

Cour des comptes



FINANCES ET COMPTES PUBLICS

LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

Synthèse

Octobre 2018

 **AVERTISSEMENT**

Le présent document a pour objet de faciliter la lecture du rapport de la Cour des comptes qui, seul, engage cette dernière. Les réponses des administrations et des organismes intéressés sont intégrées au rapport de la Cour.

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

Sommaire

Présentation5

Première partie

Assurer un retour pérenne à l'équilibre financier de la sécurité sociale

1 La situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : un effort structurel toujours nécessaire, une résorption de la dette sociale à mener à terme 9

2 L'objectif national de dépenses d'assurance maladie : une construction et une exécution fragiles 13

3 Les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs à l'exercice 2017 : avis sur la cohérence 17

Deuxième partie

Prévenir les pathologies, assurer l'accès aux soins et maîtriser les dépenses de santé

4 Dix ans d'évolution de systèmes de soins et de prise en charge des dépenses de santé en Europe : de profonds changements, des enseignements pour des réformes de soins en France 23

5 Le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital.....27

Sommaire

6 La lutte contre les maladies cardio-neurovasculaires : une priorité à donner à la prévention et à la qualité des soins.....31

7 Les soins visuels : une prise en charge à réorganiser.....35

Troisième partie

Réduire les risques professionnels

8 La tarification des accidents du travail et maladies professionnelles : une gestion lourde, un caractère incitatif à renforcer.....43

Quatrième partie

Favoriser une mise en œuvre plus efficace de leurs missions par les organismes de sécurité sociale

9 La déclaration sociale nominative : une première étape réussie, une nouvelle impulsion nécessaire.....49

10 Les caisses de sécurité sociale en Guadeloupe, en Guyane et à la Martinique : un redressement impératif.....53

Présentation

En 2017, le déficit de la sécurité sociale a continué à se réduire : il a ainsi atteint 4,8 Md€, contre 7 Md€ en 2016. Sous réserve de la réalisation de la hausse attendue des recettes, la sécurité sociale serait presque à l'équilibre en 2018. En 2019, elle pourrait connaître un léger excédent, pour la première fois depuis 2001.

Mais la situation financière de la sécurité sociale n'est pas pour autant assainie. Elle conserve à ce jour un important déficit structurel, indépendant de la variation conjoncturelle des recettes.

Dans le prolongement de son dernier rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques, prises dans leur ensemble (Etat, administrations sociales, collectivités locales), auquel elle a procédé en juin dernier¹, comme de ses rapports des années antérieures sur la sécurité sociale, la Cour s'est attachée à approfondir la trajectoire financière de celle-ci au cours des années à venir.

Parvenir rapidement à un équilibre financier durable de la sécurité sociale, indépendamment des aléas de la conjoncture, est indispensable afin d'éviter que se reconstitue une dette sociale au détriment des générations futures.

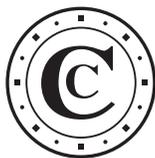
L'objectif n'est pas comptable : il s'agit de sauvegarder la fonction essentielle de solidarité que remplissent les dépenses de sécurité sociale (462,3 Md€ de prestations en 2017, soit 20,2 % du PIB), en réformant et en modernisant de manière continue les dispositifs qu'elles financent, au plus près des besoins comme des facultés contributives de nos concitoyens.

Mieux prévenir les accidents de santé et les maladies chroniques liées aux habitudes de vie et à l'organisation du travail, organiser les soins de manière plus efficiente en fonction de critères de qualité et de sécurité plus rigoureux et mieux appliqués et accroître l'efficacité des organismes sociaux dans l'exercice de leurs missions constituent autant de leviers à mobiliser activement pour l'atteindre.

¹ Cour des comptes, *La situation et les perspectives des finances publiques*, juin 2018, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Première partie

**Assurer un retour pérenne
à l'équilibre financier
de la sécurité sociale**



1 La situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : un effort structurel toujours nécessaire, une résorption de la dette sociale à mener à terme

Une nouvelle réduction du déficit de la sécurité sociale en 2017

En 2017, le déficit agrégé de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse (FSV), qui finance une partie des avantages non contributifs de retraite, a poursuivi sa réduction engagée en 2011.

Après avoir atteint 29,6 Md€ en 2010, au plus fort des effets de la récession économique de 2009, il s'est ainsi établi à 4,8 Md€, contre 7 Md€ en 2016 (soit une diminution de 2,2 Md€, après 3,3 Md€ en 2016).

Le déficit du régime général et du FSV, qui concentre les principaux enjeux, a atteint 5,1 Md€ en 2017, contre 7,8 Md€ en 2016 (soit une réduction de 2,7 Md€, après 3 Md€ en 2016).

Évolution du déficit agrégé des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV (2008-2017, en Md€)

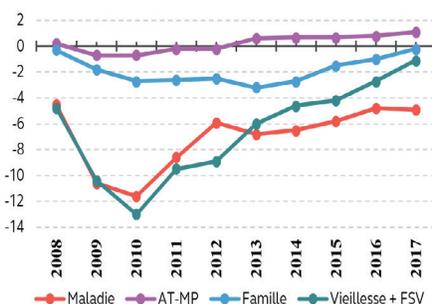


Source : Cour des comptes d'après les données du rapport de la CCSS de juin 2018.

Toutes les branches du régime général, ainsi que le FSV, ont vu leur solde s'améliorer, à l'exception cependant de la branche maladie dont le déficit s'est détérioré à 4,9 Md€ (contre 4,8 Md€ en 2016). Il représente désormais la quasi-totalité du déficit du régime général et du FSV.

Bien qu'en réduction, le déficit agrégé de la branche vieillesse et du FSV (1,1 Md€, contre 2,8 Md€ en 2016) traduit la fragilité persistante de la situation financière des retraites de base, affectée de surcroît par des transferts de recettes en faveur de l'assurance maladie (à hauteur de 1,6 Md€ en 2017).

Évolution par branche du déficit agrégé du régime général et du FSV (2008-2017, en Md€)



Source : Cour des comptes d'après les données du rapport de la CCSS de juin 2018.

La situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : un effort structurel toujours nécessaire, une résorption de la dette sociale à mener à terme

Une baisse du déficit permise par une conjoncture économique favorable

Le déficit global du régime général et du FSV en 2017 est conforme à la prévision révisée de la loi de financement pour 2018 (soit 4,9 Md€), mais plus élevé qu'en loi de financement pour 2017 (soit 4,1 Md€).

Cette situation résulte cependant de facteurs non anticipés dans la prévision actualisée de la loi de financement pour 2018. Les effets positifs de la conjoncture économique sur les recettes (soit 1,7 Md€) ont compensé un surcroît de dépenses de prestations (de 0,4 Md€) et l'incidence sur les comptes 2017 de la branche maladie de la réaffectation à l'ACOSS, à compter de 2018, en vue de compenser la suppression des cotisations salariales d'assurance chômage, d'une partie de la TVA jusque-là attribuée à cette branche (soit une baisse de 1,2 Md€ des produits 2017 de l'assurance maladie).

Le déficit s'est réduit malgré l'accélération de la hausse des dépenses (+2 % à périmètre constant en 2017, contre +1,6 % en 2016), sous l'effet de la dynamique des dépenses d'assurance maladie, qui dépasse le taux affiché d'évolution des dépenses imputées à l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

La baisse du déficit a été rendue possible par une accélération encore plus forte des recettes : hors mesures nouvelles (soit -0,9 Md€), leur augmentation spontanée a atteint 3,4 % (+12,5 Md€), contre 2,1 % en 2016, soit un niveau proche de la croissance de la masse salariale du secteur privé (+3,5 %).

Le maintien d'un déficit structurel

Si le déficit de la sécurité sociale s'est réduit, il conserve une importante composante structurelle, indépendante des effets de la conjoncture économique sur les recettes.

Selon certaines conventions, cette composante structurelle du déficit peut être estimée à 3,9 Md€ (soit un niveau voisin de celui de 2016). Pour l'essentiel, la baisse du déficit en 2017 est imputable à celle de sa composante conjoncturelle.

Afin d'éviter de reproduire à l'avenir l'orientation pro-cyclique des années 2002-2016, marquées par un déficit structurel récurrent en période de croissance et des hausses de prélèvements pour le réduire au moment où la conjoncture se dégrade, le retour programmé à l'équilibre de la sécurité sociale en 2019 doit s'accompagner d'une résorption complète et pérenne du déficit structurel.

Il doit ainsi être consolidé par des mesures d'économies structurelles sur les dépenses de l'assurance maladie et des mesures de redressement de la trajectoire financière des régimes de retraite de base et du FSV.

Pour 2018, un retour anticipé à un quasi-équilibre

Selon la présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 faite le 25 septembre par le Gouvernement, le solde 2018 après mesures du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 serait un déficit de 1,0 Md€.

L'écart par rapport à la prévision d'un déficit de 0,4 Md€ par la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2018 correspond à l'absence de compensation par l'État du crédit d'impôt de taxe sur les salaires.

La situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : un effort structurel toujours nécessaire, une résorption de la dette sociale à mener à terme

Un retour à l'équilibre prévu en 2019, des objectifs à concilier

Selon le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, la sécurité sociale reviendrait à l'équilibre en 2019, pour la première fois depuis 2001. Pris ensemble, le régime général et le FSV dégageraient un léger excédent de 0,7 Md€.

L'assurance maladie et les retraites, FSV compris, seraient cependant toujours en déficit. Le déficit de l'assurance maladie serait ramené à 0,5 Md€ et celui des retraites se maintiendrait, à 1,1 Md€.

Alors que ces trajectoires étaient jusque-là incompatibles, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 rapproche la trajectoire pluriannuelle prévisionnelle des régimes de sécurité sociale annexée à la loi de financement de la sécurité sociale de la trajectoire de solde de l'ensemble des administrations de sécurité sociale (au sens de la comptabilité nationale) affichée par la loi de programmation des finances publiques pour 2018-2022.

Il prévoit en effet de nouvelles règles de compensation des allègements de cotisations sociales par l'État qui visent à faire contribuer la sécurité sociale à la réduction de l'ensemble des déficits publics.

Par ailleurs, il engage de nouveaux transferts de dette et de ressources à la CADES en vue d'éteindre d'ici le terme aujourd'hui prévu aux missions de cet organisme, soit 2024, la dette sociale maintenue à l'ACOSS fin 2018 (23,4 Md€ en prévision).

Grâce à l'affectation chaque année de plus de 16 Md€ de prélèvements sociaux, la dette sociale transférée à la CADES (260,5 Md€ en cumul

depuis 1996) a continué à se réduire : fin 2017, elle atteignait 120,8 Md€ (contre 135,8 Md€ fin 2016). Elle est appelée à s'éteindre d'ici 2024.

En revanche, le remboursement de la dette sociale financée par l'ACOSS par la voie d'emprunts à court terme exposés au risque d'une remontée des taux d'intérêt n'était pas organisé. Le projet de loi de financement pour 2019 prévoit la réaffectation de 5 Md€ de recettes de CSG à la CADES entre 2020 et 2022 afin de lui permettre de reprendre au plus 15 Md€ de dette, sans prolonger la durée de vie de cet organisme au-delà de 2024. Les 8 Md€ restants seraient amortis par les excédents du régime général de sécurité sociale.

En pratique, les excédents tendanciels du régime général et du FSV seraient contenus à un peu plus de 1 Md€ annuels, leur augmentation au-delà de ce montant bénéficiant à l'État et à la CADES.

Pour 2019 et les années suivantes, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 affirme ainsi trois objectifs : l'équilibre financier de la sécurité sociale, le rééquilibrage de ses relations financières avec l'État en faveur de ce dernier et l'extinction de la dette sociale maintenue à l'ACOSS.

La réalisation simultanée de ces trois objectifs est fortement tributaire de la conjoncture économique. Elle nécessitera un pilotage ferme de la trajectoire financière de la sécurité sociale et des efforts de maîtrise des dépenses dans la durée. Au-delà, il importe qu'une réflexion soit engagée sur les outils du pilotage financier de la sécurité sociale eux-mêmes, afin de prévenir l'installation de nouveaux déficits et garantir un équilibre financier durable de la sécurité sociale, par-delà les aléas de la conjoncture.

La situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : un effort structurel toujours nécessaire, une résorption de la dette sociale à mener à terme

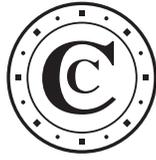
Recommandations

1. consolider le retour à l'équilibre de la sécurité sociale par des mesures d'économies structurelles en dépenses sur l'assurance maladie et des mesures de redressement de la trajectoire financière des régimes de retraite de base et du FSV ;

2. compléter le cadre rénové des relations financières entre l'État et la sécurité sociale par la définition de modalités de traitement des variations

conjoncturelles de recettes de sécurité sociale et par un encadrement renforcé des possibilités d'endettement de l'ACOSS ;

3. veiller à prendre en compte dans les prévisions financières des projets de loi de financement de la sécurité sociale les conséquences comptables des mesures ayant trait aux recettes de la sécurité sociale.



2 L'objectif national de dépenses d'assurance maladie : une construction et une exécution fragiles

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est un outil essentiel de maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

Si l'ONDAM n'est pas un plafond de dépenses au sens juridique, les pouvoirs publics s'attachent depuis 2010 à le respecter. Des économies sont soumises à l'approbation du Parlement dans la loi annuelle de financement de la sécurité sociale. En cours d'année, les risques de dépassement de l'objectif global sont couverts par l'annulation de dépenses prévues.

La construction de l'ONDAM 2017, initial comme révisé, a présenté des limites persistantes.

Alors que la prévision de dépenses de soins de ville a été à nouveau dépassée, l'objectif global 2017 n'a pu être respecté que grâce au ralentissement inopiné des dépenses liées à l'activité des établissements de santé, au prix d'un quasi-doublement du déficit des hôpitaux publics.

Si l'objectif 2018 et ceux des années suivantes ont été assouplis, une construction plus rigoureuse et un pilotage infra-annuel de l'ONDAM faisant participer l'ensemble des secteurs de la dépense au respect de l'objectif fixé s'imposent.

L'ONDAM 2017 initial et révisé : une construction aux limites persistantes

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2017 a fixé l'ONDAM à 190,7 Md€, soit une progression de 2,1 %, contre 1,75 % pour celle affichée pour 2016.

En 2017, 17,2 Md€ de prestations n'étaient pas intégrées à l'ONDAM (dotations aux établissements médico-sociaux financées par les ressources propres de la CNSA, pensions d'invalidité, rentes d'accidents du travail et de maladies professionnelles et indemnités journalières maternité notamment).

Des fragilités méthodologiques ont continué à affecter l'estimation de l'évolution tendancielle des dépenses, qui permet de déterminer le montant d'économies nécessaires à la réalisation de l'objectif fixé.

Le taux prévisionnel de progression des dépenses affiché par la LFSS 2017 (soit 2,1 %) correspondait à l'arrondi d'une progression de 2,15 % et était minoré par des biais de présentation (mesures de périmètre des dépenses et de contraction de dépenses par des recettes présentées en économies, externalisation de dépenses vers

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie : une construction et une exécution fragiles

des fonds et des organismes tiers à l'assurance maladie). Ces biais de présentation devraient être neutralisés pour calculer le taux d'évolution de l'ONDAM. S'ils l'avaient été, la hausse prévisionnelle de l'ONDAM en 2017 aurait atteint 2,4 %.

La LFSS 2018 a conservé, dans sa partie rectificative pour 2017, le même objectif global, soit 190,7 Md€, tout en ajustant son taux de progression (à 2,2 %). Les dépenses ont été redéployées entre sous-objectifs (hausse pour les soins de ville, baisses pour les établissements de santé et médico-sociaux), mais elles ne l'ont pas été suffisamment au regard des résultats de l'exécution 2016. De ce fait, le sous-objectif relatif aux soins de ville ne pouvait qu'être dépassé en exécution.

Un objectif 2017 globalement respecté grâce à une activité hospitalière notablement inférieure aux prévisions

Les dépenses imputées à l'ONDAM ont atteint 190,68 Md€ en 2017. Pour la 8^{ème} année consécutive, l'objectif global a ainsi été respecté. Comme en 2015 et en 2016, la sous-exécution des dépenses par rapport à la prévision est minime (51 M€).

Il s'agit cependant là d'un constat encore provisoire des dépenses de l'ONDAM, dont le montant continue à être ajusté. Dans une préoccupation de transparence, les dépenses relevant de l'ONDAM devraient au contraire être constatées à titre définitif au moment de l'arrêt définitif des comptes de l'assurance maladie (au 15 mars de l'année suivante).

Les dépenses de soins de ville (+2,2 % par rapport à 2016) ont dépassé non seulement la prévision initiale de la LFSS 2017, mais aussi celle révisée à la hausse par la LFSS 2018 (à hauteur de 0,6 Md€ et de 0,3 Md€ respectivement).

Au sein des soins de ville, les dépenses de médicaments, nettes des remises négociées avec les entreprises pharmaceutiques, ont dépassé l'objectif initial (de 0,3 Md€) et augmenté de 0,4 %, ce qui marque une inflexion par rapport aux années précédentes (-0,4 % entre 2015 et 2016).

La plupart des autres postes de dépense ont continué à croître à un rythme rapide, quoique moindre qu'en 2016 : +3,9 % pour les dispositifs médicaux, les transports sanitaires et les soins infirmiers, +3,6 % pour les indemnités journalières et les actes des médecins spécialistes, +2,6 % pour la masse-kinésithérapie.

À l'inverse, les dépenses relatives aux établissements de santé (+1,8 % par rapport à 2016) ont été moindres que prévu (de 0,6 Md€ par rapport à la LFSS 2017 et de 0,4 Md€ par rapport à la prévision révisée à la baisse de la LFSS 2018).

Cela est dû à une hausse du nombre de séjours plus faible que les années précédentes (+ 1,8 % contre + 5 % en 2016 et + 2,4 % en moyenne annuelle de 2013 à 2015 pour le secteur public). Les causes de cette évolution sont mal cernées. Elle pourrait se reproduire en 2018.

Cette moindre progression des séjours hospitaliers a facilité la tenue de l'objectif global de dépenses. Ainsi, le montant définitif des réductions infra-

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie : une construction et une exécution fragiles

annuelles des dépenses, ciblées sur les dotations aux établissements de santé et médico-sociaux, a baissé (0,3 Md€ contre 0,8 Md€ en 2016). En outre, les reports de dépenses sur d'autres financeurs ont été moins élevés que prévu. De ce fait, la hausse effective des dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM, après correction des biais de présentation des dépenses (+2,3 %), ne diffère qu'à la marge de celui affiché (+2,2 %).

En revanche, malgré l'attribution en mars 2018, à quelques jours de la clôture des comptes de l'assurance maladie, de 250 M€ de dotations supplémentaires, le déficit global des hôpitaux publics a presque doublé : il a atteint 835 M€, contre 439 M€ en 2016². Pris ensemble, les déficits de l'assurance maladie et des hôpitaux publics dépassent ceux de 2016 (5,7 Md€ contre 5,2 Md€).

Malgré le desserrement du taux d'évolution de l'ONDAM, une maîtrise de la dépense à renforcer

La LFSS 2018 a desserré à +2,3 % la hausse prévisionnelle des dépenses de l'ONDAM pour 2018. Après neutralisation de certains biais, la hausse prévisionnelle des dépenses atteint en réalité 2,4 %.

Le projet de loi de financement pour 2019 porte à +2,5 % la progression des dépenses en 2019. Au cours des années suivantes, elle s'établira à nouveau à + 2,3 %

Bien que substantielle, la marge de progression des dépenses ainsi admise (4,9 Md€ en 2019) est d'ores et déjà en grande partie préemptée par des décisions de revalorisation des rémunérations des acteurs du système de santé (conventions de l'assurance maladie de 2016 avec les médecins et de 2018 avec les chirurgiens-dentistes, avenants aux conventions d'autres professions libérales de santé, revalorisation des carrières dans la fonction publique hospitalière, engagements d'augmentation des dépenses de médicaments).

Alors que la hausse tendancielle des dépenses de soins de ville reste très dynamique, le respect de l'objectif de progression, même desserré à 2,3 % ou à 2,5 %, appelle une construction plus rigoureuse de l'ONDAM, la réalisation effective des économies prévisionnelles et, en cas de risque de dépassement, la mise en œuvre de dispositifs nouveaux de régulation infra-annuelle des dépenses faisant participer les dépenses de soins de ville, alors qu'elles en ont été exemptées pour l'essentiel à ce jour.

Ces dispositifs pourraient consister en une réserve prudentielle infra-annuelle mettant en jeu plusieurs mécanismes possibles en fonction de la nature des dépenses concernées (accords prix-volume, mise en réserve d'une partie des augmentations conventionnelles ou des dotations forfaitaires).

² Données du budget principal.

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie : une construction et une exécution fragile

Recommandations

4. pour les soins de ville, instaurer une réserve prudentielle infra-annuelle permettant de maîtriser les dépassements et mettant en jeu plusieurs mécanismes possibles en fonction de la nature des dépenses de ville concernées (accords prix-volume, mise en réserve annuelle d'une partie des augmentations conventionnelles ou des dotations forfaitaires) ;

5. annexer à l'ONDAM un objectif de maîtrise des déficits et de la dette des établissements publics de santé ;

6. compléter la « charte de l'ONDAM » afin de neutraliser l'incidence sur le taux d'évolution de l'objectif de l'ensemble des mesures de

périmètre (transferts de dépenses et de recettes non compensés avec d'autres financeurs, contractions de recettes et de dépenses) et de réserver la qualification d'économies aux diminutions nettes des dépenses ;

7. supprimer le Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique et réintégrer dans l'ONDAM l'intégralité de la dépense de médicaments (recommandation réitérée) ;

8. aligner les calendriers du constat définitif de l'ONDAM et de la clôture des comptes des établissements publics de santé sur celui des comptes de l'assurance maladie (soit le 15 mars de l'année suivante).



3 Les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs à l'exercice 2017 : avis sur la cohérence

Le législateur a confié à la Cour la mission de vérifier la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs au dernier exercice comptable clos, établis par le ministère chargé de la sécurité sociale.

Les tableaux relatifs à l'exercice 2017 sont soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2019.

Après avoir examiné ces documents, la Cour estime que, sous certaines observations, ils fournissent une représentation cohérente, d'une part des recettes, des dépenses et du solde (tableaux d'équilibre) et, d'autre part, des actifs et passifs (tableau patrimonial) de la sécurité sociale.

Les tableaux d'équilibre : une information améliorée, des limites persistantes

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

Les soldes portés dans les tableaux d'équilibre 2017 sont conformes aux résultats comptables, soit des déficits de 1,9 Md€ pour l'ensemble des régimes de base de sécurité sociale, de 2,2 Md€ pour le seul régime général et de 2,9 Md€ pour le FSV.

La Cour n'a pu examiner l'annexe au projet de loi de financement qui détaille les recettes et les dépenses et en éclaire l'évolution par rapport à 2016 et aux prévisions 2017.

Des limites récurrentes ou nouvelles affectent la fiabilité des données intégrées aux tableaux d'équilibre :

- des contractions de produits et de charges contraires aux règles applicables à l'établissement des comptes sociaux (principe général de non-compensation) continuent à altérer la présentation des recettes et des dépenses retracées dans les comptes des régimes et du FSV (à hauteur de 15,5 Md€ au total) ;
- comme la Cour l'a relevé dans son opinion sur les comptes 2017 du régime général, les tableaux d'équilibre intègrent un produit de taxe sur les véhicules de société de 0,2 Md€ enregistré à tort dans les produits 2017 de la branche famille ;

Les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs à l'exercice 2017 : avis sur la cohérence

- la double comptabilisation, à tort, de dépenses hospitalières de la caisse de sécurité sociale de Mayotte dégrade de 0,2 Md€ les soldes des tableaux d'équilibre de la branche maladie du régime général et de l'ensemble des régimes ;

- la fiabilité des données comptables synthétisées dans les tableaux d'équilibre reste perfectible du fait de la persistance d'insuffisances du contrôle interne et de difficultés comptables. Ces constats sont à l'origine de l'expression de réserves par la Cour sur les états financiers des branches du régime général et par les commissaires aux comptes sur ceux d'autres régimes.

Le tableau patrimonial : une information appropriée, qui comporte encore certaines incertitudes

Le tableau patrimonial est un bilan d'ensemble qui couvre la totalité du champ de la sécurité sociale, y compris la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et le Fonds de réserve pour les retraites (FRR). Il constitue l'équivalent d'un bilan combiné de ces différents régimes et organismes.

Le bilan patrimonial 2017 fait apparaître une nouvelle amélioration de la situation patrimoniale de la sécurité sociale :

- pour la quatrième année consécutive, la sécurité sociale prise dans son ensemble (régime général, autres régimes, FSV, FRR et CADES) dégage un résultat positif (12,6 Md€ en 2017, après 8,1 Md€ en 2016). Depuis 2014, le déficit en réduction du régime général et du FSV est inférieur aux excédents dégagés par la CADES et, dans une moindre mesure, par le FRR et l'écart correspondant s'accroît ;

- sous l'effet de ce résultat positif, les capitaux propres négatifs agrégés de la sécurité sociale se réduisent à nouveau (-88,5 Md€ fin 2017 après -101,4 Md€ fin 2016) ;

- à nouveau, l'endettement financier net, qui correspond à la différence entre le passif³ et l'actif financiers⁴, diminue lui aussi (102,9 Md€ fin 2017 contre 118 Md€ fin 2016).

À la différence de celle des tableaux d'équilibre, la présentation du tableau patrimonial n'appelle pas d'observation en elle-même. Accompagné de son annexe, le tableau patrimonial 2017 fournit au Parlement une information pleinement pertinente.

Des insuffisances du contrôle interne et des difficultés comptables affectent néanmoins la fiabilité d'une partie des données comptables intégrées à ce document.

³ Pour l'essentiel, endettement social porté par la CADES et par l'ACOSS.

⁴ FRR, CADES (préfinancement de remboursements d'emprunts) et retraites de la Banque de France.

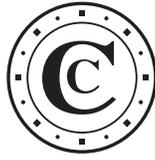
Les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs à l'exercice 2017 : avis sur la cohérence

Recommandation

9. mettre fin aux contractions de produits et de charges dans les tableaux d'équilibre, non conformes au cadre normatif fixé par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale pour l'établissement des comptes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (recommandation réitérée).

Deuxième partie

**Prévenir les pathologies,
assurer l'accès aux soins
et maîtriser les dépenses de santé**



4 Dix ans d'évolution de systèmes de soins et de prise en charge des dépenses de santé en Europe : de profonds changements, des enseignements pour des réformes de soins en France

La Cour a examiné les systèmes de santé et de prise en charge des dépenses de santé dans huit pays européens⁵.

Ces systèmes ont été durement affectés par la récession économique de 2008-2009. Sur le plus long terme, ils sont confrontés à des évolutions structurelles qui affectent leur soutenabilité : vieillissement de la population, extension des pathologies chroniques et coûts de l'innovation thérapeutique.

La France a apporté à ces enjeux des réponses généralement différentes de celles des autres pays : elle a maintenu à un niveau élevé la part socialisée des dépenses de santé, mais elle a moins réformé l'organisation des soins qui les engendrent.

Des mesures de redressement financier

Les pays affectés par la crise des dettes souveraines ont effectué des arbitrages sévères sur les dépenses de santé et la part socialisée de ces dépenses. Les participations demandées aux patients au coût des traitements

ont beaucoup augmenté. Le panier de soins pris en charge a été réduit. Les effectifs et les rémunérations des professionnels de santé ont baissé. Les dépenses d'investissement ont diminué.

Dans tous les pays, y compris ceux moins touchés par la crise, une pression particulière a été exercée sur la dépense de médicaments (soit 1,5 % du PIB des pays membres de l'Union européenne en moyenne), selon des modalités variées (plafonnement global de la dépense, développement de l'usage et baisse des prix des médicaments génériques, mise en concurrence des fournisseurs, diffusion des méthodes d'analyse médico-économique pour la fixation du prix des médicaments).

Dans tous les pays, les mesures d'économies ont exercé une pression à la baisse sur les dépenses de santé. Leur progression s'est nettement ralentie (de +7,9 % par an entre 2007 et 2009 à +2,4 % de 2009 à 2014). Le ralentissement de la part des dépenses financées par des dispositifs publics a

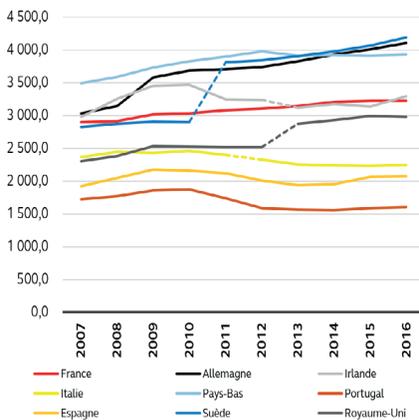
⁵ Allemagne, Espagne, Irlande, Italie, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni et Suède.

Dix ans d'évolution de systèmes de soins et de prise en charge des dépenses de santé en Europe : de profonds changements, des enseignements pour des réformes de soins en France

été encore plus marqué (de +7,9 % par an à +2,1 %). De ce fait, la part socialisée des dépenses de santé s'est réduite de 74,1 % en 2007 à 73 % en 2014.

Il s'agit cependant là d'une moyenne, qui recouvre des évolutions divergentes. Ainsi, les dépenses publiques de santé par tête (en parité de pouvoir d'achat et monnaie constante), ont baissé au Portugal, en Irlande, en Espagne et en Italie, où l'effort de maîtrise des dépenses publiques a tout particulièrement pesé sur les dépenses de santé.

Évolution des dépenses publiques de santé par tête dans neuf pays européens, en parités de pouvoir d'achat constantes, en USD constants base OCDE 2010 (2007-2016)



Note : ruptures de séries pour la Suède en 2011, l'Italie en 2012, le Royaume-Uni et l'Irlande en 2013.

Source : base de données santé, OCDE.

Les incidences de la crise sur la santé publique restent difficiles à apprécier, par manque de recul. En tout état de cause, les économies sur les dépenses de santé ont au moins entraîné dans plusieurs pays un allongement des files d'attente de patients et creusé les inégalités d'accès à la santé.

Des réformes visant à améliorer l'efficacité des systèmes de soins

Les pays européens ont mené à bien des réformes structurelles, souvent d'ampleur, visant à améliorer le rapport entre les services fournis par le système de santé et les ressources qui lui sont consacrées.

Dans plusieurs pays, les modes de rémunération des acteurs du système de santé ont été réformés dans le sens d'une moindre dépendance à l'égard du volume des soins produits (forfaitisation par patient et prise en compte des priorités de santé publique pour les médecins au Royaume-Uni, rémunération par patient pour l'insuffisance rénale au Portugal) et d'une coordination accrue entre acteurs (« paiements groupés » expérimentaux pour les maladies chroniques en Italie).

Par ailleurs, les mécanismes de financement ont été affinés afin que l'allocation des fonds publics au niveau territorial prenne mieux en compte les besoins de la population et pas seulement l'offre existante.

La plupart des pays ont réduit les capacités hospitalières (de 12 lits pour 1 000 habitants en 1991 à 2,4 en 2015 en Suède) et reporté une partie des soins vers la ville dans une logique de « virage ambulatoire ». Dans certains pays, les hôpitaux ont été regroupés dans une logique de prise en charge graduée des patients en fonction de leur situation.

Plusieurs pays (Suède, Royaume-Uni, Pays-Bas) reconnaissent aux auxiliaires médicaux (infirmières) un rôle essentiel pour le premier recours aux soins.

Dix ans d'évolution de systèmes de soins et de prise en charge des dépenses de santé en Europe : de profonds changements, des enseignements pour des réformes de soins en France

Enfin, la prescription électronique par les médecins et les dossiers médicaux dématérialisés des patients ont été généralisés dans plusieurs pays.

En France, un niveau de prise en charge socialisée des dépenses préservé, mais une organisation des soins moins réformée

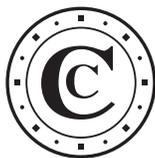
Par comparaison avec les pays européens les plus touchés par la crise, la France a préservé la part socialisée des dépenses de santé (78,9 % de la dépense courante de santé en 2015, contre 78,7 % en 2007, sous l'effet notamment de la croissance des dépenses relatives aux affections de longue durée), un large accès aux soins, ainsi que les effectifs et les rémunérations des professionnels de santé.

Malgré une maîtrise mieux assurée de l'évolution globale des dépenses que dans les années 2000, ces choix se sont accompagnés de la permanence d'un déficit élevé de l'assurance maladie, après comme avant la récession de 2009. Par ailleurs, la réduction des déficits a principalement été obtenue par des hausses de prélèvements, l'effort de maîtrise accrue des dépenses étant plus récent (depuis 2011). Enfin, les dispositifs mis en

œuvre pour ralentir la hausse des dépenses s'essoufflent, notamment à l'hôpital.

Par rapport aux autres pays, la France a effectué des réformes plus limitées. Une certaine inertie prévaut. La médecine de ville y est moins régulée. L'utilisation des génériques y est plus limitée du fait d'une prescription insuffisante par les médecins. L'hôpital y a été moins restructuré : la France comptait 6 lits pour 1 000 habitants en 2015 ; les groupements hospitaliers de territoire instaurés en 2016 ne sont pas dotés des prérogatives de réorganisation des hôpitaux qui en sont membres dont disposent leurs homologues suédois et irlandais. La prescription électronique reste à un stade expérimental et la généralisation du dossier médical numérique s'engage à peine.

La trajectoire suivie par la France apparaît donc difficilement soutenable, ce qui fragilise sa capacité à préserver dans la durée son système de prise en charge de la santé. Il convient donc de regagner par des réformes structurelles des marges de manœuvre dans la gestion et l'adaptation de notre système de santé. Les réserves considérables d'efficience qu'il recèle y invitent.



5 Le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital

Pour un nombre croissant d'interventions à l'hôpital, les progrès organisationnels et techniques rendent possibles une hospitalisation des patients de jour plutôt qu'avec nuitées. Lorsque cela est justifié sur le plan médical, il en résulte une amélioration de la qualité des soins et du confort des patients (réduction des risques, récupération plus rapide). En outre, les ressources consacrées aux soins sont moins élevées.

Plus large, la notion de « virage ambulatoire » recouvre deux substitutions :

- celle d'hospitalisations de jour à des hospitalisations classiques avec nuitées ;
- celle de soins médicaux et paramédicaux en ville à des hospitalisations : grâce à une prise en charge en ville, le séjour hospitalier a pu être évité ou raccourci.

Dans la stratégie nationale de santé 2018-2022, les pouvoirs publics ont affiché l'ambition de porter en 2022 à 70 % le taux de chirurgie ambulatoire et à 55 % celui de médecine ambulatoire sur les séjours hospitaliers substituables.

Un virage ambulatoire engagé à l'hôpital en chirurgie, mais insuffisamment en médecine

Les pouvoirs publics ont mis en œuvre une politique tarifaire incitative au développement de la chirurgie ambulatoire : tarif commun aux séjours ambulatoires et avec nuitées auxquels une prise en charge ambulatoire peut être substituée, extension du périmètre des séjours concernés, sur-financement des séjours de chirurgie ambulatoire par rapport aux coûts engagés.

Ce sur-financement doit cependant être supprimé afin de permettre à l'assurance maladie de bénéficier des gains d'efficacité liés au développement de la chirurgie ambulatoire.

Des résultats tangibles ont été obtenus. Sur le périmètre des séjours auquel il s'applique, le taux de prise en charge ambulatoire est ainsi passé de 43,3 % en 2010 à 54,1 % en 2016. En 2017, il représentait un peu plus de la moitié du nombre total de séjours de chirurgie pouvant ou non donner lieu à une prise en charge ambulatoire (50,7 %).

Le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital

La chirurgie ambulatoire reste cependant inégalement développée en fonction du statut public et privé et de la localisation des établissements. Un facteur clé du développement du mode ambulatoire est un réaménagement des locaux des établissements de santé qui sépare la file active des patients et les blocs opératoires des hospitalisations de jour de ceux des hospitalisations classiques.

En revanche, le virage ambulatoire n'est que balbutiant en médecine. Sur le périmètre des séjours auquel il s'applique, le taux de médecine ambulatoire atteignait 39,9 % en 2016. En 2017, il représentait moins d'un quart du nombre total de séjours en médecine pouvant ou non donner lieu à une prise en charge ambulatoire. Cette part ne progresse pas.

En effet, l'activité de médecine à l'hôpital a des contours mal définis : elle recouvre des actes de nature très diverse (bilans, examens de biologie, séjours de surveillance, actes d'exploration par imagerie...). Faute de textes actualisés, elle se distingue mal de celle liée aux actes et consultations externes.

Surtout, la médecine ambulatoire à l'hôpital ne bénéficie pas d'une politique tarifaire incitative, contrairement à la chirurgie : les tarifs sont nettement plus faibles que ceux des hospitalisations classiques ; certains tarifs sont inférieurs aux coûts constatés.

Un impact financier globalement incertain

Les impacts financiers du « virage ambulatoire » ne sont pas mesurés de manière précise.

Le développement du mode ambulatoire s'est accompagné d'une réorganisation encore partielle de l'offre de soins hospitaliers :

- les capacités d'hospitalisation conventionnelle ont nettement baissé en chirurgie, de près de 102 000 lits à près de 68 000 lits entre 2000 et 2016 (-33,5 %), tandis que le nombre de places ambulatoires a plus que doublé (près de 18 000 en 2016, soit +135 %). Compte tenu de la lente réduction du grand nombre d'établissements entre lesquels les activités chirurgicales sont dispersées (860 en 2016 contre 885 en 2010 pour la chirurgie avec nuitées), et de l'absence de taille critique de certaines unités, ces réductions de capacités n'ont pas nécessairement débouché sur des baisses de dépenses, notamment salariales ;

- en médecine, le mode ambulatoire n'a pas d'effets sur les capacités d'hospitalisation conventionnelle : depuis 2009, le nombre de lits a légèrement augmenté pour dépasser 123 000, contre 102 000 en 2000 ; le nombre de places en ambulatoire stagne depuis 2013 (près de 13 200 en 2016).

La hausse rapide des dépenses de soins de ville est souvent présentée comme la conséquence du report d'une partie de l'activité de soins de l'hôpital vers la ville.

Mais il serait abusif d'imputer à titre principal ce report au « virage ambulatoire ». Il résulte en grande partie des effets du vieillissement de la population et de la chronicisation croissante des pathologies sur la

Le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital

demande de soins de ville. En outre, les mécanismes de régulation des dépenses de soins médicaux et paramédicaux de ville et des prescriptions hospitalières exécutées en ville (qui représentent une part croissante des dépenses de soins de ville) sont insuffisants. Par ailleurs, pour certaines interventions, les dépenses de ville apparaissent moins élevées que celles précédant et faisant suite à une hospitalisation classique.

Réorganiser les activités médicales, en ville comme à l'hôpital

Il convient en premier lieu d'établir un modèle de tarification incitatif au développement de la médecine ambulatoire et de distinguer précisément, dans les textes et dans les nomenclatures, les actes et consultations externes des séjours de médecine ambulatoire.

Il importe aussi de remédier au défaut d'organisation de la médecine de ville et au cloisonnement ville - hôpital, en développant les alternatives à l'hospitalisation classique (maisons médicales de garde, hospitalisation à domicile, structures de soins à domicile), en structurant les réponses des professionnels de santé en ville (maisons pluri-professionnelles de santé, communautés professionnelles territoriales de santé) et en soutenant les innovations qui décloisonnent les secteurs de soins.

À ce dernier titre, la réussite de la généralisation du dossier médical partagé engagée fin 2018 et une actualisation plus rapide de la nomenclature des actes médicaux en fonction du progrès des techniques de prise en charge sont des enjeux déterminants.

Il convient enfin de faire évoluer les compétences des professionnels de santé, en reconnaissant mieux le mode ambulatoire dans la formation initiale des médecins et des infirmiers et en élargissant les compétences reconnues à ces derniers afin de leur faire jouer un rôle significatif dans l'organisation des soins primaires, à l'instar des pays anglo-saxons.

Sur ce point, la loi de modernisation du système de santé de 2016 marque une première étape, en ouvrant la possibilité d'un exercice en pratiques avancées d'auxiliaires médicaux préalablement formés, sous la coordination d'un médecin. Mais seul un nombre réduit d'infirmiers est appelé à bénéficier de ces délégations de tâches.

De nouvelles évolutions du contenu de la formation et de la nature des actes que peuvent effectuer les auxiliaires médicaux, ainsi que de leur degré d'autonomie, sont donc nécessaires pour accroître la capacité de notre système de santé à répondre aux besoins de prise en charge de situations non complexes, en assurant une couverture territoriale plus dense et une efficacité accrue des moyens engagés.

Le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital

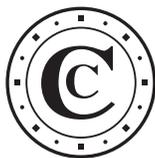
Recommandations

10. développer les études médico-économiques permettant de mieux évaluer l'impact financier du virage ambulatoire ;

11. favoriser le développement de la médecine ambulatoire à l'hôpital, en clarifiant les champs respectifs des actes relevant de l'hospitalisation de jour et des actes et consultations externes, en identifiant cette activité de manière distincte des prises en charge conventionnelles dans la nomenclature des séjours hospitaliers et en mettant en place une tarification incitative ;

12. faire des pratiques avancées des infirmiers une composante significative de l'offre de soins de premier recours, par le nombre de professionnels concernés comme par la nature des actes qu'ils effectuent, en s'inspirant des meilleures pratiques internationales ;

13. renforcer la formation des professionnels de santé médicaux et paramédicaux aux modes de prise en charge ambulatoire.



6 La lutte contre les maladies cardio-neurovasculaires : une priorité à donner à la prévention et à la qualité des soins

Un coût humain et financier important et croissant

Les maladies cardio-neurovasculaires sont la première cause de mortalité chez les femmes et la deuxième chez les hommes (après les cancers).

La mortalité liée aux MCNV (136 000 décès en 2014) est inférieure à celle de tous nos voisins et diminue sur un plan global. Mais ces maladies touchent une part croissante de la population française sous l'effet de facteurs de risque liés aux habitudes de vie (tabagisme, consommation d'alcool, mauvaise alimentation, sédentarité) et d'autres pathologies favorisées par ces mêmes habitudes (diabète, hypertension, hypercholestérolémie).

Les moins de 65 ans et les femmes sont atteints de plus en plus gravement par certaines MCNV. Par ailleurs, les inégalités sociales et spatiales devant les MCNV sont très marquées.

En 2016, 4,5 millions de patients étaient diagnostiqués et traités au titre d'une MCNV (soit 7 % de la population française). En 2020, ils seraient 5,1 millions (soit 8 %).

Compte tenu de la chronicisation croissante des MCNV et de la persistance d'épisodes aigus en grand

nombre, les dépenses d'assurance maladie liées à ces pathologies (16,1 Md€ en 2016) sont élevées et augmentent plus vite que la moyenne des dépenses.

Deux filières de soins hospitaliers inégalement efficaces

Les établissements de santé prennent en charge les MCNV dans le cadre de deux filières distinctes : une filière cardiovasculaire, qui s'est développée au cours des années 2000 et une filière neuro-vasculaire, plus récente, structurée pour l'essentiel dans le cadre du plan AVC 2010-2014.

En 2017, la France comptait 139 unités neuro-vasculaires (UNV), contre 21 en 2005, ce qui est presque conforme à la cible fixée par les pouvoirs publics. Cependant, seuls 50 % des patients victimes d'AVC ont été pris en charge par une UNV en 2015, pour une cible nationale de 70 %, avec de fortes disparités territoriales. En raison de difficultés de gestion des lits, une partie des lits en UNV accueillent par ailleurs des patients non victimes d'AVC.

La lutte contre les maladies cardio-neurovasculaires : une priorité à donner à la prévention et à la qualité des soins

La filière cardio-vasculaire (cœur et gros vaisseaux) est moins cohérente, car elle est morcelée en un nombre excessif de centres :

- 281 unités de soins intensifs en cardiologie (USIC) en 2016. Ces unités sont parfois isolées au sein de la filière de soins : 25 ne sont pas adossées à un centre de cardiologie interventionnelle en angioplastie. Les unités de certains départements ne répondent pas aux conditions d'un fonctionnement 24 h / 24 ;

- 251 centres de cardiologie interventionnelle (rythmologie, angioplastie), dont le nombre tend à s'accroître. Au regard de la plupart des autres pays européens, ils desservent en moyenne une population réduite. Certains ne disposent pas d'effectifs suffisants pour assurer la continuité des soins dans de bonnes conditions ;

- 62 centres de chirurgie cardiaque, qui ont en moyenne une taille intermédiaire par comparaison avec les autres pays européens.

Améliorer l'organisation des soins à l'hôpital au bénéfice des patients

Compte tenu de leur dispersion sur le territoire, les établissements de santé qui interviennent dans le domaine cardio-neurovasculaire sont exposés au risque d'une inadaptation croissante au progrès accéléré des techniques.

Afin de favoriser la constitution de pôles de prise en charge multi-techniques et pluridisciplinaires, à même de garantir la qualité et la sécurité des soins, le

régime des autorisations sanitaires, accordées au coup par coup, sans approche d'ensemble, doit laisser place à une autorisation unique.

En outre, il convient de fixer des seuils pour les activités qui en restent dépourvues, de les relever quand il en existe et, ce qui n'est pas le moins important, d'appliquer dans les faits les autorisations et seuils fixés.

Au regard des conditions de leur mise en œuvre, les modalités de de financement de la prise en charge des MCNV par les établissements de santé n'encouragent pas toujours la pertinence des actes, au détriment des patients. Elles présentent des incohérences par rapport au niveau des coûts. Dans le cadre de la réforme du financement des établissements de santé, une révision de la construction des tarifs des séjours liés aux MCNV est indispensable afin de minimiser les effets d'aubaine résultant d'écarts importants avec les coûts.

Mieux prévenir l'apparition et l'aggravation des pathologies cardio-neurovasculaires

Il importe de réduire l'apparition de maladies cardio-neurovasculaires chez de nouveaux sujets, en agissant sur l'ensemble des facteurs de risque qui exposent nos concitoyens à un décès prématuré ou à une vie diminuée.

Alors que la forte hausse programmée du prix du tabac décidée fin 2017 (qui doit porter le prix moyen du paquet de cigarettes de moins de 7 à 10 € en 2020) a de premiers résultats encourageants, il convient d'inscrire dans la durée la lutte contre le tabagisme.

La lutte contre les maladies cardio-neurovasculaires : une priorité à donner à la prévention et à la qualité des soins

Un autre impératif est d'agir avec la même détermination sur la consommation d'alcool (11,7 litres par habitant en moyenne en 2016) et la mauvaise alimentation (17 % d'obèses en 2017), notamment en relevant la fiscalité sur les boissons alcoolisées et les boissons sucrées.

Il importe aussi de mieux structurer la prise en charge extra-hospitalière des patients atteints de manière chronique par des MCNV.

En effet, l'accès aux cardiologues libéraux est affecté, d'une part, par la permanence d'une répartition inégale sur le territoire, malgré la hausse de leurs effectifs et, d'autre part, par les pratiques de dépassements d'honoraires.

En outre, le rôle des médecins généralistes dans la prévention des facteurs de risque, la détection des MCNV et des maladies qui les favorisent et la mise sous traitement des patients doit se renforcer. De même, les infirmiers doivent jouer un rôle accru dans la prévention, la coordination et

le suivi des malades. Les programmes d'éducation thérapeutique des patients à l'observance de leurs traitements médicamenteux sont à développer.

Il faut enfin réduire la mortalité et les séquelles évitables liées aux cas les plus graves.

Cela nécessite d'élargir le bénéfice des soins de suite et de réadaptation, qui bénéficient à une minorité de victimes d'accidents cardiaques ou d'AVC, alors qu'ils ont un impact démontré sur le risque de récurrence, la mortalité et le bien-être des patients.

Cela implique aussi de mieux prendre en charge les accidents ischémiques transitoires, qui constituent un signe précurseur d'AVC, en définissant un modèle pertinent de prise en charge par le système de santé.

Enfin, il convient de mieux prendre en charge les risques de mort subite sans signe avant-coureur par un effort accru de formation de la population aux premiers secours et en déployant plus largement les défibrillateurs automatisés.

La lutte contre les maladies cardio-neurovasculaires : une priorité à donner à la prévention et à la qualité des soins

Recommandations

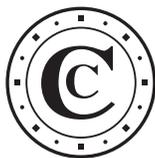
14. relever les droits d'accises sur l'ensemble des boissons alcoolisées et la contribution sur les boissons contenant des sucres ajoutés ;

15. définir à court terme un modèle pertinent de prise en charge des accidents ischémiques transitoires afin de prévenir un plus grand nombre d'accidents vasculaires-cérébraux ;

16. améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge des maladies cardio-neurovasculaires par les établissements de santé, en unifiant le régime juridique des autorisations, en généralisant dans ce cadre les seuils d'activité, en relevant ceux en vigueur et en appliquant dans les faits les autorisations et seuils fixés ;

17. réviser les tarifs des séjours en établissement de santé liés aux maladies cardio-neurovasculaires, afin de minimiser les effets d'aubaine résultant d'écart trop importants entre les tarifs et les coûts, entre les tarifs respectifs des secteurs public et privé lucratif à service médical rendu identique, et entre les évolutions respectives des tarifs des différents niveaux de sévérité à objet identique des séjours hospitaliers ;

18. adapter les modalités de financement des soins de suite et de réadaptation afin de favoriser l'accueil dans les structures concernées des patients victimes d'accidents cardio ou neurovasculaires.



7 Les soins visuels : une prise en charge à réorganiser

Les soins visuels concernent la plupart de nos concitoyens : près de 60 % sont équipés de lunettes ou de lentilles.

Les dépenses liées aux soins visuels sont en forte hausse, mais les besoins de la population sont très imparfaitement couverts. Malgré la prochaine mise en place d'offres de lunettes à « reste à charge zéro » pour les ménages à compter de 2020, à l'initiative des pouvoirs publics, ils pourraient l'être plus mal à l'avenir sous l'effet de la baisse de la démographie des ophtalmologues.

Une politique d'ensemble des soins visuels est nécessaire : prévention accrue, amélioration de la qualité des prises en charge, maîtrise renforcée des coûts et amélioration de l'accès aux soins grâce à une redéfinition des périmètres d'intervention des trois professions de santé de la filière visuelle : ophtalmologues, orthoptistes et opticiens-lunetiers.

Des dépenses dynamiques

En 2016, les dépenses liées aux soins visuels présentées au remboursement de l'assurance maladie ont atteint 9,6 Md€ au total, dont 6,1 Md€ pour l'optique médicale.

Compte tenu de la place de l'optique dans le total des dépenses, les complémentaires santé sont le premier

financeur des soins visuels. En 2016, elles couvraient 74 % des dépenses d'optique (60 % en 2010). Dans le même temps, les dépenses d'optique à la charge directe des ménages se sont réduites (de 35,4 % à 21,5 %). Les financements publics conservent une place mineure (4,4 % en 2016).

À titre principal, la hausse des dépenses d'optique (+8,1 % en euros constants entre 2010 et 2016) traduit celle du nombre d'équipements vendus.

Les dépenses de soins ophtalmologiques (1,7 Md€ en 2016) augmentent rapidement (+22,2 % en euros constants entre 2010 et 2016), sous l'effet de la hausse du nombre d'actes (+23,7 %) et de celle des dépassements d'honoraires (+24,7 %).

Enfin, l'évolution des dépenses de soins en établissement de santé (1 Md€ en 2016, +1 % en euros constants par rapport à 2010) est contenue par le développement de la chirurgie ambulatoire.

Un accès aux soins affecté par la rareté et le coût de l'offre sanitaire

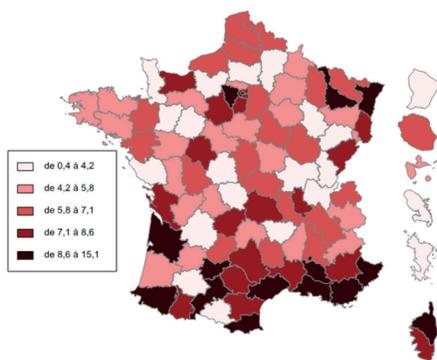
Depuis 2000, les effectifs d'ophtalmologues (5 947 début 2017, dont 86 % en exercice libéral ou libéral et salarié) ont augmenté à un rythme voisin de celui de la population globale. De ce fait, leur

Les soins visuels : une prise en charge à réorganiser

densité moyenne est restée stable, autour de 8,8 pour 100 000 habitants, dont 7,5 pour l'exercice libéral ou mixte.

Mais les ophtalmologues sont très inégalement répartis. Selon les départements, il y en a ainsi de 2,1 pour 100 000 habitants en Haute-Saône à 21 pour 100 000 habitants à Paris. Et les disparités territoriales se renforcent : en 2017, 45 départements, contre 42 en 2000, avaient moins de 6 ophtalmologues libéraux ou mixtes pour 100 000 habitants.

Densité de cardiologues en exercice libéral ou mixte pour 100 000 habitants (2005 puis 2016)



Source : Cour des comptes d'après les données de la DREES

Sur de nombreux territoires, les patients se heurtent à des délais importants, même en cas d'urgence, pour obtenir une consultation auprès d'un ophtalmologue, voire à une impossibilité quand ils ne sont pas déjà suivis.

Les difficultés d'accès aux soins visuels sont aussi d'ordre financier.

Près de 58 % des ophtalmologues exercent en secteur 2 (ou 1 à honoraires libres), avec un taux moyen de dépassement de 54,3 % en 2017, qui recouvre de fortes disparités selon les départements.

Malgré la baisse du reste à charge moyen des ménages (21,5 % en 2016 en moyenne), sous l'effet du développement des assurances complémentaires santé, le prix constitue toujours un facteur de renoncement aux lunettes et aux lentilles.

La libéralisation du marché, le développement des réseaux de soins et le plafonnement des prises en charge des lunettes dans les contrats « responsables » des assurances complémentaires bénéficiant d'aides fiscales et sociales pèsent encore insuffisamment sur le niveau des prix, qui reste élevé en France.

Un enjeu de santé publique à mieux reconnaître

Bien qu'ils affectent une majorité de la population, les troubles et pathologies de la vue restent insuffisamment reconnus en tant qu'enjeu de santé publique.

Il convient de renforcer la prévention, en effectuant des enquêtes épidémiologiques régulières et en développant les actions de dépistage en direction des enfants et des personnes âgées dépendantes.

Il importe aussi de garantir la qualité et la sécurité des soins visuels, en développant les recommandations de

Les soins visuels : une prise en charge à réorganiser

bonnes pratiques et les référentiels à l'attention des professionnels concernés et en encadrant plus étroitement l'activité des établissements de santé, par la définition de seuils d'activité par établissement ou par ophtalmologue pour les gestes invasifs courants.

Peser plus fortement sur les coûts

À défaut d'une réduction significative du niveau des dépassements et d'une offre suffisamment étendue de soins accessibles dans l'ensemble des départements, les ophtalmologues conventionnés qui souhaitent s'installer là où les dépassements sont élevés devraient être contraints d'adhérer au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée de l'assurance maladie (OPTAM). À ce jour, ce dernier conserve une portée limitée (516 ophtalmologues en juin 2018, soit 10 % des praticiens exerçant à titre libéral ou mixte).

Le déploiement d'offres à « reste à charge zéro » va s'accompagner d'une baisse des plafonds de prise en charge des lunettes dans les contrats « responsables » des assurances complémentaires, ciblée sur les montures (dont le sous-plafond de prise en charge est réduit de 150 € à 100 €). La prise en charge de l'optique par les complémentaires santé devrait être plus nettement recentrée sur les besoins médicaux. Ainsi, la fréquence des renouvellements des équipements financés par les contrats responsables devrait être portée de 24 mois à 36 mois dans le cas général, à moins d'une dégradation de la vue.

Enfin, il convient de lutter contre les effets d'aubaine propres au traitement de certaines pathologies, en révisant la nomenclature des actes médicaux, en alignant les tarifs des opérations de la cataracte sur les coûts des établissements de santé les plus efficaces et en engageant de fortes baisses de prix pour les médicaments servant à traiter la dégénérescence maculaire liée à l'âge humide.

Assurer l'accès aux soins

La proposition d'offres de lunettes « à reste à charge zéro » va réduire la barrière financière à l'accès aux soins visuels, mais ne traite pas la principale difficulté d'accès : la rareté croissante de l'offre de soins ophtalmologiques.

Les ophtalmologues demeurent le pivot de la prise en charge des soins visuels, les compétences reconnues aux orthoptistes et aux opticiens-lunetiers restant définies de manière étroite. Ce mode d'organisation des soins diffère de celui d'autres pays (Royaume-Uni notamment). Il concourt à la rareté de l'offre de soins et s'accompagne de rentes de situation.

Or, à organisation inchangée, les difficultés d'accès aux soins visuels vont s'accroître. En effet, les décisions de réduction du *numerus clausus* et du nombre de places à l'internat prises par les pouvoirs publics de la fin des années 1980 à 2010 vont entraîner jusqu'en 2030 une diminution du nombre d'ophtalmologues, une baisse encore plus marquée de la densité

Les soins visuels : une prise en charge à réorganiser

d'ophtalmologues libéraux (6 pour 100 000 en moyenne en 2030, contre 7,5 en 2016, soit -20 %) et une chute du temps médical par patient (baisse du temps de travail des praticiens sous l'effet de leur renouvellement générationnel).

En revanche, les deux autres professions des soins visuels ont une démographie dynamique. Début 2017, on comptait ainsi 4 643 orthoptistes (+113,4 % depuis 2000) et 35 718 opticiens-lunetiers (+253 %).

Il convient d'élargir les compétences reconnues en pleine autonomie aux orthoptistes et aux opticiens-lunetiers, sous réserve d'un approfondissement de leur formation, afin de dégager du temps médical pour les pathologies les plus sévères et les actes les plus qualifiés.

Ainsi, ceux des orthoptistes dont la formation serait portée du niveau licence actuel (bac+3) au niveau master (bac+5) devraient être admis à effectuer des bilans visuels et des consultations simples de premier recours dans leur propre cabinet, sans être salariés d'ophtalmologues, et prescrire à ce titre des équipements optiques.

De même, ceux des opticiens-lunetiers dont la formation serait portée du niveau BTS (bac+2) au niveau maîtrise (bac+5) devraient être admis non seulement à adapter ou à renouveler les ordonnances de verres correcteurs dans un certain délai, comme aujourd'hui, mais aussi à prescrire des équipements d'optique en première intention.

Sans réduire le champ de compétences des ophtalmologues, cette extension sous condition des compétences autonomes reconnues aux orthoptistes et aux opticiens-lunetiers permettrait d'élargir l'offre de soins de premier recours dans des conditions de qualité des soins maîtrisées pour les patients.

Elle devrait être prise en compte dans le cadre des quotas de formation des professionnels de la filière visuelle.

Elle devrait par ailleurs s'accompagner de la mise en place de filières de prise en charge graduée des soins visuels reliant la ville et l'hôpital, autour de plateaux techniques de référence soutenus par le ministère de la santé, en contrepartie de la mise en œuvre par les ophtalmologues concernés de tarifs maîtrisés et de consultations avancées élargissant l'accès aux soins ophtalmologiques dans les territoires mal desservis.

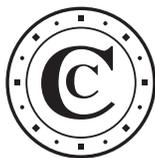
Les soins visuels : une prise en charge à réorganiser

Recommandations

- 19.** élargir l'offre de premier recours aux soins visuels, en autorisant les orthoptistes à diagnostiquer et à traiter les troubles de la vision et les opticiens-lunetiers ceux de la réfraction, sous réserve d'un approfondissement du contenu de leur formation et d'un renvoi systématique à un ophtalmologue des situations pathologiques excédant leur champ de compétence ainsi étendu ;
- 20.** recentrer la prise en charge des renouvellements d'équipements d'optique par les contrats responsables d'assurance maladie complémentaire sur les besoins médicaux qui en sont à l'origine, en portant sa périodicité de deux à trois ans, à moins d'une évolution constatée de la vue ;
- 21.** conditionner les installations des ophtalmologues en exercice libéral, dans les zones caractérisées par des niveaux élevés de dépassement d'honoraire, à l'adhésion à l'option de pratique tarifaire maîtrisée de l'assurance maladie (OPTAM) ;
- 22.** structurer une offre de soins graduée au niveau territorial, en soutenant financièrement des regroupements de l'ensemble des professionnels de la filière visuelle autour de plateaux techniques de référence, dans des centres spécialisés en soins visuels ;
- 23.** réviser la classification commune des actes médicaux (CCAM) afin de répercuter dans les tarifs des actes de soins visuels les gains de productivité permis par les récentes innovations organisationnelles et technologiques propres à ce domaine ;
- 24.** actualiser d'urgence la recommandation sur la DMLA humide afin de favoriser une prescription en première intention des molécules les moins onéreuses, à bénéfice thérapeutique équivalent ;
- 25.** améliorer la santé visuelle en engageant des actions de promotion de la santé et de prévention, en priorité en direction des enfants de moins de six ans et des personnes âgées fragiles et en conduisant régulièrement des enquêtes épidémiologiques territorialisées ;
- 26.** assurer la qualité et la sécurité des soins en établissant des recommandations de bonnes pratiques et des référentiels à l'attention des professionnels concernés et en fixant des seuils d'activité par établissement ou par ophtalmologue pour les gestes les plus invasifs.

Troisième partie

Réduire les risques professionnels



8 La tarification des accidents du travail et maladies professionnelles : une gestion lourde, un caractère incitatif à renforcer

À la différence des autres cotisations sociales, le taux des cotisations AT-MP n'est pas fixé par un texte réglementaire. Il est calculé chaque année pour chaque établissement d'une entreprise (ou section en cas de multiplicité d'activités) dans le cadre d'un processus complexe : la tarification des risques professionnels.

La fixation des taux des cotisations AT-MP, à la charge exclusive des employeurs de salariés (12,7 Md€ de recettes en 2017), a trois objectifs : financer les charges de la branche, mutualiser le risque entre les employeurs et inciter ces derniers à la prévention.

Les règles de calcul des taux de cotisation sont complexes et ont été peu réformées à ce jour. Il convient de sortir du *statu quo*, en fixant une orientation claire en faveur de la prévention.

Une branche gérée à l'équilibre

Avec le soutien des partenaires sociaux, la tarification remplit correctement son rôle de couverture des dépenses : contrairement aux autres branches, la branche AT-MP assure sur le moyen

terme son équilibre financier par ses propres moyens, sans que se constitue une dette sociale pérenne.

Après des déficits continus depuis 2002 (sauf en 2008), la branche AT-MP dégage des excédents depuis 2013, sous l'effet dans un premier temps de hausses des taux de cotisation. Ses fonds propres sont reconstitués depuis fin 2016. En 2017, la branche AT-MP a affiché un excédent record (1,1 Md€). Malgré un nouveau transfert de points de cotisations à la branche maladie, elle connaîtra un important excédent en 2018 (0,8 Md€ prévus).

Des règles juridiques complexes, malgré de récents aménagements

Le taux appliqué à chaque établissement (ou section) a deux composantes :

- une part propre à l'établissement (ou à la section), qui prend en compte la masse salariale et les sinistres. Selon la taille de l'entreprise, cette part est propre à l'établissement ou à la section (tarification individuelle) ou à leur secteur d'activité (tarification collective) ou combine les deux (tarification mixte) ;

La tarification des accidents du travail et maladies professionnelles : une gestion lourde, un caractère incitatif à renforcer

- une part mutualisée dans le cadre national, qui prend la forme de quatre majorations identiques pour toutes les entreprises, soit additives, soit multiplicative à la part propre à l'établissement (ou à la section).

Depuis 2010, la tarification a été simplifiée et rendue plus prévisible :

- le nombre de secteurs d'activité distincts (« codes risque ») a été réduit de 800 à 200 environ ;

- les champs d'application de la tarification individuelle (à partir de 150 et non plus de 200 salariés) et de la tarification collective (porté de 9 à 19 salariés) ont été étendus et celui de la tarification mixte réduit ;

- en tarification individuelle, la détermination de la valeur des sinistres ne repose plus sur les dépenses réelles, mais sur des coûts moyens propres au domaine d'activité concerné (9 domaines au total), plus prévisibles. Les rechutes n'ont plus d'incidence sur le taux de cotisation.

Une gestion lourde, peu efficiente et affectée par de fréquents contentieux

Pour 2017, la branche AT-MP a notifié quelque 2,1 millions de taux de cotisation à appliquer au titre d'autant de sections relevant de 2 millions d'établissements rattachés à 1,7 million d'entreprises.

Quatre acteurs distincts concourent à la détermination et à l'application des taux : les CPAM instruisent sur un plan administratif les demandes de reconnaissance des AT-MP et versent

les prestations qui leur sont liées ; le contrôle médical de l'assurance maladie décide de reconnaître ou non les AT-MP ; les CARSAT calculent et notifient les taux de cotisation ; les URSSAF recouvrent les cotisations.

Les systèmes d'information de la branche AT-MP assurent une dématérialisation incomplète des processus qui concourent au calcul des taux, ce qui favorise des erreurs, pèse sur les coûts de gestion de la branche et nuit à son pilotage.

Les contentieux ayant une incidence sur les taux de cotisation (caractère professionnel de l'affection, taux de l'incapacité permanente...) sont fréquents. Lorsqu'ils sont gagnés par les employeurs, les taux de cotisation doivent être recalculés de manière rétroactive.

Faire jouer à la tarification un rôle plus actif dans la prévention des risques professionnels

Alors que la gestion est lourde, l'incidence des taux de cotisation sur le comportement de prévention des employeurs reste difficile à apprécier. Devant la permanence des sinistres professionnels, il convient de faire jouer un rôle plus actif à la tarification pour les prévenir.

Compte tenu du profil des emplois affectés par des sinistres, il est impératif de préserver la logique assurantielle de la branche AT-MP, en continuant à circonscrire les allègements de cotisations sur les bas salaires imputés aux cotisations AT-MP (41,5 M€ en 2017).

La tarification des accidents du travail et maladies professionnelles : une gestion lourde, un caractère incitatif à renforcer

Il convient ensuite de limiter les effets d'aubaine et les biais liés aux règles de tarification.

Cela implique de passer d'une tarification au niveau de l'établissement (ou de la section) à celui de l'entreprise (comme c'est le cas en Allemagne), afin de limiter les pratiques d'optimisation.

Cela nécessite aussi de circonscrire les multiples exceptions qui grèvent les règles générales de tarification (groupements ad hoc de secteurs d'activité pour la fixation des taux, application de taux collectifs aux grandes entreprises de certains secteurs, abattements de taux pour des secteurs connaissant un temps de travail plus faible que la moyenne, dérogations multiples accordées au BTP...).

Il faut aussi réduire la part mutualisée des cotisations, qui représente environ 60 % du taux de cotisation moyen.

Cette part excessive, qui amoindrit l'objectif de prévention en réduisant la part incitative des cotisations, résulte de la mutualisation du financement de 70 % des dépenses liées aux maladies professionnelles : fonds « amiante », sous-déclaration des MP (qui représente l'essentiel de la sous-déclaration des AT-MP), mais aussi

absence d'imputation à un employeur déterminé de dépenses de prestations qui devraient l'être. Elle découle aussi d'un défaut d'actualisation régulière de la valorisation des dépenses imputées aux employeurs.

Il importe enfin de renforcer le signal prix donné par la variation du taux de cotisation afin d'inciter plus fortement les entreprises à prendre des mesures de prévention et réduire ainsi durablement leur sinistralité.

À cette fin, il convient de prendre en compte dans le calcul des taux de cotisation de toutes les entreprises les fréquences anormalement élevées d'accidents au sein de leur propre domaine d'activité et d'augmenter les coûts moyens pris en compte au titre des sinistres les plus fréquents, de faire supporter une part accrue des cotisations par les entreprises qui recourent à l'intérim ou à la sous-traitance sur site et de mutualiser les maladies à effet différé par domaine d'activité, et non plus dans le cadre national interprofessionnel.

Ces évolutions pourraient entraîner des transferts ponctuels de charges entre secteurs d'activité et catégories d'entreprises. Les pouvoirs publics devraient les accepter.

La tarification des accidents du travail et maladies professionnelles : une gestion lourde, un caractère incitatif à renforcer

Recommandations

27. continuer de circonscrire par la voie réglementaire la part des allègements généraux de cotisations imputée sur les cotisations AT-MP ;

28. en tarification individuelle et mixte, fixer les taux de cotisation AT-MP par code risque au sein de chaque entreprise et non plus par section d'établissement ;

29. mettre fin aux exceptions aux règles générales de tarification dont bénéficient les secteurs d'activité relevant de certains codes risque (groupements financiers, application dérogatoire de taux collectifs, abattements sur les coûts moyens) ou redéfinir ces exceptions afin d'en fiabiliser l'application (fonctions support) ;

30. rendre la tarification plus incitative à la prévention des accidents du travail, en majorant les taux de cotisation lorsque l'entreprise présente une sinistralité anormalement élevée dans son domaine d'activité et en surpondérant les coûts moyens pour les classes d'accidents les plus fréquents ;

31. rendre la tarification plus incitative à la prévention des maladies professionnelles, en circonscrivant

l'utilisation du compte spécial et en mutualisant les maladies à effet différé par domaine d'activité et non plus dans le cadre national interprofessionnel du compte spécial ;

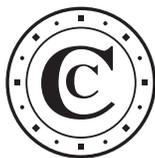
32. comprimer la part des dépenses liées à des accidents du travail et à des maladies professionnelles non prises en compte dans le calcul des taux bruts de cotisation, en actualisant régulièrement les coefficients forfaitaires de valorisation des prestations d'incapacité permanente ;

33. rééquilibrer le partage de la valeur du risque entre les entreprises de travail temporaire et celles recourant à l'intérim et partager cette même valeur entre les entreprises donneuses d'ordre et celles sous-traitantes travaillant sur site ;

37. accroître la fiabilité et l'efficience du processus de tarification des risques professionnels, en investissant dans l'amélioration de la performance des systèmes d'information qui y concourent.

Quatrième partie

**Favoriser une mise en œuvre
plus efficace de leurs missions par
les organismes de sécurité sociale**



9 La déclaration sociale nominative : une première étape réussie, une nouvelle impulsion nécessaire

La déclaration sociale nominative (DSN) est une déclaration sociale et fiscale instaurée par la loi sur la simplification du droit du 22 mars 2012. Elle est produite chaque mois par l'employeur ou son mandataire (expert-comptable) directement à partir des données du logiciel de paie.

Elle remplace plusieurs déclarations auparavant effectuées auprès de divers organismes de manière généralement distincte, parfois redondante et à des échéances non coordonnées.

Dans le cas d'une entreprise relevant du régime général de sécurité sociale, la DSN se substitue ainsi à 10 déclarations périodiques (déclaration annuelle des données sociales et déclaration unifiée de cotisations sociales notamment) et à deux déclarations d'événements (arrêt ou reprise de travail suite à un arrêt maladie et fin du contrat de travail).

Une généralisation en voie d'achèvement pour les entreprises du secteur privé

Depuis 2017, la DSN doit obligatoirement être utilisée par l'ensemble des employeurs privés de salariés relevant du régime général, du régime agricole (MSA) et des principaux régimes spéciaux de sécurité sociale.

Cette généralisation de la DSN à la quasi-totalité des entreprises employant des salariés mène à son terme la dématérialisation de la déclaration des prélèvements sociaux engagée au milieu des années 2000.

Elle constitue, pour l'essentiel, une première étape réussie.

La quasi-totalité des entreprises qui y sont assujetties utilisent la DSN : à la mi-mars 2018, tel était le cas de 1,6 million d'entreprises, comptant 19,8 millions de salariés. Seules 35 000 entreprises du régime général n'y avaient pas recours, soit 4 % de la cible. Il s'agit majoritairement de très petites entreprises qui, pour certaines, envisagent de cesser leur activité ou viennent de se créer.

En outre, le déploiement progressif de la DSN depuis 2015 ne s'est pas accompagné de problèmes informatiques notables.

Cependant, la DSN reste encore à généraliser dans l'ensemble de ses composantes.

En effet, certaines fonctionnalités ne sont pas systématiquement paramétrées dans les logiciels de paie des entreprises : signalements des arrêts maladie et des fins de contrat

La déclaration sociale nominative : une première étape réussie, une nouvelle impulsion nécessaire

de travail ; modalités d'application des contrats de prévoyance, de complémentaire santé, de dépendance et de retraite supplémentaire.

Le système d'information de la DSN doit par ailleurs intégrer, d'ici à 2020, d'autres fonctionnalités qui lui font encore défaut : signalement de la prise d'effet du contrat de travail ; déclaration de la fin d'un contrat de travail de moins d'un mois ; arrêt de travail pour les salariés ayant plusieurs employeurs ; événements, données relatives aux organismes de protection complémentaire et régularisations pour les dispositifs simplifiés de déclaration sociale destinés aux entreprises de petite taille (TESE et TESA) et aux associations (CEA).

Par ailleurs, les gains et les coûts pour les entreprises liés à la DSN et les incidences éventuelles du passage à la DSN sur le niveau des prélèvements sociaux déclarés par les entreprises restent à objectiver.

Donner une nouvelle impulsion pour exploiter toutes les potentialités de la DSN

Si la DSN a été généralisée à la quasi-totalité des entreprises, il reste aujourd'hui à en faire un outil qui réponde pleinement aux objectifs qui lui ont, dès le départ, été assignés.

Il convient tout d'abord de rendre la DSN universelle, en rendant son utilisation obligatoire pour l'État, les collectivités locales et les hôpitaux publics et en lui intégrant les déclarations issues de la paie (dans les domaines de l'emploi, de la formation professionnelle et de la statistique publique) qui ne l'ont pas encore été.

Reportée à plusieurs reprises, l'échéance de 2022 pour l'entrée des trois fonctions publiques en DSN doit être respectée afin de fiabiliser la déclaration des prélèvements sociaux des fonctionnaires et des contractuels de droit public et de connaître chaque mois avec précision leurs effectifs et masse salariale. Cet objectif appelle une fiabilisation des données de la paie des agents publics.

Il convient aussi de développer toutes les potentialités de la DSN pour les entreprises et les salariés. À cette fin, le nombre de données distinctes déclarées dans le cadre de la DSN doit continuer à être réduit, en faisant converger les définitions de données demandées aux employeurs. De nouveaux services en ligne pour les entreprises et les salariés doivent en outre être développés.

Un autre enjeu majeur est l'utilisation des données mensuelles de la DSN pour réduire le non-recours aux droits, les erreurs et la fraude. Alors que cette utilisation conserve aujourd'hui un caractère expérimental, il convient de placer résolument la DSN au service de la fiabilisation de la collecte des prélèvements sociaux et de l'attribution à bon droit des prestations et des aides sociales.

Comme le prévoit la convention d'objectifs et de gestion avec l'État pour 2018-2022, le réseau des URSSAF doit ainsi s'engager dans l'exploitation généralisée des données individuelles de la DSN, notamment par la mise en œuvre de contrôles automatisés de cohérence entre les assiettes des prélèvements sociaux déclarées sous une forme agrégée et les données de rémunération détaillées par salarié.

La déclaration sociale nominative : une première étape réussie, une nouvelle impulsion nécessaire

De même, les données individuelles de la DSN doivent être exploitées par les CAF et par les CPAM afin de favoriser l'attribution à bon droit de l'ensemble des prestations sociales sous conditions de ressources ou dont le calcul repose sur les salaires (ensemble des prestations versées par la branche famille, notamment le RSA, l'AAH et la prime d'activité, indemnités journalières, rentes AT-MP, pensions d'invalidité), ainsi que certaines aides (CMU-C et ACS).

Par ailleurs, les gains et les coûts de la DSN pour les administrations sont à évaluer. Faute d'adaptation en profondeur des processus de gestion des organismes de sécurité sociale, ces gains restent aujourd'hui plus virtuels que réels.

Compte tenu de l'ampleur des chantiers qui restent à mener, il est enfin urgent de reconstituer, en la renforçant, une véritable maîtrise d'ouvrage stratégique, sous l'autorité des trois ministres concernés (santé, emploi-travail, budget). Un délégué interministériel pourrait être désigné. En tout état de cause, il convient qu'un nouveau responsable de la maîtrise d'ouvrage stratégique soit nommé, le poste étant vacant depuis mars 2018 et qu'il préside le comité de normalisation des données sociales, comme son prédécesseur.

La déclaration sociale nominative : une première étape réussie, une nouvelle impulsion nécessaire

Recommandations

35. intégrer à la DSN les fonctions publiques et les agents contractuels de l'État, des collectivités locales et des hôpitaux publics d'ici à 2022 au plus tard, sans nouveau report et fiabiliser en conséquence les données de la paie ;

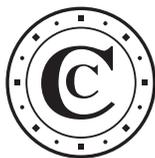
36. développer toutes les potentialités de la DSN pour les entreprises et les salariés en élargissant le périmètre de la DSN à de nouvelles déclarations, en poursuivant la réduction du nombre de données à déclarer et en menant à terme les projets de base de données offrant de nouveaux services aux entreprises et aux salariés ;

37. systématiser, sur la période 2018-2022 couverte par la convention d'objectifs et de gestion (COG) de l'ACOSS avec l'État, les contrôles automatisés de cohérence entre les données agrégées de prélèvements et les données individuelles de salaires de la DSN pour la fiabilisation du recouvrement des prélèvements

sociaux et du calcul des droits des salariés et mettre en place des modalités d'échange avec les entreprises assurant une correction effective des anomalies détectées ;

38. systématiser, sur la période 2018-2022 couverte par les COG de la CNAF et de la CNAM avec l'État, l'utilisation des données individuelles de la DSN pour attribuer à bon droit l'ensemble des prestations sociales sous condition de ressources ou dont le calcul repose sur les salaires (ensemble des prestations versées par la branche famille, indemnités journalières, rentes AT-MP, pensions d'invalidité), ainsi que certaines aides (CMU-C et ACS)

39. reconstituer une gouvernance interministérielle chargée de définir les priorités, la méthodologie et les étapes nécessaires pour utiliser pleinement les potentialités de la DSN et en mesurer les gains et les coûts pour les entreprises et les administrations.



10 Les caisses de sécurité sociale en Guadeloupe, en Guyane et à la Martinique : un redressement impératif

En 2017, les caisses de sécurité sociale du régime général en Guadeloupe, en Guyane et à la Martinique ont versé 6,2 Md€ de prestations et encaissé 2,9 Md€ de prélèvements sociaux avec le concours de près de 2 800 collaborateurs à durée indéterminée.

Il existe deux types de caisses :

- des caisses générales de sécurité sociale (CGSS), spécifiques aux DOM (dont La Réunion), qui versent les prestations d'assurance maladie - maternité, d'accidents du travail - maladies professionnelles (AT-MP) et de retraite et recouvrent les prélèvements sociaux ;

- des caisses d'allocations familiales (CAF), qui, comme en métropole, versent les prestations familiales et de solidarité.

Une organisation complexe face à des enjeux socioéconomiques élevés

Le contexte socioéconomique dans lequel les caisses de sécurité sociale exercent leurs missions dans les DOM est particulièrement exigeant.

Or la manière dont la sécurité sociale y est organisée n'aide pas à en relever les défis. En effet, les CGSS

concentrent à elles seules toute la complexité de l'organisation de la sécurité sociale en métropole, à l'exception des prestations familiales et de solidarité, dont la gestion est autonomisée dans des CAF depuis 1972 : elles sont à la fois URSSAF, CPAM et caisse de retraite (CARSAT) pour les employeurs et les salariés du secteur privé, ainsi que MSA pour les exploitants agricoles.

Chaque directeur de CGSS doit répondre d'un très grand nombre d'objectifs devant quatre organismes nationaux différents : ACOSS, CNAM, CNAV et CCMSA.

Pour autant, la gestion interne des CGSS est très cloisonnée entre leurs différentes missions, sans synergie véritable.

Un service public de la sécurité sociale pour partie défaillant

Les moyens humains et financiers des CGSS et CAF sont significatifs, mais imparfaitement mobilisés. Les fonctions support sont surdimensionnées au regard des fonctions de production. Dans plusieurs organismes, des usages locaux réduisent le temps de travail. L'organisation du travail n'est pas propice à une activité continue.

Les caisses de sécurité sociale en Guadeloupe, en Guyane et à la Martinique : un redressement impératif

L'absentéisme s'inscrit à un niveau élevé. La productivité n'est pas mesurée (les 3 CGSS) ou en retrait (2 des 3 CAF).

Les délais de versement des prestations sont dégradés pour la CGSS de la Guadeloupe et, dans une moindre mesure, pour celle de la Guyane, au risque de créer des ruptures de ressources pour les bénéficiaires de prestations. Ils sont meilleurs pour les CAF, mais se détériorent pour celle de la Guadeloupe.

C'est seulement pour les retraites que le paiement à bon droit des prestations est objectivé. Il est manifestement compromis : plus d'une pension de retraite sur 3 mise en paiement par la CGSS de la Guadeloupe comporte une erreur financière en faveur ou au détriment des retraités ; c'est aussi le cas de plus d'une pension sur 4 pour les CGSS de la Guyane et de la Martinique.

Le recouvrement des prélèvements sociaux est défaillant. Si la collecte des 3 CGSS représentait en 2017 0,9 % du flux national des prélèvements sociaux, elles concentraient 11,3 % du total des impayés de l'année. Par ailleurs, les 4,1 Md€ de créances accumulées par les 3 CGSS représentaient fin 2017 14,9 % du stock national des créances sur les cotisants. Enfin, les exonérations propres aux DOM sont insuffisamment contrôlées.

La situation du recouvrement est pour partie imputable à des facteurs qui ne sont pas propres aux CGSS (dysfonctionnements du dispositif de l'interlocuteur social unique pour les travailleurs indépendants) ou sur lesquels elles n'ont pas prise.

Mais elle résulte aussi d'une mauvaise maîtrise des processus de recouvrement : défaut de mise à jour du fichier des cotisants, qui engendre des taxations d'office en masse qui gonflent les créances non recouvrées ; défaut d'envoi d'actes interruptifs de prescription des créances.

Des transformations structurelles à mettre en œuvre au-delà d'indispensables mesures d'urgence

Tout d'abord, les missions des caisses devraient être redéfinies afin qu'elles soient mieux exercées.

Il est ainsi proposé de recentrer les missions des CGSS sur la gestion des prestations (maladie - maternité, AT-MP et retraites) et de créer une URSSAF commune à la Guadeloupe, à la Guyane et à la Martinique. Alors que les CGSS réunissent des missions trop hétérogènes, cette réorganisation permettrait de mobiliser plus directement le management des CGSS et de la nouvelle URSSAF sur les objectifs fixés par les organismes nationaux de sécurité sociale.

Il convient aussi de spécialiser une partie des tâches de gestion dans un cadre inter-DOM afin de constituer des pôles de compétence et de dégager des effets d'échelle. Des pôles par types de cotisants auraient ainsi vocation à être mis en place au sein de l'URSSAF inter-régionale. Il en va de même de mutualisations d'activités entre les 3 CGSS d'une part et entre les 3 CAF d'autre part de la zone Antilles - Guyane.

Les caisses de sécurité sociale en Guadeloupe, en Guyane et à la Martinique : un redressement impératif

Il importe enfin de faire participer les caisses des DOM aux mutualisations nationales d'activités, alors qu'elles en sont restées à l'écart pour l'essentiel. Certaines activités ont ainsi vocation à être confiées à des organismes métropolitains.

Les organisations internes des caisses devraient elles aussi être réformées afin d'être rendues plus efficaces.

Trop nombreuses, les fonctions de direction des CGSS doivent être rationalisées. Les capacités de production des CGSS et des CAF doivent être augmentées en redéployant une partie des effectifs des fonctions support vers la production et en révisant les organisations du travail. Les publics des différentes caisses étant en grande partie identiques, il convient aussi de mettre en place une offre de service qui dépasse les cloisonnements internes de la sécurité sociale (sur le modèle des coopérations déployées par la CGSS et la CAF de la Martinique).

Enfin, les caisses d'outremer ont vocation à être soutenues plus efficacement par les organismes nationaux.

Il convient ainsi qu'ils adaptent leur pilotage aux spécificités de leur situation. Au lieu de fixer plusieurs dizaines d'indicateurs de résultat à des niveaux d'emblée inatteignables, il serait préférable qu'ils retiennent un nombre moins élevé d'indicateurs, centrés sur les enjeux essentiels et qui dessinent une trajectoire de progrès.

Mieux soutenir les caisses d'outremer, c'est aussi mieux aider toutes les caisses, de métropole comme ultramarines, à exercer leurs missions. Plusieurs territoires métropolitains présentent des caractéristiques socio-économiques qui les rapprochent des DOM. Des défauts de qualité de production des retraites affectent la plupart des caisses métropolitaines. Un enjeu clé au cours de la prochaine génération de conventions d'objectifs et de gestion avec l'État pour les années 2018-2022 est d'informatiser les nombreux processus de gestion qui ne le sont pas du tout ou ne le sont que de manière incomplète.

Recommandations

- 40.** mettre en œuvre des mesures d'urgence visant à redresser les aspects les plus critiques de la gestion des caisses de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Martinique (erreurs de liquidation des retraites, des indemnités journalières et des prestations versées par la branche famille, taxations d'office non régularisées, prescription de créances) ;
- 41.** spécialiser les CGSS dans la gestion des prestations maladie-maternité, AT-MP et de retraite et confier le recouvrement des prélèvements sociaux à une URSSAF interrégionale compétente pour la Guadeloupe, la Guyane et la Martinique ;
- 42.** développer les mutualisations d'activités, en spécialisant chaque fois que cela est pertinent les sites départementaux de l'URSSAF inter-régionale, des CGSS et des CAF par pôles de compétence couvrant l'ensemble de la zone Antilles-Guyane et en faisant participer ces organismes aux mutualisations mises en œuvre dans le cadre national ;
- 43.** revoir les organisations internes des organismes outre-mer pour renforcer leur capacité de production et la mise à la disposition de leurs publics pour les prestations d'une offre de service multibranches.