossé par une contribution supplémentaire et pérenne des IEG au régime général.

Les employeurs de la branche des IEG s'inscrivent en faux contre toute allégation qui pourrait laisser penser que la réforme du financement du régime de retraite n'a pas été conduite dans le strict respect du principe de neutralité pour les régimes de droit commun.

En conclusion générale, les employeurs de branche professionnelle des IEG estiment que la Cour vise davantage, à travers ses recommandations, à majorer les ressources du régime général, fortement déficitaire pour des raisons qui lui sont propres, qu'à apprécier la réalité de la neutralité de l'adossé. Son approche comptable et non actuarielle est contraire à l'objectif d'appréciation d'un équilibre sur le long terme, qui est le seul valide en matière de retraite. La non prise en compte des 3 Md€ de soulte versés dès 2005 au Fonds de réserve des retraites illustre l'approche inappropriée de la Cour. Pour toutes ces raisons, les employeurs de la branche des IEG ne valident ni l'analyse, ni les recommandations de la Cour.

*REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DES INDUSTRIES ELECTRIQUE
ET GAZIERE (CNI EG)*

La Cour retient pour l'analyse de l'adossé du régime spécial de retraite des IEG aux régimes de retraite du droit commun (RDC) des principes différents de ceux définis par la loi du 9 août 2004.

Il s'ensuit des affirmations sur le non respect, dans le cadre de l'adossé, des principes de neutralité financière et des règles des régimes du droit commun, dont la pertinence est contestable.

Ainsi, la neutralité ne peut être appréciée au travers des seuls flux de trésorerie entre la CNAVTS et la CNI EG constatés sur la période 2005 / 2009 ou estimés à partir de 2025.

La neutralité consiste en effet à s'assurer, en se projetant dans l'avenir, que la structure financière des régimes du droit commun (c'est à dire leurs rapports de charges cotisations/prestations) correspond à celle qui aurait été la leur si les ressortissants du régime adossé en avaient relevé depuis leur création.

A cet égard, la seule méthodologie légitime, pour juger de la neutralité, est la méthode prospective de pesée actuarielle fondée sur l'égalisation des rapports de charges ainsi que le prévoient, l'arrêté du 31 janvier 2005 sur les principes de détermination de la soulte, la convention d'adossé avec le régime général comme celles conclues avec les régimes complémentaires.

C'est pourquoi, la CNI EG ne partage pas l'opinion de la Cour sur « l'absence de neutralité actuarielle de l'adossé » et l'existence d'une

supposée contribution négative pour le régime général dont le chiffreage reste au demeurant hypothétique, à ce stade.

De ce fait, elle conteste la légitimité d'une contribution supplémentaire qui, si elle pesait sur les entreprises des IEG se traduirait, en contradiction avec la loi du 9 août 2004 (art.19), par des contributions supérieures à celles applicables aux entreprises relevant du droit commun du régime général. Si cette contribution pesait sur le consommateur final au travers d'une taxe supplémentaire sur l'énergie, elle serait contraire au principe de neutralité sur le prix global de l'électricité et du gaz naturel sur lequel a été fondée la CTA.

Enfin, le versement à la CNAVTS par le FSV des sommes correspondant aux majorations pour 3 enfants et plus des pensions qui auraient été versées par le régime général aux retraités des IEG s'ils en relevaient, n'a rien d'illégal ni d'illégitime. En effet, l'adossement est, en tous points, une réelle intégration dans les régimes de retraite du droit commun sur le plan démographique et financier. A ce titre, les versements du FSV ne sont pas un financement du régime des IEG par le FSV, mais l'application des règles de droit commun du financement par le FSV de certaines charges de solidarité du régime général, dans le respect du principe de neutralité de l'adossement. A l'inverse la suppression des prises en charge du FSV engendrerait une rupture de ce principe de neutralité.

TROISIÈME PARTIE – LA GESTION DES RISQUES

Chapitre XI

La situation financière des hôpitaux publics

REPONSE DU CHU DE MONTPELLIER

Sur le contrat de retour à l'équilibre (CRE) :

(...). Les objectifs fixés dans le CRE 2008-2012 ont été dépassés en termes de niveau de déficits prévisionnels. En effet, alors que le contrat fixait un objectif maximal de déficit de 13 millions d'euros pour 2008 et 2009, le CHRU a réussi par ses efforts de gestion et de développement de ses recettes à atteindre le quasi équilibre financier.

Il est néanmoins indéniable que cet équilibre n'est rendu possible que grâce au soutien financier de 9 M€ accordé à titre non reconductible par le ministère de la santé jusqu'en 2012. Des efforts importants restent donc bien à faire pour financer le plan d'investissement nécessaire au CHRU dans les prochaines années.

REPONSE DU CHRU DE LILLE

(...). Le CHRU de Lille, comme tous les EPS, a mis sa comptabilité en conformité avec les principes de l'EPRD en vue d'une certification des comptes. Ses pratiques de dotations aux provisions ne peuvent en aucun cas être assimilées à de « l'opportunisme budgétaire » alors qu'une grande partie de ces provisions provient de crédits fléchés non consommés ; c'est en fait l'amélioration continue de la comptabilité analytique des établissements de santé qui permet une meilleure sincérité de l'exécution des projets financés spécifiquement.

Par ailleurs, la logique de l'EPRD a conduit à une évaluation des risques potentiels que ne permettaient pas le financement de la dotation globale et le régime de l'encadrement des dépenses. (...)

Sur la forte insuffisance de provisionnements des risques d'irrecouvrabilité : (...)

Depuis trois exercices, le CHRU de Lille prévoit dans son EPRD une somme de 800 000 € non pas d'une manière empirique mais parce qu'elle correspond au trend décennal constaté et actualisé chaque année en concertation avec le comptable.

Le mécanisme consiste en une comptabilisation directe au compte 654 pertes sur créances irrécouvrables sans passer par le mécanisme des dotations aux provisions puis reprises des ANV présentées par le receveur. En 2008, l'intégralité des non valeurs proposées par le Trésor a été passée, ainsi que celles de 2007 qui avaient été différées. La situation des créances à fin 2008 est donc juste. (...)

REPONSE DES HOSPICES CIVILS DE LYON (HCL)

Dès 2007 (a été engagé) un vaste programme de réorganisation et d'économies qui a produit ses effets dès 2008 et qui s'est ensuite concrétisé par l'élaboration et l'adoption d'un nouveau projet d'établissement 2009-2013 accompagné d'une feuille de route financière précise.

Tous les leviers de redressement sont mobilisés : une maîtrise sans précédent des dépenses, une réduction substantielle des effectifs, une meilleure efficacité des achats, une révision drastique du plan d'investissements, une rénovation complète de la gestion du patrimoine immobilier, une diminution de la dynamique d'endettement, mais aussi une démarche de réorganisation des activités médicales, avec le développement de la chirurgie ambulatoire, le déploiement de plateformes ambulatoires en médecine, la mutualisation des unités de soins ou encore la recherche de la performance dans les blocs opératoires. Toutes ces mesures produisent actuellement leurs effets puisque le déficit de l'établissement a diminué 32% entre 2008 et 2009, alors même que les dotations reçues de la part des pouvoirs publics ont diminué.

L'objectif central du retour à l'équilibre financier d'ici 2013 oriente toute cette stratégie. Son atteinte est la condition pour que l'établissement retrouve des marges de manœuvre et continue à préparer l'avenir. La démarche ambitieuse des HCL est à ce titre fortement appuyée par les pouvoirs publics, qui ont souhaité intégrer les HCL parmi les premiers établissements en France à bénéficier d'un contrat d'amélioration de la performance.

REPONSE DU CH DE BASTIA

La situation financière du centre hospitalier de Bastia est dégradée depuis la fin des années 90 ; elle s'est aggravée au cours de l'exercice 2008.

Un début de redressement a été amorcé en 2009, mais le déficit structurel demeure.

Les axes opérationnels développés dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier (2010-2014) signé avec l'ARH de Corse en janvier 2010, devraient permettre de résorber progressivement ce déficit. (...)

Chapitre XII

La politique d'équipement en imagerie médicale

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)

Concernant la politique d'imagerie médicale, la CNAMTS partage la recommandation de la Cour d'un objectif de meilleure efficacité du recours aux examens d'imagerie et d'une meilleure prise en compte tant de l'efficacité (y compris par la diversification du parc) que des besoins sanitaires dans la gestion des autorisations.

REPONSE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE – HOPITAUX DE PARIS (AP-HP)

Sur l'activité des IRM de l'AP-HP :

Compte tenu des caractéristiques de l'activité des IRM de l'AP-HP (nature des actes, état des patients...), la direction générale de l'AP-HP a fixé un objectif de production annuelle de 4 000 à 4 500 actes par appareil affecté aux patients adultes. En 2007, 75 % des sites ainsi concernés ont atteint cet objectif. Les écarts de niveau de production par appareil s'expliquent notamment par la spécificité de certaines activités (pédiatrie, patients polyhandicapés), l'installation échelonnée des appareils qui entraîne un développement progressif de l'activité, l'immobilisation pour travaux d'amélioration ou de remplacement des équipements ainsi que quelques facteurs organisationnels.

La direction de la politique médicale (DPM) de l'AP-HP suit attentivement avec les directeurs des hôpitaux concernés, l'activité inférieure à la norme retenue. Ce suivi porte à la fois sur les causes et sur les mesures à prendre. Cette politique d'encadrement active et permanente se traduit par une progression régulière de la productivité des installations d'IRM de l'AP-HP.

Sur le suivi de la productivité :

Depuis de nombreuses années, l'AP-HP assure et perfectionne un suivi très précis de l'activité et des organisations relatives aux équipements lourds (IRM, scanographes, TEP, gamma caméras). Cette action se manifeste pour chacun des types d'appareils par :

- un rapport annuel qui développe au niveau global de l'AP-HP et de chacun de ses hôpitaux et appareils de nombreuses informations qualitatives et quantitatives. Ce document est rédigé depuis une dizaine d'années par la DPM et ne cesse d'être adapté et enrichi. Ainsi le rapport consacré en 2007 aux IRM traite de manière très détaillée : du parc des équipements, des horaires de fonctionnement, du niveau d'activité par appareil, de l'analyse des actes relevant de la CCAM et des examens particuliers, ainsi que de l'organisation à travers les modes de prise en charge, les délais de rendez-vous, les caractéristiques des patients (état, âge, origines géographiques). Ce document est diffusé à tous les niveaux décisionnels de l'AP-HP et a fait l'objet également d'une transmission à l'agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France.
- un tableau de bord mensuel détaillé qui compare les données d'activité de la période en cours d'exécution à celle de l'année précédente. Outre des données globales, il mentionne notamment des données par hôpital et consolidées relatives au parc installé, au nombre d'actes réalisés en valeur cumulée et en moyenne par appareil. Ce document diffusé par la DPM est produit en complément du tableau de bord des activités, présenté au Conseil exécutif.

Chapitre XIII

Les soins dentaires

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)

Concernant la politique conventionnelle, l'assurance maladie considère qu'il est important de poursuivre la revalorisation des soins conservateurs. Elle estime aussi que la répartition des professionnels sur le territoire représente un enjeu majeur pour garantir un système de soins de qualité. Le défi démographique sera un axe important des futures négociations.

Ces thèmes seront au centre des travaux de l'UNCAM et des partenaires conventionnels qui commenceront prochainement pour préparer la nouvelle convention, la convention actuelle arrivant à échéance en juin 2011. (...)

Le constat d'un désengagement de l'assurance maladie du secteur dentaire paraît quelque peu exagéré. L'ensemble des données chiffrées montre le contraire. Ainsi, les honoraires sans dépassement des chirurgiens-dentistes représentent, en 2008, 3,8 Md€(tous régimes) soit 50% du total des honoraires.

*REPONSE DE L'ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS DENTISTES
(ONCD)*

L'ordre national des chirurgiens dentistes se préoccupant de la question de la nécessité et des moyens de lutter contre la désertification médicale de certains territoires, présente les propositions suivantes :

- l'augmentation du numerus clausus jusqu'à 1 300 ;
- le tutorat : qui serait un stage de fin d'études pour les étudiants en odontologie, d'une durée d'un an, en remplacement de l'actuel stage actif d'initiation à la vie professionnelle de 200 heures, chez un chirurgien-dentiste installé dans une zone déficitaire. Ceci en vue d'orienter les futurs professionnels de santé vers les zones sous-dotées afin qu'ils s'y installent après leur stage ;
- un encadrement précis des maisons de santé pluridisciplinaires afin de favoriser leur développement dans les secteurs déficitaires ;
- la création, dans les maisons de retraite et les services de gériatrie des hôpitaux, de cabinet dentaire ;
- le stage d'apprentissage, pour l'exercice des chirurgiens-dentistes québécois en France bénéficiant de la reconnaissance mutuelle de la qualification entre la France et le Québec, devant s'effectuer chez un chirurgien-dentiste maître de stage dans les zones déficitaires ;
- création d'un service d'odontologie dans les CHU (centres hospitaliers universitaires), et dans les CHR (centres hospitaliers régionaux) des villes de préfectures, dans les régions où il n'existe pas de facultés de chirurgie dentaire.

*RÉPONSE DE L'UNION NATIONALE PATRONALE DES PROTHÉSISTES
DENTAIRES (UNPPD)*

Le marché de la fabrication de prothèses dentaires réalisées en France représente un chiffre d'affaires de plus de 1,6 Md€, les produits d'importation représentant 30 % « en volume » des prothèses posées en France.

Si en 2001, la France comptait 5 200 laboratoires pour 21 250 actifs dont 15 400 salariés, aujourd'hui, il ne reste plus que 4 200 laboratoires de prothèse dentaire répartis sur le territoire français pour 18 500 actifs dont 13 800 salariés.

La rémunération brute globale d'environ 450M€ génère de nombreuses cotisations sociales et fiscales et les investissements des entreprises françaises de fabrication de prothèse dentaire ont atteint 50M€ en 2008.

La directive européenne 2007/47 applicable aux dispositifs médicaux sur mesure, impose au fabricant comme au négociant important des DMSM, la délivrance d'un certificat de conformité indiquant le(s) lieu(x) de fabrication. La loi HPST modifiant le code de la santé publique, confirmée par l'ordonnance du Président de la République du 11 mars 2010 impose désormais au prescripteur la délivrance d'un devis, dissociant le montant des honoraires du coût d'achat du dispositif médical.

Le guide de mise sur le marché de dispositifs médicaux sur mesure appliqué à l'art dentaire, précise qu'un prescripteur ne peut être considéré comme fabricant sous le prétexte qu'il adapte une prothèse dentaire pour un patient. Seule la première mise sur le marché par le fabricant d'origine peut être considérée.

Si l'AFSSAPS dans son guide de mise sur le marché de dispositifs médicaux sur mesure fait une distinction entre fabricant et importateur négociant, ce n'est pas le cas du Ministère des Finances. Ainsi, les négociants importateurs profitent abusivement de l'exonération de TVA accordée aux fabricants français de prothèse dentaire, alors que ces derniers sont assujettis de ce fait, à la taxe sur les salaires (environ 10% de la masse salariale brute). Cette double peine pour les fabricants français, favorise les prothèses dentaires importées au détriment des prothèses produites localement et de l'emploi, accentuant les écarts de prix sans pour autant bénéficier aux patients consommateurs, mais tout en étant indistinctement remboursés par l'assurance maladie et les assurances santé complémentaires.

Une solution souhaitable pour l'ensemble de la profession serait l'application de la dissociation de « l'acte prothétique » dans la nomenclature des actes de la sécurité sociale. La création d'une nomenclature séparée pour la fabrication des prothèses dentaires à l'instar des orthèses en orthopédie ou en podologie et le maintien d'une nomenclature dissociée de l'acte médical (proposition au patient, préparation et mise en place du dispositif médical sur mesure). Cette solution permettrait une meilleure transparence des prix pour le patient et pour les organismes de prise en charge.

Chapitre XIV

Les décotes et les surcotes dans les pensions de retraite

REPONSE DU CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES (COR)

Comme vous le savez –et le projet d'insertion y fait référence–, le Conseil d'orientation des retraites a été conduit à examiner dans le détail la question de la surcote, suite à une saisine du Premier Ministre au début de l'année 2006. Plus généralement, il a fait régulièrement le point sur l'évolution de ces dispositifs, en particulier dans le cadre de sa réflexion sur l'emploi des seniors.

Depuis la réforme de 2003, le dispositif de décotes et de surcotes, en complément de l'allongement de la durée d'assurance, est au cœur du mode de calcul des pensions des régimes de base, et il est opportun que la Cour ait décidé de consacrer à ce sujet tout un chapitre de son prochain rapport annuel sur la sécurité sociale, au moment où une nouvelle réforme importante des retraites est soumise au vote du Parlement. (...)

Au-delà de ces remarques et à la réserve indiquée ci-après, nous sommes en accord avec les recommandations (*de*) la Cour (...), notamment la première consistant à stabiliser la réglementation applicable aux décotes et surcotes, ce qui est nécessaire à la planification des départs à la retraite des assurés et à l'évaluation des effets de ces règles sur les comportements d'activité. La recommandation n° 5 concernant l'harmonisation des modalités de prise en compte de périodes de préretraite ou de chômage non indemnisé après 55 ans au titre de périodes assimilées mériterait néanmoins une expertise complémentaire, tant sur ses motivations que sur son impact.

REPONSE DE L'AGIRC - ARRCO

La rédaction fait bien ressortir le fait que « dans la logique de régimes par points toute cotisation supplémentaire comporte nécessairement des conséquences sur le niveau de la prestation servie ».

Il convient de relever que ce mécanisme de « surcote implicite », découlant du principe contributif inhérent au mode de fonctionnement des régimes complémentaires, a préexisté à la mise en place, à partir de 2004, des dispositifs d'incitation à la poursuite d'activité dans les régimes de base. Si cette « surcote implicite » dépend bien évidemment des profils de carrière et particulièrement de la situation des salariés dans les années précédant leur départ à la retraite, elle peut être estimée en moyenne à 3,3 %.

Dans ces conditions, s'il est vrai de dire que les régimes complémentaires n'ont pas mis en œuvre de mécanisme d'incitation aussi fort que celui qui existe depuis 2009 dans les régimes de base, il apparaît quelque

peu excessif de souligner que « les régimes complémentaires de salariés concentrent aujourd'hui les éléments de taxation implicite à la poursuite de l'activité ».

Chapitre XV

L'invalidité et l'inaptitude dans le régime général

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF)

Le système actuel conduisant à compléter le montant des avantages invalidité jusqu'à hauteur du minimum vieillesse au moyen de l'AAH présente plusieurs inconvénients alors que la proposition tendant à fusionner l'AAH et l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) recueille l'adhésion de la branche famille.

Les avantages d'un minimum vieillesse garanti par les régimes vieillesse et invalidité, sous l'angle usager ou gestionnaire, sont les suivants :

Dans une approche usager :

- les démarches de l'usager s'en trouvent simplifiées dans la mesure où il s'adresse à un interlocuteur unique ;
- les dispositifs d'accès au minimum vieillesse (actuellement l'allocataire bénéficie de prestations de différents organismes (CPAM ou CRAM ou CDC et CAF) sont plus lisibles.

Dans une approche gestionnaire :

- la gestion serait simplifiée: car une fusion permettrait de faire l'économie de la gestion des droits prioritaires (information de l'allocataire, suivi des démarches, gestion des réclamations...)
- le risque de trop perçu d'AAH serait écarté car toute information tardive de l'attribution d'avantages invalidité génère des indus d'AAH.

Cette proposition nécessite une réforme des conditions d'attribution de l'allocation supplémentaire d'invalidité, plus particulièrement la modification des ressources prises en compte.

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE (CNAMTS)

Concernant l'invalidité et l'inaptitude dans le régime général, la CNAMTS prend acte des observations de la Cour. Elle veillera à renforcer son dispositif de contrôle interne dans le cadre du service du contrôle médical portant en premier lieu sur les revenus de substitution.

Chapitre XVI

Les aides publiques apportées aux familles monoparentales

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF)

S'agissant de l'ASF différentielle, la proposition de la Cour rejoint celle portée par la branche famille : elle consiste à assurer dans tous les cas un montant d'ASF en complément de la pension alimentaire payée ou non payée.

En cas de pension alimentaire inférieure à l'ASF, la différence prendra la forme d'une ASF non recouvrable.

En effet le dispositif actuel est relativement complexe et de fait lourd en gestion ; de plus il peut induire des effets secondaires pervers (non paiement concerté de la pension alimentaire, non fixation de pension alimentaire par les JAF considérant qu'en cas de paiement partiel ou non, l'allocataire est lésé financièrement compte tenu qu'il perçoit une ASF différentielle ou qu'il n'y a pas droit).

Chapitre XVII

Aspects internationaux de la sécurité sociale

REPONSE DE LA CAISSE DES FRANÇAIS DE L'ÉTRANGER (CFE)

La Cour (...) souligne que les règles du régime général ne sont pas toujours appliquées strictement par la CFE. (...) Des dérogations ont (...) été décidées par le Conseil d'administration de la CFE pour protéger la Caisse contre les effets potentiellement négatifs de règles qui n'étaient absolument pas prévues pour elle. Aussi, pour l'avenir, il pourrait être souhaitable d'écarter le principe de l'applicabilité directe des règles du régime général à la CFE, comme cela a d'ailleurs été envisagé au cours de discussions entre la Caisse et sa tutelle.

La Cour observe que, à plusieurs reprises, le mécanisme des droits d'entrée à la CFE (cotisations rétroactives), qui doit protéger la Caisse contre les adhésions à risque, a été suspendu par le Conseil d'administration.

Cette observation est juste, mais il convient de préciser que ces suspensions ont généralement été décidées par le Conseil en accompagnement d'une baisse de cotisations. La baisse de cotisations devant rendre la Caisse plus attractive, il n'aurait pas été cohérent de la mettre en œuvre tout en maintenant l'exigence de cotisations rétroactives. (...) Il n'en reste pas moins que les principaux bénéficiaires de ces suspensions de droits d'entrée ont surtout été des personnes à revenus modestes.

La Cour examine la question des adhésions tardives des pensionnés. Elle note que les règles de calcul des cotisations rétroactives sont dérogatoires en leur faveur, sans justification. La CFE en est d'accord mais elle ne peut qu'appliquer les textes. Elle n'est pas hostile à une modification de la loi sur ce point.

Les préoccupations qu'exprime la Cour sur le régime des pensionnés sont partagées par la Caisse. Celle-ci se trouve confrontée à un mouvement d'expatriation qui a pris de l'ampleur au cours des dernières années. Pour beaucoup de pensionnés, quitter la France paraît être le moyen, grâce à un gain de pouvoir d'achat, de mener une existence moins difficile. Il en résulte un risque financier pour la CFE qui a pris une première mesure, rigoureuse, d'augmentation des cotisations. Son conseil d'administration a aussi souhaité, dans le même sens que la Cour, qu'une réflexion s'engage sur des mesures plus structurelles. (...)

La Cour pose la question de la compatibilité des règles de la Caisse avec le droit communautaire. Ce sujet, particulièrement délicat, se pose depuis l'origine de la Caisse, mais, depuis lors, peu de difficultés pratiques sont venues en éclairer la portée.

La Cour demande la modification de la loi pour que la CFE puisse accueillir des ressortissants communautaires. La Caisse y est favorable, puisque cela correspond à sa pratique.

La Cour suggère aussi une réflexion sur le périmètre d'intervention de la CFE à l'égard des expatriés en Europe. La Caisse est évidemment prête à participer à une telle réflexion, dont l'initiative appartient plutôt à ses autorités de tutelle qui, seules, disposent des compétences juridiques en la matière. Sur le fond, la Caisse observe qu'elle a été créée pour faciliter l'expatriation et la mobilité de Français hors de France. Les règlements européens de sécurité sociale doivent, eux, permettre la mise en œuvre du principe de libre circulation prévu par les traités européens. Les objectifs étant très proches, il serait troublant d'en arriver à la conclusion d'une incompatibilité totale des règles. (...)

*RÉPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE
(CNAMTS)*

Sur le fonctionnement du CNSE :

L'assurance maladie partage la conclusion de la cour sur la nécessité d'améliorer la performance du CNSE. Des mesures ont déjà été prises pour améliorer les procédures du CNSE. Par ailleurs la mise en place du nouveau règlement européen va représenter une opportunité pour adapter certaines des missions du CNSE et notamment améliorer ses méthodes de lutte contre la fraude.

Sur le développement de la coopération entre la CNAMTS et le CLEISS :

La Cour estime qu'il n'y pas de véritable coopération entre la CNAMTS et le CLEISS, ce qui nuit à la gestion et au recouvrement des créances. Elle pose la question de l'intégration de la direction de la gestion des créances du CLEISS à la CNAMTS pour en faire un véritable service des relations internationales.

L'assurance maladie partage le constat de la cour sur la nécessité d'améliorer le fonctionnement du dispositif actuel. C'est dans ce sens que la CNAMTS a mis en place, à titre expérimental, un plan de contrôle des créances présentées par le CLEISS dans le cadre de l'application des règlements communautaires. A l'issue de cette expérimentation et après exploitation des données recueillies, cette proposition pourra être réexaminée.

L'assurance maladie rappelle que le CLEISS est un établissement administratif sous tutelle du ministère de la santé. La CNAMTS est représentée au conseil d'administration du CLEISS parmi un grand nombre d'acteurs. La mise en place d'une convention d'objectif et de gestion entre la CNAMTS et le CLEISS se heurte à la faiblesse du lien juridique entre les parties. Cette situation se retrouve d'ailleurs avec un certain nombre d'établissements financés par l'Assurance Maladie pour lesquels les conventions mises en place, si elles ont pu apporter réponse aux questions de trésorerie, n'ont par nature pas vocation à traiter des objectifs et moyens de ces organismes, ces derniers étant fixés dans les conventions avec l'Etat. Dès lors cela supposerait une nouvelle organisation et un nouveau rôle de la CNAMTS.

RÉPONSE DU CENTRE DES LIAISONS EUROPEENNES ET INTERNATIONALES DE SÉCURITÉ SOCIALE (CLEISS)

Sur le rôle du CLEISS par rapport à la CNAMTS :

Le CLEISS ne se contente pas de mettre en avant la différence entre créances recouvrées et dettes payées. Au contraire, chaque année, il définit le solde des créances non recouvrées ou des dettes impayées et il fournit la situation détaillée au 31/12 aussi bien à ses partenaires étrangers, qu'à ses différentes tutelles et à la CNAMTS. Une étude est fournie par pays qui contient notamment une analyse précise des créances et dettes anciennes par année et les motifs pour lesquels elles ne sont pas soldées.

D'un strict point de vue comptable, la CNAMTS est avertie trimestriellement des annulations de créances en application du protocole d'accord entre les deux organismes de 1989. Depuis une année, nous signalons aussi à la CNAMTS les erreurs de liquidation que font les CPAM par méconnaissance des dispositions en vigueur et la CNAMTS diffuse les instructions, nécessaires à travers MédiAm. En outre, ces problèmes sont

régulièrement abordés au cours des formations des agents des CPAM auxquelles participent des agents du CLEISS et de la CNAMTS.

Par ailleurs la question de la trésorerie fait l'objet d'un travail constant du CLEISS. Le CLEISS a négocié avec ses interlocuteurs différents accords sur les paiements qui permettent d'accélérer les recouvrements par la France qui est dans la plupart des cas largement créditrice. (...)

La dispersion dans toutes les CPAM, voire les centres de paiement, de la gestion des assurés de régimes étrangers surajoute aux difficultés de compréhension (réception de documents en langue étrangère). (...)

Sur la mobilité des personnels :

(...) En vue de faciliter les flux entre les organismes de sécurité sociale et le CLEISS, un accord de mobilité a été sollicité auprès du Comex de l'UCANSS. Le recrutement des nouveaux agents à partir du 1er juillet 2010 se fera soit sous statut fonction publique, soit sous convention collective UCANSS.

GLOSSAIRE

AAH	Allocation aux adultes handicapés
AC	Aide à la contractualisation
ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ACCRE	Aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprise
ADI	Allocation différentielle
AGIRC	Association générale des institutions de retraite des cadres
ALD	Affection de longue durée
API	Allocation de parent isolé
AP-HM	Assistance publique – Hôpitaux de Marseille
AP-HP	Assistance publique – Hôpitaux de Paris
APRE	Allocation personnalisée de retour à l'emploi
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARRCO	Association des régimes de retraite complémentaire
ARS	Agence régionale de santé
ARS	Allocation de rentrée scolaire
ASF	Allocation de soutien familial
ASPA	Allocation de solidarité aux personnes âgées
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AT-MP	Accidents du travail – maladies professionnelles
AVA	Assurance vieillesse agricole
AVPF	Assurance vieillesse des parents au foyer
AVTS	Allocation aux vieux travailleurs salariés
CADES	Caisse d'amortissement de la dette sociale
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAF	Capacité d'autofinancement
CAMIEG	Caisse d'assurance maladie des industries électrique et gazière
CANSSM	Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines
CARSAT	Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (ex CRAM)
CAVIMAC	Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CCMSA	Caisse centrale de mutualité sociale agricole
CCSS	Commission des comptes de la sécurité sociale
CDC	Caisse des dépôts et consignations
CEIR	Centre d'éditique inter régional
CET	Compte épargne temps
CFE	Caisse des Français de l'étranger

CGSS	Caisse générale de sécurité sociale
CH	Centre hospitalier
CHI	Centre hospitalier intercommunal
CHR	Centre hospitalier régional
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIPAV	Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse
CJF	Code des juridictions financières
CJUE	Cour de justice de l'Union européenne
CLEISS	Centre de liaisons européennes et internationales de sécurité sociale
CMSA	Caisse de mutualité sociale agricole
CMU	Couverture maladie universelle
CMUC	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAVPL	Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales
CNAVTS	Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés
CNBF	Caisse nationale du barreau français
CNIEG	Caisse nationale des industries électriques et gazières
CNMSS	Caisse nationale militaire de sécurité sociale
CNRACL	Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CNSE	Centre national des soins à l'étranger
COG	Convention d'objectifs et de gestion
COR	Conseil d'orientation des retraites
COREC	Comité régional d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPG	Contrat pluriannuel de gestion
CPOM	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
CRA	Commission de recours amiable
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie (CARSAT)
CRAV	Caisse régionale d'assurance vieillesse
CRC	Chambres régionales des comptes
CRDS	Contribution au remboursement de la dette sociale
CREF	Contrat de retour à l'équilibre financier

CRPCEN	Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaire
CRP RATP	Caisse de retraite du personnel de la RATP
CRP SNCF	Caisse de retraite de la SNCF
CSG	Cotisation sociale généralisée
CSS	Code de la sécurité sociale
CTA	Contribution tarifaire d'acheminement
CTN	Comité technique national
DAM	Délégué de l'assurance maladie
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale (anciennement DGAS)
DGFIP	Direction générale des finances publiques
DGOS	Direction générale de l'organisation des soins (anciennement DHOS)
DGS	Direction générale de la santé
DIM	Département de l'information médicale
DNLF	Délégation nationale à la lutte contre la fraude
DRASS	Direction régionale de l'action sanitaire et sociale
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRSM	Direction régionale du service médical
DSS	Direction de la sécurité sociale
EEE	Espace économique européen
EHPAD	Établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
ELSM	Echelon local du service médical
ENIM	Etablissement des invalides de la marine
EPRD	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
EPS	Etablissement public de santé
ETI	Employeurs et travailleurs indépendants
ETP	Équivalent temps plein
FFIPSA	Fonds de financement de la protection sociale agricole
FSPOEIE	Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels d'État
FRR	Fonds de réserve pour les retraites
FSV	Fonds de solidarité vieillesse
GE	Grandes entreprises
GHM	Groupe homogène de malades
GHS	Groupe homogène de séjours
HAS	Haute autorité de santé
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HL	Hôpital local

HPST (loi)	Hôpital, patients, santé et territoires
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
IJ	Indemnité journalière
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
ISU	Interlocuteur social unique
ITAF	Impôts et taxes affectés
LFI	Loi de finances initiale
LFR	Loi de finances rectificative
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LOLF	Loi organique relative aux lois de finances
LOLFSS	Loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale
MAINH	Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MCP	Mission comptable permanente
MEAH	Mission d'expertise et d'audit hospitalier
MECSS	Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale
MICO	Minimum contributif
MIGAC	Mission d'intérêt général et aide à la contractualisation
MSA	Mutualité sociale agricole
MSAP	Mise sous accord préalable
NIR	Numéro d'inscription au répertoire
ODAM	Objectif des dépenses d'assurance maladie
ODMCO	Objectif de dépense de médecine et de chirurgie obstétrique
OGD	Objectif global de dépenses
OIG	Organisme d'intérêt général
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
OQN	Objectif quantifié national
OSS	Organisme de sécurité sociale
PA	Période assimilée
PAJE	Prestation d'accueil des jeunes enfants
PERCO	Plan d'épargne retraite collectif
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PMCT	Poids moyen des cas traités
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PQE	Programme de qualité et d'efficience
PREF	Plan de retour à l'équilibre financier
PSS	Plafond de la sécurité sociale

RALFSS	Rapport annuel sur la loi de financement de la sécurité sociale
RMI	Revenu minimum d'insertion
RPA	Rapport public annuel
RSA	Revenu de solidarité active
RSI	Régime social des indépendants
RTT	Réduction du temps de travail
SAM	Salaire annuel moyen
SEL	Société d'exercice libéral
SMIC	Salaire minimum interprofessionnel de croissance
SNIR	Système national inter régimes
SNV2	Système national version 2
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSR	Soins de suite et de réadaptation
T2A	Tarifification à l'activité
TASS	Tribunal des affaires de sécurité sociale
TCDC	Tableau de centralisation des données comptables
TEP	Tomographie par émission de positons
TEPA (Loi)	Loi du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat.
TGE	Très grandes entreprises
TIM	Traitement informatisé des migrants
TMS	Troubles musculo squelettiques
UCANSS	Union des caisses nationales de sécurité sociale
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
URSSAF	Union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales
VLU	Versement en lieu unique