

COUR DES COMPTES

Synthèse

Sécurité sociale 2005

La sécurité sociale 2005

Avertissement

Le présent document est une synthèse destinée à faciliter la lecture et le commentaire du rapport de la Cour des comptes. Seul le texte du rapport lui-même engage la juridiction.

Sommaire

Présentation	5
I Les comptes 2004 et l'activité des Comités régionaux d'examen des comptes (COREC)	7
1. Les résultats 2004	10
2. La régulation des dépenses d'assurance maladie ..	12
Recommandations	14
3. L'activité des COREC	16
Recommandations	17
II Les actions sur les comportements des professionnels de santé et des assurés sociaux ..	19
1. La connaissance des comportements est insuffisante	20
2. Des dispositifs globalement inefficaces	21
3. De nouvelles orientations sont nécessaires	28
Recommandations	29
III Les questions de retraite	31
1. Les retraites du monde agricole	31
2. L'avantage sociale vieillesse : un système en sursis ..	34
Recommandations	36
IV La certification des comptes de la sécurité sociale	37
1. L'architecture des comptes	37
2. La qualité des comptes doit encore s'améliorer ..	39
3. Préparer la certification	40
4. De l'élaboration des comptes aux prévisions financières	41
Recommandations	43

Présentation

Chaque année, la Cour des comptes établit un rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. "Ce rapport présente en outre une analyse de l'ensemble des comptes des organismes de sécurité sociale soumis à son contrôle et fait une synthèse des rapports et avis émis par les organismes de contrôle placés sous sa surveillance. Ce rapport est remis au Parlement sitôt arrêté par la Cour des comptes" (article LO.132-3 du code des juridictions financières).

La première partie examine, comme chaque année, l'application de la loi de financement de la sécurité sociale. Sont examinés successivement les dépenses, les ressources, les résultats et le financement du solde du régime général au regard des objectifs et prévisions de la loi de financement. Enfin, cette partie rend compte de l'activité des comités régionaux d'examen des comptes de sécurité sociale (COREC).

Les autres parties du rapport sont consacrées à des sujets arrêtés par la Cour en fonction de ses priorités de contrôle.

Cette année, la Cour a choisi de consacrer la deuxième partie de son rapport à la gestion des risques. Elle comprend deux chapitres. Le premier chapitre analyse l'ensemble des dispositifs mis en place par les pouvoirs publics et l'assurance maladie pour agir sur les comportements des professionnels de santé et les assurés sociaux. Le second est consacré aux questions de retraite et examine les retraites des agriculteurs, d'une part, et l'avantage social vieillesse des professions de santé conventionnés, d'autre part.

La troisième partie est consacrée à la certification des comptes de la sécurité sociale. La loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale du 2 août 2005 lui confie en effet une nouvelle mission qui est de certifier "la régularité, la sincérité et la fidélité des comptes des organismes nationaux du régime général et des comptes combinés de chaque branche et de l'activité de recouvrement du régime général" et de donner un "avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre par branche". Après avoir décrit l'architecture des comptes de la sécurité sociale et jugé de leur qualité, le rapport précise les modalités concrètes de la certification et examine l'articulation entre les différents organismes qui interviennent en la matière. ■

Cour des comptes

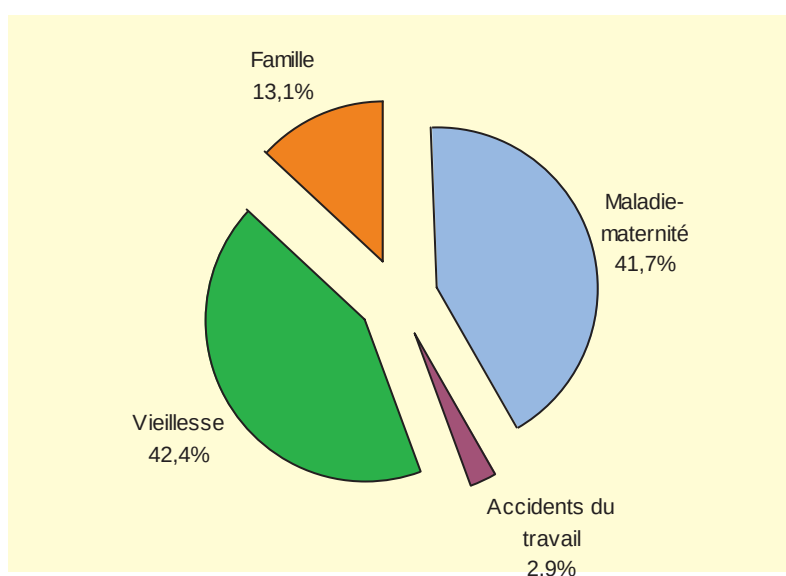
I Les comptes 2004 et l'activité des COREC

Les chiffres clés :

	<i>(en Md€)</i>	
	2003	2004
PIB en valeur	1 585,2	1 648,4
ONDAM voté	123,5	129,7
ONDAM réalisé	124,6	130,4
Dépenses vieillesse réalisées	140,5	147
Dépenses famille réalisées	43,4	45,3
Solde du régime général (résultat courant)	-11,5	-13,2
Dont :		
- assurance maladie	-11,8	-12,3
- vieillesse	0,6	-0,1
- famille	0,2	-0,6
Fonds de solidarité vieillesse (résultat cumulé)	-1,1	-1,7

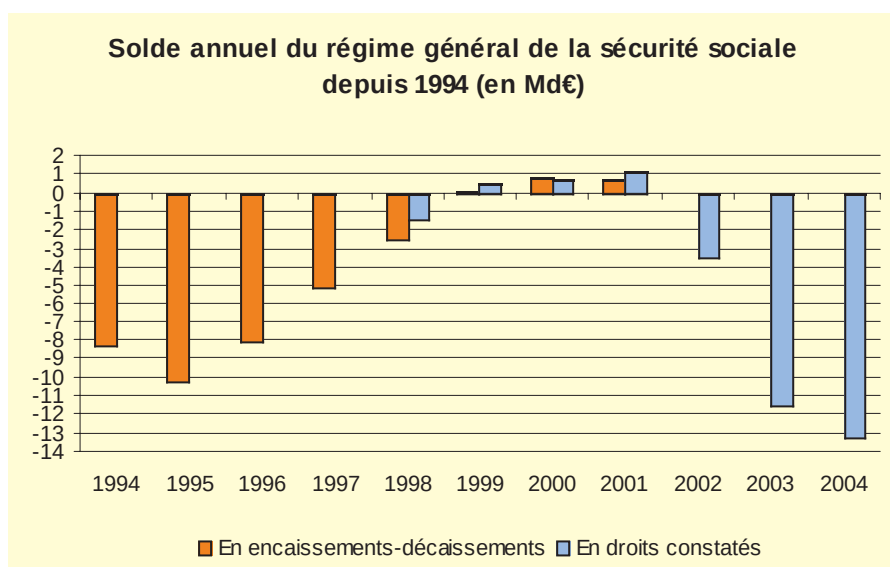
Les comptes 2004 et l'activité des COREC

Dépenses des régimes de base en 2004 dans le champ LFSS
Total 346,6 Md€



Source : Direction de la sécurité sociale. Les champs des dépenses et des régimes de base ne se recouvrent pas exactement. Le solde des régimes de base était de -11,5 Md€ en 2004.

Les comptes 2004 et l'activité des COREC



Source : commission des comptes de la sécurité sociale

Les comptes 2004 et l'activité des COREC

1. Les résultats 2004

a) Une dégradation généralisée

Les branches du régime général

Le régime général accuse un déficit de 13,2 Md€ en 2004 (contre 11,5 Md€ en 2003), ce qui est sans précédent dans l'histoire de la sécurité sociale. De la même manière, toutes les branches sont pour la première fois déficitaires. Ce déficit est minoré par le versement exceptionnel de 1,1 Md€ de la CADES au régime général (qui solde les dettes du FOREC en matière d'exonérations de charges sociales). Ce versement de la Cades permet ainsi aux branches d'afficher les résultats suivants : maladie : -11,6 Md€, famille : -0,35 Md€, AT-MP : -0,1 Md€, retraites : +0,2 Md€.

Les fonds de financement

Fait tout aussi préoccupant, deux organismes concourant au financement des régimes de sécurité sociale connaissent des déficits récurrents et croissants. Il s'agit, d'abord, du fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA) qui remplace le budget annexe des prestations agricoles (BAPSA) à compter du 1er janvier 2005 et dont le déficit de 3,2 Md€ fin 2004

s'élèvera fin 2005 à 4,7 Md€. Il s'agit d'autre part du fonds de solidarité vieillesse. Le FSV a pour mission de financer les avantages à caractère non contributif relevant de la solidarité nationale servis par les régimes de base de retraite (minimum vieillesse, majorations de pensions pour enfants, cotisations de retraite des chômeurs, etc). Le déficit cumulé est de 1,7 Md€ fin 2004 et il s'établira à 3,8 Md€ en 2005, soit près du quart de ses ressources.

Les dépenses du FSV sont très dynamiques (le financement des cotisations des chômeurs a cru de 31 % en 2004) alors que ses recettes sont sujettes à de fortes variations. En dépit de l'obligation faite à l'Etat d'équilibrer les recettes et dépenses du fonds, les pouvoirs publics n'ont jusqu'ici pris aucune décision de rétablissement des comptes qui soit à la hauteur de la situation. Deux solutions sont possibles : augmenter la part de CSG affectée ou prévoir au budget de l'Etat une dotation d'équilibre.

b) Des dettes de l'Etat qui pèsent sur la trésorerie des régimes

Les créances de la sécurité sociale à l'égard de l'Etat s'élèvent fin 2004 à plus de 9 Md€. Près de la moitié de ces dettes tend à devenir récurrente. Il s'agit d'exonérations de cotisations sociales

Les comptes 2004 et l'activité des COREC

non remboursées se rapportant aux années 1999 et 2000 (0,3 Md€) et des déficits cumulés du BAPSA (3,2 Md€) et du FSV (1,7 Md€). Pour pallier les absences de versement du BAPSA, la mutualité sociale agricole a été obligée d'augmenter l'emprunt qu'elle porte pour le compte de l'Etat. Quant au déficit cumulé du FSV, il pèse sur la trésorerie de la CNAVTS.

c) Un financement inédit du découvert du régime général

En 2004, le législateur a relevé à 33 Md€ le plafond des avances que la Caisse des dépôts et consignations peut consentir à l'ACOSS pour le financement du découvert du régime général. Face à un tel montant, la Caisse a signalé à l'ACOSS au début 2004 qu'elle n'acceptait de financer que 20 Md€ de ce découvert et pour le surplus exigeait une garantie explicite de l'Etat, qui ne lui a pas été accordée. L'ACOSS a dû de ce fait diversifier ses emprunts en faisant appel aux banques, dans l'attente d'une reprise complète des déficits par la CADES.

2. La régulation des dépenses d'assurance maladie

Cette année la Cour a plus particulièrement étudié les mécanismes de construction de l'ONDAM ainsi que

des postes de dépenses en forte augmentation (biologie et radiologie).

a) Les défauts de construction de l'ONDAM

Après les très fortes hausses constatées entre 2000 et 2003 (en moyenne 6,2 %), la croissance des dépenses observée en 2004 a été plus faible (5 %) mais elle reste supérieure tant au rythme constaté entre 1997 et 2000 (3,2 % en moyenne) qu'à la croissance du PIB en 2004 (4 %).

Les dispositions introduites dans la loi organique du 2 août 2005 visant à mieux encadrer l'ONDAM (notamment la fixation par le Parlement de cinq sous objectifs et la mention dans les annexes du PLFSS des clés de passage entre objectifs de branche et ONDAM) devraient à terme conduire à une meilleure maîtrise. En effet, l'examen complet des modalités d'élaboration de l'ONDAM auquel la Cour a procédé montre qu'il subsiste encore de nombreuses limites.

Le périmètre même de l'ONDAM continue à poser problème. La Cour a évalué les mauvaises imputations entre les cinq sous-objectifs de l'ONDAM (soins de ville, établissements sanitaires publics, cliniques privées, établissements médico-sociaux, réseaux de soins) : elles ont représenté 14,5 Md€ en 2004 soit près de 11 % du montant total de l'ONDAM. Il en résulte une appréciation erronée de ces divers postes de dépenses, ce qui peut affecter

Les comptes 2004 et l'activité des COREC

le choix des mesures de régulation les plus adéquates.

La Cour a aussi procédé à un examen des méthodes de régulation mises en œuvre pour les divers établissements de santé et en particulier cliniques et hôpitaux publics.

Pour les cliniques privées, le système mis en place en 1992 reposait sur une régulation a posteriori des tarifs (avec, en principe, une baisse mécanique des tarifs en cas de dépassement de l'objectif en volume). Ce système avait d'abord bien fonctionné, mais il a dérivé ces dernières années car les ajustements tarifaires destinés à contenir la progression des volumes n'ont pas eu lieu. Cela a conduit, entre 2000 et 2004, à un dépassement total de 1 Md€ (pour des dépenses annuelles qui ont varié entre 6,5 et 8,5 Md€ sur la période), du fait d'un pourcentage d'augmentation des dépenses réelles très supérieur (32,8 %) au pourcentage autorisé (18,5 %).

Le principe de la tarification à l'activité (T2A) vient d'être étendu aux hôpitaux publics en lieu et place des enveloppes limitatives qui y étaient jusqu'ici la règle. Si la technique de

l'ajustement prix-volume, inhérente à ce mode d'allocation des ressources, n'est pas améliorée, les objectifs votés par le Parlement seront inévitablement dépassés.

b) L'exemple des dépenses de biologie et de radiologie

Ces dépenses se caractérisent d'abord par une croissance particulièrement soutenue ces dernières années puisque le taux de croissance annuel moyen a été, entre 1998 et 2003 de 7,1 % pour les dépenses de biologie et de 5,2 % pour celles de radiologie. Dans les deux cas, cette croissance résulte d'abord d'un effet volume (respectivement + 20 % et + 11,8 % pour la biologie et la radiologie), les hausses du prix moyen des actes ayant été nettement moins importantes (+ 6,8 % et + 3 % pour les deux spécialités).

Les rémunérations de ces professionnels de santé sont de loin les plus élevées du secteur.

Les comptes 2004 et l'activité des COREC

Revenu imposable moyen des différentes professions médicales

	Honoraires 2004 APE*	Taux moyen des charges déductibles	Revenu imposable APE*	Revenu imposable pour la totalité des médecins ** en 2003
Biologistes	630 009	68 %	201 428	
Radiologues	526 991	53,3 %	246 104	191 000
Tous spécialistes	221 129	47,7 %	115 650	98 000
Généraliste	120 118	46,5 %	64 263	64 000
Tous médecin	165 009	47,1 %	87 285	80 000

* Sources : DGI. Les honoraires et les revenus imposables concernent les médecins travaillant à temps complet (dits actifs à part entière).

** Source DREES (Études et résultats n° 412 juillet 2005). Les revenus imposables mentionnés dans cette étude concernent la totalité des médecins ayant perçu au moins 1 € d'honoraires au cours de l'année.

Ces deux secteurs sont aussi l'objet d'un encadrement réglementaire très poussé qui a, pour ces deux spécialités, des conséquences négatives. Dans le secteur de la biologie, la mise en œuvre de normes très restrictives en matière de qualifications, d'effectifs, de locaux et de détention de capital, combinée à une multiplicité de statuts juridiques (7 régimes différents), aboutit à une majorité de laboratoires de petite taille. Sur les 4 200 laboratoires recensés, 68 % ne totalisent que 38 % des honoraires afférents à la spécialité. La situation est totalement différente en Allemagne où le réseau composé de 400 gros laboratoires est dix fois moins important. Dans le secteur de l'imagerie médicale, les équipements lourds que sont les scanners et les IRM sont soumis à un régime d'autorisation déconcentré. En dépit d'assouplissements récents, le niveau d'équipement en France (795 scanners et 448 IRM autorisés au 1er mars 2005) reste inférieur à celui d'autres pays développés notamment l'Allemagne qui compte 2,4 fois plus de

scanners et 2,4 fois plus d'IRM par million d'habitants. Ce contingentement a induit des délais d'attente et des inégalités d'équipement entre le secteur public et le secteur libéral. Il est surtout source de gaspillage car il a conduit à privilégier la radiographie conventionnelle et entraîne donc des examens redondants.

Les voies d'une régulation plus efficace passent, pour la biologie, par la levée des très nombreuses contraintes réglementaires qui contrarient le mouvement nécessaire vers le regroupement des laboratoires et les économies d'échelle qui en résultent. Pour l'imagerie médicale, seraient nécessaires un assouplissement du contingentement pesant sur les équipements lourds afin de réduire les usages inappropriés de la radiologie conventionnelle et une politique de contrôle plus affirmée visant à rationaliser le nombre de radiographies effectuées dont il est avéré qu'elles sont loin d'être toutes indispensables.

Recommandations

→ Améliorer la cohérence du champ de l'ONDAM en y intégrant diverses dépenses qui en sont aujourd'hui exclues.

→ Mettre fin aux défauts d'imputation entre les lignes de l'ONDAM en y intégrant la totalité des dépenses qui normalement s'y rapportent.

→ Rendre cohérente la méthode de "rebasage" entre les différentes enveloppes et intégrer l'impact de l'ensemble de mesures nouvelles dans le taux de croissance de l'ONDAM.

→ Mentionner dans l'annexe au PLFSS le taux de croissance par rapport à l'ONDAM initial de l'année précédente.

→ Corriger les montants définitifs des dépenses du champ de l'ONDAM une fois connu l'écart entre charges réelles et provisions.

→ Appliquer strictement aux cliniques le dispositif de régulation en vigueur en se fondant sur des hypothèses réalistes en volume et en procédant, le cas échéant, aux ajustements tarifaires. En tirer les conclusions pour les activités hospitalières relevant maintenant de la T2A.

→ La croissance des dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux représentant 62 % de l'augmentation globale des dépenses de soins de ville constatées en 2004, mettre en oeuvre les recommandations formulées par la Cour sur ces postes dans son rapport de 2004.

→ Lever les diverses mesures réglementaires contrariant les regroupements de laboratoires et la rationalisation de leur activité.

→ Abaisser régulièrement la cotation des actes pour lesquels les progrès techniques permettent des économies d'échelle.

→ Desserrer le contingent des équipements d'imagerie nouvelle (scanner et IRM) afin de réduire les usages inappropriés de radiologie conventionnelle. Développer les contrôles pour rationaliser le nombre de radiographies effectuées. Engager l'application des tarifs cibles.

→ Assurer une connaissance annuelle des dépenses totales de biologie et de radiologie en demandant à l'ATIH de chiffrer les coûts directs de ces dépenses dans les établissements hospitaliers publics et privés.

Recommandations

→ La Cour renouvelle les recommandations qu'elle avait formulées en 2002, notamment sur la rénovation de l'indemnisation des accidents du travail et maladies professionnelles, la simplification des conditions de la tarification et l'amélioration du calcul de la compensation que verse la branche AT-MP à la maladie. Elle y ajoute les préconisations suivantes :

→ Réexaminer les modalités de construction de l'objectif de branche afin qu'il ne soit plus artificiellement minoré et appliquer la règle d'ajustement annuel des cotisations aux dépenses.

→ Définir une clé de répartition des dotations affectées au financement des fonds d'indemnisation de l'usage de l'amiante stable et tenant compte des responsabilités entre l'Etat et la branche AT-MP.

→ Recentrer le FCAATA sur le départ en préretraite des seules victimes malades et intégrer les indemnités dues en cas de faute inexcusable de l'employeur dans l'indemnisation du FIVA.

→ Engager une réflexion sur le principe et les modalités d'indemnisation des accidents de trajet par la sécurité sociale.

→ Aligner l'assiette des cotisations des employeurs publics sur le droit commun du régime général.

→ Assujettir à l'impôt sur le revenu ou rendre forfaitaires les majorations de pensions pour enfants.

→ Refuser l'exportation du complément de retraite, prestation non contributive soumise à condition de ressources prévue par l'article L. 815-30 pour les non-résidents en France ou lier son calcul à une durée de cotisation minimale en France.

→ Apurer les créances anciennes avant le bilan d'ouverture des comptes de l'Etat et prévoir, dans le PLFSS 2006, les modalités d'un retour à l'équilibre du FSV et du FFIPSA.

→ Distinguer, dans les nomenclatures d'exécution budgétaire, les différentes catégories de personnels.

→ En l'absence d'un état récapitulatif des bénéficiaires de congé paternité, mettre fin au remboursement à l'Etat par la CNAF des montants dus.

Les comptes 2004 et l'activité des COREC

3. L'activité des COREC : l'enquête sur les caisses centralisatrices de paiement

En application de l'article LO.132-3 du code des juridictions financières, la Cour présente dans son rapport annuel une synthèse des rapports et avis émis par ces comités, placés sous sa surveillance. En outre, les comités procèdent à des enquêtes thématiques. En 2004, les COREC ont notamment analysé dans 25 caisses primaires d'assurance maladie les modalités de mise en place des caisses centralisatrices de paiement.

Jusqu'en 2000, chaque clinique pouvait recevoir des paiements de l'ensemble des caisses d'assurance maladie. En 2000, le circuit de financement des cliniques a été modifié au profit du versement, par une caisse unique (dite "caisse centralisatrice de paiement" - CCDP), des sommes dues par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des hospitalisations. Cette réforme qui porte sur des montants considérables (7,5 Md€) devait permettre de simplifier les relations des établissements de soins avec les régimes de sécurité sociale en désignant un interlocuteur unique, de raccourcir les délais de remboursement aux cliniques et de mieux suivre à la

source les dépenses du secteur privé de l'hospitalisation.

a) La complexité de la réforme a été sous- estimée

Plusieurs facteurs ont contribué, dès le départ, à complexifier un dispositif simple dans son principe. Seules les opérations de paiement ont été transférées aux caisses centralisatrices, les opérations de traitement des factures en provenance des cliniques restant à la charge des caisses d'affiliation des assurés. Cela a conduit à multiplier les flux d'informations entre caisses. Par ailleurs, pour accélérer le remboursement, un système d'acompte a été mis en place : 85 % du montant devait être versé à la clinique par la caisse d'affiliation dès réception de la facture. Il en est résulté des doubles paiements, des paiements à 185 %, voire des pertes de flux électroniques. En outre, le délai de mise en place trop rapide de la réforme (à peine 1 an) a accru la fragilité du système. Enfin, dès l'origine, les procédures de contrôle interne ont été insuffisantes.

b) Le risque financier a été progressivement maîtrisé

Les incidents ont été nombreux dans toutes les CPAM. Le pourcentage de paiements indus constaté par les

Les comptes 2004 et l'activité des COREC

COREC allait de 3 à 11 % en 2002 et encore de 1,2 à 6,5 % en 2003. Des mesures de régularisation énergiques ont été prises par la CNAMTS. Une procédure de récupération automatique des indus a été mise en place en août 2002, accompagnée d'une information à destination des cliniques. Le coût global des dysfonctionnements reste toutefois mal connu. En particulier, l'identification des doubles paiements intervenus la première année entre les cliniques et les CCDP, et pour lesquels aucun indu n'a été constaté, n'a pu être menée.

c) Des objectifs initiaux partiellement atteints

Les délais de paiement ont certes été raccourcis. Néanmoins l'objectif de simplification de la gestion dans les

relations entre l'assurance maladie et les cliniques n'a été atteint qu'au bout de trois ans (2004). Les espoirs fondés initialement sur l'utilisation des données issues des CCDP pour le suivi des dépenses des cliniques privées ne se sont pas concrétisés, en raison notamment des décalages entre les montants transmis aux CCDP et les dépenses des régimes qui incluaient les indus.

De manière plus générale, la mise en place de ce système montre qu'il convient d'accompagner tout projet de réforme, notamment en matière de circuit de financement, d'une étude d'impact analysant les risques potentiels et d'un plan de contrôle interne.

Recommandations

→ Supprimer le versement, par les caisses centralisatrices, de l'acompte versé aux établissements de soins sur les frais de séjour.

→ Limiter le nombre de CCDP à une CPAM par région.

→ Apurer les soldes anciens liés au démarrage des CCDP, en débit comme en crédit.

II Les actions sur les comportements des professionnels de santé et des assurés sociaux

La volonté d'agir sur les comportements des professionnels de santé et des assurés sociaux est apparue au milieu des années 90 après l'échec des mécanismes financiers traditionnels de régulation directe de l'offre et de la demande de soins, fondés principalement sur l'encadrement du volume des actes et des prescriptions. Des actions nouvelles ont ainsi vu le jour, axées sur la recherche de meilleures pratiques et d'un meilleur usage des soins dont le but était tout autant la maîtrise des dépenses que l'amélioration de la qualité. La réforme récente de l'assurance maladie s'est inscrite dans cette voie ainsi que l'illustre le slogan de sa campagne d'information : "c'est en changeant tous un peu qu'on peut tout changer". Bien que difficile en raison de l'organisation de notre système de soins, fondée à la fois sur la liberté (de s'installer, de prescrire et de consulter) et sur le paiement à l'acte, cette réforme est tout à fait justifiée.

En effet, les comparaisons internationales révèlent un niveau élevé des diverses consommations médicales en France, sans que ces différences se

justifient par une utilité ou une nécessité médicales particulières. Il y a bien sur ce point une singularité française : aussi bien en matière de recours aux consultations que de niveau et de contenu des prescriptions, la France affiche un niveau de consommation souvent très supérieur à ses voisins. Or la réduction significative du déficit de l'assurance maladie pourrait être obtenue par une diminution de ces dépenses non justifiées que la CNAMTS chiffre entre 5 Md€ et 6 Md€. La modification des comportements, notamment dans le sens de la prévention, permettrait en outre d'améliorer l'état sanitaire de la population.

La Cour a examiné l'impact des actions menées ces dernières années sur les comportements. Constatant que ceux-ci sont insuffisamment connus et expliqués et que les différents dispositifs mis en œuvre ont eu très peu d'effet sur les pratiques en dépit d'un coût non négligeable, elle conclut à la nécessité de fixer à ces actions de nouvelles orientations.

Les actions sur les comportements des professionnels de santé et des assurés sociaux

1. La connaissance des comportements est insuffisante

a) Une connaissance incertaine de l'augmentation des soins de ville

La CNAMTS a entrepris de suivre l'évolution de la consommation en volume des soins de ville. Des résultats publiés régulièrement, il ressort que la consommation de soins de ville aurait augmenté d'un tiers en volume entre 1998 et 2003. Il est cependant regrettable que les méthodes de calcul utilisées fragilisent les résultats (pour certains soins, l'effet volume calculé inclut d'autres éléments que l'évolution des quantités). La CNAMTS doit impérativement fiabiliser ces données pour isoler de manière incontestable le seul effet volume, élément essentiel pour la connaissance de l'évolution des comportements.

b) Une insuffisance d'explications

L'hétérogénéité des comportements est aujourd'hui bien identifiée. L'analyse géographique des comportements de prescription fait apparaître en effet de fortes disparités dans tous les domaines, notamment en matière d'arrêts de travail, de visites à domicile ou encore de prescription d'antibio-

tiques ou de psychotropes. L'observation de la surprescription par cantons montre que celle-ci est très fréquente puisqu'elle concerne la quasi-totalité des départements métropolitains et qu'elle ne s'explique ni par le sexe ni par l'âge ni par l'état de santé des patients. Néanmoins, si les pratiques sont bien décrites, leurs explications sont moins satisfaisantes en raison notamment des limites méthodologiques qui affectent les études disponibles. En effet, les disparités de densité démographique médicale ou les différences de densité et de structures hospitalières qui peuvent expliquer certaines différences de comportements, ne sont pas prises en compte. Il en est de même pour la durée de travail des médecins. Des investigations complémentaires sont donc indispensables.

c) Des outils de connaissance perfectibles

Les systèmes d'information de l'assurance maladie qui traitent les feuilles de soins ne peuvent fournir des données utiles à la maîtrise de la prescription et de la consommation de soins que si les mentions portées sur la feuille de soins sont codées de manière à mettre en relation l'acte dispensé ou le produit acheté avec la pathologie diagnostiquée. C'est tout l'objectif de la médicalisation des systèmes d'information. La faiblesse de la connaissance des comportements tient en effet à l'impossibilité de relier les données

Les actions sur les comportements des professionnels de santé et des assurés sociaux

médicales aux données figurant sur les feuilles de soins qui ne servent qu'à rembourser l'assuré. Le code de la sécurité sociale autorise pourtant ce rapprochement depuis 1993 et une expérience très positive a été menée en la matière par la Mutualité sociale agricole qui a permis de repérer et de corriger de nombreuses anomalies dans la prescription en analysant les ordonnances au vu des pathologies.

Dans l'immédiat et dans l'attente de la généralisation du codage (celui-ci n'existe, pour le moment, que pour les médicaments et les actes de biologie), une autre voie est à explorer. Celle-ci consiste, en plus d'une meilleure exploitation des outils existants et des données disponibles, à croiser les données servant au remboursement des assurés avec les informations sur les pathologies traitées en ville. Le service médical de la CNAMTS détient de telles informations sur les affections de longue durée (ALD). Le croisement est possible depuis l'avis de la CNIL du 14 juin 2005.

Des enquêtes de comportement permettent aussi de compléter les données issues des systèmes d'information. A partir des données du SNIR (système national inter-régimes mis en place en 1977) et d'ERASME (base de données du régime général mis en place en 2000), la constitution d'un échantillon permanent des assurés sociaux (EPAS), regroupant 1/600e des assurés du régime général a permis

d'étudier notamment la consommation de soins des assurés bénéficiant de la couverture maladie universelle ou des assurés en ALD. L'IRDES et la DREES mènent également des enquêtes sur ce sujet. Ces diverses études souffrent néanmoins de plusieurs défauts : elles exploitent des données anciennes (2 ans pour l'EPAS), restent déclaratives (IRDES), ponctuelles et portent peu sur les professions de santé.

2. Des dispositifs globalement inefficaces

a) L'information sur les bonnes pratiques

L'information des professions de santé passe essentiellement par deux canaux : la diffusion des recommandations de bonne pratique et la formation médicale continue. Outre le fait que les recommandations de bonne pratique (établies par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et aujourd'hui par la Haute autorité de santé) connaissent des difficultés de production, leur mode de diffusion ne repose pas sur les méthodes les plus efficaces telles que des rappels informatiques sur les pathologies les plus courantes intégrés aux logiciels

Les actions sur les comportements des professionnels de santé et des assurés sociaux

utilisés par les professions de santé. Quant à la formation médicale continue (nécessaire en raison d'une formation initiale peu tournée vers la médecine de ville), elle ne concerne que 9 % des professionnels libéraux bien qu'elle soit légalement obligatoire et reste massivement financée par l'industrie pharmaceutique.

L'information des assurés sociaux est un enjeu tout aussi important. Celle diffusée par l'assurance maladie progresse lentement. Si les plateformes téléphoniques se généralisent et si le patient en ALD est mieux informé des conditions de sa prise en charge et de son traitement, il manque encore un dispositif d'information plus large portant notamment à la connaissance de l'assuré le montant des honoraires pratiqués habituellement par chaque médecin en secteur II et celui des dépassements pratiqués en secteur I. En outre, les démarches d'organismes complémentaires d'assurance maladie (assurances, mutuelles) visant à informer leurs assurés des tarifs pratiqués par les professions de santé avec lesquelles ils ont passé des accords, restent limitées du fait de l'hostilité des divers conseils de l'ordre.

L'information de prévention à destination de publics particuliers est également à développer, en tirant notamment les leçons des limites observées d'une part dans le cadre du bilan bucco-dentaire à destination des 15-18 ans mis en place en 1997 par

l'assurance maladie et d'autre part de la mise en place par la CANAM en 1996 d'une meilleure prise en charge des soins dentaires en échange de visites régulières chez le dentiste. Les résultats modestes de ces deux initiatives montrent que les incitations financières ne suffisent pas à entraîner, à elles seules, des comportements de prévention. Quant à l'éducation thérapeutique des malades chroniques, mise en œuvre par les caisses d'assurance maladie, ses résultats restent aujourd'hui difficiles à évaluer.

Le seul vrai succès dans l'information des assurés a concerné une campagne grand public destinée à limiter la prescription des antibiotiques. La baisse des prescriptions a en effet été spectaculaire : -16 % entre 2002 et 2004. Le coût de la campagne a été estimé à 22,5 M€ pour un rendement d'environ 300 M€. Cette réussite s'explique par la conjugaison de plusieurs facteurs : un objectif clair de santé publique, une mobilisation de tous les acteurs, la distribution d'un test de diagnostic rapide des angines ne nécessitant pas d'antibiothérapie, enfin une campagne médiatique forte.

b) Les contrôles des fraudes et abus

Les fraudes des assurés sociaux existent mais elles sont moins importantes que les abus et gaspillages. La loi du 13 août 2004 a introduit

Les actions sur les comportements des professionnels de santé et des assurés sociaux

l'obligation pour les caisses de vérifier le respect des règles médicales et administratives avant de rembourser une prestation. Le contrôle peut donc, sur cette base, être renforcé en s'inspirant notamment d'expériences concluantes (sur les contrôles des arrêts de travail) menées localement.

Le contrôle des professions de santé, concernant par exemple les dépassements d'honoraires ou les attestations de complaisance, s'appuie sur une pluralité de sanctions possibles (disciplinaire, pénale, civile). Mais celles-ci restent rares : si chaque année 0,15 % des professionnels de santé libéraux font l'objet de saisines, les sanctions infligées par l'ordre ne concernent que 0,05 % des cas. Les mésusages (par exemple la prescription d'un médicament ne respectant pas les référentiels de bonne pratique) sont aussi insuffisamment sanctionnés. De plus, comme l'a montré l'abandon en décembre 2004 des poursuites contre divers professionnels de santé qui pratiquaient des dépassements abusifs, les caisses manifestent une certaine réticence à mener à terme les procédures pouvant aboutir à des sanctions. S'agissant du contrôle des gros prescripteurs d'arrêt de travail, il est néanmoins possible que le plan de contrôle renforcé mis en place en 2004 par la CNAMTS ait pu contribuer à la baisse de 6 % des indemnités journalières constatée début 2005. L'effet combiné du renforcement des possibilités de sanction résultant de

la loi du 13 août 2004 et d'un contrôle plus poussé et plus sélectif devrait améliorer la situation dans ce domaine.

c) La régulation des volumes

Les mesures touchant les assurés

La participation financière demandée à l'assuré, appelée "ticket modérateur", avait pour but initial de le responsabiliser. Mais la généralisation de la couverture complémentaire a en grande partie privé d'effet cette démarche. Toutefois, chercher à modifier le comportement des assurés en élevant la part non prise en charge par la sécurité sociale se heurterait à plusieurs limites. Cela suppose d'abord un dispositif plus lisible qui fait défaut aujourd'hui où prévalent cinq taux de ticket modérateur, 27 cas d'exonérations et des modalités complexes de remboursement. L'action par les coûts peut aussi avoir des effets pervers et rendre plus difficile l'accès aux soins pour les personnes de revenu modeste. Enfin, l'importante concentration des dépenses sur des pathologies graves et coûteuses (5 % des gros consommateurs représentent 60 % des dépenses de sécurité sociale) conduirait à faire porter l'augmentation du reste à charge sur les assurés sociaux dont le recours aux soins est plus faible, voire rare (15 % des assurés sociaux ont dépensé en moyenne 40 € pour se soigner en 2000).

Les actions sur les comportements des professionnels de santé et des assurés sociaux

L'encadrement de l'activité

Les conventions passées au début des années 90 avec certaines professions de santé (biologistes, infirmiers) afin de respecter une enveloppe limitative de dépenses se sont toutes soldées par des échecs en raison de la difficulté à fixer des seuils qui ne soient ni trop bas ni trop élevés. A l'inverse, le droit de substitution accordé aux pharmaciens en 1999 dans le cadre de la promotion des génériques a eu des résultats probants en raison notamment de l'intéressement financier des pharmaciens. Cette réussite montre qu'il faut privilégier l'action sur ces pratiques et non la régulation de l'activité.

d) Les réformes de nomenclature

Modifier la valeur monétaire d'un acte médical ou paramédical s'obtient en jouant soit sur la "lettre-clé" (C pour consultation, V pour visite, K pour la chirurgie) dont la valeur est fixée en euros par la convention conclue entre la profession et l'assurance maladie, soit sur le coefficient multiplicateur fixé par la nomenclature qui est fonction de la complexité, du risque et de la durée de l'acte. Les réformes intervenues ces dix dernières années pour l'ensemble des professions de santé ont eu pour but à la fois d'actualiser la valeur monétaire des actes (afin d'éviter que sa stagnation soit compensée par une hausse des volumes) et de promouvoir en contrepartie

l'efficacité et la qualité des pratiques. Si le premier but a été atteint, le second ne l'a pas été comme le montrent les exemples pris parmi plusieurs professions de santé.

Les réformes inefficaces

Des réformes de nomenclature ont été menées pour les biologistes, les orthophonistes et les infirmiers libéraux. Elles ont coûté cher mais n'ont pas atteint leurs objectifs.

La nomenclature des actes de biologie a été réformée à de nombreuses reprises entre 1999 et 2004. A titre d'exemple, pour compenser la perte liée au passage à l'euro (19 M€), la lettre-clé "B" a été revalorisée de 3,8 % (88 M€). Les biologistes s'engageaient en contrepartie à participer notamment à l'élaboration de référentiels de prescription à l'usage des médecins. S'agissant d'une profession dont les revenus progressent à un rythme soutenu (+ 8 % en moyenne par an entre 1999 et 2004) et au vu de contreparties limitées, l'ampleur de la revalorisation paraît injustifiée.

La réforme de la nomenclature des actes infirmiers a poursuivi deux buts : mieux séparer les actes dits de "nursing" (toilettes) des actes paramédicaux (injections, pansements) et renforcer, au bénéfice des infirmiers, les tâches de prévention et de coordination des soins. Une lettre-clé spécifique "AIS" (actes infirmiers de soins) a été créée en 1992 pour identifier

Les actions sur les comportements des professionnels de santé et des assurés sociaux

et mesurer les actes de nursing, les actes paramédicaux relevant, pour leur part, de la lettre-clé “actes médico-infirmiers” (AMI). Une démarche de soins infirmiers (DSI) a été mise en place en 2000 pour consacrer le rôle des infirmiers dans le dispositif de soins (diagnostic, auto-prescription et renvoi des activités de nursing vers les aides-soignants) et pour diminuer le recours systématique à des séances de soins codées AIS. Mais faute d'une remise à plat des modalités des interventions des médecins, des infirmiers et des aides-soignants, seul le tiers des infirmiers avaient mis en place une DSI en 2004. De plus, alors qu'une diminution des actes de nursing était attendue (avec une économie à la clef de 123 M€), la hausse de la lettre-clé AIS en 2002 s'est inscrite en contradiction avec l'objectif initial. Enfin les 340 M€ de dépenses supplémentaires issues d'un accord conventionnel en 2002 n'ont pas empêché une augmentation de 50 % des actes AMI. Le coût de cette réforme ne s'est donc accompagné ni du transfert des actes de nursing vers les aides-soignants, ni d'une redéfinition du rôle médical des infirmiers ni d'une baisse des volumes d'activité.

Les réformes avortées

Un exemple particulièrement significatif réside dans la réforme de la nomenclature dentaire entre 1997 et 2003. Cette nomenclature était unanimement jugée incohérente. En

effet, alors que les prothèses dentaires représentent 2/3 du revenu des dentistes (pour 1/3 de leur activité), les soins conservateurs sont moins bien rémunérés (2/3 de l'activité et 1/3 du revenu), ce qui n'incite guère à la prévention. La convention médicale de 1997 avait donc décidé de revaloriser les soins conservateurs pour un coût total de 381 M€. Il a fallu attendre néanmoins six ans pour que cette revalorisation prenne effet. Les premières mesures de revalorisation prévues ont en effet été stoppées dès 1998 pour des motifs budgétaires et au détriment d'une stratégie médicale de long terme. A l'inverse une nouvelle technique de prothèse, très coûteuse, l'“inlay-core”, a été inscrite à la nomenclature en 2001(en dépit de contestations internes à la profession), avec possibilité de dépassements d'honoraires. Cette décision a abouti à un coût de 300 M€ avec, en prime, en 2003 un alignement de la rémunération de l'ancienne technique de prothèse sur celle de l'inlay core.

Après l'échec de l'encadrement de l'activité des masseurs-kinésithérapeutes en 1994, une importante réforme de la nomenclature a eu lieu en 2000. Les actes ont été revalorisés pour un montant de plus de 300 M€. En contrepartie, les masseurs-kinésithérapeutes s'engageaient notamment à respecter des plafonds d'activité individuel et collectif, ce qui ne s'est pas produit..

Les actions sur les comportements des professionnels de santé et des assurés sociaux

La mise en place puis l'abandon du dispositif du médecin référent doivent être cités également parmi les réformes avortées. Créée en 1997, ce dispositif visait à améliorer les soins par une meilleure coordination autour du médecin généraliste et a introduit un élément forfaitaire dans le revenu de ces médecins, le médecin référent percevant 46 € par an pour chaque patient inscrit. La décision de supprimer le dispositif en 2004 a eu pour but de geler toutes les études de son impact sur les comportements. Certaines ont néanmoins montré que ces médecins se formaient davantage, accordaient plus d'attention à la prévention, respectaient mieux la permanence des soins et prescrivaient moins de médicaments. Néanmoins, faute d'une évaluation globale, on ne peut déterminer l'effet du dispositif sur les pratiques ni établir un bilan coût-avantages qui aujourd'hui fait défaut.

Les mesures de circonstances

Les médecins généralistes et spécialistes ont connu non pas une réforme d'ensemble de la nomenclature de leurs actes mais une succession de modifications de cotation ou de revalorisation de lettres-clés.

Cinq mesures ont été prises de 1998 à 2004 pour les généralistes. Trois d'entre elles ont eu pour but de tenir compte des conditions de travail

(urgence, déplacement à domicile), une a concerné le suivi de patients en ALD, une dernière a consisté en une revalorisation générale (consultation à 20€ en 2002). Trois mesures retiennent plus particulièrement l'attention.

La première concerne la "majoration de maintien à domicile" (MMD) qui s'applique depuis 2000 aux visites réalisées auprès des patients d'au moins 75 ans en ALD. La MMD s'est traduite par une augmentation non prévue du nombre d'ALD d'environ 300 000 personnes et un coût global de 1 Md€ illustrant l'absence d'anticipation des conséquences que certaines décisions ont sur le comportement des professions de santé. La seconde a trait à la rémunération forfaitaire pour le suivi des patients en ALD. Le médecin généraliste peut ainsi cumuler deux rémunérations pour une même personne. En effet, à une consultation annuelle pour un patient en longue durée (la CALD, créée en 2002 et rémunérée à 26€) s'ajoute depuis 2004 une rémunération forfaitaire annuelle de 40 € pour toutes les personnes en ALD. Enfin, la hausse de la consultation à 20€ en 2002 s'est accompagnée notamment d'engagements de prescription accrue de génériques. La hausse de la consultation a coûté entre 300 et 400 M€ mais les économies réalisées par les génériques n'ont été que de 70 M€.

Les actions sur les comportements des professionnels de santé et des assurés sociaux

e) Les nouvelles incitations conventionnelles

La loi du 6 mars 2002 sur la rénovation des relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions de santé a introduit de nouveaux modes de contractualisation se fixant directement pour but la modification des pratiques.

Sur 11 “accords de bon usage des soins” (acbus) mis en œuvre depuis 2002, le seul vrai succès concerne l'usage de test de diagnostic rapide dans le cadre de la campagne sur les antibiotiques évoquée précédemment. L'acbus sur la prescription de transports en ambulance a eu, quant à lui, des effets positifs mais il ne s'applique ni aux spécialistes ni aux praticiens hospitaliers. Les résultats de l'accord sur la baisse des visites doivent être appréciés en tenant compte du fait que leur nombre avait déjà baissé avant sa mise en œuvre. Quant à l'amélioration de la pratique des mammographies, elle s'explique davantage par la progression du dépistage organisé dans le cadre du plan cancer que par l'acbus en lui-même. L'accord conclu avec les dentistes pour faire baisser le recours à l'inlay core n'a pas eu les résultats escomptés. Les autres acbus ne contiennent pas d'engagements précis (masseurs-kinésithérapeutes et orthophonistes) ou n'ont produit aucun effet (dépistage des insuffisants rénaux). Ces exemples montrent qu'un acbus n'a d'utilité que lorsqu'il s'insère dans un dispositif

complet de changement des comportements. En outre, il doit être centré sur des sujets dont le coût est élevé et l'enjeu de santé publique important.

Les contrats individuels (contrats de bonne pratique et contrat de santé publique) offrent à leurs signataires une rémunération forfaitaire annuelle en échange du respect d'engagements. Il apparaît que ces engagements se bornent le plus souvent à entériner des pratiques existantes et n'ont servi qu'à justifier des revalorisations tarifaires. Dans certains cas, le seul engagement était de suivre une formation (dentistes, masseurs-kinésithérapeutes) alors que celle-ci constitue une obligation déontologique consacrée par la loi.

Au total, les actions visant à modifier les comportements par le biais de la rémunération se soldent par un échec. Ni l'objectif financier ni celui de santé publique ne sont atteints. En outre, le coût net des multiples mesures et engagements intervenus depuis huit ans (1998) peut être estimé supérieur à 2 Md€.

Les actions sur les comportements des professionnels de santé et des assurés sociaux

3. De nouvelles orientations sont nécessaires

a) Tirer les leçons des échecs

Plusieurs leçons peuvent ici être tirées. Comme l'a montré l'échec de la réforme des soins infirmiers, une approche décloisonnée des professions de santé doit être privilégiée. La démarche conventionnelle, quant à elle, doit être revue. En effet, les négociations font aujourd'hui prévaloir la satisfaction de revendications financières, l'objectif de qualité et de changement des pratiques leur servant la plupart du temps d'alibi. L'effet d'annonce et l'intérêt immédiat de faire aboutir une négociation l'ont presque toujours emporté sur les objectifs de fond et de long terme. Le comportement des professionnels de santé, qui est de chercher à maximiser leurs revenus, n'a été ni anticipé, ni même pris en compte comme le montrent les exemples de la majoration pour maintien à domicile ou de l'inlay-core. En outre, l'instabilité et le manque de suivi des mesures sont manifestes. La complexité et l'enchevêtrement des compétences au sein des administrations sanitaires et sociales et de la CNAMTS encouragent cet état de fait. Enfin, il convient de miser davantage sur l'information des assurés sociaux car

l'opacité actuelle du système de santé reste un obstacle à toute réelle responsabilisation.

b) Traiter les déterminants des comportements

L'action sur les comportements doit aussi concerner les facteurs structurels qui ont un impact sur les pratiques. A cet égard le sujet de l'implantation géographique des professions de santé ne doit plus être négligé tant pour des raisons d'accès aux soins (même si la notion de déserts médicaux, si souvent évoquée, doit être relativisée au vu d'études récentes de la CNAMTS) que parce que les différences de densité médicale expliquent pour partie celles qui sont constatées en matière de prescription. De même, il conviendrait de réfléchir aussi à l'éventualité d'une réforme structurelle de la rémunération des professions de santé. Le cumul actuel de rémunérations à l'acte et forfaitaire se traduit par un surcoût souvent injustifié : sans remettre en cause le principe du paiement à l'acte, la rémunération exclusivement forfaitaire de certains patients en ALD devrait être expérimentée. Enfin l'évolution favorable du pouvoir d'achat des revenus libéraux des médecins (selon la DREES, celui des généralistes a augmenté en moyenne de 1,3 % par an, celui des spécialistes de 1,9 % par an entre 1993 et 2003) ne peut être ignorée et doit être prise en compte dans la régulation d'ensemble du système.

Recommandations

→ Etablir des données annuelles réellement représentatives de l'évolution en volume des soins de ville.

→ Approfondir les études de l'assurance maladie, des administrations sociales (notamment la DREES) et des organismes de recherche concernés (notamment l'IRDES) sur les comportements des assurés sociaux et des professionnels de santé en neutralisant tous les facteurs qui empêchent la comparabilité entre zones géographiques des recours aux soins et des prescriptions et les comparaisons entre prescripteurs.

→ Mettre en place un système d'information médicalisée de l'assurance maladie :

- en réalisant, dans l'immédiat, le croisement, pour les affections de longue durée, entre les données des pathologies détenues par le contrôle médical et les données de liquidation, dans des conditions qui respectent le secret médical ;

- et en généralisant ensuite ce dispositif à d'autres pathologies.

→ Mettre en place, sous la responsabilité de la haute autorité de

santé, une stratégie globale de production des recommandations de bonnes pratiques et moderniser leur mode de diffusion.

→ Soumettre la conclusion de contrats de bonne pratique ou de pratique professionnelle à l'existence d'indicateurs de résultat et de travaux préalables montrant la possibilité d'améliorer les pratiques et de dispositifs d'information.

→ Développer fortement l'information des assurés sociaux sur les bonnes pratiques de prévention et de soins.

→ Centrer les aides à l'installation des professionnels de santé sur les zones réellement déficitaires.

→ Etudier la faisabilité d'une évolution du mode de rémunération des médecins généralistes qui séparerait ce qui devrait relever du paiement à l'acte et ce qui devrait relever du forfait. Dans un premier temps, envisager l'expérimentation de la rémunération du suivi des patients de certaines ALD sous une forme exclusivement forfaitaire.

III Les questions de retraite

1. Les retraites du monde agricole

Les assurés sociaux du monde agricole, bien que gérés par un même organisme (la Mutualité sociale agricole, MSA), relèvent en fait de deux régimes distincts (le régime général pour les salariés agricoles et un régime spécifique pour les exploitants agricoles) aux problématiques différentes. Les salariés agricoles sont, pour les cotisations et les prestations, alignés sur le régime général des salariés mais l'autonomie juridique de leur régime entraîne divers inconvénients notamment pour ceux qui sont dans les situations les plus précaires. Pour les exploitants agricoles, la recherche de la parité a conduit à la mise en œuvre de dispositifs atypiques mais aussi coûteux pour l'Etat.

a) Les salariés agricoles

La situation de ce régime est singulière : aligné et intégré financièrement de longue date dans le régime général, il est géré par la MSA qui offre les avantages de “guichets uniques” assurant l'ensemble des prestations. Les organisations professionnelles sont très attachées à ce dispositif ainsi qu'à l'extension constante de son champ bien au delà des salariés agricoles (les salariés du crédit

agricole, les artisans ruraux, les personnels de l'enseignement privé agricole en relèvent notamment). La gestion des salariés agricoles assure par ailleurs une part importante des ressources de la gestion administrative de la MSA (les salariés agricoles représentent 49 % des adhérents mais contribuent à 60 % des recettes de cette dernière).

En raison de la pluriactivité des salariés, il possède la plus forte proportion de polypensionnés de tous les régimes (plus de 97 % de ses retraités). Or il est établi qu'à carrières égales les polypensionnés ont des retraites inférieures à celle des monopensionnés. C'est plus particulièrement vrai pour les salariés à temps partiel et à faible revenu relevant simultanément du régime général et du régime des salariés agricoles, cas relativement fréquent pour cette population. Comme les retraites des polypensionnés sont calculées de façon indépendante dans chacun des régimes dont ils relèvent, certains assurés ne peuvent ainsi valider quatre trimestres de cotisations par année alors qu'un calcul globalisé entre les deux régimes le permettrait.

Un autre inconvénient de l'autonomie de ce régime résulte des modalités actuelles de la compensation

Les questions de retraite

démographique généralisée de l'assurance vieillesse. Celle-ci existe depuis 1974 et a pour objectif principal d'introduire une solidarité entre régimes de retraite en fonction de leur situation démographique. Le système actuel où les transferts de compensation sont calculés de manière indépendante pour le régime général et pour la gestion des salariés agricoles est peu satisfaisant car il génère divers doubles comptes et induit donc des transferts financiers peu fondés. La prise en compte pour le calcul des compensations de l'ensemble constitué par le régime général et par celui des salariés agricoles supprimerait ces inconvénients et aboutirait à plus d'équité.

L'intégration totale des salariés agricoles dans le régime général tout en maintenant, le cas échéant, leur gestion par la MSA en raison de l'attrait du "guichet unique" supprimerait ces deux inconvénients et améliorerait notamment la situation des salariés agricoles les moins bien lotis.

b) Les exploitants agricoles

La recherche de la parité avec le régime général, objectif constant des pouvoirs publics des années 60 à nos jours, s'explique par le fait qu'un système de retraite n'a été mis en place qu'à partir de 1952 et qu'il n'a longtemps servi que

des prestations de faible montant. En 1952, elles correspondaient à la moitié de l'allocation des vieux travailleurs salariés (AVTS).

L'histoire particulière de ce régime se traduit par des modalités de cotisation complexes (la retraite de base est fondée sur 4 cotisations différentes) qui aboutissent à un taux de cotisation vieillesse inférieur de 0,64 % à celui du régime général. Le taux global des cotisations, toutes branches confondues est, quant à lui, inférieur de 3,35 % à celui du régime général. Les cotisations sont calculées sur la base des revenus professionnels pris en compte par les services fiscaux. Si au-delà d'un chiffre d'affaires annuel de 76 300 €, les exploitants sont obligatoirement imposés au réel, de nombreuses formules existent en deçà de ce seuil, notamment celle du forfait.

La diversité des prestations est également grande. La retraite de base comprend actuellement deux prestations qui ne sont mensualisées que depuis la loi du 21 août 2003 : la retraite forfaitaire maintenant égale à l'AVTS et la retraite proportionnelle qui est fonction du nombre de points acquis par les exploitants agricoles au cours de leur carrière. En fonction des revenus professionnels cette retraite de base pour des carrières complètes varie entre 4 944 € et 14 535 € par an. En 2002, grâce à une forte implication de l'Etat, a également été mis en place un régime de retraite complémentaire obligatoire

(RCO). La grande originalité du RCO est de servir des pensions complémentaires financées complètement par l'Etat à des retraités n'ayant jamais cotisé. Une telle participation (142 M€ en 2002) au financement d'un régime de retraite complémentaire est sans précédent. Le système est conçu pour que tout chef d'exploitation validant une carrière complète bénéficie, en cumulant la retraite forfaitaire et les montants minima de la retraite proportionnelle et du RCO, d'une retraite au moins égale à 75 % du SMIC.

Dès la mise en place de ce régime, par le biais du BAPSA, le soutien de l'Etat a été constant (14,9 Md€ au total pour 2004, toutes branches confondues). L'absence de ventilation par risques ne permet cependant pas d'isoler ce qui relève dans ce montant de la seule branche retraite. Les comptes du BAPSA montrent cependant que le financement de l'ensemble des prestations de la MSA n'est assuré que pour une faible partie par les cotisations des exploitants agricoles (17 %) et que la majeure partie des recettes est assurée, à parts égales, par la solidarité inter régimes via la compensation démographique prise en charge par les autres régimes de retraite (38 %) et par l'Etat (39 %). Ces données incluent le nouvel effort fait par l'Etat en 2002 avec la création du RCO.

L'exceptionnel effort qui a été réalisé ces dernières années pour mettre à parité les retraites des agriculteurs

implique un effort contributif plus marqué de la part des exploitants agricoles en activité, en particulier par une harmonisation de leurs cotisations sociales avec celles des autres régimes.

Celle ci passe d'abord par une augmentation du nombre des exploitants imposés au réel. La tendance positive constatée ces dernières années (de 1995 à 2002, leur nombre est passé de 38 % à 60 %) doit être poursuivie. A cet égard, la réduction du seuil d'imposition au réel de 76 300 € à 45 700 € aboutirait à ce que 84 % des exploitants soient imposés au réel. Néanmoins, un phénomène nouveau remet en cause ces avancées : la transformation des exploitations agricoles en sociétés (23 % des exploitations en 2002 contre 7 % en 1993) permet aux exploitants de bénéficier d'exemptions de cotisations sociales, ce qui favorise une certaine évasion sociale. Le relèvement du taux de la cotisation de solidarité applicable aux sociétés, qui est encore très inférieur actuellement à celui des exploitations individuelles, permettrait d'éviter de tels inconvénients.

Au delà de ces mesures, la parité en matière de prestation exige aussi la parité en matière de cotisations. Ce n'est pas encore le cas aujourd'hui. Un rapport établi en 1995 à la demande du ministre de l'agriculture avait constaté que les agriculteurs restaient favorisés par rapport au régime général. Il estimait que la correction de la "surparité"

Les questions de retraite

impliquait une augmentation du taux des cotisations agricoles de 3,25 points. Dix ans plus tard, ce constat demeure avec un différentiel estimé à 4,6 points du fait notamment de nouveaux avantages obtenus.

2. L'avantage social vieillesse : un système en sursis

Les cinq professions de santé conventionnées (médecins, chirurgiens, dentistes, directeurs de laboratoires d'analyse non médecins, sages-femmes et auxiliaires médicaux) bénéficient de régimes d'avantage social vieillesse (ASV) qui sont des régimes de retraite complémentaire dont l'assurance maladie prend en charge une partie des cotisations. Ils ont été créés entre 1960 et 1970 pour inciter les professionnels de santé à adhérer aux conventions passées entre leurs syndicats et les caisses d'assurance maladie. La part de l'ASV dans la retraite totale acquise par ces professionnels au titre de leur activité libérale est de 40 % pour les médecins, 33,8 % pour les chirurgiens-dentistes, 20,5 % pour les pharmaciens, 35,4 % pour les sages-femmes et 21 % pour les masseurs-kinésithérapeutes.

a) Une situation financière préoccupante

Les régimes d'ASV sont des régimes à cotisations définies : leurs prestations n'étant garanties que dans la limite des ressources qui y sont affectées, les caisses sont obligées d'en ajuster le niveau au montant des ressources disponibles. Les cotisations ainsi que les prestations (sauf pour les médecins) étant indexées, via les conventions médicales, sur les tarifs de remboursement, toute modification de ces tarifs décidée par les partenaires conventionnels affecte donc automatiquement ces régimes et peut en modifier l'équilibre.

Ces régimes bénéficient de ressources provenant de l'assurance maladie dans des proportions fixées depuis l'origine, par décret, aux deux tiers du montant des cotisations. A titre d'exemple, entre 1998 et 2004, les charges de l'assurance maladie pour la seule ASV des médecins sont passées de 155 M€ à 225 M€. En application de la loi du 13 août 2004 sur l'assurance maladie, les futures conventions pourront désormais moduler cette participation ce qui fait peser des risques financiers potentiels sur l'assurance maladie.

Les régimes d'ASV disposent en outre d'un système de compensation démographique propre créée en 1982 pour rendre viable le régime d'ASV des sages-femmes, déficitaire pour des

Les questions de retraite

raisons démographiques. Ce système a été alimenté par les quatre autres caisses. Néanmoins dès 2007 les caisses des dentistes et des directeurs de laboratoire seront aussi en situation de bénéficier de la compensation et les deux dernières caisses qui resteront contributrices (auxiliaires médicaux et médecins) seront dans le même cas de figure dans les années à venir, ce qui aboutira à un blocage généralisé.

A ces perspectives d'évolution alarmantes s'ajoute une situation financière d'ores et déjà très dégradée. Tous les régimes seront en déficit en 2005 et leurs réserves sont déjà épuisées ou vont l'être d'ici 2011 si de fortes mesures correctrices ne sont pas prises dans l'intervalle.

b) Les réformes envisagées

La Cour considère que les réformes à venir doivent exclure, en raison de leur coût pour la collectivité nationale, la solution de la fermeture envisagée par certains régimes et qu'il convient également de cesser de faire des régimes d'ASV un instrument de négociation dans les relations conventionnelles entre les professionnels de santé et l'assurance maladie. Pour le reste, les réformes à privilégier doivent conduire, pour tous les régimes d'ASV, à distinguer entre les droits des retraités, ceux des cotisants actifs actuels et ceux des futurs cotisants.

Recommandations

→ Fusionner les carrières salariées agricoles et non agricoles en maintenant, le cas échéant, la gestion de cette catégorie d'assurés à la MSA.

→ Prendre en compte dans l'assiette des cotisations sociales des exploitants agricoles imposés au forfait les aides européennes compensatoires de handicaps naturels.

→ Abaisser le seuil d'imposition au réel.

→ Renforcer le dispositif de lutte contre l'évasion sociale des sociétés à objet agricole (notamment par l'augmentation du taux de la cotisation de solidarité).

→ Dès lors que la fermeture des régimes d'ASV est exclue, procéder d'urgence à une réforme de ces régimes permettant d'en rétablir durablement l'équilibre financier. .

→ Sans attendre, fixer le montant des cotisations et des prestations d'ASV de manière autonome et non plus par référence aux tarifs de remboursement des honoraires de chaque profession de santé.

→ Réformer le système de compensation démographique spécifique aux régimes d'ASV.

IV La certification des comptes de la sécurité sociale

La loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale pose le principe que “les comptes des régimes et organismes de sécurité sociale doivent être réguliers, sincères et donner une image fidèle de leur patrimoine et de leur situation financière.” Tant les enjeux financiers de la sécurité sociale que la complexité de son architecture comptable justifient que ces comptes soient certifiés à l’instar de ceux de l’Etat. En conséquence, la récente loi organique a confié une nouvelle mission à la Cour des comptes consistant dans la certification des comptes des organismes nationaux du régime général et des comptes combinés de chacune de ses branches. Celle-ci aura lieu pour la première fois en 2007 sur les comptes 2006.

Dans cette perspective, la Cour a fait un bilan de dix années de réforme comptable de la sécurité sociale et a mesuré les progrès de la qualité des comptes. Elle a aussi identifié les conditions préalables à la future certification. Elle a enfin examiné les évolutions qui affectent les diverses instances ayant en charge les comptes de la sécurité sociale et plus particulièrement la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS).

1. L'architecture des comptes

a) Une organisation complexe

Fruit de la sédimentation historique et des particularismes sociaux, l’organisation de la sécurité sociale est marquée par l’existence d’une pluralité de régimes (36 régimes actifs) et d’un nombre très important d’organismes de base (ou caisses locales) qui gèrent les diverses prestations.

Au sein de ces régimes, les différentes branches (maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, vieillesse, famille) sont gérées, soit par un même réseau (c’est le cas de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole), soit par plusieurs réseaux (c’est le cas du régime général).

Enfin, dans plusieurs régimes, les prestations maladie peuvent être gérées par d’autres opérateurs, extérieurs à leurs réseaux, tels que des mutuelles ou des sociétés d’assurance.

La multiplicité des régimes et des caisses entraîne celle des comptes. Outre les recettes collectées et les prestations

La certification des comptes de la sécurité sociale

versées, ces comptes enregistrent des flux financiers dont la provenance est diverse. Ces flux proviennent soit d'autres régimes, soit de l'Etat, soit d'organismes de financement.

b) Des agrégations comptables à deux niveaux

Face à cette diversité, la loi a posé le principe d'une agrégation comptable à deux niveaux.

Un premier niveau d'agrégation est réalisé par les organismes nationaux placés à la tête d'un réseau de caisses qui présentent des comptes appelés "combinés". Pour le régime général, chaque caisse nationale (la CNAMTS, la CNAVTS, la CNAF) établit les comptes de la branche concernée (maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, vieillesse, famille), l'ACOSS établissant le compte combiné de l'activité du recouvrement. Pour le régime agricole, la CCMSA établit le compte combiné de l'ensemble du réseau des caisses de mutualité sociale agricole.

Afin de déterminer la situation financière des branches tous régimes confondus, la loi prévoit un second niveau d'agrégation au sein de tableaux d'équilibre par branche inter régimes. A la différence des comptes qui, selon le droit comptable en vigueur, contiennent le bilan, le compte de résultat et l'annexe, les tableaux d'équilibre ne comportent que les charges et les produits de l'année. La Cour est chargée de donner un avis sur leur cohérence.

D'autre part, la situation financière de la sécurité sociale ne serait pas fidèlement retracée si les résultats d'organismes qui concourent à son financement n'étaient pas consolidés avec les tableaux d'équilibre. Le résultat du fonds de solidarité vieillesse doit donc être intégré au tableau d'équilibre de la branche vieillesse.

Ces tableaux d'équilibre renseignent directement sur la situation financière de la sécurité sociale dans son ensemble, risque par risque. Néanmoins, leur qualité dépend de celle des comptes de premier niveau qui sont établis par les organismes nationaux. Cette qualité reste perfectible.

La certification des comptes de la sécurité sociale

2. La qualité des comptes doit encore s'améliorer

a) Dix ans de réforme comptable

La comptabilité de la sécurité sociale fait l'objet depuis plus de dix ans d'un mouvement continu de réformes.

Afin d'accroître la transparence et la sincérité des comptes, la comptabilité de caisse a été remplacée en 1996 par la comptabilité en droits constatés dans tous les régimes. Le choix de l'une ou de l'autre de ces méthodes a un impact important sur la tenue et la signification des comptes de la sécurité sociale. La comptabilité en droits constatés permet de retracer plus fidèlement, sur une période donnée, la variation du patrimoine et le résultat de l'activité.

Puis un plan comptable unique, commun à tous les organismes de sécurité sociale est entré en vigueur en 2002 dans le but de permettre une agrégation satisfaisante des comptes et de présenter des résultats globaux cohérents.

Afin d'améliorer la qualité des comptes des branches et des régimes, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 a doté les organismes nationaux "têtes de réseau" du pouvoir de valider les comptes de leurs organismes locaux.

b) Les insuffisances qui demeurent

Les opérations de fin d'exercice

Les opérations de fin d'exercice (ou d'inventaire) interviennent entre la clôture et l'arrêté des comptes. Elles consistent à retracer les opérations initiées pendant l'exercice mais non achevées à la clôture et dont l'impact sur les comptes n'est pas connu avec certitude (tant sa réalité que son montant financier) ou encore à déprécier la valeur d'un actif lorsqu'une incertitude affecte sa réalisation (cas d'une créance douteuse). Ces opérations sont sensibles car elles contiennent une part importante d'évaluation. Plusieurs insuffisances ont été constatées par la Cour.

Elles portent en premier lieu sur le respect du principe de séparation des exercices et de la date de clôture des comptes. En comptabilité de droits constatés, il n'y a pas lieu, en effet, d'admettre une période complémentaire pour les opérations non dénoncées au 31 décembre. Il convient d'inscrire des produits à recevoir ou des charges à payer.

D'autre part, bien que les comptes soient clos, les organismes de sécurité sociale ne sont pas toujours en possession de toutes les informations nécessaires pour arrêter définitivement les comptes à la date réglementaire

La certification des comptes de la sécurité sociale

prévue, soit à compter des comptes 2005, le 28 février de l'année suivante. En effet, l'importance des opérations réciproques entre les organismes de sécurité sociale fait dépendre l'arrêté des comptes d'un organisme de ceux d'autres organismes. L'exemple le plus significatif concerne la CNAF qui recueille des informations comptables en provenance d'une vingtaine d'organismes. Dans ce cas, lorsque l'organisme ne connaît pas le montant exact de ce qu'il doit encaisser ou déboursier, il procède à une estimation et inscrit une provision.

La bonne estimation pour toutes les opérations réalisées (mais non achevées) de provisions pour charges ainsi que pour dépréciation des créances et de produits à recevoir ou de charges à payer, est donc fondamentale pour respecter le principe d'image fidèle des comptes.

Le traitement comptable des versements de l'Etat

Les comptes des organismes de sécurité sociale enregistrent une masse considérable de flux en provenance de l'Etat (voir plus haut). L'enquête de la Cour fait apparaître plusieurs anomalies. Certains versements effectués par l'Etat pendant sa période complémentaire sont enregistrés par les organismes comme des produits courants de l'exercice (on appelle ainsi les produits encaissés avant le 31 décembre). Or il s'agit de produits à recevoir, qui, bien que certains et dont les montants sont

connus, n'ont pas été encaissés à la clôture de l'exercice. Seul le constat d'un produit à recevoir, c'est-à-dire d'une créance sur l'Etat, conduira celui-ci, qui devra également tenir ses comptes en droits constatés (à partir de 2006), à constater une dette à l'égard d'un organisme de sécurité sociale. Il en résulte une plus grande transparence dans les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale.

Par ailleurs, les organismes constatent ces créances dans leurs comptes à une valeur constante. Or le principe d'image fidèle des comptes exige qu'elle soit dépréciée dès lors que les créances sont litigieuses. Ce n'est pas le cas aujourd'hui.

3. Préparer la certification

En plus de ces améliorations nécessaires, deux conditions préalables doivent être remplies pour permettre la certification des comptes du régime général. Elles tiennent d'une part à la définition du périmètre des comptes, d'autre part à la mise en place du contrôle interne.

La certification par la Cour portera sur les comptes combinés de chacune des branches du régime général et de l'activité du recouvrement. L'agent comptable de la caisse nationale devra définir le périmètre des comptes combinés qu'il retient et dont la Cour appréciera la pertinence. Cet exercice

La certification des comptes de la sécurité sociale

sera complexe en raison de la multiplicité d'organismes extérieurs à leur réseau auxquels participent les branches.

Par ailleurs, le contrôle interne des opérations comptables se définit par l'ensemble des mesures qui permettent à une entité d'assurer la régularité, la sincérité et l'exhaustivité des enregistrements comptables et donc par conséquent de la production des états financiers. Un contrôle interne efficace est la condition sine qua non de la certification des comptes. En effet, l'opinion du certificateur sur la qualité et la fiabilité des comptes dépend en grande partie de l'efficacité de ce contrôle. Le contrôle interne, mis en place depuis 1993 dans les organismes de sécurité sociale, a surtout privilégié la qualité et l'exactitude de la liquidation et du paiement des prestations et du recouvrement des produits. Il convient aujourd'hui de l'étendre aux enregistrements comptables

4. De l'élaboration des comptes aux prévisions financières

Préparés par la direction de la sécurité sociale, les comptes des régions sont présentés à la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) au cours de ses réunions du printemps et

de l'automne. Les résultats financiers sont commentés et des prévisions sont présentées pour les exercices en cours et suivants.

La commission devrait renforcer ses travaux de prévision. La nouvelle loi organique prévoit en effet que le projet de loi de financement de la sécurité sociale s'accompagne d'un rapport présentant l'évolution des recettes et les objectifs de dépenses des régimes obligatoires de base pour les quatre années à venir. Cet horizon temporel, plus lointain que celui de la commission qui est actuellement de dix-huit mois, pourrait être repris à son compte par celle-ci. Les prévisions élaborées par la DSS pour la CCSS sont actuellement établies sur la base d'un seul jeu d'hypothèses économiques. Il serait intéressant de présenter à la commission des prévisions prenant en compte d'autres hypothèses émanant des divers instituts de conjoncture, telles qu'elles sont présentées par exemple à la commission économique de la Nation.

La nouvelle loi organique prévoit la remise au Parlement et au Gouvernement, par la Cour, d'un rapport sur la certification des comptes du régime général, au plus tard le 30 juin. Mais les comptes de, tous les régimes devant être certifiés à l'avenir, la CCSS de printemps devrait présenter les comptes de tous les régimes. Enfin, l'élaboration des comptes combinés par les organismes nationaux de sécurité sociale, le rôle joué par la mission

La certification des comptes de la sécurité sociale

comptable permanente et la certification des comptes plaident pour que la publication des comptes soit disjointe de la discussion sur les prévisions.

La certification des comptes du régime général par la Cour des comptes interviendra en 2007 sur les comptes de l'exercice 2006. Les dix années de réforme comptable qui viennent de s'écouler ont profondément transformé la comptabilité de la sécurité sociale. Néanmoins, la qualité des comptes reste insuffisante. La mise en place du

contrôle interne des opérations comptables n'est pas achevée. La délimitation du périmètre des comptes des caisses nationales du régime général est une entreprise complexe qui vient seulement de commencer. Ainsi, le délai de deux ans fixé par la loi organique votée en juillet 2005 devra être mis à profit pour remédier à ces insuffisances. Cela fait de la certification un chantier prioritaire.

Recommandations

→ Prévoir la mise en place d'une comptabilité qui enregistrerait en charges pour l'ACOSS les notifications aux branches du régime général des produits qui leur reviennent et sont recouvrées par les URSSAF, les CGSS et par l'ACOSS.

→ Prendre, dans les meilleurs délais, le décret d'application de l'article L. 114-6, afin de préciser notamment les conditions dans lesquelles les organismes nationaux valideront les comptes des organismes locaux.

→ Aménager le cadre budgétaire des dépenses de gestion administrative et d'action sanitaire et sociale des organismes de sécurité sociale afin de le rendre compatible avec l'application des normes et règles comptables et s'assurer, en gestion administrative, de la stricte application du principe de service fait pour la comptabilisation des charges à payer.

→ Afin d'accélérer la remontée des comptes des organismes locaux, distinguer dans tous les organismes nationaux les écritures comptables qui ne doivent relever que du niveau national.

→ Passer des provisions pour dépréciation sur les créances détenues par les organismes de sécurité sociale sur l'Etat dès lors que le paiement par l'Etat de ses dettes paraît incertain.

→ Établir un tableau d'équilibre de la branche retraite (tous régimes confondus) intégrant les opérations du FSV.

→ Mettre en place des indicateurs permettant de vérifier le caractère effectif du déploiement des référentiels comptables et des dispositifs de contrôle interne au sein des réseaux de caisses locales.

→ Prévoir les modalités de validation des opérations intégrées dans les comptes de la CNAMTS concernant d'une part les régimes des cultes et des militaires et d'autre part les mutuelles de fonctionnaires.

→ Étendre l'obligation de certification des comptes aux régimes autres que le régime général.

→ Publier au printemps les comptes de l'ensemble des régimes de base de sécurité sociale.

→ Présenter à la commission des comptes de la sécurité sociale de printemps les comptes rétrospectifs de l'ensemble des régimes obligatoires ; renforcer la fonction de prévision de la commission des comptes de la sécurité sociale qui pourrait être renommée " commission des comptes et des prévisions de la sécurité sociale ; enfin, élargir l'horizon temporel des prévisions.