

COUR DES COMPTES

LA
SÉCURITÉ SOCIALE

SEPTEMBRE 2002

	Pages	Réponses
<i>Introduction générale</i>	3	
<i>Première partie – La situation des comptes sociaux en 2001</i>	5	
CHAPITRE PRÉLIMINAIRE	7	
I. Les objectifs assignés aux dépenses de sécurité sociale dans les programmes de surveillance budgétaire au niveau européen	9	
II. L'incidence des opérations comptables imputables à 2000 sur les comptes 2001	13	
CHAPITRE I	17	
LES RESSOURCES DE LA SECURITE SOCIALE EN 2001		
I. Les ressources des régimes	20	
A. Les ressources consolidées des régimes de base	21	
B. Les ressources du régime général	27	
C. Les encaissements de l'ACOSS et des URSSAF	28	
II. La prise en charge des exonérations de cotisations sociales	29	
A. Les exonérations de cotisations sociales et leur prise en charge	29	
B. Les exonérations de cotisations sociales prises en charge par le FOREC	30	
III. Les autres dispositions de la LFSS ayant une incidence sur les ressources de la sécurité sociale	33	
IV. L'assiette des cotisations sociales	36	499
A. Les principes qui régissent les cotisations sociales	37	
B. Les différents types de dérogations à l'universalité de l'assiette	38	

	Pages	Réponses
C. L'évaluation des pertes de recettes pour l'Etat et la sécurité sociale	47	
<i>Synthèse et recommandations</i>	50	
CHAPITRE II	53	
LES DEPENSES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN 2001		
I. L'évolution des dépenses de la sécurité sociale depuis cinq ans	56	
II. Les dépenses d'assurance maladie	62	
A. L'évolution d'ensemble des dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM	63	
B. Les soins de ville et leur régulation	69	
<i>Synthèse</i>	77	
C. Les enveloppes budgétaires des établissements participant au service public hospitalier	78	
D. L'enveloppe des cliniques privées	89	
<i>Synthèse</i>	96	
III. L'élaboration et le suivi de l'enveloppe médico-sociale dans l'ONDAM	96	
A. La sous-enveloppe « personnes âgées »	97	
B. La sous-enveloppe « personnes handicapées »	102	
<i>Synthèse et recommandations</i>	106	
IV. Les dépenses de la branche des accidents du travail et maladie professionnelle	107	
V. Les dépenses de la branche vieillesse	108	
A. Les dispositions particulières relatives aux dépenses de la branche vieillesse	108	
B. L'évolution des prestations vieillesse du régime général	110	

	Pages	Réponses
C. Le solde de la branche vieillesse du régime général		
VI. Les dépenses de la branche famille	112	
A. Les mesures nouvelles pour la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001	112	
B. L'évolution des dépenses	112	
C. Le solde de la branche famille	113	
	117	
CHAPITRE III		
LES SOLDES ET LEUR FINANCEMENT EN 2001		
	119	
I. Les soldes globaux des comptes sociaux		
A. Le solde des régimes de base	121	
B. Le solde du régime général	121	
C. Les différentes présentations des comptes et des soldes des branches dans le régime général	122	
<i>Recommandation</i>	129	
II. Les mesures relatives à la dette et aux plafonds d'avances de trésorerie dans la loi de financement	131	
A. La trésorerie de l'ACOSS en 2001	131	
B. La mise en œuvre des plafonds d'avances de trésorerie	131	
III. Les transferts entre régimes de sécurité sociale	131	
A. Les transferts reçus d'autres régimes (autres que le FSV) par le régime général	132	
B. Les comptes du Fonds de solidarité vieillesse et du Fonds de réserve des retraites	132	
C. Les transferts de compensation entre régimes	133	
	135	

	Pages	Réponses
CHAPITRE IV	137	
LES RELATIONS FINANCIERES ENTRE L'ETAT ET LA SECURITE SOCIALE		
I. Les suites données aux précédentes recommandations de la Cour	139	
A. Rappel des recommandations	139	
B. Examen des suites	140	
II. Les flux financiers entre l'Etat et la sécurité sociale en 2001	141	
III. La situation réciproque Etat-Sécurité sociale (trésorerie, créances et dettes)	146	501
A. Les transferts de l'Etat vers la sécurité sociale	146	
B. Les relations financières entre l'Etat et le régime agricole	156	
C. Le financement des prestations de solidarité	158	
<i>Synthèse et recommandations</i>	159	
CHAPITRE V	161	
L'ORGANISATION COMPTABLE ET LES COMPTES		
I. Le point sur la réforme de l'organisation et des règles comptables	164	
A. La mise en application du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale	164	
B. La centralisation des informations comptables	164	
C. Les structures appelées à traiter de la comptabilité des organismes de sécurité sociale	165	
<i>Recommandations</i>	169	

	Pages	Réponses
II. Les provisions dans différentes caisses de sécurité sociale	169	504
A. Le suivi comptable et le provisionnement des créances sur les cotisants	170	
B. Les provisions pour prestations d'assurance maladie et AT-MP à régler	174	
<i>Deuxième partie – La gestion de la dépense hospitalière</i>	179	
<i>Introduction</i>	181	
CHAPITRE VI	185	
LE PILOTAGE DE LA POLITIQUE HOSPITALIERE		
I. Les administrations compétentes	188	508
A. La réorganisation du ministère : la création de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)	188	
<i>Synthèse</i>		
B. Les agences régionales de l'hospitalisation	193	
<i>Synthèse et recommandations</i>	194	
II. Le cadre juridique de la planification hospitalière	208	
A. Les limites de la carte sanitaire	209	
B. Le caractère imprécis des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS)	210	511
C. Un régime d'autorisation impropre à promouvoir efficacement les restructurations	212	
D. Une prise en compte malaisée de critères qualitatifs d'organisation et de fonctionnement	214	
<i>Synthèse et recommandation</i>	215	
	216	

	Pages	Réponses
II. Le personnel médical hospitalier		
A. La situation du personnel médical hospitalier	265	
B. Le recrutement et la gestion des personnels hospitaliers	266	
C. Les perspectives de la démographie médicale hospitalière	268	
	271	
III. L'évolution de l'offre hospitalière		
A. La mise en œuvre de la carte sanitaire	272	
B. Les grandes tendances de l'évolution de la composition du parc hospitalier installé	274	
C. L'évolution de l'activité hospitalière	276	
<i>Synthèse</i>	280	
IV. Les hôpitaux du service de santé des armées	281	
A. Une activité en diminution	283	523
B. Des objectifs insuffisamment définis	285	
C. Une meilleure intégration dans le dispositif sanitaire d'ensemble	288	
<i>Synthèse</i>	289	
	293	
CHAPITRE VIII		
LE FINANCEMENT DES DEPENSES HOSPITALIERES		
	295	
I. L'allocation des ressources aux établissements de santé par les ARH		
A. L'allocation de la dotation globale aux établissements de santé publics et privés participant au service public	298	525
B. La répartition régionale de l'objectif quantifié national aux cliniques privées	298	
<i>Synthèse et recommandations</i>	310	
	312	

	Pages	Réponses
II. Les modalités de paiement des dépenses d'hospitalisation par les régimes d'assurance maladie	315	
A. Les caisses pivot (établissement sous dotation globale)	316	
B. Les caisses centralisatrices des paiements (établissements privés sous OQN)	316	
<i>Recommandations</i>	320	
III. La tarification à la pathologie : bilan des deux premières années de l'expérimentation	321	531
A. Les objectifs de l'expérimentation	321	
B. Le processus initié par la loi du 7 juillet 1999	323	
IV. La participation des assurés aux dépenses d'hospitalisation	330	532
A. Le ticket modérateur et le forfait journalier hospitaliers : un dispositif relativement complexe et aux conséquences mal assurées	330	
B. Le ticket modérateur et le forfait journalier hospitaliers n'atteignent plus les objectifs qui ont justifié leur création	337	
C. Le ticket modérateur et le forfait journalier hospitaliers sont sources d'inégalités financières et de complexité de gestion	339	
<i>Synthèse et recommandations</i>	342	

	Pages	Réponses
CHAPITRE IX	347	
LES ACTIVITÉS HOSPITALIÈRES EN RELATION AVEC LES SOINS AMBULATOIRES		
I. Les alternatives à l'hospitalisation complète	350	5
A. L'hospitalisation partielle et la chirurgie ambulatoire	351	35
B. L'hospitalisation à domicile	354	
<i>Synthèse et recommandations</i>	356	
II. La prise en charge des urgences médicales	357	5
A. L'organisation actuelle des urgences ne répond pas de manière satisfaisante à la demande de prise en charge	358	35
B. La nécessaire définition d'une politique globale de prise en charge des urgences	363	
<i>Synthèse et recommandations</i>	367	
III. Le médicament à l'hôpital	368	
A. Des dépenses en forte augmentation, renforçant les pressions sur les budgets hospitaliers	369	5
B. Le marché hospitalier du médicament est peu maîtrisé	375	38
<i>Synthèse et Recommandations</i>	381	
Conclusion	383	

	Pages	Réponses
<i>Troisième partie – La gestion des risques et l’administration des organismes</i>	387	
CHAPITRE X	389	
LES CONDITIONS DE FONCTIONNEMENT DES AGENCES SANITAIRES		5
I. Les missions	392	43
A. La mise en œuvre des missions initiales	392	
B. Les attributions complémentaires	394	
C. Les recoupements de compétence	395	
D. Les relations avec les partenaires extérieurs	396	
II. Les structures	397	
A. Les organes délibérants	397	
B. L’organisation interne	398	
III. La gestion	399	
A. Le personnel	399	
B. Les systèmes d’information	402	
C. Le budget	404	
D. La politique de communication	406	
E. La contractualisation des relations avec la tutelle	406	
<i>Recommandations</i>	408	
CHAPITRE XI	409	
LE CONTRÔLE INTERNE ET LA GESTION DU RISQUE DANS LE REGIME GENERAL D’ASSURANCE MALADIE		
I. Le contrôle interne dans les caisses primaires d’assurance maladie (CPAM)	411	
A. Une mise en œuvre laborieuse	412	
B. Des dispositifs hétérogènes	413	

	Pages	Réponses
C. Des problèmes méthodologiques récurrents	416	
D. Des résultats difficiles à interpréter	417	
<i>Synthèse et recommandations</i>	418	
II. Les politiques régionales et locales de gestion du risque maladie	419	545
A. La programmation des actions	420	
B. La mise en œuvre des actions	423	
<i>Synthèse et recommandations</i>	426	
CHAPITRE XII	429	
L'ADMINISTRATION DES ORGANISMES		
I. La gestion immobilière des caisses locales du régime général et du régime agricole	431	547
A. Le cadre juridique et l'organisation de la gestion immobilière dans le régime général et le régime agricole	432	
	434	
B. La gestion immobilière des caisses locales	437	
C. Les UIOSS du régime général et les SCI du régime agricole		
<i>Recommandations</i>	438	
	439	
II. La politique des concours financiers accordés par les caisses d'allocations familiales aux associations	439	
A. Les orientations générales suivies par les caisses en matière de subventions		
B. Les modalités d'intervention et les critères financiers prévalant à l'attribution des subventions	441	
	443	
C. La gestion et le contrôle des subventions		
<i>Synthèse et recommandations</i>	445	

	Pages	Réponses
III. Le point sur l'organisation du système SESAM Vitale	446	
A. Le rappel des choix techniques et d'organisation	446	
B. Les forces et les faiblesses du pilotage	449	
C. La sécurité	451	
D. Les perspectives de Vitale 2	453	
E. L'évolution des télétransmissions	454	
F. Les charges de gestion	456	
<i>Synthèse</i>		457
<i>Quatrième partie – L'activité des COREC</i>	459	
CHAPITRE XIII	461	
L'ACTIVITE DES COMITÉS RÉGIONAUX D'EXAMEN DES COMPTES DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE		
I. L'activité des comités régionaux en 2001	463	
A. Les contrôles réalisés	464	
B. Les avis émis	466	
II. L'animation du réseau	472	
<i>Conclusion</i>	475	
<i>Réponses des ministres</i>	479	
<i>Réponses de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)</i>	493	
<i>Glossaire</i>	557	

DÉLIBÉRÉ

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

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

Etaient présents : M. Logerot, premier président, MM. Mignot, Ménasseyre, Collinet, Delafosse, Gastinel, présidents de chambre, MM. Brunet et Berger, présidents de chambre maintenus en activité, MM. Mathieu, Chartier, Fragonard, Zuber, Capdeboscq, Murret-Labarthe, Sallois, Carrez, Giquel, Mme Legras, MM. Bonacossa, Billaud, Lagrave, Cretin, Berthet, Recoules, de Mourgues, Malingre, Paugam, Kaltenbach, Babusiaux, Mayaud, Hespel, Houri, Devaux, Rossignol, Arnaud, Bayle, Bouquet, Adhémar, Rémond, Gillette, Mme Boutin, MM. Duret, Chabrol, Picq, Cieutat, Ganser, X-H. Martin, Bertrand, Monier, Schneider, Mme Cornette, MM. Cardon, Théron, Mmes Froment-Meurice, Ruellan, M. Briet, Mme Bellon, MM. Gasse, Moreau, Ritz, Mme Lévy-Rosenwald, MM. Duchadeuil, Raynal, Thélot, Steyer, Lesouhaitier, Lefas, Mme Pappalardo, MM. Schwerer, Brun-Buisson, Gauron, Alventosa, Lafaure, Andréani, Boillot, Banquey, Brochier, Braunstein, Auger, Delin, conseillers maîtres, MM. David, Lazar, d'Albis, Audouin, conseillers maîtres en service extraordinaire, M. Morin, conseiller maître, rapporteur général.

Etait présente et a participé aux débats, Mme Gisserot, procureur général de la République, assistée de M. Feller, avocat général.

Mme Démier, secrétaire générale adjointe, assurait le secrétariat de la chambre du conseil.

N'a pas pris part aux délibérations, Mme Bazy-Malaurie, en ce qui concerne la deuxième partie du rapport intitulée « La gestion de la dépense hospitalière ».

Fait à la Cour, le 11 septembre 2002.

INTRODUCTION

« 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. Les réponses faites aux observations de la Cour des comptes sont jointes au rapport » (article LO 132-3 du code des juridictions financières).

Le présent rapport répond à cette obligation législative : c'est le cinquième à s'inscrire dans ce cadre, même si la Cour avait diffusé, auparavant, sous l'empire de la loi du 25 juillet 1994, trois rapports sur la sécurité sociale qui poursuivaient des objectifs de même nature.

Ce rapport a pour ambition, comme ceux qui l'ont précédé, d'apporter au Parlement des informations et analyses propres à éclairer les débats sur la sécurité sociale et de formuler des recommandations destinées à l'administration et aux organismes de sécurité sociale.

Le rapport comprend quatre parties :

- la première partie examine les comptes de la sécurité sociale pour l'année 2001 et l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001. Un chapitre préliminaire évalue, pour la première fois, la façon dont sont mis en œuvre les principaux objectifs assignés, dans la programmation pluriannuelle des finances publiques, aux administrations sociales au regard à la fois de l'évolution de leurs dépenses et de celle de leurs soldes. Ensuite sont examinés successivement les ressources, les dépenses, les soldes et leur financement ainsi que la qualité des outils, notamment comptables, qui permettent d'établir ces comptes.
- la deuxième partie étudie un thème majeur qui est, cette année, la gestion de la dépense hospitalière. Les principaux constats se fondent sur les contrôles menés par les chambres régionales des comptes sur les hôpitaux et par la Cour des comptes sur les agences régionales de l'hospitalisation. Elle établit un premier bilan des dispositifs de régulation de l'offre de soins en établissement (planification, allocation des ressources, instruments de la recomposition) et de leurs effets sur l'évolution de l'offre au regard des besoins sanitaires de la population et des contraintes financières. L'étude du dispositif

d'accueil des urgences, des alternatives à l'hospitalisation et du médicament à l'hôpital donne un aperçu sur certaines articulations avec la médecine de ville. Un développement est consacré au service de santé des armées, qui, dans le contexte de la professionnalisation des armées, est maintenant en voie d'intégration dans l'offre publique hospitalière globale.

- la troisième partie est, comme les années précédentes, consacrée à la gestion des risques et à l'administration des organismes. Elle comporte un premier bilan du fonctionnement des agences sanitaires, dont la plupart ont été contrôlées récemment par la Cour ; un état des lieux, au sein de l'assurance maladie, sur le déploiement des systèmes d'information, sur les politiques régionale et locale de gestion du risque et les diverses modalités du contrôle interne dans les caisses primaires. Par ailleurs, la politique de subventions au secteur associatif menée par les caisses d'allocations familiales et la politique de gestion de leurs actifs immobiliers par divers organismes de sécurité sociale sont deux points examinés par les COREC dont il est rendu compte ici.
- la quatrième partie, enfin, présente une synthèse de l'activité des comités régionaux d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale (COREC).

Les suites qui ont été données à certaines recommandations émises ces dernières années par la Cour sont mentionnées dans les chapitres concernés.

Les administrations et les organismes de sécurité sociale, qui ont été associés à la préparation du rapport, ont reçu communication des observations et propositions les concernant. Leurs réponses sont jointes au rapport. Les autorités et organismes qui ne relèvent pas du contrôle de la Cour, parmi lesquels des entreprises privées et des syndicats professionnels, ont également pu faire valoir leur point de vue sur les remarques et commentaires les concernant.

PREMIERE PARTIE

**LA SITUATION DES COMPTES
SOCIAUX EN 2001**

Chapitre préliminaire

PRÉSENTATION

Le Pacte européen de stabilité et de croissance adopté par le conseil européen d'Amsterdam impose aux Etats membres certaines règles dans la conduite de leurs politiques budgétaires.

Le présent rapport examine succinctement l'articulation des comptes sociaux de l'exercice 2001 avec les objectifs arrêtés dans les programmes pluriannuels de finances publiques. Pour la troisième année consécutive, la capacité de financement dégagée par les organismes sociaux a apporté une contribution importante à la réalisation de cet objectif. Dans les derniers comptes provisoires, l'INSEE estime celle-ci à 0,3 % du PIB pour 2001.

Toutefois, l'analyse du résultat de l'exercice 2001 est altérée par la comptabilisation d'un certain nombre d'opérations imputables à l'exercice 2000 mais qui, pour diverses raisons, n'ont pu être enregistrées dans les comptes de l'exercice 2000. Ces opérations sont décrites ci-dessous (section 2).

I - Les objectifs assignés aux dépenses de sécurité sociale dans les programmes de surveillance budgétaire au niveau européen

Les programmes pluriannuels de finances publiques s'inscrivent dans le cadre du dispositif de surveillance budgétaire mis en place par le pacte de stabilité et de croissance adopté par les chefs d'Etat et de gouvernement au Conseil européen d'Amsterdam de juin 1997. L'objectif fixé dans la résolution du 17 juin 1997 est "le maintien de finances publiques saines en tant que moyen de renforcer les conditions propices à la stabilité des prix et à une croissance forte et durable génératrice d'emplois (...). L'adhésion à l'objectif qui consiste à parvenir à une position budgétaire saine proche de l'équilibre ou excédentaire permettra à tous les Etats membres de faire face aux fluctuations conjoncturelles normales tout en maintenant le déficit public en dessous de la valeur de référence de 3 % du PIB".

Le gouvernement est tenu de déposer tous les ans un programme pluriannuel pour les trois ans qui suivront l'année d'exécution de la loi de finances. Dans le cadre de la mise en œuvre de la loi organique régissant la loi de finances, engagement a été pris de présenter au Parlement, dès l'automne 2003, le programme pluriannuel en même temps que le projet de loi de finances. La cohérence des objectifs en matière de dépenses de

sécurité sociale, et notamment de dépenses d'assurance maladie, affichés dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale et dans le programme pluriannuel, devrait en être sensiblement améliorée.

Quatre programmes ont été présentés à ce jour, couvrant les périodes 2000-2002, 2001-2003, 2002-2004 et 2003-2005. Ils fixent à la conduite des finances publiques les trois mêmes objectifs : réduire le poids des dépenses dans le PIB, réduire le poids des prélèvements obligatoires, enfin diminuer le déficit public. Ces programmes ont été élaborés sur des scénarios de croissance identiques (3 % et 2,5 % par an). Ils explicitent l'évolution des dépenses des différentes administrations publiques associée au cheminement retenu compte tenu du contexte économique de départ, ainsi que le niveau de la dette publique et des prélèvements obligatoires qui en résultent.

Les administrations sociales font l'objet d'objectifs spécifiques de dépenses, avec l'identification des dépenses d'assurance maladie et de prestations de retraite. L'exercice de programmation des dépenses publiques constitue ainsi une mise en perspective utile des objectifs et du pilotage des finances sociales. Par le caractère normé de ses objectifs, il donne la mesure des efforts à accomplir pour atteindre le retour à l'équilibre global des finances publiques et éclaire l'ampleur des efforts de modération des dépenses des administrations sociales nécessaires pour y parvenir sans augmenter les prélèvements obligatoires.

En croissance cumulée sur trois ans, pour l'ensemble des administrations publiques, l'objectif global de dépenses passe de 3% à 4,5 % de la période 2000-2002 à 2002-2004 pour revenir avec le dernier programme à 4 %. Cet objectif se décompose comme indiqué ci-dessous.

Hypothèses de croissance des dépenses des administrations publiques

% en volume et cumulé sur trois ans

	2000/2002	2001/2003	2002/2004	2003/2005
Administrations publiques*	3,0	4,0	4,5	4,0
Administrations sociales	4,6	4,2	4,8	4,5
- maladie	3,5	4,5	5,5	5,5
- retraites	6,0	5,8	5,8	5,8

* A périmètre constant

Source : ministère de l'économie, des finances et de l'industrie

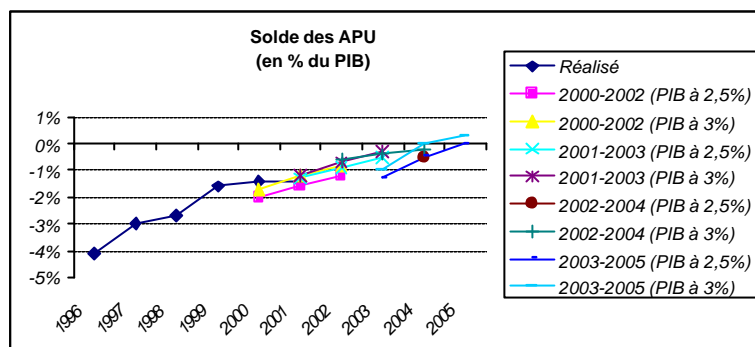
Dans le dernier programme, l'objectif des dépenses des administrations sociales est de 4,5 %, soit 1,5 % par an en moyenne. Pour l'ensemble des régimes de retraite, l'objectif de croissance annuelle des prestations vieillesse est de 2 % pour le premier programme, puis de 1,9 % pour les trois suivants. Ces évolutions sont du même ordre de grandeur que celles observées pour la période 1998-2002 (2,1 % par an). Cette évolution modérée s'explique par l'arrivée à l'âge de la retraite des classes « creuses » nées à la veille et au cours de la seconde guerre mondiale.

L'objectif de croissance des dépenses maladie a été fixé à 3,5 % en cumulé sur trois ans dans le premier programme pluriannuel, puis à 4,5 % dans le second, enfin à 5,5 % dans les deux derniers, soit en croissance annuelle respectivement 1,15 %, 1,5 % et 1,8 %.

Ces objectifs successifs, même s'ils ont été relevés d'un programme à l'autre, restent très inférieurs aux évolutions constatées sur la période 1998-2001, soit 10 % en cumulé (3,3 % en moyenne par an). Les dépenses d'assurance maladie ont donc évolué, en réalité, deux fois plus vite que l'objectif lié à la programmation. Les objectifs retenus dans la programmation pluriannuelle ne sont donc pas cohérents avec les dispositifs actuels de régulation de la dépense d'assurance maladie qui ne permettent que d'infléchir à la marge l'évolution tendancielle des dépenses.

Si les tendances actuelles devaient se poursuivre d'ici à 2005, les dépenses d'assurance maladie seraient alors majorées d'un peu plus de 5 Md€ en 2005 par rapport à l'objectif affiché dans la dernière programmation.

La capacité de financement croissante dégagée par les administrations sociales depuis 1998-1999 a grandement contribué à l'amélioration globale des comptes publics. Toutefois, cette amélioration résulte davantage de la progression des prélèvements sociaux assis sur une masse salariale très dynamique que de la maîtrise des dépenses qui, sur la même période, ont progressé un peu plus rapidement que le PIB. Elle est donc fragile, et largement dépendante de l'évolution de la conjoncture.



Source : Source : ministère de l'économie, des finances et de l'industrie

Le programme couvrant la période 2003-2005, sous l'hypothèse d'une croissance du PIB de 3 %, affiche un solde positif des administrations sociales (ASSO) de 0,8 point de PIB en 2004, cohérent avec l'équilibre global de nos comptes publics mais qui apparaît très ambitieux. Dans l'hypothèse d'une croissance de 2,5 %, le solde des ASSO resterait positif, mais il serait naturellement plus faible (0,3 point en 2004 et 0,6 point en 2005).

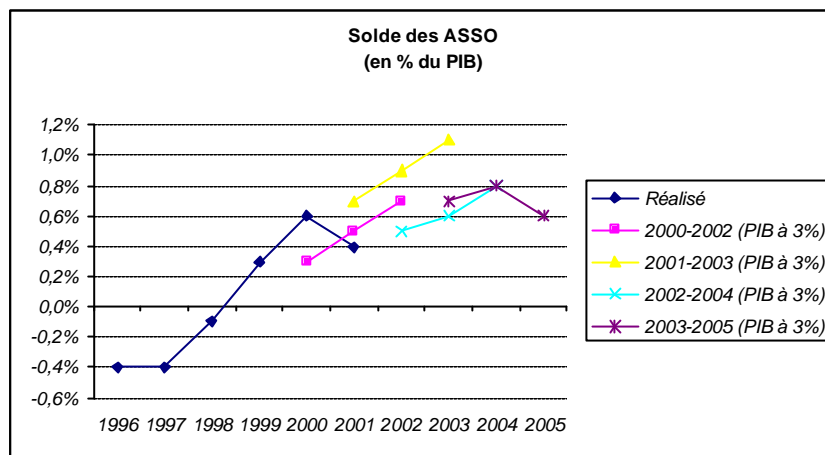
Solde et prélèvements sociaux des administrations sociales

en % du PIB

	1998	1999	2000	2001
Capacité de financement <i>variation annuelle</i>	- 0,1	0,3 (+ 0,4)	0,5 (+ 0,2)	0,3 (- 0,2)
Prélèvements sociaux <i>variation annuelle</i>	20,5	20,8 (+ 0,3)	21,3 (+ 0,5)	21,7 (+ 0,4)

Source : Source : INSEE

La programmation pluriannuelle fait ainsi de la modération de la progression des dépenses remboursées d'assurance maladie une des variables clés du retour à l'équilibre des finances publiques. Or, la poursuite des tendances récentes, compte tenu de l'évolution des recettes à législation inchangée, n'apparaît pas compatible avec une capacité de financement des administrations sociales de 0,8 ou de 0,6 point de PIB en 2005.



Source :

Source : ministère de l'économie, des finances et de l'industrie

CETTE SECTION N'A PAS APPELE DE REPONSE DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES

II - L'incidence des opérations comptables imputables à 2000 sur les comptes 2001

Les comptes 2001 enregistrent plusieurs opérations comptables imputables à l'année 2000 qui résultent soit de décisions intervenues postérieurement à la clôture des comptes - remboursement par l'Etat des exonérations de cotisations sociales imputées sur le FOREC -, soit d'erreurs d'évaluation relatives aux recettes et aux dépenses du régime général telles qu'elles avaient été arrêtées pour l'établissement des comptes en droits constatés.

a) Le traitement de la créance de la sécurité sociale sur l'Etat

Le gouvernement a annoncé, lors de la réunion de la Commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2001, que l'Etat n'assurerait pas l'équilibre du FOREC et ne rembourserait pas les sommes dues par lui au titre des exonérations de cotisations sociales dont les entreprises ont

bénéficié en 2000. Celles-ci s'élevaient, au 31 décembre 2000, à 1,5 Md€ pour l'ensemble des régimes¹.

Cette créance a été majorée, fin 2001, d'un montant de 0,9 Md€ correspondant aux recettes de décembre 2000 encaissées par le FOREC en janvier 2001 et portées par celui-ci dans le compte de l'exercice 2001. Le montant total de la créance s'établit ainsi à 2,4 Md€ pour l'ensemble des régimes, dont 2,2 Md€ pour le régime général.

En application de cette décision, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 (article 12) disposait que « sont annulées les créances sur le fonds créé à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale enregistrées au 31 décembre 2000 par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et par les régimes concernés, afférentes aux exonérations visées au 1° de l'article L.131-9 du même code dans sa rédaction issue de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 précitée. En conséquence, les comptes de l'exercice 2000 des organismes de sécurité sociale concernés seront réouverts pour tenir compte de cette annulation ».

Le Conseil Constitutionnel a déclaré cette disposition non conforme à la Constitution, au motif que « eu égard au montant de la créance, à la situation financière des régimes, ainsi qu'à l'exigence constitutionnelle qui s'attache à l'équilibre financier de la sécurité sociale, le souci de remédier aux difficultés financières du fonds créé par l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale ne constitue pas un motif d'intérêt général suffisant pour remettre en cause rétroactivement les résultats d'un exercice clos ».

Sur la base du rapport demandé au secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale, le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie et le ministre de l'emploi et de la solidarité ont, par lettre du 21 février 2002, enjoint aux différentes caisses de sécurité sociale de provisionner cette créance dans les comptes 2001. Il appartiendra à une prochaine loi de finances de reconnaître et d'annuler cette dette de l'Etat de façon à permettre aux régimes de sécurité sociale de l'admettre en non-valeur².

1. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2001, page 29.

2. Voir le rapport de la Cour sur l'exécution de la loi de finances de 2001.

b) La sous-évaluation des produits à recevoir 2000 sur les cotisations et la CSG

Lors de la clôture des comptes de l'exercice 2000 et de l'établissement des comptes en droits constatés, l'ACOSS s'est heurtée à des difficultés pour évaluer correctement des produits à recevoir à rattacher à l'exercice. Ceux-ci concernent principalement les cotisations et la CSG versées courant janvier au titre des salaires de décembre ou du dernier trimestre. Deux effets se sont cumulés, une estimation faite sans disposer d'éléments suffisants relatifs aux cotisations et à la CSG recouvrées courant janvier, d'une part ; des systèmes informatiques qui ne permettaient pas d'imputer précisément les encaissements d'un mois donné aux exercices auxquels ils se rattachent, d'autre part.

Il en résulte une sous-estimation des cotisations dues en 2000 et qui se trouvent de ce fait comptabilisées en 2001 et, par ailleurs, une incertitude sur le montant exact des recettes qui ont basculé d'un exercice à l'autre : sur 1 190 M€ encaissés, seuls 625 millions ont pu être imputés correctement. Pour le régime général, le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de juillet 2002 a évalué la sous-estimation des produits à recevoir inscrits dans les comptes de l'exercice 2000 à 1,1 Md€

Pour l'arrêté des comptes 2001, l'ACOSS a rencontré la même difficulté. Toutefois, l'incertitude semble de moindre ampleur. L'estimation des produits à recevoir a, en effet, été améliorée par rapport à l'année précédente. Les produits à recevoir, notifiés aux caisses pour la clôture de leurs comptes, ont été estimés sur la base des prévisions de trésorerie établies début janvier 2001. Au total, au vu de la confrontation entre les données de trésorerie et celles issues du recouvrement réalisé en avril, le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de juillet 2002 a évalué, cette fois, la surestimation des produits à recevoir au titre de l'exercice 2001 à 260 M€ et celui du FOREC à 80 M€

L'ACOSS, conformément à la convention d'objectifs et de gestion signée avec l'Etat, va analyser, en liaison avec l'INSEE et la DARES, les éléments exceptionnels qui affectent l'assiette salariale du mois de décembre. Par ailleurs, elle a entrepris de se doter d'un nouvel outil, dit AROME, qui devrait permettre d'affecter les encaissements d'un mois donné à chacun des exercices dont ils relèvent. Sa mise en place a pris du retard mais il devrait être opérationnel pour la clôture des comptes de l'exercice 2002. Compte tenu de l'incidence sur l'interprétation des soldes du régime général, la Cour considère que la tenue de cette échéance est impérative pour disposer de comptes en droits constatés qui reflètent

correctement l'évolution des recettes de l'année et éliminer les incertitudes qui affectent aujourd'hui les soldes des années 2000 et 2001.

CETTE SECTION N'A PAS APPELE DE REPONSE DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES

CHAPITRE I

Les ressources de la sécurité sociale en 2001

PRESENTATION

Les ressources des régimes de base ont augmenté de 5,3 % en 2001 et celles du régime général de 6,6 % contre respectivement 4,3 % et 3,8 % l'année précédente. La croissance soutenue de la masse salariale, de 5,4 % pour l'ensemble de l'économie et de 6,3 % pour le seul secteur privé, explique la forte augmentation des cotisations sociales encaissées ou prises en charge par l'Etat et le FOREC - 6,3 %^[11]-. D'une année sur l'autre, la part des cotisations sociales dans le total des ressources est restée stable à 60,8 %, alors que celle des cotisations prises en charge par l'Etat et le FOREC a continué de croître : 7,3 % contre 6,6 %.

Ce chapitre examine, comme les années précédentes, l'évolution des ressources des régimes de base et celles du régime général ainsi que les encaissements de l'ACOSS. Il détaille ensuite le financement des exonérations de cotisations sociales prises en charge par le FOREC et par l'Etat. Dans une troisième section, il passe en revue les différents articles de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, autres que ceux relatifs au FOREC, qui ont un impact sur ces ressources.

Compte tenu du poids des cotisations sociales dans les ressources des régimes de base, la Cour a procédé, comme elle s'y était engagée l'an dernier, à une enquête sur l'assiette salariale et examiné les dérogations au principe d'universalité des cotisations posé par le code de la sécurité sociale.

Suite des recommandations de la Cour

Dans son rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale de septembre 2001^[12], la Cour a critiqué le mode de comptabilisation des exonérations de cotisations sociales qui "les fait apparaître, tant dans la loi de financement de la sécurité sociale que dans les comptes présentés à la commission des comptes de la sécurité sociale, comme si elles étaient effectivement payées par les entreprises". La Cour soulignait que cette présentation a le double inconvénient de surestimer la mesure du coût du travail et de sous-estimer d'autant les contributions publiques au financement de la sécurité sociale. Elle avait demandé que cette présentation soit modifiée de sorte que les "cotisations prises en charge par l'Etat soient imputées en contributions publiques, que celles financées par le FOREC soient traitées comptablement comme des transferts et qu'un compte consolidé du FOREC et des organismes de sécurité sociale soit établi".

Les tableaux à partir desquels la Cour a travaillé répondent en partie à cette demande. Ceux-ci distinguent désormais les cotisations sociales recouvrées, celles prises en charge par l'Etat, les impôts et taxes affectés et les transferts entre organismes, dont le FOREC. Cependant, les exonérations prises en charge par l'Etat, bien qu'isolées, restent comptabilisées en « cotisations sociales » et non en « contributions publiques » alors qu'il s'agit bien d'une dépense du budget de l'Etat et non d'un prélèvement social.

Comme l'an dernier, la Cour présente ci-dessous les ressources des régimes sociaux dans une nomenclature conforme à ses propres prescriptions.

I – Les ressources des régimes

La loi de financement pour 2001 a été établie en encaissements-décaissements. Le tableau qui retrace les prévisions et réalisations est donc présenté en encaissements-décaissements. Les ressources sont ensuite exclusivement présentées et commentées en droits constatés.

A - Les ressources consolidées des régimes de base

Les ressources des régimes de base - Prévisions et réalisations

(en encaissements - décaissements)

En Md€

-	LFSS 2001 initiale	LFSS 2001 révisée	Réalizations 2001	Ecart avec la LFSS initiale	Ecart avec la LFSS 2001 révisée
Cotisations effectives	165,4	165,6	166,9	1,5	1,3
Cotisations fictives	30,7	30,9	30,7	0,0	- 0,2
Impôts et taxes affectées	84,5	86,9	86,5	2,0	- 0,4
Transferts reçus	0,4	0,5	0,5	0,1	0,0
Contributions publiques	10,3	10,5	10,5	0,2	0,0
Revenus des capitaux	0,5	0,6	0,6	0,1	0,0
Autres ressources	8,9	7,1	7,0	-1,9	- 0,1
Total des recettes	300,7	302,1	302,7	2,0	0,6

Champ : France entière - loi de financement de la sécurité sociale

Source : direction de la sécurité sociale

Les prévisions de recettes des régimes de base ont été fixées par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (**article 18**) en encaissements-décaissements à 300,7 Md€ Elles ont été majorées par la loi de financement pour 2002 et portées à 302,1 Md€ Les recettes constatées en 2001 s'établissent à 302,7 Md€, soit 2 Md€ de plus que l'évaluation associée à la LFSS initiale pour 2001.

En droits constatés, les ressources consolidées des régimes de base s'établissent, en 2001, à 307,6 Md€ en progression de 6,9 % par rapport à l'année précédente (cf. tableau ci-dessous).

Les ressources des régimes de base - Réalisations (en droits constatés)

En Md€

-	2000	2001	%
Cotisations effectives (1)	159,1	168,4	+ 5,8
Cotisations fictives	29,2	30,2	+ 3,4
Contributions publiques	14,7	13,9	- 5,4

dont cotisations prises en charge par l'Etat	3,3	3,0	- 7,6
Impôts et taxes affectés	80,0	88,5	+ 10,7
dont FOREC	9,3	14,7	+ 58,1
Transferts reçus	- 0,1	0,2	NS
Revenus des capitaux	0,5	0,7	+ 40,0
Autres ressources	4,3	5,7	+ 32,6
Total des recettes	287,7	307,6	+ 6,9

(1) Hors cotisations prises en charge par l'Etat et le FOREC

Champ : France entière - Loi de financement de la sécurité sociale

Source : direction de la sécurité sociale

1 – Les cotisations

Les cotisations sociales comprennent les cotisations effectivement prélevées sur les différents types de revenus tels que les salaires, les revenus des entrepreneurs individuels et les revenus de remplacement. Elles se sont élevées (en incluant celles au titre de 2000) à 168,4 Md€ en 2001 ^[3].

Les cotisations prises en charge par l'Etat au titre des exonérations se sont élevées à 3 Md€ et celles prises en charge par le FOREC (qui correspondent à des dépenses du fonds) à 14,4 Md€. Elles représentent respectivement 1,8 % et 8,7 % du total des cotisations effectives.

2 – Les impôts et taxes affectés

Les impôts et taxes affectés à l'ensemble des régimes de base de la sécurité sociale, au FOREC et au FSV s'élèvent, en 2001, à 88,5 Md€ dont 87,6 Md€ pour la métropole. Hors FOREC, les impôts et taxes affectés atteignent 73,8 Md€, en progression de 4,4 % par rapport à 2000.

En 2001, les impôts et taxes affectés ont été supérieurs de 2 Md€ au montant inscrit en loi de financement et progressent au total de 9,4 % par rapport à 2000.

Les impôts et taxes affectés au seul régime général sont, pour leur part, passés de 9 Md€ en 1996 à 64,2 Md€ (49,6 Md€ hors FOREC). Cette progression est due pour l'essentiel à la CSG, passée de 6,7 Md€ à 46,8 Md€ sur la même période, suite à la substitution de la CSG aux cotisations salariales maladie.

Impôts et taxes affectés aux régimes de base de la sécurité sociale, au FSV et au FOREC (Métropole)

en Md€ et %

	1999	2000	2001	2001/2000
-				
Ensemble	67,9	80,0	87,6	+ 9,4
<i>dont</i> : régime général	44,4	47,3	49,6	+ 4,7
Impôts affectés	55,9	59,1	62,9	+ 6,4
- CSG	54,2	58,2	61,9	+ 6,3
- 2% sur les revenus	-	-	-	-

des capitaux	1,7	0,9	1,0	+ 9,4
Taxes affectées	12,0	20,9	24,7	+ 18,2
- taxe sur les alcools	2,9	3,0	3,3	+ 9,5
- taxe sur les tabacs	0,6	7,7	8,8	+14,2
- taxe auto	0,9	0,9	0,9	+ 5,1
- C3S	2,4	2,9	3,0	+ 1,0
- prévoyance	0,4	0,4	0,4	- 9,3
- autres taxes	4,8	6,2	11,3	+ 82,2

Source : direction de la sécurité sociale

a) La CSG

L'article 17 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 modifie la clé de répartition du produit de la CSG entre les régimes d'assurance maladie et le FSV. L'objectif de cet article est de compenser, pour la CNAMTS, la réaffectation vers le FOREC, prévue à l'article 16, des droits sur le tabac auparavant attribués à cette caisse.

De plus, la loi de financement pour 2001 a augmenté de 0,15 point le taux du produit de la CSG affecté aux régimes d'assurance maladie (il passe de 5,1 % à 5,25 %) et diminué de 0,15 point (il passe de 1,3 % à 1,15 %) celui affecté au FSV, à la suite du transfert des droits sur les alcools. En outre, afin de maintenir le niveau de la déductibilité partielle de CSG au taux de 5,1 %, cet article déconnecte ce taux de la fraction de CSG affectée aux régimes d'assurance maladie ^[4].

En 2001, les recettes de CSG tous régimes s'élèvent, pour la France entière, à 61,9 Md€ dont 42,9 Md€ pour les régimes d'assurance maladie, 9,3 Md€ pour la CNAF et 9,7 Md€ pour le FSV :

Montants de la CSG affectés aux différentes branches

en Md€

-	1999	2000	2001
CSG maladie	36,3	39,1	42,9
dont : affectée à la CNAMTS	31,8	33,9	37,5
CSG affectée à la CNAF (1,1 point)	8,2	8,8	9,3
CSG affectée au FSV	9,7	10,3	9,7
TOTAL CSG (DOM et métropole)	54,2	58,2	61,9

Source : direction de la sécurité sociale

Un point de CSG famille représente 8,4 Md€ dont 7,4 sur les revenus d'activité et de remplacement et 1 sur les revenus du capital. Un point de CSG maladie représente 8,2 Md€ dont 7,2 sur les revenus d'activité et de remplacement.

b) Les autres impôts et taxes affectés hors FOREC

Impôts et taxes (autres que la CSG) affectés hors FOREC

en Md€

	1999	2000	2001
-			
Régime général	4,4	4,6	2,9
CNAMTS	2,7	3,9	2,4
<i>Taxe auto</i>	0,7	0,7	0,9
<i>Taxe sur le tabac</i>	0,6	1,2	0,3
<i>Taxe sur les boissons</i>	1,0	1,2	0,4
<i>Taxes pharmaceutiques</i>	0,4	0,6	0,8
<i>. 2 % sur les revenus des capitaux</i>	0,0	0,1	0,0
CNAV	0,8	0,5	0,6
<i>2 % sur les revenus des capitaux</i>	-	-	-
CNAF	0,9	0,2	0,0
<i>2 % sur les revenus des capitaux</i>	-	-	-
Taxe affectée au FSV sur la prévoyance	0,4	0,4	0,4
C3S affectée aux régimes de non-salariés	0,3	1,3	2,4
CANAM	0,6	0,3	-
CANCAVA	1,0	0,4	-
ORGANIC	0,2	0,2	-
BAPSA	-	-	-
TVA affectée au BAPSA	4,0	4,1	4,1

Source : direction de la sécurité sociale

Hors CSG et hors FOREC, les impôts et taxes affectés au régime général diminuent sensiblement de 2000 à 2001, suite au transfert de ressources fiscales du régime général au FSV et surtout au FOREC, et ne représentent que 2,8 Md€ contre 4,6 Md€ en 2000 et 4,4 Md€ en 1999 :

- la CNAMTS bénéficie désormais de quatre taxes : la taxe auto, un reliquat du produit du droit de consommation sur le tabac (2,61 %), les taxes pharmaceutiques et la taxe sur les boissons. L'ensemble de ces taxes représentent 2,1 Md€ contre 3,9 en 2000.
- la CNAV reçoit 30 % du prélèvement de 2 % sur les revenus du capital, 50 % étant affectés au fonds de réserve des retraites et 20 % au FSV. Cela représente une recette de 0,6 Md€ pour le régime général contre 0,5 Md€ en 2000.
- la CNAF ne perçoit plus aucun impôt ou taxe, hors CSG (1,1 point).

Toutes les recettes encaissées au titre de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) (3 Md€ en 2001) ne sont pas affectées : 2,4 Md€ l'ont été aux régimes de non salariés, laissant 0,6 Md€ qui doivent être versés courant 2002 à la première section du FSV.

La TVA nette affectée au BAPSA a progressé de 0,6 % en 2001, après 2,6 % en 2000.

3 – Les contributions publiques

Les contributions publiques sont des concours budgétaires de l'Etat à certains régimes de sécurité sociale, pour leur permettre de combler leur déficit ou pour financer certaines charges particulières. Il s'agit pour l'essentiel des subventions d'équilibre versées à certains régimes spéciaux et des remboursements de prestations (allocation aux adultes handicapés par exemple). Elles se sont élevées, en 2001, à 10,9 Md€

Elles regroupent également la prise en charge par le budget de l'Etat de certaines exonérations de charges sociales sous forme de dépenses, à la différence des impôts et taxes affectés au FOREC. A ce titre, elles sont incluses ici dans les contributions publiques, alors que, dans la loi de financement de la sécurité sociale, elles ne sont pas considérées comme une contribution de l'Etat au financement des caisses mais sont intégrées dans la rubrique « cotisations sociales ». Elles s'élèvent, en 2001, à 3 Md€ contre 3,3 en 2000, soit un recul de 7,6 %.

Les contributions publiques totales ont diminué de 5,4 % en 2001 par rapport à 2000 pour s'établir à 13,9 Md€

B – Les ressources du régime général

1 – L'évolution des ressources du régime général

Les ressources du régime général (en droits constatés)

en Md€ et %

	2000	2001	Variation (%)
Cotisations	129,2	137,4	+ 6,4
Cotisations des assurés	26,9	29,2	+8,5
actifs	25,6	27,8	+ 8,6
autres	1,3	1,4	+ 7,5
Cotisations des employeurs	102,3	108,3	+ 5,8
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	0,1	0,2	+ 35,9
Contributions publiques	8,6	8,3	- 3,8
dont :	-	-	-
- remboursement de prestations	5,3	5,2	- 1,5
- prise en charge de cotisations par l'Etat	3,1	2,9	- 7,2
Impôts et taxes affectés	47,3	49,6	+ 4,7
dont : CSG	42,7	46,8	+ 9,6
Transferts divers entre organismes de sécurité sociale et assimilés	20,5	23,4	+ 14,2
dont :	-	-	-
- cotisations prises en charge par le FSV	5,5	5,5	- 0,7
- prestations prises en charge par le FSV	3,8	3,9	+ 4,4
- cotisations prises en charge par le FOREC	10,9	13,6	+ 25,4
Autres ressources	6,8	7,3	+ 7,1

Total des ressources consolidées	212,5	226,1	+ 6,4
---	--------------	--------------	--------------

Source : direction de la sécurité sociale

En droits constatés, le total des ressources comptabilisées en 2001 du seul régime général s'élève à 226,1 Md€ en 2001, contre 212,5 Md€ en 2000, soit une progression de 6,4 %.

2 – Evolution des cotisations sociales

Les cotisations encaissées sur les revenus d'activité et de remplacement par le régime général se sont élevées à 137,4 Md€ en 2001, après 129,2 Md€ en 2000, soit une augmentation de 6,4 %.

Les cotisations sur salaires du secteur privé, qui en sont la composante principale, s'élèvent à 133 Md€ (tableau ci-dessous), soit une augmentation de 6,3 % en 2001 par rapport à 2000, cohérente avec l'évolution de la masse salariale.

Cotisations sociales sur salaires (régime général)

en Md€ et %

-	2000	2001	%
Cotisations sur salaires	125,1	133,0	+ 6,3
- Cotisations du secteur privé	111,3	118,6	+ 6,5
. patronales	88,5	93,9	+ 6,1
. salariales	22,8	24,7	+ 8,3
- Cotisations des autres salariés	13,8	14,4	+ 4,0
Exonérations de cotisations prises en charge par :	14,0	16,5	+ 17,9
. l'Etat	-	-	-
. le FOREC	3,1	2,9	- 7,2
. le FOREC	10,9	13,6	+ 25,4

Source : direction de la sécurité sociale

C – Les encaissements de l'ACOSS et des URSSAF

Les recettes du champ de la loi de financement sont celles des régimes de base. Elles sont encaissées principalement par l'ACOSS et les URSSAF, mais aussi par les régimes eux-mêmes (non salariés, régimes spéciaux) et par l'Etat. La part prépondérante du réseau du recouvrement (ACOSS et URSSAF) tient au poids du régime général mais aussi au fait que le réseau recouvre des ressources pour compte de tiers, notamment au profit du fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Globalement, les encaissements du réseau du recouvrement, comptabilisés par l'ACOSS dans son rapport financier, se sont élevés à 246,8 Md€ en 2001 ¹⁵¹ (tableau ci-dessous), en progression de 5,3 % par rapport à 2000.

Le total des encaissements des URSSAF progresse de 5,8 % en 2001. Les encaissements directs de l'ACOSS (c'est-à-dire ceux qui ne transitent pas par les URSSAF) augmentent, quant à eux, de 4,0 % en 2001.

Encaissements du réseau du recouvrement

en Md€ et %

-	2000	2001	Variation (%)
URSSAF et CGSS	166,7	176,4	+ 5,8
-	-	-	-
-	-	-	-
ACOSS (recouvrement direct)	67,7	70,4	+ 4,0
- encaissements relatifs aux dispositifs pris pour l'emploi	11,4	16,2	+ 42,1
- encaissements hors mesures emploi	56,3	54,2	- 3,6
dont :	-	-	-
Remboursement de prestations par l'Etat	10,3	9,8	- 4,6
Transferts du FSV	9,5	9,1	- 3,5
Impôts et taxes	18,7	19,0	+ 1,6
Total	234,4	246,8	+ 5,3

Source : Rapport financier 2001 de l'ACOSS

CETTE SECTION N'A PAS APPELE DE REPONSE DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES
--

II – La prise en charge des exonérations de cotisations sociales

A – Les exonérations de cotisations sociales et leur prise en charge

L'ensemble des exonérations de cotisations sociales liées aux mesures emploi se sont élevées en 2001 à 19,6 Md€ contre 17,7 Md€ en 2000, soit une progression de 10,7 %. Celle-ci résulte de la montée en charge des exonérations liées à la réduction du temps de travail.

L'essentiel de ces exonérations (89 %) est pris en charge par l'Etat ou par le FOREC. Le solde (11 %) restant à la charge des organismes sociaux, pour un montant de 2,2 Md€ en 2001, est en léger recul. Il correspond principalement aux exonérations au titre des emplois familiaux (0,4 Md€), des contrats emploi-solidarité (0,3 Md€), des contrats emploi consolidés (0,4 Md€), des mesures en faveur d'un premier salarié (0,3 Md€) et en faveur du temps partiel (0,4 Md€).

Les cotisations dont la prise en charge a été transférée au FOREC, représentent 14,4 Md€. Le montant des exonérations pris en charge par l'Etat lui-même s'est encore réduit, passant de 3,3 Md€ en 2000 à 3 Md€ en 2001.

B – Les exonérations de cotisations sociales prises en charge par le FOREC

Prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, le Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale a été créé sous la forme d'établissement public par un décret en date du 25 octobre 2001, qui en définit les modalités de fonctionnement.

Il prévoit par ailleurs, que "par dérogation aux dispositions de l'article R 131-11 du code de la sécurité sociale, le budget du fonds est arrêté pour la première année de fonctionnement par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de l'emploi et du ministre chargé du budget".

1 – Les ressources du FOREC prévues par la loi de financement pour 2001

Les ressources du FOREC prévues par l'article 16 de la loi de financement pour 2001 ont été établies initialement sur la base d'une prévision de 13 Md€ Elles se décomposent de la façon suivante :

- 97 % du produit du droit de consommation sur les tabacs manufacturés ;
- 55 % du produit du droit de consommation sur les alcools et la totalité des autres droits indirects portant sur les boissons ;
- le produit de la taxe générale sur les activités polluantes ;
- le produit de la contribution sociale sur les bénéficiaires des sociétés ;
- le produit de la taxe sur les véhicules de société ;
- 14,1 % du produit de la taxe sur les conventions d'assurance.

2 – Les mesures de financement du FOREC relatives à 2001 prévues dans la loi de financement pour 2002

Pour faire face à une croissance des dépenses plus forte que celle initialement prévue par la loi de financement pour 2001, deux nouvelles dispositions ont été inscrites dans la loi de financement 2002 (article 13) destinées à assurer l'équilibre du FOREC en 2001 :

- transfert de la taxe sur les alcools précédemment affectée à la CNAMTS : 0,9 Md€;
- augmentation à 24,7 % de la part affectée au FOREC de la taxe sur les conventions d'assurance : transfert de l'Etat vers le FOREC de 1,1 Md€

Au total, ces dispositions augmentent les ressources du FOREC de 2 Md€ et diminuent celles du régime général de 0,9 Md€

3 – Les recettes et les dépenses du FOREC comptabilisées en 2001

Les ressources fiscales, inscrites en produits de l'année 2001 dans les comptes du FOREC, s'élèvent à 14,7 Md€ Ce montant correspond à l'ensemble des recettes « encaissées à compter du 1er janvier 2001 », conformément à l'article 12 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002. Le premier encaissement ayant été relatif à des recettes de décembre 2000, les produits comptabilisés en 2001 correspondent donc à treize mois de recettes.

Elles se décomposent de la façon suivante (tableau ci-dessous) :

- la taxe sur la consommation des tabacs (8,5 Md€) ;
- le produit du droit de consommation sur les alcools (2,8 Md€) ;
- le produit de la contribution sociale sur les bénéfices des sociétés (1,1 Md€) ;
- le produit de la taxe générale sur les activités polluantes (0,5 Md€) ;
- la taxe sur les véhicules de société (0,7 Md€) ;
- la taxe sur les conventions d'assurance (1,1 Md€).

Comptes du FOREC en 2001

en Md€

	Réalisation 2000 (DC)	Prévision LFSS 2001	Prévision de septembre 2001(1)	Réalisations en E/D(2)	Réalisations en droits constatés(3)
RESSOURCES	9,9	13,0	14,5	13,8	14,7
. Ressources fiscales	9,3	-	-	-	-
. Droits sur les tabacs	6,5	7,9	8,4	8,4	8,5
. Droits sur les alcools	1,8	1,8	2,8	2,7	2,8
dont versement du FSV	0,9	-	-	0,1	-
. Contribution sociale sur le bénéfice des sociétés	0,6	0,9	0,9	0,8	1,1
. Taxe générale sur les activités polluantes	0,4	1,1	0,5	0,5	0,5
. Taxe sur les véhicules de société	-	0,6	0,7	0,7	0,7
. Taxe sur les conventions d'assurance	-	0,6	1,1	0,6	1,1
. Contribution de l'Etat	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0
EMPLOIS	11,5	13,0	14,5	12,9	14,4
. Réductions bas salaires	5,6	6,3	7,1	-	5,1
. Aides incitatives RTT	2,3	1,5	2,2	-	2,9
. Allégements RTT	3,6	5,2	5,4	-	6,4
Solde	- 1,6	0,0	0,0	0,9	0,3

Sources : direction de la sécurité sociale, FOREC

(1) Telle qu'elle figure dans le tableau annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002.

(2) Encaissements-décaissements janvier-décembre 2001.

(3) Il s'agit des droits constatés au titre de 2001 : exonérations de février 2001 à janvier 2002, correspondant aux salaires versés de janvier à décembre 2001.

Les dépenses du FOREC se sont élevées, en 2001, à 14,4 Md€ au lieu de 11,5 Md€ en 2000, soit une progression de 25,2 %. Elles ont été supérieures de 1,4 Md€ aux prévisions initiales. Cette augmentation résulte principalement de la montée en charge plus rapide que prévu du dispositif pérenne d'aide à la réduction du temps de travail qui représente une dépense de 6,4 Md€ contre 3,6 Md€ en 2000. Les aides incitatives augmentent également mais dans une bien moindre proportion (2,9 Md€ contre 2,3 Md€ en 2000). Par contre, le coût de la ristourne dégressive sur les bas salaires est en légère décroissance : il s'élève à 5,1 Md€ après 5,6 Md€ en 2000.

Le régime général représente 94,3 % des dépenses - soit 13,6 Md€, les autres régimes 5,7 % du total, dont 5,5 % pour le régime agricole.

4 – Les résultats du FOREC en 2001

Les comptes du FOREC affichent, en 2001, un solde positif de 264,5 M€. Toutefois, ce résultat en droits constatés n'est obtenu que parce que, en 2001, ont été comptabilisés treize mois de recettes. Sur la base des douze mois de recettes de l'année 2001, le FOREC serait déficitaire de 0,7 Md€, chiffre retenu par l'INSEE pour l'établissement des comptes nationaux.

Comme l'an dernier, la couverture par des ressources fiscales des dépenses occasionnées par les exonérations de cotisations sociales dont le financement a été transféré au FOREC s'est révélée être un exercice difficile. La forte croissance des aides a nécessité l'apport en cours d'année au FOREC de ressources complémentaires de façon à mettre en place l'établissement public dans le respect de la contrainte de strict équilibre posée par la loi. Cet apport n'a pas été suffisant et le FOREC n'a pu couvrir l'intégralité de ses dépenses qu'en inscrivant dans les comptes 2001 les recettes de décembre 2000 encaissées en janvier 2001.

Ces difficultés liées à la nécessité pour le FOREC d'être équilibré risquent de se reproduire à l'avenir. La différence entre les dynamiques qui gouvernent les dépenses et les ressources, a de fortes chances de perdurer. L'équilibre annuel du FOREC nécessitera de ce fait des ajustements permanents des ressources affectées qui risquent de rendre l'évolution d'une année sur l'autre peu lisible.

CETTE SECTION N'A PAS APPELÉ DE RÉPONSE DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES

III – Les autres dispositions de la loi de financement ayant une incidence sur les ressources de la sécurité sociale

Les principales autres dispositions de la loi de financement ayant une incidence sur les ressources de la sécurité sociale principales sont reprises ci-dessous. Celles déclarées non conformes à la Constitution par le Conseil constitutionnel sont présentées de façon séparée dans l'encart.

L'article 5 exclut de l'assiette des cotisations et contributions sociales l'indemnité de cessation d'activité des travailleurs de l'amiante, en application du V de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999. Aucune mesure réglementaire n'est nécessaire à l'application de cette disposition.

Dispositions déclarées non conformes à la Constitution

L'article 2 modifiait l'assiette de la CSG applicable aux revenus d'activité et l'article 3

introduisait une réduction de la CSG applicable aux revenus inférieurs à 1,4 fois le SMIC. Le Conseil constitutionnel a déclaré ces deux dispositions non conformes à la Constitution. La seconde disposition a été remplacée par une prime pour l'emploi par une loi du 30 mai 2001. Alors que l'impact financier de la réduction de la CSG était estimé à 1,28 Md€ le dispositif de prime pour l'emploi n'a aucun impact financier sur les organismes de sécurité sociale.

L'article 4 exonèrait de la contribution pour le remboursement de la dette sociale des personnes non imposables, titulaires de pensions de retraite ou d'invalidité, chômeurs ou préretraités.

Le Conseil constitutionnel a jugé cette mesure dépourvue d'effet financier sur l'équilibre des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant au financement de ces régimes. Reprise par l'article 89 de la loi de finances pour 2001, cette exonération fait l'objet de la mesure de financement suivante :

- en compensation de la perte de recettes pour la CADES du fait de l'exonération des chômeurs, le remboursement dû par cet organisme à l'Etat a été réduit de 1,91 à 1,85 Md€ par an par l'article 27 de la loi de finances pour 2001. L'exonération de CRDS applicable aux titulaires de pensions de retraite et d'invalidité et aux préretraités n'est pas compensée ;

- cette moindre recette pour le budget de l'Etat a été compensée par une affectation au BAPSA d'une fraction nouvelle de C3S en 2001, qui permet de réduire à due concurrence la subvention d'équilibre versée par l'Etat.

L'article 7 relatif aux dispositions de financement de la réduction de la CSG par affectation d'une fraction de la taxe sur les conventions d'assurance à la CNAMTS, à la CNAF et au FSV a été déclaré non conforme à la Constitution par le Conseil constitutionnel à l'instar de l'article 3. Les recettes prévues, de 900 M€ pour la CNAMTS (20,8 % de la TCA), de 180 M€ pour la CNAF et de 200 M€ pour le FSV sont ainsi annulées en contrepartie de l'annulation de la dépense de 1,28 Md€ créée à l'article 3.

L'article 8 autorise la délégation de compétences entre unions de recouvrement. Le contrôle de l'application de la législation de sécurité sociale est confié aux organismes de recouvrement dont la circonscription est le plus souvent départementale. La multiplication des cas de dépassement du cadre initial de la compétence départementale a rendu nécessaire la délégation de compétences entre organismes.

Ce même article valide les contrôles en cours et susceptibles de recours, effectués par les URSSAF pour le compte d'autres URSSAF. Les modalités d'application sont prévues dans un décret du 25 octobre 2001.

L'article 9 simplifie les assiettes des cotisations sociales des non-salariés agricoles. Le dispositif retient deux assiettes de cotisations au lieu des quatre mises en place par la loi du 10 février 1994. Il a fait l'objet de deux décrets d'application en 2001.

L'article 10 fait passer de 3 à 5 ans la durée d'exonération de charges sociales dont bénéficient les jeunes agriculteurs. Ce texte a fait l'objet du décret du 8 mars 2001.

L'article 11 harmonise les périodes de référence prises en compte pour le calcul des cotisations sociales et de la CSG dues par les non-salariés agricoles. Il prévoit également que l'assiette forfaitaire utilisée en début d'activité fasse l'objet d'une régularisation lorsque les revenus professionnels sont définitivement connus. Enfin, il aligne les assiettes forfaitaires de début d'activité applicables pour la CSG sur les montants des

assiettes forfaitaires de début d'activité applicables pour les cotisations sociales. Cet article ne requiert pas de texte d'application.

L'article 12 comporte des dispositions relatives à la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S). Il permet, d'une part, l'admission en non-valeur de créances irrécouvrables de C3S antérieures au 1er janvier 1995. D'autre part, il prolonge jusqu'en 2001 l'utilisation de la comptabilité en encaissements-décaissements pour répartir la C3S entre certains régimes de sécurité sociale au prorata et dans la limite de leur déficit comptable.

L'article 13 pose le principe que la réduction des cotisations patronales ne s'applique pas sur les bas salaires aux cotisations dues au titre des indemnités de congés payés versées par les caisses de compensation. La Cour de cassation avait en effet reconnu en 2000 le droit pour les caisses de congés payés d'appliquer l'exonération de cotisations d'allocations familiales aux indemnités qu'elles versent pour le compte des employeurs.

Cet article a donc pour objet d'éviter rétroactivement tout risque d'extension de cette jurisprudence à la réduction dégressive des cotisations patronales sur les bas salaires. Il s'agit d'une disposition légale interprétative qui réserve les décisions de justice devenues définitives. Son application ne nécessite aucune mesure réglementaire.

L'article 14 ouvre le droit à l'allègement de cotisations patronales de sécurité sociale lié à la réduction du temps de travail aux entreprises appliquant des horaires d'équivalence. Il permet, d'une part, d'ouvrir l'allègement de cotisations sociales patronales lié aux 35 heures aux entreprises dont la durée du travail est considérée comme équivalente à la durée légale de 35 heures en application de dispositions réglementaires ou conventionnelles. Il adapte, d'autre part, le calcul de l'allègement de cotisations lié aux 35 heures pour les salariés des entreprises qui sont soumis à des dispositions spécifiques en matière de durée maximale du travail pour tenir compte de la rémunération mensuelle minimale. Sont concernés les salariés du secteur des hôtels, cafés et restaurants et ceux du transport routier.

Cet article permet aux entreprises concernées de bénéficier du niveau maximal de l'allègement 35 heures applicable aux salariés rémunérés 169 fois le SMIC. Ainsi, un décret du 2 mai 2002 fixe les modalités particulières de calcul de l'allègement pour les salariés des entreprises du secteur des hôtels, cafés et restaurants. Le décret concernant les personnels roulants des entreprises de transport routier de marchandises est en préparation.

CETTE SECTION N'A PAS APPELE DE REPOSE DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES

IV – L'assiette des cotisations sociales

Si le financement du régime général de la sécurité sociale s'est diversifié avec la montée en charge de la CSG et l'affectation à son profit de taxes et contributions diverses, les cotisations restent sa principale ressource. Entièrement déplafonnées à l'exception de la branche vieillesse, elles assurent environ les deux tiers du total des recettes ¹⁶¹.

Depuis l'origine, les cotisations sociales sont régies par trois principes : l'universalité de l'assiette, le calcul de celle-ci « au plus près » des rémunérations effectives et l'uniformité des taux. Au fil du temps, ces principes ont connu un nombre croissant de dérogations pour des montants significatifs et répondant à des objectifs différents et souvent complexes. Il n'est pas toujours facile d'apprécier leur incidence sur le volume des recettes ou d'évaluer la réalisation des objectifs affichés. En outre, ces dérogations sont souvent associées à des dépenses fiscales, directes ou indirectes, adoptées dans le même but. La Cour avait, l'an dernier, conduit de premières analyses sur les dépenses fiscales et leur incidence sur les prestations sociales. Les analyses qui suivent s'inscrivent dans le même ordre de préoccupation : prendre la mesure du manque à gagner pour l'Etat et la sécurité sociale, résultant de ces soustractions d'assiette, et fournir de premiers éléments pour une évaluation des coûts et avantages qui peuvent leur être associés.

Le rappel des principales dispositions sera suivi, lorsque cela aura été possible, d'une évaluation des pertes de recettes correspondantes. Les évaluations réalisées par la Cour doivent être considérées comme des ordres de grandeur des pertes de cotisations pour les régimes sociaux et de recettes fiscales pour l'Etat ^[7].

A – Les principes qui régissent les cotisations sociales

L'assiette des cotisations sociales est définie par l'article L. 242-1 du code de sécurité sociale, qui pose le principe suivant : *« pour le calcul des cotisations...sont considérées comme rémunérations toutes les sommes versées aux travailleurs en contrepartie ou à l'occasion du travail, notamment les salaires ou gains, les indemnités de congés payées, le montant des retenues pour cotisations ouvrières, les indemnités, primes, gratifications et tous autres avantages en nature, les avantages en nature, ainsi que les sommes perçues directement ou par l'entremise d'un tiers à titre de pourboire. »*

Les tribunaux - et notamment la Cour de Cassation - ont constamment veillé au respect de ce principe. Par ailleurs, le processus de généralisation entrepris par les pouvoirs publics et les partenaires sociaux a conduit à des assimilations nombreuses tendant à étendre l'assiette. Le calcul de l'assiette doit s'effectuer « au plus près », sans se référer à des approches forfaitaires. Il en résulte une importante production de textes réglementaires sur les modes de calcul d'éléments complexes de la rémunération.

Toutefois, devant la complexité particulière de l'établissement de l'assiette pour certaines professions, une assiette forfaitaire a été prévue en dérogation aux principes énoncés dans un but de simplification, dérogation qui peut aussi avoir pour conséquence une réduction des charges sociales.

L'uniformité des taux de cotisations résulte de l'article L. 241-1, qui dispose que les cotisations « sont proportionnelles aux rémunérations ou aux gains perçus par les assurés » et cela quels que soient le secteur, la localisation, la taille, les processus d'organisation des employeurs, d'une part, quel que soit le niveau de revenu (sous réserve du mécanisme des plafonds), d'autre part.

B – Les différents types de dérogations à l'universalité de l'assiette

En dépit de la diversité des objectifs, il est possible de classer les dispositifs selon les grands axes suivants :

- dispositifs ayant pour objectif de simplifier les procédures d'établissement des cotisations ;
- dispositifs à vocation générale, liés à la vie en entreprise ;
- dispositifs visant à faire participer les salariés aux bénéfices de l'entreprise, ou à encourager leur épargne ;
- dispositifs visant à compléter la protection sociale.

1 – Les dispositifs ayant pour objectif de simplifier les procédures d'établissement des cotisations

a) *L'adoption d'assiettes forfaitaires*

Elle est retenue pour certaines professions pour lesquelles la rémunération ne peut être contrôlée facilement (certains personnels des centres de vacances ou d'hébergement, personnel des cafés et restaurants pour leurs pourboires, formateurs occasionnels, vendeurs et démarcheurs à domicile, VRP multcartes, chauffeurs de taxis...). Elle prévaut également pour certains groupes à l'égard desquels, parallèlement au souci de simplification, est poursuivi l'objectif de réduction du coût du travail. C'est le cas des apprentis, des collaborateurs occasionnels du service public, des employés de maison et des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés en début d'activité.

b) *Le régime des frais professionnels*

Les frais professionnels (frais d'alimentation et d'hébergement, frais de transport et primes et indemnités pour frais divers) sont des dépenses à caractère spécial, inhérentes à la fonction ou à l'emploi, engagées régulièrement par le salarié, donnant droit au versement d'une prime, indemnité ou allocation ou à un remboursement par l'employeur et qui ne peuvent être exclues de l'assiette des cotisations que dans certaines limites et conditions.

Elles peuvent prendre trois formes différentes : dépenses réelles, allocations forfaitaires, abattement supplémentaire dans la limite de 7 622,45 € par année civile. Dans le souci d'alléger les charges de gestion des entreprises, et pour tirer la leçon de l'ampleur et de la fréquence des redressements consécutifs aux contrôles, une réforme du dispositif a été envisagée. Elle repose sur trois principes : la simplification (extension du régime des forfaits, simplification des règles et unification des barèmes) ; l'équité (actualisation des barèmes, suppression d'écarts injustifiés entre catégories de salariés) ; la neutralité globale de la réforme pour les entreprises et les recettes du régime général. Cette réforme vise en outre à prendre en compte, tant pour les frais professionnels que pour les avantages en nature, l'évolution des pratiques des entreprises (utilisation des NTIC, télétravail, mobilité à l'étranger). Il serait souhaitable qu'elle puisse être rapidement menée à son terme.

2 – Les dispositifs à vocation générale, liés à la vie en entreprise

a) *Les indemnités de fin de contrat, de départ à la retraite ou préretraite et de licenciement, et celles versées lors de la cessation d'activité de certains salariés*

Jusqu'aux lois de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2000, les sommes perçues à l'occasion de la rupture d'un contrat de travail constituaient un revenu imposable et soumis à cotisation sociale, mais la jurisprudence admettait la non-imposition d'une fraction des indemnités considérée comme la contrepartie du préjudice distinct de la perte de revenu. Si les lois précitées ont confirmé l'imposabilité et l'assujettissement aux cotisations sociales de ces indemnités, elles ont également institué de larges exceptions à ce principe.

Les indemnités de licenciement, celles versées aux salariés dont le contrat de travail est rompu à l'initiative de l'employeur aux motifs qu'ils remplissent les conditions d'âge et de durée d'assurance requises pour bénéficier d'une retraite à taux plein, sont exonérées de cotisations sociales et de l'impôt sur le revenu dans la limite du plus élevé de trois plafonds (montant prévu par des accords collectifs ou professionnels, ou par la loi, 50% des indemnités perçues, le double de la rémunération brute de la dernière année civile travaillée, sans pouvoir excéder la moitié de la première tranche de l'ISF, soit 0,36 M€). Un régime plus favorable est institué pour les départs qui interviennent dans le cadre d'un plan social, même lorsque le salarié en a eu l'initiative.

Enfin, les indemnités versées en cas de cessation d'activité de certains travailleurs salariés ne sont pas soumises au précompte des cotisations sociales ; contrairement aux dispositions de la loi de 1994, cette exonération n'est pas compensée par l'Etat.

b) *L'emploi de leurs dotations par les comités d'entreprise*

Les versements attribués aux salariés de l'entreprise de manière automatique et non personnalisée sont intégrés dans l'assiette des cotisations sociales. Les autres avantages - plus représentatifs d'une action sociale personnalisée - sont exclus de l'assiette.

c) *Les mesures facilitant la vie au travail des salariés*

Il s'agit des titres restaurants, des chèques vacances, des frais de transport entre le domicile et le lieu de travail, des dons d'ordinateurs. Ces mesures visent à établir une certaine égalité entre les salariés selon qu'ils bénéficient ou non des activités d'un comité d'entreprise, à alléger pour l'entreprise le coût de sa contribution aux frais de transport ou de l'équipement des salariés en matériel informatique.

Le régime socio-fiscal des chèques vacances est particulièrement complexe : l'exonération n'est admise que lorsque le comité d'entreprise participe à l'acquisition de chèques vacances en dehors de toute contribution patronale et, depuis la loi de juillet 1999, un statut spécifique existe pour les petites et moyennes entreprises. Réservée aux salariés dont le revenu fiscal n'excède pas, depuis la LFI pour 2002, 15 250 € pour la première part de quotient familial majoré de 3 250 € par demi part supplémentaire, cette mesure est la seule qui soit réservée aux ménages modestes.

3 – Les dispositifs de participation des salariés aux résultats et d'encouragement à l'épargne salariale

Les objectifs poursuivis ont varié dans le temps. A l'origine, il s'agissait de mettre en œuvre la philosophie d'association du capital et du travail. Ultérieurement, le souci apparaît d'aider les salariés à se constituer une épargne et de les inciter à la placer sur le moyen et le long termes. Certains ont vu dans la promotion de ces dispositifs le moyen pour les bénéficiaires de se constituer un complément de retraite ou de renforcer les fonds propres des entreprises. En fin de période, les pouvoirs publics, constatant qu'une partie de ces mécanismes - par nature inégalitaires puisque facultatifs - étaient peu mis en œuvre par les petites entreprises ont cherché à promouvoir des instruments de mutualisation qui leur en facilitent l'accès.

De leur côté, beaucoup d'entreprises ont trouvé un double intérêt à développer ces instruments : celui d'enrichir leur politique sociale (différenciation des évolutions salariales ; prise en compte des performances...) ; celui d'améliorer à bas coût la rémunération réelle de leurs salariés en profitant des exonérations de cotisations sociales et fiscales dont ces dispositifs bénéficient.

a) *Présentation de ces dispositifs*

Seule la participation est obligatoire pour les entreprises de plus de 50 salariés (3 % des entreprises au-dessous de ce seuil ont un accord de participation). Les autres dispositifs sont facultatifs, mais, afin d'en promouvoir la diffusion, une obligation de négocier a été instituée dans les entreprises où se sont constituées une ou plusieurs sections syndicales d'organisations représentatives au sens de l'article L 132-2 du code du travail. Si les entreprises ne sont pas couvertes par un accord de branche ou par un accord d'intéressement, et s'il existe un accord portant création d'un PEE, d'un PEI ou d'un PPESV, elles sont tenues d'engager chaque année une négociation sur un ou plusieurs de ces dispositifs. La loi du 19 février 2001 a ajouté à la liste des clauses que doivent contenir les conventions de branche pour pouvoir être étendues les modalités de mise en œuvre des dispositifs relatifs à l'intéressement des salariés, à la participation aux résultats et aux plans d'épargne d'entreprise. Malgré ces incitations, les dispositifs sont diffusés de façon très inégale.

Pour la plupart des dispositifs, les partenaires sociaux de l'entreprise déterminent librement les fonds qu'ils entendent distribuer. Différentes formules de répartition sont prévues ; la répartition proportionnellement au salaire semble dominante (sauf pour l'abondement de l'entreprise aux plans d'épargne). Les plafonds, collectif et individuel, qui limitent la distribution sont dans l'ensemble peu contraignants.

Bien que la constitution d'une épargne de moyen terme soit un des objectifs poursuivis par ces dispositifs, la disponibilité immédiate des sommes distribuées au titre de l'intéressement est prévue. Le placement de ces sommes est d'ailleurs encouragé par une exonération au titre de l'impôt sur le revenu, mais cette incitation est faible pour les ménages de revenu modeste ou moyen dont le taux marginal d'imposition est nul ou faible. Seules 27 % des sommes distribuées sont ainsi placées en épargne, la dispersion de ce taux en fonction du salaire n'étant pas connue.

Les sommes distribuées au titre de la participation sont indisponibles pendant cinq ans ; toutefois, un déblocage anticipé des droits est possible en cas de mariage, de naissance ou d'adoption d'un enfant de rang 3 ou plus, de divorce ou séparation avec enfant à charge, d'invalidité, de décès, de cessation du contrat de travail ou en cas de création d'entreprise, d'achat ou d'agrandissement du domicile.

Enfin, les sommes placées dans un plan d'épargne sont en principe bloquées pendant cinq ans (mais le plan peut prévoir des durées plus longues) avec possibilité de déblocage anticipé dans les mêmes cas que pour la participation.

b) *Un statut social et fiscal très favorable*

Les sommes distribuées sont exonérées de toutes les charges sociales, patronales et salariales (soit une réduction du coût de la distribution de l'ordre de 53 % des sommes versées). Elles sont par contre assujetties à la CSG et à la CRDS.

La participation est déductible de l'assiette de l'impôt sur les sociétés et les sommes revenant aux salariés sont exonérées de l'impôt sur le revenu, définitivement lorsqu'elles deviennent disponibles à l'expiration du délai de cinq ans ou en cas d'événement permettant le déblocage anticipé. Les produits du capital placé bénéficient des mêmes exonérations.

En ce qui concerne l'intéressement, si l'entreprise peut déduire les sommes versées des bases de l'impôt sur les sociétés, elles sont imposables à l'impôt sur le revenu pour les bénéficiaires, sauf s'ils décident de les affecter à un plan d'épargne dès lors qu'il en existe un au sein de l'entreprise.

Enfin, l'abondement au plan d'épargne d'entreprise est admis en déduction de l'assiette de l'impôt sur les sociétés ; il est exonéré d'impôt sur le revenu.

c) *Un taux de concours publics élevé*

Ces exonérations fiscales et sociales constituent des aides pour les salariés et des pertes de recettes pour l'Etat et les régimes sociaux. Elles peuvent représenter de 50 à 90 % des sommes distribuées, selon les caractéristiques du ménage bénéficiaire et de l'affectation de ces sommes à l'épargne ou à la consommation. Le taux d'aide varie avec le revenu selon une courbe en U : il est élevé pour les ménages modestes ; il est à son niveau le plus faible pour les ménages situés au-dessus du plafond des aides au logement ; il remonte ensuite avec le revenu. En valeur absolue, les aides publiques croissent très sensiblement avec le revenu puisque la majeure partie des sommes distribuées le sont de façon proportionnelle aux salaires.

4 – La protection sociale d'entreprise

La protection sociale en entreprise complète les régimes légalement obligatoires de sécurité sociale. Elle porte sur la prévoyance (risques décès, incapacité et invalidité d'une part, remboursement de frais de soins d'autre part) et la retraite. Les garanties sont souscrites auprès d'opérateurs divers (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurances). L'employeur participe le plus souvent au financement des cotisations et primes. On distingue les contrats obligatoires (ils s'appliquent automatiquement à tous les salariés - ou catégories de salariés) et les contrats facultatifs (les salariés sont libres d'adhérer ou non).

Cette protection complémentaire est importante (environ 23Md€) et s'est développée en partie grâce à son statut fiscal et social qui abaisse le coût d'acquisition des garanties par de très larges exonérations. Malgré sa diffusion progressive et la convergence relative des garanties souscrites, la protection sociale complémentaire en entreprise reste inégalitaire en termes de taux de couverture et de niveau de garantie.

a) *Le champ de la protection sociale d'entreprise exonérée*

Les opérations de prévoyance visées sont celles définies par le code de la sécurité sociale : « la couverture des risques décès, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité, des risques d'inaptitude et du chômage ainsi que la constitution d'avantages sous forme de pensions de retraite, d'indemnités ou de primes de départ en retraite ou de fin de carrière ». Des compléments aux prestations familiales (par exemple une indemnisation du congé parental) en sont donc exclus. Deux points appellent une clarification : l'assurance dépendance entre-t-elle dans le champ de la prévoyance et peut-elle bénéficier dès lors de son statut social et fiscal ? D'autre part, depuis leur départ des régimes de chômage vers les retraites, les cotisations à l'AGFF^[8] devraient, semble-t-il, lorsqu'elles dépassent les plafonds, être décomptées dans les cotisations intégrées dans les assiettes sociales et fiscales. L'AGIRC et l'ARRCO, considérant que ce transfert était de pure forme, ont indiqué aux employeurs qu'il convenait de ne pas en tenir compte. Les administrations de tutelle ont gardé le silence.

b) *Le statut social*

La contribution des employeurs destinée au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance est exclue de l'assiette des cotisations dans la limite de 85 % du plafond de la sécurité sociale. A l'intérieur de cette fraction, la part des contributions destinée au financement des prestations complémentaires de prévoyance ne peut excéder 19% de ce plafond. Cette exonération s'applique à tout contrat en entreprise, qu'il soit obligatoire (tous les salariés d'une, de plusieurs ou de toutes les catégories de personnel de l'entreprise) ou qu'il soit à adhésion facultative. Elle est acquise sans considération des caractéristiques des régimes mis en place (niveaux de garantie, partage de la cotisation entre l'entreprise et le salarié, conditions de stage...).

Le plafond a toujours été fixé de manière à couvrir non seulement les cotisations affectées aux retraites complémentaires légalement obligatoires (ARRCO et AGIRC) mais aussi les contributions aux régimes facultatifs de retraite et de prévoyance.

Il est actuellement fixé à 24 000 € pour le plafond global et 5 362 € pour le plafond spécifique de la prévoyance :

- compte tenu des cotisations légales aux régimes de retraite complémentaire ARRCO et AGIRC (aux taux d'appel^[9]), le plafond global est atteint pour un salaire brut de 210 000 € (7,44 fois le plafond). Seuls 0,4 % des 3,3 millions de cadres (13 200 personnes environ) ont un salaire tel que les cotisations de retraite obligatoire « saturent » le plafond ;
- le plafond (prévoyance) de 5 362 € ne joue que lorsque l'entreprise contribue de façon sensible à des garanties très « haut de gamme » pour les frais de soins et les risques « longs » (décès, invalidité, incapacité) ;

- l'exonération des cotisations actuelles aux régimes ARRCO et AGIRC majorées des garanties « usuelles de prévoyance », n'est plafonnée qu'à partir d'un salaire de 6,52 fois le plafond. Ce niveau s'abaisse à 5,90 fois le plafond si l'on prend en compte les cotisations AGFF ;
- le nombre de salariés dont la rémunération se situe au-dessus de ces niveaux est faible (plus de 97 % des cadres ont un salaire inférieur à quatre fois le plafond).

c) Le statut fiscal de la protection sociale en entreprise

Selon l'article 83 du CGI, les cotisations versées par l'entreprise et le salarié font partie du revenu imposable. Toutefois, l'article 83-2 prévoit que « les cotisations et primes versées aux organismes de retraite et de prévoyance complémentaires auxquels le salarié est affilié à titre obligatoire sont déductibles du revenu imposable », et ce dans la limite de certains plafonds ^[10]. Cette déduction ne s'applique à la protection sociale en entreprise que si le contrat est obligatoire pour une, plusieurs ou toutes les catégories de salariés de l'entreprise. Les contributions ne sont donc pas déductibles en cas de contrat à adhésion facultative.

Par ailleurs, l'exonération fiscale rétroagit sur les prestations sociales pour lesquelles la base de ressources qui détermine leur montant est le revenu imposable. C'est le cas des prestations suivantes :

- l'allocation de logement (beaucoup d'allocataires bénéficient indirectement de cette rétroaction, compte tenu de la forte proportion de salariés qui reçoivent une allocation logement) ;
- l'APJE, le complément familial et l'ARS. L'avantage associé est significatif, mais ne bénéficie qu'à un nombre restreint de ménages ;
- les bourses d'enseignement ;
- la taxe d'habitation.

Il convient, enfin, de prendre en considération les trois éléments suivants :

- les contrats de protection complémentaire sont, en grande partie, exonérés de la taxe sur les conventions d'assurance (la dépense fiscale est de l'ordre de 2,3 Md€) ;
- la contribution patronale pour les risques de prévoyance (sauf les contributions affectées au maintien du salaire en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident) supporte une taxe de 8 % affectée à la sécurité sociale ;
- les opérateurs supportent sur les contrats de remboursement de soins une taxe de 1,75% qui alimente le fonds de financement de la CMU.

d) Les taux d'aides sociales et fiscales

Le taux des concours publics varie fortement suivant le régime juridique de la couverture complémentaire.

Pour les contrats obligatoires, les concours publics sont élevés et diminuent significativement le coût de la couverture complémentaire : ils représentent environ 50 % du coût de référence et varient peu avec le revenu. Ils sont les plus élevés pour les ménages modestes compte tenu de l'avantage d'aide au logement et pour les ménages titulaires de hauts revenus (l'incidence de la progression du taux marginal d'imposition faisant plus que compenser la baisse du taux d'exonération des charges sociales du régime).

Le poids relatif de chacun des avantages varie :

- pour les petits revenus, l'exonération de la taxe sur les conventions d'assurance représente 17% des concours, le surcroît d'aide au logement 48,3% ; l'exonération de charges sociales (nette de la taxe sur la prévoyance) 34,7 % ;
- pour les hauts revenus, l'exonération d'impôt sur le revenu est l'élément majoritaire (59 % pour un revenu égal ou supérieur à 4 fois le plafond) ;
- la place de l'exonération de charges sociales (nette de la taxe sur la prévoyance) varie de façon heurtée (elle est maximale au niveau du plafond et diminue ensuite avec la progression du salaire).

Pour les couvertures à adhésion facultative, les concours publics sont divisés par deux environ : 28 à 25 % de la prime de référence. La variation avec le revenu présente les mêmes caractéristiques qu'en couverture obligatoire. Avec l'assujettissement à l'impôt sur le revenu des cotisations, les ménages les plus modestes ne bénéficient plus d'un avantage en matière d'allocation de logement.

Pour les contrats de couverture individuelle, l'exonération de la taxe sur les conventions d'assurance est le seul concours ; elle représente uniformément 8,3 % de la prime de référence.

La prise en compte du régime de taxation des prestations modifie la situation relative des types de couverture décrits ci-dessus. Seules certaines prestations en espèces supportent l'impôt sur le revenu et leur assujettissement fiscal vient en déduction des concours publics. Deux catégories en bénéficient plus particulièrement : les ménages aisés dont le taux marginal d'imposition est élevé ; les ménages modestes dont l'allocation logement de l'année suivant la perception des prestations est diminuée à raison de l'intégration de ces prestations dans le revenu imposable.

Mais le poids des prestations imposables dans le total des prestations de prévoyance est faible. Leur taxation ne compense pas - et de loin - la différence de concours publics.

C – L'évaluation des pertes de recettes pour l'Etat et la sécurité sociale

Les soustractions ou aménagements d'assiette, malgré leur ampleur, n'ont jamais fait l'objet d'une évaluation systématique et rigoureuse. Les montants ne sont connus le plus souvent qu'indirectement ou à partir d'évaluations partielles. En l'absence d'études sur les populations bénéficiaires, les avantages consentis ne peuvent être connus avec précision. L'impact sur le comportement individuel d'épargne des salariés des dispositifs d'intéressement, de participation ou d'épargne salariale comme de la protection sociale d'entreprise n'a fait l'objet que d'études partielles alors même que des projets de réforme sont évoqués, visant à créer des dispositifs de même inspiration, notamment en matière de fonds de pension.

1 – Les pertes de recettes des dispositifs liés à la vie de l'entreprise

Les pertes de recettes imputables aux assiettes forfaitaires, aux frais professionnels, aux indemnités de cessation d'activité ou de licenciement, enfin aux avantages en nature liés à la vie au travail ne peuvent être connus directement. Dans le cas des assiettes forfaitaires, celles-ci ont justement pour objet de contourner les difficultés de saisie de l'assiette réelle. Dans les autres cas, du fait du caractère déclaratif des cotisations, les

bordereaux adressées aux URSSAF lors du versement des cotisations ne comportent par définition que les éléments nécessaires à la liquidation des sommes dues. Les éléments de l'assiette exonérés ne sont donc pas déclarés et les redressements éventuellement effectués à l'issue des contrôles ne permettent pas d'approcher le principal exonéré. Les informations sont très lacunaires pour les indemnités de cessation d'activité ou de licenciement.

Toutefois, certains éléments peuvent être connus par l'intermédiaire des organisme gestionnaires : c'est le cas des titres restaurants, des chèques vacances ou du versement transport. Pour les comités d'entreprises, on a fait l'hypothèse que le tiers de leur dotation était exonéré de cotisations.

Sous ces hypothèses, les exonérations de cotisations représenteraient une charge de 1,75 Md€ dont environ 70 % pour le régime général et les dépenses fiscales recensées s'élèvent à 0,25 Md€

2 – Participation aux résultats, épargne et protection sociale complémentaire

a) *Participation, intéressement et épargne salariale*

L'enquête de la DARES sur les accords d'intéressement et de participation constitue une source statistique satisfaisante pour cette évaluation. Le tome II des voies et moyens du projet de loi de finances initial fournit par ailleurs une estimation de la dépense fiscale.

Md€

-	Assiette	Exonérations de charges sociales (1)	Dépense fiscale
Participation	3,6	1,9	0,6
Intéressement	3,4	1,8	0,2
Epargne salariale	0,6	0,3	0,2
Total	7,6	4,0	1,0

(1) dont près de 70 % pour le régime général

Source : Cour des comptes

L'incidence sur les allocations logement pourrait être de 380 M€ (dont 80 % à la charge du régime général).

Les concours publics directs seraient de 5,38 Md€ soit près de 70 % des sommes distribuées.

Il conviendrait d'ajouter à ces données la dépense fiscale liée à l'exonération complète des revenus de l'épargne en entreprise pour l'établissement de l'impôt sur le revenu.

b) *La protection sociale d'entreprise*

Les données rassemblées auprès de la Fédération française des sociétés d'assurance, de la Fédération nationale de la mutualité française et de la Commission technique des institutions de prévoyance ont permis d'établir une première évaluation des montants consacrés à la protection sociale d'entreprise et de ses implications sociales et fiscales.

La couverture complémentaire représenterait 38,4 Md€ de primes et cotisations (pour 26,3 Md€ de prestations). Le montant total des cotisations se répartit en 25,4 Md€ de couverture en entreprise et 13 Md€ de couverture individuelle (y compris les non salariés).

Si on retient un taux de 60 % de contribution de l'entreprise, l'apport des employeurs s'élève à 15,24 Md€

Sur cette base et pour une réduction du coût moyen de la distribution de 53 %, la perte de recettes peut être estimée à 8,07 Md€ dont 5,6 pour le régime général. Le surcroît d'aides au logement (partagé entre la CNAF pour les ménages ayant des enfants à charge et l'Etat pour les autres allocataires) serait de l'ordre de 0,9 Md€

Sur le plan fiscal, l'exonération des primes et cotisations pour le calcul de l'impôt sur le revenu représente environ 2,8 Md€

Les exonérations, qui ont progressivement réduit le champ d'application de la taxe instituée en 1944 sur les conventions d'assurance, représentent une dépense fiscale de 2,29 Md€

En regard de ces pertes de recettes, il faut tenir compte :

- de deux taxes spécifiques : la taxe sur la prévoyance instituée en 1996 au taux de 6 % porté en 1998 à 8 % (recette: 450 M€) ; une partie de la taxe de 1,75 % des contrats de frais de soins destinés au Fonds de financement de la CMU (recette : 155 M€),
- de la taxation des prestations versée en contrepartie des cotisations aux régimes complémentaires facultatifs (recette estimée à 660 M€).

Sous ces hypothèses, le bilan s'établirait comme suit :

En M€

	Tous régimes sociaux	Etat
-		
Exonérations sociales	8 073	-
Exonérations fiscales	-	2 800
Allocation de logement	720	180
Taxe sur conventions d'assurance	-	2 290
Taxe sur la prévoyance	- 450	-
Taxe sur fonds de financement CMU	- 155	-
IR sur prestations versées	-	- 660
Total	8 188	4 610

Source : Cour des comptes

3 – Le bilan d'ensemble

En M€

	Etat	Régime général	Autres régimes sociaux	Total
-				

Vie en entreprise	250	1 225	525	2 000
Participation, intéressement, épargne	-	-	-	-
Protection complémentaire	1 076	3 104	1 200	5 380
Total	5 936	10 094	4 148	20 178

Source : Cour des comptes

Le tableau ci-dessus indique le bilan d'ensemble des dispositifs qui, sous forme de soustraction d'assiette, dérogent aux règles sociales et fiscales de droit commun :

- pour le régime général : perte de recettes et surcroît d'aides au logement ;
- pour les autres régimes sociaux : perte de recettes ;
- pour l'Etat : dépenses fiscales ou assimilées et surcroît d'aides au logement.

SYNTHESE

Les dispositifs relatifs aux exonérations d'assiette sont très variés par leurs techniques et leurs objectifs. Ils présentent cependant des caractéristiques communes. Comme ils sont, pour l'essentiel, facultatifs et mis en place au sein des entreprises, ils sont par nature inégalitaires, qu'il s'agisse de leur diffusion (part de la population salariée concernée), de l'ampleur des garanties qu'ils offrent, du statut de leurs bénéficiaires (cadres ou non cadres) et de leur coût (inégalité dans l'ampleur de la contribution des entreprises).

Ces dispositifs représentent une part croissante du coût du travail pour les entreprises. L'importance des exonérations consenties explique leur développement, les entreprises pouvant être conduites à privilégier ces dispositifs plutôt que le versement d'un salaire soumis à cotisation sociale et fiscale. Leur développement constitue ainsi une « menace » pour les régimes de base.

Par ailleurs, comme les plafonds, qui limitent la distribution de ces avantages pour les salariés les plus aisés, sont peu contraignants, une partie importante de leur rémunération est ainsi acquise avec un régime social et fiscal extrêmement avantageux.

Pour le seul régime général, ces soustractions d'assiette se traduisent par d'importantes pertes de recettes, dont l'évaluation atteint 10,1 Md€, soit 9 % des cotisations du secteur privé.

C'est l'objet même de ces mesures qui justifient le fait qu'elles ne respectent pas les principes, rappelés plus haut, qui fondent les mécanismes généraux de financement de la sécurité sociale. Aussi l'importance des masses financières en jeu justifie-t-elle que leur impact financier et les populations bénéficiaires soient mieux connus et fassent l'objet d'une évaluation régulière.

RECOMMANDATIONS

Développer les études sur l'évaluation des mesures d'exonération ou de soustraction d'assiette.

Publier en annexe de la loi de financement de la sécurité sociale un état des dispositifs affectant l'assiette des cotisations sociales et de leur coût.

Clarifier le statut au regard de l'assujettissement aux cotisations sociales de l'assurance dépendance et des cotisations à l'AGFF.

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES

^[11]. Après réimputation à l'exercice 2000 des produits à recevoir comptabilisées en 2001.

^[12]. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2001.

^[13]. Si ce chiffre est corrigé de la sous-estimation de produits à recevoir au titre de 2000 (1,1 Md€) et de la surestimation au titre de 2001 (260 M€), les cotisations de l'année 2001 sont de 167,6 Md€(+ 4,5 % par rapport à 2000).

^[14]. En 2001, les taux de la CSG s'établissaient donc comme suit : CNAF (1,1 %), maladie (5,25 %), FSV (1,15 %).

^[15]. Ce chiffre comprend principalement les cotisations des salariés et la CSG, mais aussi les cotisations familiales des indépendants, le versement transport en région parisienne : les encaissements sont donc supérieurs au montant des recettes de cotisations et de CSG.

^[16]. L'évolution des recettes depuis 1980 est décrite dans le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2001.

^[17]. La Cour étudiera l'an prochain l'assiette des cotisations dues au titre des rémunérations perçues par les agents des différentes fonctions publiques.

^[18]. Association pour la gestion du fonds de financement.

^[19]. Les cotisations correspondant au différentiel entre le taux d'appel et le taux contractuel constituent une contribution au financement de prestations complémentaires de retraite et sont donc exonérées.

^[10]. Dans l'hypothèse où la contribution de l'employeur est égale à 60 % des primes.

Chapitre II

Les dépenses de la sécurité sociale en 2001

PRÉSENTATION

Les dépenses des régimes de base de la sécurité sociale, au sens de la loi de financement, se sont élevées à 297,6 Md€ en 2001, après 284,5 Md€ en 2000, soit une progression de 4,6 %. Elles s'élevaient à 294,7 Md€ dans la loi de financement initiale pour 2001 et à 297,7 Md€ dans la LFSS révisée.

L'année 2001 met en évidence, comme les années passées, les évolutions contrastées des dépenses des différentes branches : à la modération des dépenses de la branche famille (+ 3,7 %) peut être opposée la forte croissance des dépenses d'assurance maladie dans le champ de l'ONDAM (+ 5,6 %). Les dépenses de la branche vieillesse progressent de 4,1 %, en raison du coup de pouce décidé en 2001.

Le chapitre dresse, en premier lieu, un bilan de l'évolution des dépenses sociales, au sens de la loi de financement, depuis cinq ans. En second lieu, il analyse l'évolution des dépenses observées en 2001, en insistant sur les dépenses d'assurance maladie. Comme les années précédentes, l'ONDAM arrêté par le Parlement pour 2001 (105,9 Md€) a été largement dépassé (108,7 Md€) en exécution, ce qui pose la question de l'efficacité des dispositifs de régulation : les dépassement concernent, en effet, tous les postes de dépenses, hormis les dépenses d'honoraires des généralistes.

On étudie ensuite, de façon approfondie, les enveloppes de dépenses des hôpitaux et des cliniques privées. Enfin, le chapitre analyse plus particulièrement la manière dont les dépenses du secteur médico-social (personnes âgées et handicapés) sont traitées dans l'ONDAM.

Les évolutions observées en 2001 confirment le constat établi par la Cour les années passées : les prévisions sont largement déficientes et les instruments mis en œuvre pour réguler les dépenses inefficaces.

Dépenses dans le champ de la LFSS (en encaissements-décaissements)

En Md€

	<i>LFSS 2001 initiale</i>	<i>LFSS 2001 révisée</i>	<i>Réalisation 2001</i>	<i>Ecart avec LFSS initiale</i>
<i>Total dépenses</i>	294,7	297,7	297,6	2,9
<i>dont :</i>				
<i>- maladie maternité</i>	117,3	120,1	120,4	3,1
<i>- accidents du travail</i>	8,6	8,8	8,5	- 0,1
<i>- vieillesse</i>	126,6	126,7	126,9	0,3
<i>- famille</i>	42,2	42,1	41,8	- 0,4

I - L'évolution des dépenses de la sécurité sociale depuis cinq ans

La première année pour laquelle, à la suite des ordonnances de 1996, une loi de financement de la sécurité sociale a été votée est 1997, et le présent rapport analyse l'application de la loi de financement pour 2001. 1997-2001 constitue une période de cinq ans, sur laquelle il est possible et instructif de retracer des évolutions de moyen terme.

Les évolutions retracées le sont dans le cadre de la loi de financement, et non dans celui des comptes nationaux, qui était celui des analyses du chapitre préliminaire, qui, lui aussi, traitait des évolutions de moyen terme. Le rapprochement est donc périlleux, pour l'essentiel en raison de différences de nomenclature : comme on le sait, le périmètre de la sécurité sociale n'est pas le même dans les deux systèmes de comptes, celui de la comptabilité nationale et celui de la sécurité sociale, et la loi de financement de la sécurité sociale a ajouté un troisième périmètre, qui lui est spécifique³. La Cour a, à de multiples reprises, décrit les différences entre ces cadres et souhaité que des éléments de passage soient établis de l'un à l'autre pour faciliter les lectures et les diagnostics. Cela reste encore très difficile à l'heure actuelle et il vaut donc mieux lire la présente évolution de moyen terme des dépenses de façon autonome.

Deux enseignements majeurs se dégagent de l'examen des dépenses depuis 1997, tel que retracé dans les tableaux et graphiques joints.

D'abord, les dépenses ont excédé les objectifs chaque année depuis 1998, de l'ordre de 1,5 à 2,5 Md€ par an. Au total, en cumulant ces dépassements sur cinq ans, l'excès de dépenses représente près de 10 Md€.

3. Sur les différences entre tous ces cadres, voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2001, et le schéma, assorti de commentaires, du rapport de septembre 2000. Il faut rappeler que, du point de vue quantitatif, la principale caractéristique du cadre retenu par la loi de financement concerne le périmètre de la branche vieillesse : la loi de financement couvre tous les types de retraités (ceux du régime général, les non-salariés, ceux des régimes spéciaux, y compris les fonctionnaires), mais ne couvre pas les régimes complémentaires, même obligatoires ; l'AGIRC et l'ARRCO ne sont donc pas dans son champ. Du point de vue des dépenses, cela signifie que les retraites des salariés du régime général ne sont pas entièrement retracées dans la loi, puisque n'y figurent que celles versées par le régime général, et non celles versées par l'ARRCO et l'AGIRC en particulier (ce qui représente de l'ordre de 30 Md€).

Pour la seule branche maladie, l'écart entre objectif et dépense effective, plus sensible que sur l'ensemble de la sécurité sociale, est de 8,6 Md€ au total sur quatre ans, c'est-à-dire 2,15 Md€ par an. L'ordre de grandeur est le même quand on retient, au lieu de l'objectif des dépenses de la branche maladie, l'ONDAM : le dépassement de l'ONDAM a été de 2,15 Md€ par an en moyenne et il est plus important en fin de période qu'au début (2,8 Md€ en 2001 contre 1,4 en 1998).

La programmation pluriannuelle des finances publiques prévoyait une diminution progressive du poids des dépenses publiques dans le PIB pour la ramener à 50 % de la richesse nationale, niveau proche de la moyenne communautaire. La vigueur de la croissance observée sur la période (2,8 % en volume par an en moyenne) rendait cet objectif crédible. Or, la part de l'ensemble des dépenses de la sécurité sociale dans le PIB (dans le périmètre de la loi de financement) a légèrement diminué : elle représentait 20,6 % du PIB en 1997 ; elle est de 20,3 % en 2001. En revanche, pour les seules dépenses d'assurance maladie, la progression a été sensible, puisqu'elles ont crû, de 1997 à 2001, au total, de 19,1 %, contre 17 % pour le PIB.

Le second enseignement majeur de ces évolutions sur cinq ans se dégage d'une comparaison entre les trois principales branches de la sécurité sociale (donc en mettant à part celle des accidents du travail et des maladies professionnelles) : depuis 1997, la croissance des dépenses vieillesse et celle des dépenses maladie ont été proches, et proches de la croissance du PIB, tandis que celle des dépenses de la branche famille a été beaucoup plus faible. Cette divergence est assez bien connue et résulte de phénomènes que l'analyse annuelle met en lumière (cf. ci-dessous). L'observation sur le moyen terme permet d'en prendre la mesure : de 1997 à 2001, les dépenses de la branche famille ont augmenté de 7,2 %, contre 15,4 % (vieillesse), 19 % (ONDAM), 15,1 % (ensemble de la sécurité sociale), 17 % (PIB). Si l'on préfère retenir un concept décrivant mieux la politique familiale que l'ensemble des dépenses de la branche famille (qui recouvrent aussi l'AAH, l'AVPF et les charges de gestion), le constat est inchangé : cet agrégat – prestations familiales et dépenses d'action sociale en direction des familles – a augmenté de 7 %, soit 1,7 % par an.

Les dépenses des régimes de base dans le champ LFSS (en Md€)					
Objectifs	1997	1998	1999	2000	2001
Maladie-Maternité-Invalidité	100,9	103,4	106,4	111,4	117,3
Accidents du travail	8,4	7,8	8,2	8,4	8,6
Vieillesse-Veuveage (1)	110,8	115,1	119,1	122,4	126,6
Famille (2)	36,8	37,6	39,2	40,2	42,2
Total des dépenses	256,9	263,9	272,7	282,4	294,7
<i>ONDAM (rappel)</i>	<i>91,5</i>	<i>93,6</i>	<i>96,0</i>	<i>100,4</i>	<i>105,9</i>
Réalisations	1997	1998	1999	2000	2001
Maladie-Maternité-Invalidité	101,1	104,7	107,6	114,2	120,4
Accidents du travail	8,4	7,8	8,0	8,1	8,5
Vieillesse-Veuveage (1)	110,0	114,9	118,6	121,9	126,9
Famille (2)	39,0	38,6	39,8	40,3	41,8
Total des dépenses	258,5	266,0	274,0	284,5	297,6
<i>ONDAM (rappel)</i>	<i>91,4</i>	<i>95,1</i>	<i>97,6</i>	<i>103,0</i>	<i>108,7</i>
Pour mémoire : PIB (3)	1 251,2	1 305,9	1 355,1	1 416,9	1 463,7

Sources : rapports de la Cour et direction de la sécurité sociale

(1) Ensemble des régimes de retraite de base comptant plus de 20 000 cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres, c'est-à-dire à l'exception des régimes complémentaires obligatoires (notamment AGIRC et ARRCO).

(2) Les dépenses de la Famille qui apparaissent dans la LFSS comprennent l'AAH et l'AVPF.

(3) Source : INSEE.

CETTE SECTION N'A PAS APPELÉ DE RÉPONSE DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES

II - Les dépenses d'assurance maladie

L'ONDAM et ses composantes

La loi du 22 juillet 1996 a prévu que, chaque année, la loi de financement de la sécurité sociale fixe, pour l'ensemble des régimes obligatoires, un objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour l'année suivante. Un tel objectif a été déterminé, la première fois, pour les dépenses de 1997.

Cet objectif ne constitue pas une enveloppe limitative, mais un outil de suivi et de régulation des dépenses d'assurance maladie. Après son vote par le Parlement, il est décliné en quatre sous-objectifs pour la métropole (soins de ville, établissements sanitaires publics, établissements médico-sociaux, cliniques privées), auxquels s'ajoutent des évaluations des prestations remboursées, d'une part, aux Français résidant à l'étranger et, d'autre part, dans les DOM, ainsi qu'une marge de manœuvre qui peut venir, en cours d'année, abonder certaines des enveloppes en fonction de l'évolution réelle des dépenses.

Depuis la LFSS pour 2000, l'objectif de dépenses de soins de ville (ODSV) est lui-même décomposé entre un objectif de dépenses déléguées (ODD), dont la gestion est déléguée à la CNAMTS, et un poste « autres soins de ville » géré par l'État. L'ODD comprend les honoraires des professions de santé et les transports sanitaires. Les « autres soins de ville » comprennent les médicaments, les dispositifs médicaux et les indemnités journalières versées en cas d'arrêt de travail. Le Comité économique des produits de santé, outre la fixation des prix des médicaments et des dispositifs médicaux, doit assurer un suivi périodique des dépenses afférentes à ces produits afin de constater si leur évolution est compatible avec le respect de l'ONDAM. Il peut, lorsque le seuil d'augmentation des dépenses fixé par la LFSS est dépassé, négocier avec les laboratoires pharmaceutiques des remises et des baisses de prix, qui les exonèrent de la contribution prévue par la loi en cas de dépassement du seuil.

L'enveloppe établissements médico-sociaux comprend elle-même deux sous-enveloppes, une « personnes âgées » et l'autre « personnes handicapées ».

A – L'évolution d'ensemble des dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM

1 – Le dépassement de l'ONDAM

Pour 2001, la loi avait fixé l'objectif national de dépenses d'assurance maladie à 105,70 Md€, ce qui correspondait en données brutes à 105,97 Md€⁴. Les dépenses effectives se sont élevées à 108,77 Md€ pour cette même année.

L'objectif a donc été dépassé de 2,80 Md€. La croissance des dépenses a atteint 5,6 % par rapport aux dépenses effectives de 2000.

Le tableau ci-après compare, pour l'ONDAM lui-même et pour ses différentes composantes, les dépenses effectives de 2000, l'objectif initial de 2001 et les dépenses effectives de 2001 :

4. Le montant brut correspond au montant net majoré de 0,27 Md€ au titre de la remise à verser par l'industrie pharmaceutique.

ONDAM 2001 et réalisations 2001
(avant déduction de la remise de l'industrie pharmaceutique⁵)

En Md€

	Réalisations 2000	Objectif 2001	Réalisations 2001	Dépassement	2001/2000 (%)
Total soins de ville	47,04	47,91	50,42	2,51	7,2 %
ODD	22,18	22,85	23,45	0,60	5,7 %
Autres soins de ville	24,86	25,06	26,97	1,91	8,5 %
Total établissements	53,44	55,51	55,56	0,05	4,0 %
Etablissements sanitaires publics	39,88	41,14	41,37	0,24	3,7 %
Etablissements sous DG	39,07	40,48	40,68	0,20	4,1 %
Autres établissements sanitaires	0,68	0,60	0,63	0,03	NS ⁶
Honoraires du secteur public	0,13	0,06	0,06	0,00	NS
Médico-social	7,11	7,70	7,56	- 0,14	6,3 %
Enfance inadaptée, adultes handicapés	4,74	5,05	5,05	0,00	6,6 %
Personnes âgées	2,37	2,65	2,50	- 0,14	5,8 %
Cliniques privées	6,45	6,67	6,64	- 0,03	3,0 %
ONDAM métropole	100,48	103,41	105,98	2,57	5,5 %
Prestations DOM	2,37	2,38	2,57	0,19	8,7 %
Ressortissants français à l'étranger	0,16	0,19	0,21	0,03	31,8 %
ONDAM total	103,01	105,97	108,77	2,80	5,6 %

Source : Direction de la sécurité sociale

Les dépenses sont inférieures aux objectifs pour deux composantes : les établissements médico-sociaux (de 1,8 %) et les

5. Cette remise a été de 0,14 Md€ en 2000 au titre de 1999 et de 0,27 Md€ en 2001 au titre de 2000.

6. Les chiffres de 2000 et 2001 ne sont pas comparables du fait de transferts intervenus dans les statistiques de la CNAMTS entre 2000 et 2001 ; les taux d'évolution, tous régimes, corrigés des transferts, sont respectivement de 7 % et 3,2 % pour les autres établissements sanitaires et les honoraires du secteur public.

cliniques privées (de 0,3 %). En revanche, elles excèdent fortement l'objectif pour les soins de ville (de 5,9 %), que ce soit pour l'objectif délégué (de 2,6 %) ou pour les autres soins de ville (de 8,9 %). Un dépassement est également constaté pour les dépenses des établissements sanitaires publics (de 0,6 %). Or, ces deux composantes représentent de l'ordre de 90 % des dépenses totales.

En outre, le calcul des dépenses imputées sur l'ONDAM 2001 ne prend pas en compte deux éléments importants.

D'une part, les dépenses financées sur l'enveloppe des établissements sanitaires publics ne reflètent pas totalement la croissance des dépenses hospitalières. Comme les années précédentes, une partie de ces établissements a, en effet, pratiqué des reports de charges de 2001 sur 2002. Les données disponibles tendent à montrer que ces reports auraient augmenté de 14 % entre fin 1999 et fin 2000 et de 41 % de fin 2000 à fin 2001, soit de 134 M€ en deux ans.

Par ailleurs, des problèmes techniques dans le démarrage d'un nouveau système de liquidation des indemnités journalières semblent avoir entraîné des retards de liquidation qui expliquent le rythme de croissance de ces indemnités de 15,7 % constaté sur les quatre premiers mois de 2002, contre 9,1 % en 2001.

2 – La détermination de l'ONDAM 2001 et de ses composantes

Dans son rapport de septembre 2001, la Cour avait déjà noté qu'une régulation ne peut être crédible et donc efficace que si elle s'appuie sur des objectifs réalistes. Or, dès le départ, le respect de l'objectif 2001 était peu vraisemblable.

Certes, devant l'évidence que l'objectif 2000 serait dépassé, les pouvoirs publics avaient admis le principe de « rebaser » l'objectif, comme la Cour l'avait estimé inéluctable, c'est-à-dire de le calculer sur la base d'une prévision des dépenses réelles de 2000.

Cependant, cette prévision, effectuée au moment de l'adoption par le Gouvernement du projet de loi de financement pour 2001, a été trop faible. L'ONDAM fixé pour 2001 n'était supérieur que de 2,6 % aux dépenses effectives de 2000, alors qu'elles avaient crû de 5,6 % en 2000. Le respect de l'objectif supposait donc que le rythme de croissance des dépenses fléchisse de plus de moitié.

Le problème était particulièrement manifeste pour les soins de ville. Le simple maintien du niveau de dépenses atteint à fin 2000 représentait à lui seul un « acquis » de croissance de 2,5 % pour les soins

de ville et de 2,2 % pour les dépenses entrant dans le champ de l'objectif délégué.

Le respect de l'objectif soins de ville tel que fixé pour 2001 supposait donc une régression de 1,25 % des dépenses par rapport au niveau atteint à fin 2000 ; celui de l'objectif délégué supposait que les remboursements entrant dans ce champ n'augmentent que de 0,8 %, contre 5,5 % en 2000.

Ce scénario était d'autant plus improbable qu'à cet acquis de croissance à fin 2000 s'ajoutait inéluctablement l'effet d'autres facteurs de hausse, évalués globalement à 2,3 % par la CNAMTS : l'effet démographique (vieillesse et augmentation de la population), l'achèvement de la montée en puissance de la CMU.

Ces différents éléments montrent la nécessité d'un plus grand réalisme des prévisions et d'une information plus complète du Parlement sur les tendances d'évolution des dépenses lorsqu'il se prononce sur le montant de l'ONDAM et que lui est communiqué le projet de répartition de l'objectif entre ses composantes.

3 – L'évolution des prévisions au cours de 2001 et l'ONDAM révisé de 2001

a) L'évolution des prévisions au cours de 2001

Dès juin 2001, la Commission des comptes de la sécurité sociale relevait de 1,14 Md€ la prévision des dépenses pour 2001, mais, selon elle, le dépassement de 2001 ne devait pas excéder celui de l'année précédente.

La Commission des comptes indiquait, en effet, que les évolutions de 2000 avaient été majorées par la réduction des délais de liquidation et de paiement des feuilles de soins entre 1999 et 2000 et que le premier trimestre de 2001 marquait un net ralentissement.

Lors de sa réunion de septembre, la Commission des comptes prenait acte d'un dépassement évalué à 2,41 Md€ et d'une augmentation prévisible des dépenses de 5 %, mais espérait encore, malgré les chiffres très élevés de juillet et août, un léger ralentissement des soins de ville (0,5 point de moins) par rapport à 2000.

b) La révision de l'ONDAM de 2001 par la LFSS pour 2002

La LFSS pour 2002 comporte une disposition révisant l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2001 à 108,3 Md€ (en

décaissements nets). C'est la première fois que le Parlement était amené à approuver formellement un « ONDAM révisé ».

Cette innovation faisait application de la mention, dans une décision du Conseil constitutionnel, que les LFSS peuvent être modifiées par une autre LFSS et seulement par une telle loi. Elle ouvre la voie à ce que l'objectif soit révisé en cours d'année, lorsque l'évolution des dépenses, de la conjoncture économique ou de la politique des pouvoirs publics le rend nécessaire pour redonner son sens à la notion d'objectif.

En revanche, la loi ayant été publiée le 26 décembre 2001, la révision a seulement permis l'affichage d'un taux de croissance plus faible de l'ONDAM pour 2002.

Les dépenses se sont, au demeurant, élevées en définitive à 470 M€ de plus que l'objectif ainsi révisé.

L'ONDAM 2001 initial a été ainsi dépassé de 2,8 Md€. Les décaissements afférents aux soins de ville ont progressé de 7,2 %, soit un point de plus qu'évalué en septembre, et ce bien que la grève des soins de certains généralistes ait minoré les dépenses de décembre de l'équivalent d'une journée d'activité de ces praticiens⁷.

L'ONDAM pour 2002, bien que plus élevé (4 %), pose d'ailleurs lui-même un problème de vraisemblance dès avant le récent accord entre l'assurance maladie et les généralistes : comme le notait le rapport de la Commission des comptes de septembre 2001, il « supposerait un freinage considérable par rapport à la tendance moyenne des deux dernières années ». Or, début 2002, prenaient effet diverses revalorisations tarifaires⁸, décidées antérieurement, tandis qu'étaient décidées différentes mesures nouvelles en faveur des généralistes⁹.

A fin avril 2002, le rythme annuel des dépenses de la CNAMTS a continué à s'accélérer, passant à + 6,7 % pour l'ensemble de l'ONDAM dont + 8,5 % pour les soins de ville, 9,1 % pour les cliniques privées, 4,6 % pour les établissements sanitaires publics et 3,6 % pour les établissements médico-sociaux.

7. Source : « point de conjoncture » de la CNAMTS, mai 2002.

8. Retour à la valeur de la lettre-clé de juillet 2000 pour les actes de kinésithérapie (13 janvier), revalorisation de l'acte AMI pour les soins infirmiers (1^{er} mars).

9. Notamment la revalorisation de la consultation à 18,5 € au 1^{er} février 2002.

4 – L'évolution sur cinq ans et par rapport au contexte macro-économique

a) L'évolution sur cinq ans de l'ONDAM

L'ONDAM a ainsi été dépassé pour la quatrième année consécutive et ce dépassement est allé croissant : 1,4 Md€ en 1998, 2,8 Md€ en 2001.

Sur la période 1997-2001, cette dernière année est aussi celle où la croissance des dépenses est la plus forte. Ainsi, tant le décalage entre l'objectif et les tendances de fond que celui entre les mesures prises et l'ampleur des inflexions qui auraient été nécessaires pour respecter cet objectif se sont accrus.

Sur cinq ans, le dépassement cumulé est de 8,6 Md€ dont 2,8 Md€ en 2001. Les dépenses de 2001 sont supérieures de 20,1 % à celles de 1996.

Variation des dépenses sur le champ de l'ONDAM entre 1997 et 2001

	1997	1998	1999	2000	2001 Commission des comptes septembre 2001	2001 Résultats
Soins de ville	1,8 %	5,6 %	3,7 %	7,8 %	6,3 %	7,2 %
Etablissements	1,2 %	2,4 %	1,9 %	3,5 %	3,8 %	4,0 %
ONDAM total	1,5 %	4,0 %	2,6 %	5,6 %	5,0 %	5,6 %

Source : Source : Commission des comptes de septembre 2001 (cinq premières colonnes) et direction de la sécurité sociale (dépenses effectives de 2001)

b) L'évolution des dépenses dans le champ de l'ONDAM par rapport aux données macro-économiques

En 1997, l'ONDAM avait progressé de 1,5 %, conformément à l'objectif fixé initialement, pour un PIB en croissance de 3,2 % et une consommation des ménages de 1,5 %.

Pour les années suivantes, les évolutions sont retracées dans le tableau ci-dessous.

	1998	1999	2000	2001	cumul
(1) PIB en valeur	4,4 %	3,8 %	4,6 %	3,3 %	17,0 %
(2) Consommation des ménages	4,1 %	3,6 %	4,1 %	4,2 %	17,0 %
(3) Dépenses réelles dans le champ ONDAM	4,0 %	2,6 %	5,6 %	5,6 %	19,0 %
Ecart (1) – (3)	+ 0,4 %	+ 1,2 %	- 1 %	- 2,3 %	- 2,0 %
Ecart (2) – (3)	+ 0,1 %	+ 1,0 %	- 1,5 %	- 1,4 %	- 2,0 %

Source : Source pour 1 et 2 : comptes nationaux révisés en mai 2002

Le tableau ci-dessus montre une accélération progressive du rythme de croissance des dépenses. Sur la période 1997-1999, tout en évoluant plus vite qu'antérieurement, elles n'ont pas augmenté plus vite que le PIB, ce qui prolongeait la tendance constatée depuis 1995 d'une stabilisation de la part des prestations maladie dans le PIB ; elles ont crû nettement moins vite que la consommation des ménages.

En 2000, les dépenses ont commencé à augmenter plus vite que le PIB et que la consommation des ménages, mais, en cumulé sur quatre ans, leur progression demeurait moindre que celle du PIB et à peine supérieure à celle de la consommation des ménages.

En 2001, l'écart avec le PIB s'est creusé et celui avec la consommation des ménages s'est prolongé. Alors que la croissance du PIB fléchissait, celle des dépenses dans le champ de l'ONDAM a continué à s'accélérer sans que les prévisions présentées en cours d'année en aient pleinement rendu compte et dans un contexte où la régulation des dépenses de soins de ville s'effaçait encore plus qu'en 2000, sauf dans le domaine du médicament.

B – Les soins de ville et leur régulation

Sur les 5,96 Md€ de dépenses supplémentaires en 2001 dans le champ de l'ONDAM, la hausse des remboursements de soins de ville

représente 3,57 Md€ contre 2,16 Md€ pour celle du poste établissements de santé et 0,23 Md€ pour les autres postes.

1 – L'analyse des dépenses par poste

A l'intérieur de l'enveloppe des soins de ville, les dépenses entrant dans le champ de l'objectif de dépenses délégué ont crû, comme en 2000, moins rapidement que les autres soins de ville, tirés par les dépenses de médicaments et celles des indemnités journalières¹⁰.

	Evolution en 2001
	(en décaissements)
Objectifs de dépenses déléguées	+ 5,7 %
dont	
- honoraires médicaux (généralistes)	+ 2,9 % (+ 2,4 %)
(spécialistes)	(+ 3,2 %)
- honoraires dentaires	+ 9,5 %
- auxiliaires médicaux	+ 7,2 %
- transports sanitaires	+ 10,4 %
Autres soins de ville	+ 8,5 %
dont	
- médicaments	+ 8,9 %
- dispositifs médicaux	+ 13,0 %
- indemnités journalières	+ 9,1 %

Les évolutions diffèrent de celles de 2000. Globalement, la masse des honoraires médicaux a continué d'augmenter modérément, mais ceux des spécialistes ont recommencé à augmenter plus vite que ceux des généralistes¹¹, comme avant 2000, année où des baisses tarifaires avaient été décidées pour certaines spécialités. La masse des honoraires des dentistes et des auxiliaires médicaux a augmenté très fortement, tandis que les dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux

10. L'écart est un peu plus important en date de soins qu'en décaissement. La série en date de soins n'est cependant disponible que pour la CNAMTS. En effet, les trois principaux régimes ne se sont pas mis d'accord sur une méthodologie commune et la MSA n'établit pas encore de statistiques en date de soins, alors que ce mode de calcul permet d'éliminer les fluctuations tenant au rythme de liquidation des feuilles de soins. De manière plus générale, il n'existe pas de tableau de bord commun à ces trois régimes.

11. Les grèves de généralistes de fin 2001 ont minoré la tendance d'environ 0,5 point.

poursuivaient leur croissance rapide : 2001 est donc marquée par une forte hausse de tous les postes de soins de ville, à l'exception des honoraires des généralistes.

Cette situation tient principalement aux mesures tarifaires décidées par la CNAMTS dans le premier rapport d'équilibre de 2000¹² qui n'ont eu leur plein effet sur les dépenses qu'en 2001, ainsi qu'aux nouvelles revalorisations décidées par la CNAMTS en 2001.

La décision d'aligner les taux de remboursement du régime des non-salariés non agricoles sur ceux du régime général, mesure dont le coût a été de 183 M€ de remboursements de soins de ville (soit 5 % des dépenses de l'ONDAM dans le champ CANAM et 0,2 % de l'ONDAM total) a joué dans le même sens.

2 – La gestion de l'objectif délégué de soins de ville

a) Le dispositif de régulation applicable

La loi de financement pour 2000 avait introduit un changement important : elle déléguait aux caisses d'assurance maladie la compétence de gérer l'ensemble des dépenses d'honoraires des professionnels de santé et les remboursements des transports sanitaires, l'Etat conservant la responsabilité pour les médicaments, les dispositifs médicaux et les indemnités journalières. Les caisses doivent assurer le respect de l'objectif de dépenses déléguées, au moyen de trois rapports d'équilibre en janvier, juin et novembre.

Les parties conventionnelles peuvent décider d'agir sur les pratiques professionnelles - informations, évaluation, promotion des références de bonne pratique - fixent les tarifs pour chaque profession et peuvent, dans une certaine fourchette, modifier la cotation des actes. La loi leur confère donc des pouvoirs étendus. En cas de carence, ou lorsque les mesures proposées ne sont manifestement pas de nature à permettre le respect de l'objectif, c'est l'Etat qui fixe les tarifs et arrête les mesures nécessaires.

La loi de financement pour 2001 n'a pas modifié ce dispositif, malgré les faiblesses qu'il avait manifestées dès 2000¹³. Elle a ajouté deux mesures de régulation nouvelles. D'une part, le troisième rapport d'équilibre, transmis par les caisses nationales au Gouvernement le 15 novembre, devait tenir compte de l'ONDAM proposé dans le projet de

12. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2001.

13. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2001.

loi de financement pour l'année suivante. D'autre part, le mode de calcul de la contribution de l'industrie pharmaceutique était modifié, en prévoyant qu'une remise serait versée à l'assurance maladie dès lors que le chiffre d'affaires progresserait de plus de 3 %. Les autres dispositions relatives à la régulation, à caractère plus structurel, n'ont pas pu, à ce jour, commencer à porter leurs fruits en raison des retards dans leur mise en œuvre, notamment la création d'un fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique aux professionnels de santé (FOPIM) ou d'une banque de données sur les médicaments, destinée à être accessible au public, à créer par l'AFSSAPS.

Les modifications introduites par la LFSS pour 2001 étaient limitées et ne pouvaient pas avoir d'effet réel à court terme. Seule la modification du calcul de la remise de l'industrie pharmaceutique, en abaissant le seuil de déclenchement de cette contribution pour les laboratoires qui n'auraient pas passé convention avec le comité économique des produits de santé, donnait à celui-ci une marge de jeu plus large pour obtenir, en négociant une convention, des baisses de prix ou des remboursements plus importants.

Dans le même temps, le dispositif des conventions avec les professionnels de santé libéraux n'a pas été réformé, dans l'attente des résultats de la concertation dite "Grenelle de la santé". Ce n'est que le 7 mars 2002 qu'une loi a modifié le cadre des rapports conventionnels¹⁴.

b) La pratique des rapports d'équilibre

Dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2001, la Cour avait constaté qu'en 2000, les mesures prises par l'assurance maladie dans le cadre des rapports d'équilibre avaient eu pour effet plus de modifier les équilibres entre certains médecins spécialistes et les généralistes, de revaloriser certains actes des généralistes, d'assurer la prise en charge de certains actes dentaires, que de permettre le respect de l'objectif délégué, accroissant même les dépenses de 80,3 M€ en année pleine. L'Etat avait cependant approuvé ces rapports d'équilibre, sauf une économie proposée sur certains actes des infirmières.

Pour 2001, le caractère très ambitieux de l'objectif aurait dû conduire à prendre des mesures immédiates. Or, l'Etat n'a fait connaître à la CNAMTS l'objectif de dépenses déléguées qu'à la mi-avril, alors que le premier rapport d'équilibre devait, selon la loi, être établi avant le

14. Sur le système conventionnel, voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2000. Les modifications vont, sur divers points, dans le sens des recommandations de la Cour.

8 janvier. Ce rapport est pourtant déterminant puisqu'il répartit l'objectif entre les professions et puisque les mesures qu'il détermine peuvent jouer sur pratiquement toute l'année.

Le 10 avril, la CNAMTS a rejeté l'ODD indiqué par l'Etat, qui l'a donc fixé unilatéralement le 20 avril.

Le 12 juin, la CNAMTS a approuvé son premier rapport d'équilibre. Cependant, celui-ci se borne à contester « la pertinence de la fixation en milieu d'année d'une évolution prévisionnelle des dépenses, contredite par l'évolution des dépenses pour les premiers mois de 2001 » et à conclure qu'elle « procédera à une nouvelle analyse de la situation en septembre ». La CNAMTS n'a pas établi les annexes par lesquelles, aux termes de la loi, elle fixe les objectifs de dépenses par professions.

La CNAMTS n'a pas établi d'autre rapport d'équilibre.

Le système de régulation institué par la loi de financement pour 2000 a donc connu une désuétude croissante au long de 2001 et ses dispositions n'ont pas été mises en œuvre.

c) La mise en œuvre des mesures de maîtrise des dépenses

La mise en œuvre des dispositions qui avaient été présentées comme novatrices dans les conventions avec diverses professions de santé a buté sur des difficultés croissantes d'application.

Ainsi, l'avenant du 5 octobre 2000 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes prévoyait, parallèlement à la mise en œuvre de la réforme de la nomenclature et à la hausse des tarifs, des engagements des professionnels sur la coordination des soins et un mécanisme d'ajustement automatique des tarifs en fonction des résultats. Un premier bilan publié par la CNAMTS en novembre 2001 a montré une forte augmentation de la masse des honoraires non assortie d'une modification des pratiques. La baisse des tarifs, qui devait être automatique, n'a pas été mise en œuvre.

Le système du médecin référent¹⁵, qui avait été présenté par la CNAMTS comme un élément central de rationalisation des soins, a connu en 2001 deux évolutions : la rémunération forfaitaire du référent par patient a doublé, certaines modalités de contrôle et de suivi ont été précisées¹⁶. Cependant, malgré la hausse du forfait, le nombre de médecins référents n'a que faiblement augmenté en 2001 et demeurait, en

15. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2000.

16. Avenant n° 6 du 15 octobre 2001 à la convention des médecins généralistes.

fin d'année, inférieur de 28 % à ce qu'il était à la fin de la première version du système.

Au début des années 90, l'accent avait été mis sur l'élaboration de références médicales et de recommandations de bonnes pratiques. Cette orientation a ensuite rencontré deux difficultés. D'une part, le Conseil d'Etat a annulé en 1999 les dispositions qui permettaient de sanctionner, dans le cadre prévu par la convention avec les médecins, le non-respect des références médicales opposables. D'autre part, le partenaire conventionnel de l'assurance maladie, MG France, est défavorable au contenu actuel des RMO, qui déterminent des pratiques inutiles ou dangereuses et souhaiterait qu'elles soient tournées vers des références positives à des pratiques conseillées. A la suite de l'arrêt du Conseil d'Etat, la CNAMTS a demandé en 2000 à l'Etat qu'un nouveau texte soit pris, mais les pouvoirs publics n'ont pas donné suite. En 2001, la CNAMTS n'a demandé à l'ANAES ou à l'AFSSAPS l'élaboration d'aucune référence médicale.

La possibilité ouverte à la CNAMTS par la LFSS pour 2000 de conclure, avec les syndicats médicaux, des accords de bon usage des soins et, avec les diverses professions de santé, des contrats de bonne pratique, qui n'avait connu aucune réalisation en 2000, n'en a connu qu'une en 2001 (mammographie de dépistage, en novembre).

La CNAMTS n'a d'ailleurs arrêté qu'en mai 2001 les modalités des accords régionaux de bon usage des soins. Ce n'est qu'à partir de mars 2002 que des accords ont commencé à être publiés : deux au plan national¹⁷ et deux au plan local¹⁸.

En revanche, en juin 2002, 14 URCAM jugeaient improbable de pouvoir aboutir à un accord. Au plan national, l'annonce figurant dans le plan médicament présenté par le Gouvernement le 11 juin 2001, que des accords de bon usage allaient « être négociés par la CNAMTS sur les génériques, la stratégie de limitation du recours aux antibiotiques ou certains médicaments innovants » n'a pas connu de traduction concrète. Il n'a toujours pas été conclu de contrats de bonnes pratiques.

La CNAMTS compte discuter l'introduction de principes concernant la conclusion d'accords de bon usage des soins et de contrats de bonnes pratiques, dans le nouveau « socle conventionnel » qui doit fixer le cadre général des conventions avec l'ensemble des professions de

17. Mammographies de dépistage et prise en charge médicale de l'angine.

18. Optimisation, dans le département de l'Indre, de la prescription de médicaments pour quatre classes thérapeutiques ; amélioration de la prise en charge des asthmatiques en Franche-Comté.

santé. A la suite de l'accord conclu le 5 juin 2002 entre la CNAMTS et les représentants des médecins, un accord de bon usage des soins concernant la visite a été signé le 1^{er} juillet 2002. Il doit être décliné au niveau régional.

La possibilité offerte de conclure ces types d'accords et de contrats a donc connu de premières réalisations en 2002, intéressantes mais encore ponctuelles. La possibilité d'un plus large développement est en grande partie subordonnée à l'évolution des relations entre l'assurance maladie et les organisations représentatives des professions. L'accord du 5 juin prévoit la négociation de six accords de bon usage, outre celui sur la visite.

Après une très longue période d'absence de relance de la formation professionnelle, elle a fait l'objet d'un avenant à la convention des généralistes le 15 novembre 2001. La conclusion d'un protocole entre la CNAMTS et l'organisme conventionnel chargé de gérer les fonds de la formation professionnelle continue a permis la participation de 645 généralistes à des séminaires en 2001. Mais, il est encore trop tôt pour faire un bilan de ces premières actions.

Le dernier volet du dispositif de dépenses des soins de ville est le contrôle. La LFSS pour 2000 avait accru les pouvoirs des caisses.

Obligation était faite aux médecins de mentionner la justification médicale de la prescription des arrêts de travail et de transports de malades. Dans son rapport de septembre 2001, la Cour avait noté que, malgré la demande faite par la direction de la sécurité sociale en avril 2001, il n'existait pas de bilan d'application de cette disposition, mais seulement un sondage réalisé par la CNAMTS auprès de CPAM en février 2001. Ce bilan n'a toujours pas été établi¹⁹. Le sondage de février 2001, selon lequel les imprimés n'étaient remplis que dans 79 % des cas et les informations étaient imprécises dans près de 10 % des imprimés remplis, montrait pourtant l'utilité d'une évaluation.

Comme l'avait relevé la Cour, les comités régionaux, qui doivent être saisis par les caisses à l'encontre des médecins qui auraient prescrit abusivement des arrêts de travail, n'ont plus été réunis par les médecins généraux de la santé depuis la manifestation organisée par certains syndicats de médecins et la contestation juridique de leur composition. Dix-huit mois après l'entrée en vigueur théorique de l'obligation, il n'existe donc ni mécanisme de sanction ni dispositif de suivi.

19. Le bilan des contrôles, transmis fin juillet par la CNAMTS, confirme que seul le sondage de février 2001 était encore disponible à cette date.

La LFSS pour 2000 avait aussi conféré aux médecins-conseils des caisses des pouvoirs spécifiques de contrôle sur les patients ayant une consommation particulièrement importante de soins. Le décret d'application n'est paru qu'en octobre 2000 et la CNAMTS n'a donné d'instruction à son réseau qu'en février 2001, en désignant neuf régions pilotes. En juillet 2002, la CNAMTS a établi un premier bilan de ces contrôles (2 386 patients en 2001). Deux ans et demi après le vote de la loi, le nombre d'assurés sociaux repérés comme ayant effectivement une consommation excessive demeure très faible et la CNAMTS estime que la mise en œuvre de cette mesure présente trop de difficultés pour qu'elle puisse être plus largement appliquée.

3 – Les dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux

En juin 2001, les ministres ont défini, dans une lettre au président du Comité économique des produits de santé, une nouvelle politique de prix : ils ont souhaité que « la régulation s'exerce le plus possible par la voie de la baisse des prix, partout où cette baisse est justifiée ». Elle doit s'appliquer aux médicaments pour lesquels le service médical rendu a été jugé insuffisant. « Pour les médicaments dont le SMR n'est pas contesté, (le comité économique) devra examiner systématiquement l'opportunité d'en baisser le prix, en particulier dans les classes qui, par leur masse et la rapidité de leur développement, contribuent notablement à ce que la croissance globale (des dépenses) a d'excessif ». Si les discussions conventionnelles n'aboutissent pas, « le comité devra proposer sans tarder des fixations unilatérales des prix ». Il devra également « agir avec une sélectivité renforcée (pour) la fixation initiale du prix, lors de l'inscription ».

En application de ces instructions, le CEPS a baissé les prix de 835 produits dont le SMR était insuffisant et en a déremboursé 70 autres. Il a également baissé les prix de médicaments dont le SMR n'est pas contesté, mais dont le volume ou la croissance des ventes, ou le niveau de prix durablement élevé, pouvaient justifier une baisse. L'impact financier de ces mesures représente de l'ordre de 75 M€ en 2001 et de 360 M€ en 2002. La plupart sont intervenues par avenant aux conventions existant entre les laboratoires concernés et le CEPS, accords favorisés par le fait que le coût de ces baisses pour les laboratoires vient en déduction des remises prévues pour ces conventions.

Malgré les limites que la Cour a relevées dans son rapport de septembre 2001, l'incitation ainsi prise va dans le sens qu'elle avait préconisé d'un recours plus actif à la politique des prix qui, contrairement aux remises, ressources purement temporaires pour l'assurance maladie, agit durablement sur l'évolution de ses dépenses.

Parallèlement, est entrée en vigueur la baisse prévue du taux de remboursement des vaso-dilatateurs à 35 %.

Le CEPS évalue à 543 M€ l'impact global des mesures de régulation qu'il a prises en 2001.

Les autres mesures en matière de médicaments n'ont eu qu'un impact beaucoup plus limité : les médicaments génériques n'ont représenté en 2001 que 3,1 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé sur le marché des médicaments remboursables achetés en ville (2,7 % en 2000). La discussion avec les pharmaciens, annoncée dans le plan médicaments du 11 juin 2001, pour fixer un nouvel objectif de substitution de médicaments génériques aux princeps et relancer la substitution n'a pas eu de suite. L'annonce, par le même plan, que la CNAMTS négocierait des accords de bon usage n'a connu de premières suites, limitées, qu'en 2002²⁰.

Les nouveaux mécanismes d'évaluation des dispositifs médicaux et de détermination de leurs prix, prévus par la LFSS pour 2000, ont été mis en place par un décret du 28 mars 2001 (création d'une commission d'évaluation et à l'intérieur du CEPS, d'une section « dispositifs médicaux »).

La politique du médicament et celle menée en matière de dispositifs médicaux ont donc connu, sur des points importants, des évolutions plus positives que la gestion de l'objectif de dépenses déléguées à l'assurance maladie.

SYNTHÈSE

La crédibilité de l'objectif est la première condition d'une régulation efficace. Elle repose sur le réalisme des prévisions et l'existence de dispositifs efficaces de régulation des dépenses. Encore moins qu'en 2000, ni l'une ni l'autre de ces conditions n'ont été réunies en 2001.

2001 marque la concomitance, amorcée en 2000, d'un dysfonctionnement croissant de la régulation de plusieurs composantes de l'ONDAM, d'une augmentation plus forte des dépenses et d'une rupture entre l'évolution de ces dernières, d'une part, celles du PIB et de la consommation des ménages, d'autre part.

Les éléments de régulation organisés dans les périodes antérieures n'ont pas fonctionné et ceux, d'ailleurs limités, ajoutés par la LFSS pour

20. En ce qui concerne les génériques, le CEPS a décidé que l'écart de prix entre génériques et princeps pourrait être de 40 % et non plus de 30 %, se rapprochant ainsi de ce qui est observé dans certains pays européens.

2001, n'ont pas été mis en œuvre en 2001. Les mécanismes destinés à agir à court terme n'ont pas joué et la mise en place de ceux susceptibles d'agir sur les comportements à long terme a continué d'enregistrer des retards. La modification permanente des dispositifs contraste d'ailleurs avec les délais de leur mise en œuvre.

En regard, l'action dans le domaine du médicament, en dépit de ses limites, a mieux fonctionné, et de manière plus affirmée, à partir du second semestre 2001.

La sous-évaluation rémanente de l'objectif, son dépassement répété, la fragilisation de la plupart des modes de régulation, risquent, s'ils se prolongeaient, de mettre en cause la notion même d'objectif.

L'enjeu de 2002, qui doit marquer la mise en place du nouveau système conventionnel, prévu par la loi du 21 février 2002, et qui verra le terme à la fois de la convention avec les médecins généralistes et de l'accord sectoriel sur le médicament, est donc particulièrement important, alors que les dépenses ont encore accéléré au premier semestre 2002.

C – Les enveloppes budgétaires des établissements participant au service public hospitalier

Comme chaque année, la Cour examine, dans cette partie, les enveloppes budgétaires hospitalières en relation avec l'ONDAM.

1 – Le bilan de la campagne budgétaire 2001

a) Les délégations de crédits

En 2001, l'enveloppe des dépenses hospitalières encadrées²¹ fixée en début d'exercice s'élève, pour la France métropolitaine, à 42 252 M€ soit + 3,32 % par rapport à 2000. Le financement de ces dépenses provient essentiellement de l'assurance maladie : l'objectif prévisionnel

21. Les dépenses encadrées de l'hôpital correspondent aux ressources des groupes I (dotation globale) et II (recettes issues du ticket modérateur et du forfait journalier). L'enveloppe de l'ONDAM qui finance la dotation globale des hôpitaux correspond au groupe I des recettes de l'hôpital dont elle représente plus de 90 %. L'hôpital dispose en outre, notamment, des recettes subsidiaires du groupe III qui ne sont pas issues de l'activité hospitalière proprement dite (produits du patrimoine, prestations de services rendus, contributions des fonds, etc).

des dépenses d'assurance maladie pour les établissements sous dotation globale s'élève au sein de l'ONDAM à 40 476 M€ soit + 3,39 %.

L'enveloppe de dépenses encadrées est partagée en dotations régionales, elles-mêmes décomposées en dotations régionalisées allouées en début d'année et en dotations complémentaires, destinées à la mise en œuvre de mesures nationales dont le financement est délégué ultérieurement. Le montant des dotations régionalisées a progressé de 3 %, dont 1,2 % au titre de la reconduction des moyens et 1,8 % pour le financement des mesures nouvelles.

Les dotations régionales ont été modifiées à plusieurs reprises, pour tenir compte de l'évaluation définitive des transferts entre les différentes enveloppes de dépenses (dotation globale, OQN, médico-social et soins de ville) et de l'effet report des mesures mises en place en 2000, notamment en application des protocoles des 13 et 14 mars 2000.

Par ailleurs, une provision de 0,30 % a été réservée, au niveau national, en vue de mesures nouvelles intervenant en cours d'année²². Certaines mesures, dont le financement est inclus dans les enveloppes, nécessitent, en effet, pour leur mise en œuvre, soit l'adoption de textes, soit le lancement d'appels à projets à l'échelon national.

b) Le bilan des protocoles de mars 2000

Le protocole d'accord du 13 mars 2000 sur le statut professionnel des praticiens hospitaliers était destiné à revaloriser la carrière des PH²³. Sa mise en œuvre a représenté, en 2000/2001, un coût total de 296,57 M€, dont 182,51 M€ inclus dans l'ONDAM de 2001.

Le protocole d'accord du 14 mars 2000 sur la modernisation du service public hospitalier a prévu des mesures relatives au remplacement des personnels absents, aux conditions de travail, aux services d'urgence, aux investissements hospitaliers, ainsi que des évolutions statutaires. La mesure concernant le remplacement des personnels absents (pour maladie, maternité, congés bonifiés, temps partiels ou période de formation) est financée par le budget de l'Etat pendant trois ans, pour un

22. Au total, la progression de 3,39 % se décompose donc comme suit : progression des dotations régionalisées = 3 % ; provision mesures nouvelles = 0,30 % ; déformation de la structure des recettes = 0,09 %.

23. Il prévoit notamment la création d'une prime de service public exclusif, la revalorisation de la grille de rémunération des PH, assistants chefs de cliniques et des praticiens adjoints contractuels et la mise en place d'une prime spécifique pour postes difficiles.

montant annuel de 305 M€ Ces crédits, qui constituent une recette du groupe III (recettes subsidiaires) pour les établissements de santé, n'ont été inscrits que dans le collectif budgétaire de fin d'année 2001 et le versement effectif a été différé au début de l'année 2002. La répartition de l'enveloppe s'est faite selon les mêmes principes qu'en 2000 (au prorata des effectifs équivalents temps plein) et a abouti à l'allocation à chaque ARH d'un montant identique à celui attribué en 2000.

Contrairement à l'année 2000, où l'attribution des enveloppes de crédits avait nécessité la préparation par les ARH de 1 200 projets d'arrêtés, en 2001, les crédits ont été globalement versés à la CNAMTS. Une convention signée entre l'Etat et l'assurance maladie a prévu le versement direct des subventions aux établissements de santé par les CPAM.

La circulaire du 13 décembre 2000 précisait que les ARH peuvent moduler les sommes réparties entre les établissements en fonction de l'évolution des situations locales. Bien qu'aucun bilan²⁴ n'ait été établi des critères utilisés par les ARH pour effectuer cette répartition, il apparaît que l'allocation des subventions s'est faite majoritairement sur la base des effectifs en place et, dans un petit nombre de cas, en tenant compte d'éléments tels que l'absentéisme ou la productivité des personnels.

Par ailleurs, en application du protocole, le fonds de modernisation des établissements de santé (FMES) a été abondé en 2001 de 61 M€ pour financer des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail et de la même somme pour contribuer à la mise en œuvre des volets sociaux des projets d'établissement. La première enveloppe a été intégralement consommée en 2001. La seconde n'a, en revanche, pas été utilisée. Enfin, les crédits prévus en 2000 au titre des actions de prévention de la violence (15,24 M€), ont été reconduits en 2001.

Dans le cadre du plan d'amélioration du fonctionnement des urgences, une enveloppe supplémentaire de 4,5 M€ s'ajoutant aux 53 M€ alloués en 2000, a été déléguée aux ARH en 2001 sur la base de la répartition des dotations régionales. Ces crédits ont été complétés par des financements attribués par le fonds d'investissement et de modernisation des hôpitaux (FIMHO) pour accompagner des investissements destinés à améliorer la prise en charge des patients dans les services d'urgence.

Le protocole du 14 mars 2001 prévoit un certain nombre de mesures en faveur des filières administratives, techniques, ouvrières et

24. Dans le rapport de 2001, la Cour avait déjà recommandé de faire un bilan précis de l'emploi du crédit de 305 M€

paramédicales de la fonction publique hospitalière²⁵, dont la mise en œuvre s'échelonne sur six ans. Elles ont pris effet à compter du quatrième trimestre 2001 pour un coût de 13,72 M€.

Au total, le coût prévisionnel des mesures prévues par les différents protocoles (731,5 M€) s'est réparti comme suit pour l'année 2001 :

- l'Etat, pour 305 M€ au titre du remplacement des personnels, auxquels s'ajoutent les 76 M€ d'autorisations de programme mis en place dans le cadre du FIMHO au titre des urgences et de diverses autres priorités ;
- l'assurance maladie à hauteur de 350,5 M€²⁶ : les protocoles entraînent un dépassement de l'ONDAM de 259 M€²⁷, mais une partie des crédits à la charge de l'assurance maladie sont en dehors de cette enveloppe (91,5 M€ ont été attribués au FMES hors ONDAM).

c) Les crédits alloués en fin d'exercice

Les versements successifs des dotations hospitalières

(en M€)

	Métropole	DOM	France entière
Base de référence 2001 (après effets de champ)	40 802	1 089	41 891
Abondement, péréquation, mesures nouvelles	1 224	60	1 284
Dotations régionalisées (arrêté du 26 février 2001)	42 102	1 151	43 253
Dotations régionales modifiées (circulaire du 27/09/01)	42 210	1 159	43 369
Dotations régionales modifiées (circulaire du 28/11/01)	42 290	1 161	43 451
Total des dotations finales	42 477	1 169	43 646
Taux d'évolution	4,1 %	7,39 %	4,18 %

Source : DHOS

Les crédits distribués en fin d'exercice (essentiellement au titre des tensions budgétaires) ont fortement augmenté en 2001 par rapport à

25. L'ouverture de cette négociation avait été prévue dans le cadre du protocole du 14 mars 2000.

26. Ce montant n'intègre pas une somme de 33,17 M€ déjà incluse dans l'ONDAM voté par le Parlement.

27. Il s'agit de l'estimation du coût supplémentaire des protocoles en 2001.

l'année 2000²⁸. En effet, sur les 590 M€ prévus dans le plan de soutien à l'hôpital public annoncé à l'automne 2001, 152 M€ soit une somme très supérieure à celles attribuées les années précédentes, ont été versés dès 2001 afin d'abonder les dotations régionales de crédits non reconductibles destinés à réduire les « tensions budgétaires » affichées par les établissements hospitaliers²⁹.

Cette augmentation n'a pas bénéficié uniformément à l'ensemble des régions. L'augmentation des crédits régionaux et nationaux distribués en fin d'exercice est particulièrement sensible dans des régions comme Provence-Alpes-Côte-d'Azur. L'Ile-de-France, hors AP-HP, a reçu 4,72 M€ sous forme de crédits reconductibles et 23,4 M€ non reconductibles. Pour 2001, la somme de l'avance remboursable consentie à l'union régionale de l'hospitalisation de l'Ile-de-France (URHIF) (23,4 M€) et des crédits distribués en fin d'exercice (38,11 M€) est supérieure à la contribution des établissements franciliens (hors AP-HP) à la péréquation nationale accélérée.

d) Le bilan synthétique de la campagne 2001

Ventilation par objet des dotations 2001 (dépenses encadrées)

En M€

	Métropole	DOM	France entière
Base de référence pour 2001 ³⁰	40 802	1 089	41 891
Effet de champ	4	0	4
Accord salarial et GVT	543	35	578
Priorités de santé publique et soins	388	9	397
Aides à l'investissement et autres	295	23	318
Mesures personnel non médical	154	4	158
Mesures personnel médical	290	9	299
Total augmentation des moyens	1 670	80	1 750

28. 45,16 M€ avaient été délégués fin 2000 aux ARH pour faire face aux tensions budgétaires.

29. Selon une enquête effectuée par la Cour auprès des ARH, 46,5 % des sommes versées entre 1997 et 2001 au titre des tensions budgétaires ont été distribuées en 2001.

30. La base nationale de référence pour 2001 correspond à la dotation 2000 abattue des crédits non reconductibles, modifiée par les effets de champ enregistrés en 2000. Cette base est, dans un premier temps, corrigée des effets de champ de 2001 (2^e ligne du tableau). S'y ajoutent ensuite les différentes augmentations recensées dans les lignes suivantes. Le total de ces augmentations, additionné au montant des effets de champ, s'ajoute à la base de référence pour obtenir la dotation 2001 qui figure à la dernière ligne.

Dotation 2001	42 476	1 169	43 645
---------------	--------	-------	--------

Source : Source : DHOS

Alors que les dépenses encadrées devaient progresser de 3,32 % en métropole, le taux d'évolution réel atteint 4,09 % (hors effet de champ)³¹.

D'autre part, comme en 2000, un certain nombre de mesures sont financées hors ONDAM et ne sont par ailleurs pas incluses dans les dépenses encadrées. Il s'agit des 91,5 M€ alloués au FMES à la charge de l'assurance maladie et, en ce qui concerne l'Etat, des crédits de paiement (15,24 M€) au profit du FIMHO. Comme en 2001, l'enveloppe de 305 M€ correspondant à la prise en charge par l'Etat des dépenses de remplacement de personnels constitue pour les établissements de santé une recette du groupe III (recettes subsidiaires). Ce procédé, déjà dénoncé par la Cour³², ne respecte pas la structure du budget des établissements de santé et revient à minorer artificiellement le montant des dépenses courantes de personnel. Il contrevient donc à la transparence de la procédure d'allocation des ressources. L'enveloppe de crédits de remplacement des agents doit donc être prise en compte pour évaluer la progression des dépenses encadrées. Celles-ci s'en trouvent accrues de 0,75 point.

e) *Le bilan national de l'utilisation des enveloppes par les ARH*

Au 1^{er} février, l'ensemble des régions avaient procédé à une première répartition de leur dotation régionale. En métropole, 98,88 % des crédits ont été attribués dans les budgets primitifs des établissements. Les crédits réservés, dont le montant s'est sensiblement accru, pour atteindre près de 460 M€ en métropole, portent, d'une part, sur le financement de mesures de revalorisation salariale, d'autre part, sur la dotation incompressible de santé publique. Enfin, sur les 230 M€ dégagés par les ARH sur leur dotation régionale en vue de financer leurs priorités régionales, près de 95 M€ n'ont pas été attribués aux établissements en début de campagne, mais en cours d'année.

Pour l'amélioration du dispositif de soins, en 2001, les ARH devaient consacrer près de 460 M€ aux priorités de santé publique, dont 307 M€ au titre de la dotation incompressible de santé publique et d'organisation des soins. Un peu plus de la moitié de cette somme (240 M€) a été répartie dès l'attribution des budgets primitifs, mais

31. Pour les DOM, le taux d'évolution est de 7,36 %, à rapprocher de la progression des dépenses encadrées initialement fixée à 5,71 %.

32. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2001 (p. 77).

certaines régions, dont l'Ile-de-France et Midi-Pyrénées, consacrent moins de crédits que prévu à ces priorités nationales. Ces pratiques illustrent les réserves des ARH sur le dispositif des crédits fléchés³³.

2 – La campagne budgétaire 2002

Le total des dépenses hospitalières encadrées s'élève en métropole³⁴ à 44 242 M€, en progression de 4,54 % par rapport à 2001. Ce montant intègre l'incidence du coût des protocoles sur la réduction du temps de travail (RTT), soit 497 M€ en métropole³⁵.

L'objectif des dépenses de l'assurance maladie pour les établissements sanitaires financés par dotation globale en métropole (hors unités de soins de longue durée) progresse de 4,82 % par rapport à l'objectif révisé de 2001 en intégrant le financement de la RTT, et de 3,64 % hors financement de la RTT. Après prise en compte des effets de champ intervenus au cours de l'année 2001, l'objectif des dépenses d'assurance maladie est fixé pour les établissements de France métropolitaine à 41 178 M€, hors dépenses du service de santé des armées³⁶.

La dotation globale représente en 2001, comme en 2000, l'essentiel des ressources des hôpitaux (93 % du total).

33. Voir infra, chap. VIII, I, A. En 2001, la Cour avait souligné la nécessité de réduire les enveloppes fléchées afin de laisser aux ARH une plus grande latitude dans l'allocation des ressources, en contrepartie d'une meilleure évaluation de la mise en œuvre des priorités de santé publique au niveau régional.

34. Comme les années précédentes, le taux moyen de progression des dépenses hospitalières est plus élevé dans les DOM qu'en métropole. En 2002, il s'élève à 4,73 % hors RTT et à 6,13 % RTT incluse.

35. Les protocoles du 27 septembre 2001 (personnel de la fonction publique hospitalière) et du 22 octobre 2001 (personnel médical) prévoient respectivement la création de 45 000 emplois non médicaux entre 2002 et 2004 (dont 34 600 pour les seuls établissements de santé de court et moyen séjours) et de 2 000 postes de médecins hospitaliers d'ici la fin 2003.

36. L'article 43 de la LFSS pour 2001 (art. L. 174-15 CSS) a inclus les dépenses du service de santé des armées dans l'ONDAM sous la forme d'une dotation globale annuelle. Voir infra : chapitre VII – IV.

a) *L'évolution des dépenses hospitalières financées par la dotation globale en 2002*

En M€

	Métropole	DOM	France entière
Base provisoire de référence pour 2002 (après effets de champ 2001)	42 161	1 151	43 312
Péréquation, abondement, mesures nouvelles	1 363	54	1 417
dont <i>dotation incompressible de santé publique et d'organisation des soins</i>	162	6	168
Financement de la RTT	482	16	498
Dotations régionalisées	44 055	1 221	45 276
Taux d'évolution des dotations régionalisées (RTT incluse)	4,37 %	6,17 %	4,42 %
Dotations régionales	44 242		
Taux affiché d'évolution des dotations régionales	4,54 %		

Source : Source : DHOS

Le niveau des dépenses hospitalières a été fixé pour 2002 compte tenu de la base de dépenses 2001, d'un taux de reconduction des moyens et de diverses dépenses nouvelles, dont la RTT.

La base de dépenses 2001, fixée à 42 320 M€(hors soins de longue durée) est constituée du total des dotations régionales de 2001 abondé des dotations complémentaires allouées en cours d'année (mesures de soutien à l'innovation médicale et de santé publique) et modifié par les effets de champ positifs ou négatifs résultant du transfert de crédits entre les différentes enveloppes de l'ONDAM.

Sur ces bases, les dépenses encadrées prévues pour 2002 s'élèvent à 44 242 M€ pour la métropole, soit une progression de 4,54 %. Au sein de cette somme, les dotations régionalisées distribuées en début d'année s'élèvent à 44 055 M€ soit + 4,37 % (RTT incluse).

L'augmentation de 1844 M€ des dotations régionales de métropole, par rapport à 2001, se décompose comme suit :

- reconduction des moyens	481 M€;
- coût des protocoles	374 M€;
- financement de la RTT	481 M€;
- mesures incompressibles de santé publique et financement des molécules nouvelles	355 M€;
- mesures nouvelles intégrées dans les dotations régionalisées et provision de 0,36 %	153 M€

Le coût en 2002 des protocoles et de la RTT

La poursuite des actions engagées en application des protocoles se traduit en 2002 par un financement supplémentaire de 374 M€. Les dotations régionalisées intègrent les crédits nécessaires au financement en année pleine des mesures déjà engagées³⁷, à la mise en œuvre de mesures nouvelles consécutives aux protocoles³⁸, à la dernière tranche de la revalorisation des carrières des directeurs d'hôpital, enfin à la prise en charge du financement intégral des IFSI à la suite du désengagement du budget de l'Etat.

Les dotations régionales comportent enfin des crédits supplémentaires liés au financement de la réduction du temps de travail, soit 481 M€ pour 2002.

Les mesures en faveur du progrès médical et de la santé publique

Comme les années précédentes, les crédits délégués aux ARH comportent une dotation incompressible de santé publique et d'organisation des soins, destinée à la mise en œuvre des priorités nationales de santé publique et de mesures de mise en conformité des équipements avec les normes sanitaires. La circulaire du 31 décembre 2001, qui énonce les différentes priorités retenues pour l'année 2002, laisse une certaine latitude aux ARH dans la répartition des 162 M€ qui leur sont alloués à ce titre, en fonction des besoins locaux. Elle rappelle cependant que la totalité des crédits notifiés au titre de la dotation en

37. Indemnité de service public exclusif pour les praticiens et les praticiens universitaires à temps plein qui exercent la totalité de leur activité au sein du service public, création de postes d'urgentistes et de 417 postes d'enseignants dans les IFSI, protocole en faveur des élèves infirmiers.

38. Il s'agit de la transformation des postes de praticien adjoint contractuel en postes de praticien hospitalier pour les praticiens adjoints contractuels reçus au concours de PH et de la création de 30 postes de médecins du travail.

cause doit être affectée aux actions de santé publique et d'organisation des soins.

Il a été demandé aux ARH de consacrer ces moyens en priorité à deux objectifs : la lutte contre le cancer en application du plan cancer de 2000 et la prévention des maladies infectieuses, pour des montants respectifs de 120 M€ (y compris les médicaments coûteux) et 45,04 M€

Les agences régionales sont également invitées à poursuivre les programmes engagés antérieurement (lutte contre les conduites addictives, prise en charge des patients atteints de l'hépatite C, des patients âgés, mise aux normes des services d'urgence et de périnatalité). La prise en charge de la maladie d'Alzheimer, l'organisation des soins en psychiatrie et dans le milieu carcéral figurent également au nombre des priorités retenues pour 2002.

La dotation de santé publique diminue par rapport à la campagne 2001 en raison de la création au sein des dotations régionalisées 2002 d'une seconde enveloppe³⁹, spécifiquement consacrée au financement des molécules coûteuses. Destinée à favoriser une diffusion rapide des innovations thérapeutiques, cette dotation d'un montant de 168 M€ pour la France entière (dont 162 M€ pour la métropole), se décompose en trois sous-enveloppes distinctes⁴⁰. Un bilan de l'allocation des moyens en cause, par établissement et par molécule, avait été demandé aux ARH pour la fin du mois de février 2002.

b) Les crédits non inclus dans les dotations régionales

La circulaire du 31 décembre 2001 a reconduit pour 2002, selon les mêmes modalités qu'en 2000 et 2001, le dispositif prévu par le protocole du 14 mars 2000 pour faire face aux difficultés temporaires liées au remplacement des agents absents. Le montant alloué à chaque région est identique à celui qui leur avait été notifié au cours des deux années précédentes. Dans la pratique, les ARH disposent de peu de marges de manœuvre dans l'utilisation de ces crédits, dont la répartition est négociée

39. Les deux enveloppes représentent au total 355 M€ contre 305 M€ en 2001 pour la dotation incompressible de santé publique (+ 9,2 %). Au sein de cette dernière, 75 M€ avaient été consacrés au financement des molécules coûteuses en 2001 et 62,1 M€ aux molécules anticancéreuses.

40. Les deux premières sont dévolues au traitement de la polyarthrite rhumatoïde et à la lutte contre le cancer et la troisième est laissée à l'appréciation des ARH pour favoriser le recours à des médicaments innovants utilisés par les établissements de leur ressort. Voir infra, chap. IX, III.

avec les organisations syndicales sur la base des effectifs ETP en place dans les établissements de santé.

La mise en œuvre de cette mesure appelle des observations identiques à celles émises par la Cour au titre des deux années précédentes. En effet, le crédit de 305 M€ n'a pas été inscrit en loi de finances pour 2002. Comme en 2001, le versement effectif demeure donc subordonné à son inscription dans une loi de finances rectificative à venir. En attendant, les hôpitaux doivent faire face à la dépense par des expédients comptables ou en demandant aux ARH des crédits prélevés sur la réserve régionale.

Par ailleurs, la question de la reconduction de ce dispositif à partir de 2003 se pose. S'agissant de dépenses de personnel, elles devraient, comme la Cour l'a déjà rappelé, être intégrées dans les dépenses encadrées et financées dans la dotation globale.

D – L'enveloppe des cliniques privées

Les modalités de fixation des tarifs des cliniques privées ont été profondément modifiées par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000⁴¹.

A la suite de la fixation de l'ONDAM par le Parlement et de l'Objectif Quantifié National (OQN) par arrêté ministériel, un accord national intervient chaque année entre l'État et une au moins des organisations de cliniques les plus représentatives. Il porte sur l'évolution moyenne nationale des tarifs des prestations, la déclinaison régionale de cette évolution et encadre la variation des tarifs que les ARH peuvent mettre en œuvre. A défaut d'accord à la fin du mois de février de chaque année, un arrêté ministériel doit être pris avant le 15 mars. Un accord est ensuite conclu avant le 31 mars au niveau régional entre l'ARH et les représentants régionaux des cliniques pour déterminer les règles d'évolution des tarifs de prestations. A défaut d'accord, l'évolution des tarifs est fixée par le directeur de l'ARH. Dans un troisième temps, les tarifs sont fixés pour chaque clinique par voie d'avenant aux contrats d'objectifs et de moyens.

41. Art. L. 162-22-1 à L. 162-22-7 CSS. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2001.

1 – La répartition de l'OQN en 2001

Pour 2001, l'arrêté du 1^{er} février 2001 a fixé la base de référence à 6 667,83 M€ et l'OQN à 6 910,21 M€, ce qui correspond à une progression de 3,32 % par rapport à la base de référence de 2000.

a) L'accord national du 4 avril 2001

L'accord national signé le 4 avril 2001 a fixé l'évolution des tarifs en fonction de deux objectifs : la réduction des inégalités de ressources interrégionales et la mise en œuvre d'actions ciblées portant sur la cancérologie, les urgences, l'obstétrique, les soins de suite et la sécurité sanitaire. Toutes disciplines confondues, le taux d'évolution moyen national ressort à + 2,3 % et à + 3,48 % si l'on inclut les actions ciblées.

Le taux de 3,48 %⁴² au niveau national, toutes disciplines confondues, est beaucoup plus élevé qu'en 2000 (1,33 %). Le préambule de l'accord du 4 avril 2001 précise que cet effort accru s'inscrit dans le contexte de la revalorisation des grilles de rémunération en cours de négociation et qui doit aboutir à l'élaboration d'une nouvelle convention collective commune à l'hospitalisation privée.

Les objectifs poursuivis

La correction des disparités tarifaires

Les différences de tarifs entre régions sont importantes. Ainsi, pour une moyenne nationale (hors DOM) de 1,12 € en 2000, la valeur du point ISA des cliniques privées varie de 0,97 € en Franche-Comté à 1,27 € en Ile-de-France. Ces écarts sont principalement dus au coût du personnel, nettement plus élevé dans cette dernière région.

Au sein d'une même région, entre établissements, les différences de tarifs peuvent être importantes, comme en Bretagne ou en Rhône-Alpes, ou beaucoup plus faibles comme en Pays de la Loire, ou en Ile-de-France où une politique d'harmonisation des tarifs par discipline avait été engagée. Le travail de réduction de ces écarts, commencé en 2000, s'effectue notamment par le biais d'une prime aux efforts consentis en matière de qualité et de sécurité des soins.

42. Si le dépassement de 91 M€ de l'objectif en 2000 avait été sanctionné par une récupération sur les tarifs de 2001, ceux-ci n'auraient dû augmenter que de 2,69 %.

La souplesse dans la répartition de l'enveloppe régionale selon les disciplines et les établissements permet aux ARH de corriger progressivement, si elle le souhaitent, ces disparités tarifaires.

La prise en compte de la rentabilité économique du secteur

En augmentant plus fortement le tarif moyen, l'accord national pour 2001 tient compte du constat fait par les fédérations professionnelles et les ARH de la fragilité financière de nombreux établissements, ce qu'a confirmé une étude de la DREES⁴³.

Le protocole annexé à l'accord tarifaire signé par l'Etat et les fédérations de l'hospitalisation privée pour 2001 avait prévu la mise en place d'un observatoire de l'évolution des différents facteurs susceptibles d'influer sur l'équilibre économique des cliniques privées. Dans ce cadre, des travaux ont été menés par les ARH en vue d'exploiter les données comptables et financières des cliniques privées, en liaison avec la CNAMTS qui a développé à cet effet le système STEFIE⁴⁴. A terme, ces éléments viendront compléter la mise à la disposition des ARH par les établissements des données financières dans le cadre du Fonds de modernisation des cliniques privées (FMCP) et devraient permettre une connaissance plus objective de la situation économique du secteur⁴⁵. Cela étant, ce dispositif, qui reste centré sur l'analyse de la rentabilité des sociétés d'exploitation, ne permet pas, faute de consolidation, d'appréhender globalement la situation de groupes très souvent composés d'entités périphériques telles que SCI ou SCP. L'analyse de l'évolution de la rentabilité des cliniques privées se heurte donc à la multiplicité des intervenants, ainsi qu'à la complexité et à l'opacité des structures juridiques.

43. Voir Etudes et Documents n° 77, août 2000. Mais une autre étude de la DREES sur la situation économique et financière des cliniques privées de 1999 à 2000 (Etudes et Documents n° 168, avril 2002) note un redressement en 2000 du taux de rentabilité économique des cliniques, dû en partie aux reversements exceptionnels effectués par l'assurance maladie.

44. Cette application repose sur un dépouillement des données figurant sur les liasses fiscales.

45. Notamment en ce qui concerne les redevances pour services rendus par les établissements aux praticiens et les loyers acquittés aux sociétés civiles immobilières.

*Les principaux points de l'accord***La réduction des inégalités sectorielles**

Dans le prolongement de l'action entreprise en 2000⁴⁶, l'accord national poursuit la réduction des inégalités de ressources accordées aux établissements, par des mesures tarifaires sectorielles en faveur de la gynécologie-obstétrique, dont les tarifs progressent de 8,08 % en moyenne, et de la médecine (hors dialyse) à hauteur de 5,78 %. Les soins de suite sont revalorisés de 3,64 %. En revanche, les tarifs de chirurgie et ceux de psychiatrie ont une revalorisation inférieure à la moyenne de 3,48 % (respectivement 2,96 % et 3,32 %). En application des dispositions de l'article 41 de la LFSS pour 2001, qui instaure un financement spécifique des activités d'urgence sous la forme d'un tarif des prestations et d'un forfait annuel, l'accord national fixe aussi les valeurs unitaires des différents forfaits⁴⁷.

L'accord comporte également, en application du plan cancer, une adaptation des ressources allouées aux établissements privés en matière de cancérologie, par la création d'un supplément au forfait de séance de chimiothérapie, la revalorisation des tarifs dans le cas d'une prise en charge ambulatoire, l'augmentation du forfait médicament et la création d'une enveloppe ciblée de 3,5 M€ destinée à soutenir les cliniques qui développent des activités de soins palliatifs. Enfin, en contrepartie de la suppression, à compter du 1^{er} mai 2001, de la marge de facturation sur les médicaments anticancéreux, l'OQN 2001 a été majoré de 30 M€.

La réduction des écarts entre régions

Pour les disciplines MCO, la détermination de l'évolution des tarifs moyens repose sur les données du PMSI : la revalorisation est calculée à partir de la valeur moyenne du point ISA, déterminée à partir des dépenses remboursées. Les DOM sont exclus de ce dispositif, dans la mesure où la valeur de leur point ISA inclut des surcoûts liés à leur situation spécifique.

L'accord du 4 avril fixe le taux d'évolution des tarifs par discipline dans chaque région. Contrairement à l'accord du 1^{er} mars 2000, les tarifs de MCO sont fixés par activité. S'agissant de la médecine et de la chirurgie, les régions les mieux dotées sont la Corse (respectivement

46. Les efforts avaient porté en priorité sur la revalorisation des tarifs en MCO, chirurgie cardiaque et obstétrique.

47. Forfait de service d'accueil et de traitement des urgences : 0,61 M€ par an ; forfait pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences : 0,46 M€ ; forfait UPATOU : 0,30 M€ à 0,38 M€ selon le nombre d'admissions. Voir infra, chap. IX, II.

3,26 % et 3,90 %), Poitou-Charentes (2,98 % et 3,62 %), Basse-Normandie (2,74 % et 3,38 %), et Pays de la Loire (2,71 % et 3,35 %). Les tarifs de la région Ile-de-France sont, quant à eux, respectivement revalorisés de 1,55 % et de 2,19 %. Les tarifs des prestations de médecine comportent par ailleurs une majoration spécifique pour la cancérologie, variable selon les régions, qui s'ajoute au taux d'évolution des tarifs régionaux. Les majorations les plus élevées concernent la Basse-Normandie et l'Auvergne (9,75 % et 9,56 %), contre 3,07 % en Ile-de-France. Dans le domaine de la gynécologie-obstétrique, les progressions les plus élevées sont observées dans les mêmes régions qu'en ce qui concerne la médecine et la chirurgie⁴⁸. Les départements d'outre-mer bénéficient d'un taux d'évolution des tarifs supérieurs à la moyenne nationale compte tenu de leur situation spécifique⁴⁹.

L'accord fixe la fourchette de modulation retenue pour les négociations régionales en 2001 : le taux d'évolution des tarifs des prestations allouées à chaque établissement ne peut être inférieur à 0 %, ni supérieur à 150 % du tarif moyen régional de la discipline.

Une enveloppe de 15,24 M€ a été prévue pour la modernisation des installations et procédures de désinfection et de stérilisation⁵⁰. Les ressources du fonds de modernisation des cliniques privées sont également mobilisées pour participer au financement du renouvellement des matériels de stérilisation et de désinfection.

Les résultats financiers

La Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2001 estimait à 1,5 % la progression en volume des dépenses des cliniques et à 4,7 % en valeur. Cette évolution laissait alors présager un dépassement de l'enveloppe « cliniques privées » de l'ONDAM évalué par la Commission des comptes à 80 M€ correspondant à 120 M€ de dépassement sur l'enveloppe « cliniques privées » de l'ONDAM et 40 M€ d'économies sur l'enveloppe « cliniques privées » hors OQN. Le dépassement réel du premier poste s'est établi en exécution à 90 M€, au lieu des 120 M€ escomptés.

48. Corse : 8,90 % ; Poitou-Charentes : 8,62 % ; Basse-Normandie : 8,38 % ; Pays de la Loire : 8,35 %.

49. A titre d'exemple, la progression des tarifs de médecine est de 5,36 % en Martinique et en Guadeloupe, et de 7,26 % pour la Guyane et la Réunion.

50. En chirurgie, le financement des mesures de lutte contre les maladies infectieuses prend la forme d'une majoration des tarifs de 0,64 point, modulable en fonction de la situation de chaque établissement.

b) La mise en œuvre de l'accord national par les ARH

Par rapport à l'année 2000, où un accord tarifaire avait été signé dans chaque région, en 2001, seules 17 ARH sont parvenues à la conclusion d'un accord avec les organisations professionnelles. Neuf ARH ont pris un arrêté prévoyant l'évolution des tarifs par discipline⁵¹.

Le contenu des accords et arrêtés fait apparaître une grande diversité des critères utilisés pour moduler les tarifs entre établissements⁵². Ainsi, cinq ARH n'ont pas utilisé les données issues du PMSI pour la modulation des tarifs de court séjour, en invoquant notamment des problèmes de qualité et d'exhaustivité des données⁵³. Tout comme en 2000, la principale difficulté a résidé, pour la répartition des enveloppes, dans la mise au point d'une modulation par discipline compatible avec le respect du taux d'évolution régional global prévu par l'accord national.

Face à la diversité des pratiques recensées dans le cadre de la campagne 2001, en particulier pour ce qui concerne l'utilisation du PMSI, la DHOS a constitué un groupe de travail chargé d'élaborer des recommandations de mise en œuvre des données du PMSI dans le cadre de la modulation tarifaire intra-régionale.

c) Le protocole du 7 novembre 2001

A la suite du mouvement social engagé par les cliniques privées, l'Etat a signé avec les organisations professionnelles⁵⁴ un protocole d'accord le 7 novembre 2001 qui prévoit l'affectation de ressources supplémentaires aux cliniques privées : d'une part, une dotation de 91,47 M€ pour la modernisation des cliniques privées (FMCP)⁵⁵ pour 2001 et 2002 ; de plus, une dotation de 76,22 M€ incluse dans l'accord tarifaire de 2002, pour la revalorisation des rémunérations dans le cadre

51. L'absence de signature d'un accord dans ces neuf régions résulte de divergences entre les organisations représentatives de niveaux régional et national sur la qualité de l'accord signé au plan national. Dans certains cas, les représentants régionaux des cliniques privées ont entendu privilégier le maintien d'établissements considérés comme indispensables, alors que les priorités affichées au plan national portaient sur la réduction des inégalités tarifaires et les mesures salariales.

52. Voir infra, chap. VIII, I : L'allocation des ressources aux établissements de santé.

53. Notamment les régions PACA et Bourgogne.

54. Fédération de l'hospitalisation privée et Fédération des établissements d'hospitalisation et d'assistance privés à but non lucratif.

55. V. infra, chap. VII, I, C.

d'une nouvelle convention collective de l'hospitalisation privée ; et, enfin, un rebasage de l'OQN 2001 à hauteur de 170 M€ en vue de la négociation tarifaire 2002 (les 91 M€ de dépassement déjà constatés en 2000 n'ayant pas été sanctionnés⁵⁶).

En contrepartie, les organisations représentatives des cliniques privées ont pris l'engagement d'entamer la négociation d'une nouvelle convention collective commune à l'hospitalisation privée, intégrant les revalorisations salariales prévues par le protocole. Ce dernier prévoit la création d'un observatoire tripartite, associant l'Etat, les représentants des employeurs et des organisations syndicales, afin de suivre l'évolution des rémunérations et de veiller au respect des engagements qui ont été pris dans le cadre du protocole. Les cliniques privées se sont par ailleurs engagées à renforcer la transparence de leur situation financière dans le cadre de leurs relations avec les ARH.

2 – La répartition de l'OQN en 2002

Dans le cadre de l'ONDAM pour 2002, l'arrêté du 30 avril 2002 a fixé l'OQN à 7 312 M€, par rapport à une base arrêtée à 7 065 M€, soit le montant de l'OQN 2001 majoré d'un effet de champ de 154,8 M€. La progression de l'OQN est de 3,49 % par rapport à 2001 (3,32 % en 2001).

L'accord national du 30 avril 2002

L'accord national a été signé tardivement en raison de la nécessité d'attendre la conclusion d'une nouvelle convention collective. Il fixe le taux moyen national d'évolution des tarifs à 3,93 %, dont 1,86 % au titre des mesures salariales. En effet, une enveloppe de 72,2 M€, ainsi que le solde disponible du fait du rebasage de l'année 2001, ont été affectés au financement des mesures prévues par le protocole du 7 novembre 2001, en complément des crédits qui seront mis en place dans le cadre du FMCP. Les dispositions de l'accord tendent par ailleurs à accélérer la réduction des inégalités de ressources des établissements entre les régions. Les taux d'évolution régionaux en MCO sont compris entre 2,09 % pour l'Ile-de-France et 7,09 % pour la région Basse-Normandie, soit une modulation des tarifs beaucoup plus importante qu'en 2001. Les DOM bénéficient d'une revalorisation de 7,44 %, applicable à toutes les disciplines. L'accord tarifaire 2002 comporte une modulation des tarifs de psychiatrie, établie pour la première fois en fonction des écarts de tarifs moyens régionaux. Il prévoit en outre de généraliser l'emploi des données du PMSI dans ce domaine, ainsi que pour les établissements de soins de suite ou de réadaptation à compter de 2003. Les limites à l'intérieur desquelles

56. Ceci a conduit à augmenter en réalité les tarifs de 3,48 % en 2001 au lieu de 2,69 %.

les ARH peuvent moduler les tarifs ne sont pas modifiées par rapport à 2001.

—SYNTHÈSE—

La caractéristique commune aux deux secteurs de l'hospitalisation est l'accélération à partir de 2000 du rythme de croissance de leur dotation budgétaire ou de leurs tarifs. Cette croissance est d'abord celle des enveloppes fixées au sein de l'ONDAM par le Parlement, auxquelles s'ajoutent les effets des nombreux protocoles qui ont marqué les années 2000 et 2001, tant pour l'hôpital public que pour les cliniques privées. Par ailleurs, les mesures prises conduisent à mettre en échec la maîtrise des dépenses hospitalières.

CETTE SECTION N'A PAS APPELE DE REPOSE DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES

III - L'élaboration et le suivi de l'enveloppe médico-sociale dans l'ONDAM

Le secteur médico-social est soumis depuis 1999 à un objectif de dépenses⁵⁷ et la Cour avait analysé dans son rapport de septembre 2000 les conditions dans lesquelles cette enveloppe était préparée⁵⁸.

Ce secteur, tel qu'il est défini pour établir cette enveloppe, regroupe les établissements et les organismes qui hébergent et prennent en charge les personnes âgées d'un côté, les handicapés de l'autre. Il rassemble des intervenants très divers : structures hospitalières, associations et établissements commerciaux à but lucratif se côtoient pour constituer un ensemble près de 25 000 structures médico-sociales qui offrent plus d'un million de places et emploient environ 400 000 salariés.

Le concept d'enveloppe médico-sociale de l'ONDAM n'inclut que les dépenses engagées par les établissements et les structures d'hébergement, d'accueil et de soins. Il ne comprend pas les dépenses de soins engagées par ailleurs, par les populations concernées et remboursées directement aux assurés sociaux.

57. Article 33 de la loi n° 98-1194 du 27 décembre 1998 qui modifie la loi n° 75-535 du 30 juin 1975. Jusqu'à cette date les dépenses médico-sociales faisaient partie des dépenses non encadrées. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 1998, p. 274 et s.

58. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2000, p. 186 et 187.

Le financement du secteur, ainsi défini, est assuré par plusieurs sources : 56,3 % proviennent de l'assurance maladie (au titre de l'enveloppe de l'ONDAM), 33,8 % des départements et 9,9 % de l'Etat pour une dépense globale estimée de 14,86 Md€ en 2002.

Les deux champs du secteur médico-social (personnes âgées et personnes handicapées) représentent une part encore modeste du total des dépenses de l'assurance maladie : un peu moins de 7 %. Mais, avec 7,15 Md€ en 2000, 7,79 Md€ en 2001 et 8,29 Md€ en 2002, ces dépenses augmentent rapidement.

L'objectif de croissance a été fixé à 7,07 % pour 2001 et 7,66 % pour 2002, à comparer à une progression de 3,77 % en 2001 et 5,85 % en 2002 pour l'enveloppe hôpital et 5,32 % en 2001 et 2,45 % en 2002 pour l'ONDAM toutes enveloppes confondues.

La hausse rapide des dépenses du secteur médico-social correspond à la mise en œuvre de deux politiques d'accroissement de l'offre de soins dont les points saillants sont la médicalisation des modes de prise en charge des personnes âgées dépendantes, d'une part, et les plans d'équipement ou de prise en charge pour les personnes souffrant d'un handicap, d'autre part.

Si l'évolution des dépenses du secteur médico-social respecte bien les objectifs fixés (7,6 Md€ en 2001⁵⁹, pour un objectif fixé à 7,7 Md€), ce résultat n'est obtenu que par la coïncidence des retards dans la mise en œuvre de la réforme du mode de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (appelée « réforme de la tarification »⁶⁰) et d'une gestion lacunaire et rationnée de l'offre de places d'hébergement et de prise en charge pour les personnes handicapées.

A – La sous-enveloppe « personnes âgées »

Avec 2,13 Md€ l'ONDAM personnes âgées est la plus modeste des deux sous-enveloppes de l'ONDAM médico-social.

Le secteur connaît trois réformes de grande ampleur : la « réforme de la tarification » qui entraîne une organisation budgétaire nouvelle des établissements en trois sections au lieu de deux ; un plan de

59. En encaissements-décaissements avant transferts et incidence du coût de la réduction du temps de travail (source DGAS).

60. Décret n° 2001-388 du 4 mai 2001 qui réforme la tarification mise en place par le décret n° 99-317 du 26 avril 1999 et l'arrêté du même jour.

médicalisation doublant le nombre de lits médicalisés, qui passerait ainsi de 300 000 à 600 000, pour une capacité globale d'accueil de 646 000 lits, et l'instauration d'une allocation personnalisée d'autonomie (APA)⁶¹ pour laquelle 523 000 dossiers avaient été déposés fin avril 2002.

a) Une sous-estimation initiale du coût de la réforme du financement des établissements compensée par des retards dans sa mise en œuvre.

Comme le retrace le tableau ci-dessous, le mode de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) a connu ces dernières années des modifications considérables.

**Organisation des sections tarifaires des EHPAD
(et modes de prise en charge)**

	1978-1999	1999-2001	Depuis 2001
Sections tarifaires	tarification binaire	tarification ternaire	tarification ternaire
Soins	assurance maladie	(6 tarifs) assurance maladie	(3 tarifs)** assurance maladie
Dépendance	néant	(6 GIR* = 6 tarifs) résident + PSD	(6 GIR = 3 tarifs) résident + APA
Hébergement	résident + ACTP puis en 1997 PSD	résident + conseil général	résident + conseil général

* Les Groupes Iso Ressources (GIR) correspondent, pour chacun d'entre-eux, à un niveau donné d'accompagnement de la dépendance. Ils sont classés en six catégories décroissantes : GIR 6 niveau de dépendance la plus légère, GIR 1 niveau de dépendance le plus lourd.

** Depuis juillet 2001, les tarifs de soins et de dépendance ont été regroupés en trois niveaux décroissants : GIR 1 et 2, GIR 3 et 4 et GIR 5 et 6.

Les établissements qui adhèrent au nouveau dispositif, et signent à cette fin une convention avec l'Etat et les conseils généraux, présentent un budget divisé en trois sections : soins, dépendance et hébergement. L'assurance maladie finance la section soins, le coût des deux autres sections est supporté par les résidents avec, le cas échéant, le concours des conseils généraux (APA pour la dépendance et aide sociale pour l'hébergement).

Une sous-estimation des prévisions de dépenses.

Comme le montrent les 400 premières conventions signées, chaque convention induit, en moyenne, un coût supplémentaire de 0,23 M€ Si ce surcoût moyen se confirmait pour les 7 600 établissements restants, le

61. Instituée par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001, art. 1^{er}.

coût final du plan atteindrait 1 840 M€, soit le double de celui qui était initialement prévu.

Dès le départ, l'objectif de médicalisation comporte au moins trois mécanismes de croissance des dépenses qu'aucun dispositif de redéploiement ou d'économies ne vient compenser.

La garantie de maintien de la dotation (dénommée « clapet anti-retour ») pour certains établissements signataires représente un coût global⁶² de 304,9 M€

Le financement de la réduction de l'écart des dépenses médicalisées entre les établissements, pour le ramener de 1 à 4 contre 1 à 8 actuellement, est assuré pour partie par une dotation minimale de convergence (appelé « effet mécanique ») accordée aux établissements signataires les moins bien dotés.

L'imputation des charges entre les trois sections tarifaires s'effectue en principe sur la base de leur coût réel, cependant le coût du personnel est réparti forfaitairement selon des clés qui aboutissent à faire financer plus que sa part à l'assurance maladie⁶³.

Deux autres dispositifs n'ont pas pu être mis en œuvre ; leur absence vient encore renchérir le coût de la réforme : l'impossibilité pour les établissements de signer des conventions d'approvisionnement pour la fourniture de médicaments affaiblit leur capacité de maîtrise de cette dépense⁶⁴, d'une part, et, d'autre part, la possibilité de conventionnement entre les établissements et les infirmiers, aides médico-psychologiques (AMP) et aides soignantes exerçant à titre libéral pour obtenir de meilleurs tarifs n'a pas encore abouti malgré deux années de préparation.

Les retards dans la médicalisation des lits.

62. Estimation faite à l'été 1999 par la mission MARTHE (mission d'appui à la réforme de la tarification pour l'hébergement en établissement).

63. Les soins infirmiers sont imputés à 100 % dans la section tarifaire soins, ceux des aides soignants pour 30 % dans la section soins et pour 70 % dans la section dépendance. Une analyse plus fine de la réalité des coûts a montré qu'il conviendrait d'imputer dans la section dépendance, en moyenne, 10 % des coûts du personnel infirmier et 80 % du coût des aides soignants (données issues d'une enquête DAS de 1984).

64. Le bilan de l'enquête nationale EHPAD 2 établi le 26 janvier 2001 montre que les maisons de retraite sans section de cure médicale, privées à caractère commercial, avaient un coût des médicaments de 2,51 € par jour et par résident contre 0,05 € par jour pour les services de soins de longue durée et 1,86 € pour les maisons de retraite sans section de cure médicale à but non lucratif.

Fin 2001, seulement 400 conventions étaient signées, pour 8 000 établissements potentiellement signataires. L'objectif affiché de 8 000 conventions avant le 31 décembre 2003 paraît hors de portée.

En 2001, première année d'exécution du plan de médicalisation, 131,10 M€ au lieu de 182,9 M€ ont été consommés. En 2002, la dotation a été fixée à 79,12 M€. Ce montant, même complété des reports pour 2001, soit 54,88 M€, n'atteint pas les 182,9 M€ qui correspondent à une année pleine d'application du plan.

Seuls les retards dans l'exécution du plan de médicalisation ont permis d'éviter le dépassement de l'objectif fixé pour la sous-enveloppe. Il n'est pas évident que cette situation se reproduise à l'avenir. Les pouvoirs publics devront soit étaler le plan sur une période plus longue que prévue, soit majorer sensiblement le taux annuel de progression de la sous-enveloppe à partir de 2003.

b) L'insuffisance des instruments d'élaboration et de suivi de l'enveloppe.

L'approche budgétaire par le coût des établissements ne donne qu'une vision partielle des dépenses consacrées aux personnes âgées dépendantes.

Comme tous les postes de l'ONDAM, la sous-enveloppe personnes âgées dépendantes est définie de manière conventionnelle. Plusieurs types de dépenses, pourtant liées aux mêmes personnes, sont partiellement ou totalement en dehors de la sous-enveloppe.

Ainsi les personnes qui occupent des lits en établissement de façon épisodique, par exemple certains patients atteints par la maladie d'Alzheimer, ou des personnes résidant de façon plus permanente peuvent se voir prescrire des soins (kinésithérapie, soins infirmiers) ou des médicaments qui sont délivrés en ville et, à ce titre, imputés sur l'enveloppe soins de ville.

Les écarts de consommation de soins qui vont de 1 à 6 tendent à montrer que la répartition entre les soins imputés sur l'ONDAM médico-social et ceux imputés sur l'enveloppe soins de ville varie selon les établissements.

Certains lits des unités de soins de longue durée implantées dans les hôpitaux sont occupés par des personnes âgées dépendantes mais leur financement reste imputé sur l'enveloppe hospitalière tant que ces unités n'ont pas signé de convention.

Si le critère retenu était celui des dépenses occasionnées par les personnes concernées et non pas celui d'une catégorie d'établissements, le montant de la sous-enveloppe serait de 5,03 Md€ au lieu de 2,13 Md€⁶⁵.

La détermination annuelle des ressources provenant de l'assurance maladie tient insuffisamment compte de la réalité constatée des dépenses des établissements.

Pour fixer la progression de la sous-enveloppe pour l'année N+1, la DHOS applique un taux permettant d'actualiser les moyens de l'année N (budget de reconduction), en corrigeant cette opération par la prise en compte de la consommation effective des crédits N-1 par les établissements et des besoins de financement résultant des conventions. Ces derniers sont évalués forfaitairement à partir du nombre de conventions signées.

Ce mode de calcul ne rend pas possible la prise en compte des inflexions constatées à l'année N au travers des versements effectués par l'assurance maladie. En outre, l'absence de système d'information budgétaire ne permet pas de déterminer ce qui, dans les inflexions constatées a posteriori, tient à une baisse des dépenses, une augmentation des ressources, un effet volume d'activités, un retard à la montée en charge de la première version de la nouvelle tarification (cf. tableau supra) ou à une combinaison de ces différents facteurs.

Les insuffisances du système d'information empêchent un pilotage budgétaire précis du plan de médicalisation des EHPAD.

Le pilotage de la réforme a été assuré par la mission MARTHE, qui a mis au point un logiciel dénommé ANGELE (application nationale de gestion de l'enveloppe des établissements). Ce produit est un instrument utile pour la gestion budgétaire des EHPAD, notamment la simulation des coûts de la réforme. Cependant, plusieurs défauts de construction affectent son bon emploi, notamment l'impossibilité de consolider, même de façon partielle, les données établies par les DDASS, ce qui empêche un suivi global de la réforme de la tarification.

Le système d'information budgétaire ne permet pas non plus d'expliquer, sinon de réduire, un écart historique (il remonte au moins à

65. Aux 2,13 Md€ des établissements (ex-sections de cure médicale), il faudrait en effet ajouter 1,22 Md€ pour les USLD et 1,68 Md€ pour les soins de ville (comprenant notamment 609,8 M€ de soins infirmiers, 426,9 M€ pour le médicament et 121 M€ pour les kinésithérapeutes). Source : étude mission Marthe-DGAS.

1996) entre les montants notifiés aux établissements par les DRASS et les DDASS et les sommes, inférieures de 10 %, versées par les CRAM⁶⁶. La procédure budgétaire et les évaluations faites dans ce cadre sont déconnectées des versements effectifs.

L'ensemble de ces facteurs montre que le respect de l'objectif fixé pour la sous-enveloppe a un caractère pour partie fortuit.

B – La sous-enveloppe « personnes handicapées »

Alors que le secteur des personnes âgées fait l'objet de politiques de prise en charge anciennes (les hospices) où l'Etat occupe un rôle central, y compris lorsque les financements relèvent d'autres acteurs (assurance maladie et départements), la gestion du secteur des personnes handicapées ne présente pas les mêmes prémices⁶⁷.

L'Etat doit prendre en compte une population diverse, nombreuse (1,8 million de personnes handicapées de moins de 60 ans) et dont l'espérance de vie s'accroît, mais les conditions dans lesquelles le montant de la sous-enveloppe est déterminé demeurent peu satisfaisantes.

1 – Une connaissance lacunaire de la demande et de l'offre.

La détermination de la sous-enveloppe est rendue difficile par une connaissance imparfaite des besoins exprimés par les familles mais aussi de l'offre.

a) La méconnaissance de la population des personnes handicapées et donc des besoins.

Selon le rapport du CNIS de 1997, le public des personnes handicapées constitue «un puzzle incertain ». Une enquête Handicap, Incapacité, Dépendance a été menée par la DREES et par l'INSEE sur quatre ans entre 1998 et 2001, elle devrait permettre d'en améliorer la connaissance.

66. Une enquête a été lancée par le ministère à la fin de l'année 2000 auprès de 26 DDASS pour analyser cet écart. Les résultats de cette enquête ne sont toujours pas connus.

67. Le chapitre ne traite pas la question de l'évaluation des besoins exprimés par les familles et les associations qui les représentent mais seulement les méthodes d'élaboration et de suivi de la sous-enveloppe.

En 1997, l'IGAS avait recommandé la constitution d'un panel, pour suivre les publics concernés ou les établissements qui les accueillent. Cette recommandation n'a pas été mise en œuvre.

Pour pallier ces lacunes, l'administration utilise essentiellement des études internationales, et particulièrement celles que publie l'Organisation Mondiale de la Santé qui donnent des taux de prévalence par handicap. Ces taux, qui reposent sur des moyennes mondiales, n'ont qu'une valeur indicative. L'administration les reprend en principe, mais les régions peuvent s'en écarter pour certains programmes. Cette pratique mériterait une analyse précise afin d'éviter l'allocation de moyens qui n'apparaît pas toujours en rapport avec la réalité des besoins⁶⁸.

Les lacunes dans la connaissance des établissements et de l'offre globale.

L'administration centrale ne connaît que de façon lacunaire le parc d'établissements⁶⁹, leur capacité théorique et leur capacité réelle par handicap et mode de prise en charge.

La répartition des dépenses des établissements entre les différentes sources de coûts n'est pas connue faute de synthèse budgétaire. Ainsi, le coût des personnels (70 % du budget) n'est pas appréhendé de façon exhaustive. L'évaluation financière liée à l'avenant du 24 juillet 2000 à la convention collective de 1966 a été établie à partir d'un panel d'établissements constitué par la fédération des employeurs, la DGAS et la DREES n'ayant apporté qu'un concours.

68. Ainsi, pour le plan autistes, le taux de prévalence estimé par l'OMS et retenu en France correspond à une fourchette qui va de 4 à 5,6 pour 10 000, mais la région Lorraine a préféré le taux de 7,6, la Champagne-Ardenne a retenu 9,2, l'Auvergne, la Franche-Comté ont choisi 10, l'Aquitaine se contentant de 4.

69. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 1999, p. 141.

b) Les insuffisances dans le système budgétaire et dans la méthode de construction de la sous-enveloppe.

Les faiblesses du système d'information budgétaire et du suivi des versements de l'assurance maladie.

L'illustration la plus frappante peut en être trouvée dans le parcours chaotique du logiciel GEODE médico-social. Celui-ci devait permettre de suivre la consommation des dotations notifiées aux établissements. Il devait faciliter les allocations de ressources et empêcher leur dépassement. Mais il avait surtout pour objet de centraliser les informations sur la consommation des crédits de l'année N, afin de faciliter l'élaboration de l'ONDAM N+1.

Ce produit a souffert d'un défaut de pilotage grave. Présenté en 1998, abandonné de facto en 1999, repris en 2001, il n'était toujours pas opérationnel au début de l'année 2002 et, selon les réponses parvenues à la Cour, le deviendrait partiellement en 2003.

De cette situation il résulte que la construction budgétaire de l'ONDAM ne tient pas compte de la réalité des versements effectifs des CRAM aux établissements puisque l'ONDAM N+1 est préparé à partir de l'ONDAM de l'année N tel qu'il a été voté par le Parlement.

Les insuffisances dans la détermination des budgets des établissements et l'impossibilité de les prendre en compte dans la construction de la sous-enveloppe.

En premier lieu, le ministère notifie de façon trop tardive la répartition de la sous-enveloppe pour que celle-ci puisse servir à déterminer les dotations des établissements. Les DRASS et les DDASS appliquent donc pour cette détermination une logique de reconduction qui empêche une analyse critique des projets de budget présentés par les établissements.

En second lieu, le budget étant fixé en multipliant le nombre de journées d'hébergement prévu par le prix de journée, les établissements minorent leur prévision d'activité pour obtenir des DDASS et des DRASS un prix de journée élevé. L'activité réelle étant plus importante, ce prix de journée leur permet d'augmenter leurs ressources.

Enfin, les dotations sont arrêtées à partir des charges brutes des établissements⁷⁰ et n'intègrent pas les recettes qui peuvent survenir en cours de gestion, comme des versements de taxe d'apprentissage. Ce phénomène conduit à majorer à tort les dotations notifiées aux établissements. Pour éviter ce biais, une des solutions avancées consisterait à fixer une dotation globale⁷¹ qui se substituerait au système de prix de journée.

Pour ces différentes raisons, les budgets ne peuvent être utilisés pour préparer la sous-enveloppe et celle-ci est déterminée sans que l'activité réelle (volume et prix de journée) des établissements ne soit prise en compte de façon réaliste⁷².

La complexité liée à la superposition de plans partiels.

Les plans gouvernementaux en matière de handicap mobilisent des sources de financement de plusieurs origines : crédits de l'assurance maladie, crédits d'Etat⁷³, crédits des départements. Le plan autistes 1995-2000 illustre cette pluralité de financements : l'assurance maladie intervenait pour 56,10 M€(70,9 %), les conseils généraux pour 22,26 M€ (28,1 %) et l'Etat pour 0,76 M€(1 %).

A ce premier degré de complexité s'ajoute l'imbrication des plans entre eux. Sur les 15,24 M€ présentés comme des dépenses nouvelles pour financer en 1999 le plan autistes, 7,62 M€étaient déjà prévus dans le plan pluriannuel de créations de places pour personnes adultes lourdement handicapées.

Enfin, pour l'ensemble des plans, une partie du financement provient de transferts de l'enveloppe des hôpitaux (pour un total de 146,03 M€entre 1997 et 2001).

Il n'est donc pas possible de rapprocher les moyens annoncés pour les plans de l'évolution de la sous-enveloppe.

Ces différentes insuffisances ont deux conséquences :

70. Classe 6 brute du plan comptable.

71. Cela reviendrait à définir les dotations à partir de la classe 7 du plan comptable.

72. Ce point avait déjà fait l'objet de remarques dans le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 1998, p. 277.

73. Les CAT et les CHRS sont financés sur des crédits du titre IV et du titre VI du budget de l'Etat.

- les conditions de préparation de la sous-enveloppe ne permettent pas de la faire reposer sur une évaluation réelle des besoins ;
- au moment du vote par le Parlement, le défaut d'information sur la réalité des besoins détourne le débat vers l'enjeu symbolique que représente le montant global de la sous-enveloppe. Lors du vote du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, un amendement de 20 M€ augmentant la dotation en faveur des autistes et des polyhandicapés a été adopté sans être fondé sur des données précises, mais principalement pour éviter une baisse de la sous-enveloppe.

—SYNTHÈSE—

L'élaboration et le suivi de l'enveloppe médico-sociale de l'ONDAM présentent de nombreuses faiblesses. Ces dernières trouvent pour les deux sous-enveloppes leur première origine dans les insuffisances des systèmes d'information.

Pour la sous-enveloppe « personnes handicapées », le défaut d'outils réellement opérationnels pour la programmation budgétaire et l'absence de lien rigoureux avec les plans annoncés contribuent aussi à interdire une prévision fiable des dépenses.

Pour la sous-enveloppe « personnes âgées dépendantes », les conditions d'un suivi budgétaire cohérent ne sont pas encore réunies.

La fixation, depuis 1999, d'un objectif chiffré d'évolution de l'enveloppe médico-sociale à l'intérieur de l'ONDAM n'a donc qu'une portée limitée.

—RECOMMANDATIONS—

Pour le secteur des personnes âgées :

4. *Analyser les coûts nouveaux constatés lors de la signature des conventions des établissements en vue d'une programmation révisée de l'ONDAM personnes âgées.*

5. *Etablir en annexe de la LFSS un document permettant de resituer la sous-enveloppe « personnes âgées » dans l'ensemble des dépenses de soins aux personnes âgées.*

Pour le secteur des personnes handicapées :

6. Mettre en place une structure de pilotage pour développer un système d'information budgétaire pertinent.

7. Créer un panel d'établissements afin d'assurer la connaissance et le suivi des coûts.

8. Assurer une mise en cohérence des différents plans en distinguant l'origine des ressources allouées à chacun d'eux.

CETTE SECTION N'A PAS APPELE DE REPONSE DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES

IV - Les dépenses de la branche des accidents du travail et maladie professionnelle

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 avait prévu, pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles, un objectif de dépenses de 8,57 Md€

Les dépenses effectives ont été de 8,45 Md€ donc inférieures de 160 M€ En 2000, les dépenses (8,1 Md€) avaient été légèrement inférieures à l'objectif (8,2 Md€).

Pour le régime général, qui représente de l'ordre de 87 % du total, les recettes, les dépenses et le résultat s'établissent comme suit :

En M€

CNAMTS			
	Présentation comptable		Dans le périmètre LFSS
	En encaissements-décaissements	En droits constatés	
Recettes	7 933	8 488	7 991
Dépenses	7 458	8 469	7 971
Résultats	475	19	20

Source : Source : Commission des comptes de la sécurité sociale (juillet 2002)

La Cour des comptes a consacré, en février 2002, un rapport public particulier aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, où elle a montré, notamment, que les dépenses imputées à cette branche de la sécurité sociale ne traduisent pas la situation réelle des coûts induits par

les risques professionnels. Ce document retraçait aussi certaines données financières de l'exercice 2001.

Les écarts entre les chiffres en encaissements-décaissements et ceux en droits constatés tiennent principalement à ce que le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) n'a pas été mis en place avant fin 2001 et à ce que la contribution du régime général des AT-MP n'a donc pas pu être versée en 2001. D'autre part, la réduction du solde excédentaire de la branche résulte notamment des contributions versées par cette branche au FIVA et au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante.

CETTE SECTION N'A PAS APPELE DE REPOSE DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES

V -

VI - Les dépenses de la branche vieillesse

Les dépenses de la branche vieillesse entrant dans le champ de la loi de financement⁷⁴ se sont élevées, en encaissements-décaissements, à 126,9 Md€ soit une croissance de 4,1 % par rapport à 2000. L'article 54 de la loi de financement avait évalué à 126,6 Md€ le montant constituant l'objectif de ces dépenses pour 2001. Ainsi, les dépenses effectives sont-elles très proches de l'objectif.

A – Les dispositions particulières relatives aux dépenses de la branche vieillesse

Dans la loi de financement pour 2001, neuf articles concernaient, à un titre ou à un autre, la vieillesse.

Deux articles du projet de loi de financement ayant trait à la vieillesse ont été déclarés non conformes à la Constitution par le Conseil constitutionnel, en particulier l'article 29 mettant à la charge du FSV le coût de la validation, par des organismes de retraite complémentaire, de périodes de chômage et de préretraite indemnisées par l'État. Ils figurent tous deux dans la loi de modernisation sociale

Deux d'entre eux (articles 31 et 32) concernent les ressources soit de la CNAV, soit des fonds vieillesse – FSV et fonds de réserve des retraites (FRR) –, et un (article 30) la prise en charge par le FSV de dépenses nouvelles ; l'application de ces trois articles en 2001 est étudiée lors de la présentation des comptes du FSV et du fonds de réserve des retraites.

Restent donc six articles, qui ont été appliqués de la façon suivante :

L'article 25 fixe les conditions de la revalorisation des avantages de retraite, d'invalidité et d'accidents du travail. En application de cet article, l'arrêté interministériel du 26 décembre 2000 a revalorisé de 2,2 % les pensions de vieillesse versées à cette date et les cotisations et salaires servant de base au calcul des pensions dont l'entrée en jouissance était postérieure à cette même date. Ce taux de revalorisation de 2,2 % s'explique par trois facteurs qui s'additionnent :

74. Ensemble des régimes de retraites comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres, à l'exception des régimes complémentaires obligatoires.

- l'inflation prévisionnelle : on estimait en décembre 2000 que la hausse des prix (hors tabac) pour 2001 serait de 1,2 % ;
- l'erreur de prévision d'inflation pour 2000 : on avait estimé, un an auparavant, que la hausse des prix (toujours hors tabac) en 2000 serait de 0,9 %, elle fut en réalité de 1,4 %, ce qui justifie un rattrapage de 0,5 % ;
- enfin, et contrairement aux prestations familiales qui n'en ont pas bénéficié, une augmentation supplémentaire de 0,5 % ; cette augmentation du pouvoir d'achat des retraités a été plus élevée que les années précédentes (elle avait été nulle fin 1999 et égale à 0,3 % fin 2000).

L'article 26 étend le bénéfice de l'allocation de veuvage aux conjoints survivants sans enfant (auparavant, une condition relative à l'éducation ou la charge d'enfant était requise). Un décret en Conseil d'Etat a été pris le 16 novembre 2001.

L'article 27 dispose que les organismes de sécurité sociale doivent transmettre à une autorité compétente de l'Etat les données nécessaires à la constitution d'un échantillon statistique interrégimes de cotisants. Il renvoie à un décret en Conseil d'Etat, qui n'a pas encore été pris, la fixation, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, des conditions de communication des données, ainsi que les modalités de fixation de l'échantillon.

L'article 28 pérennise les dispositions relatives à l'interdiction de cumul entre un emploi et une retraite de base. Il ne nécessite aucun texte réglementaire.

L'article 33 prévoit de prendre en compte la perception des pensions d'invalidité maladie dans les périodes valables pour la pension de retraite des marins. Deux décrets, l'un pour modifier le code des pensions de retraite des marins, l'autre pour modifier celui de 1938 relatif à l'organisation et l'unification du régime d'assurance des marins, ont été pris le 28 août 2001.

L'article 34, qui ne nécessite pas de texte réglementaire, a pour objet d'intégrer le fonds additionnel d'action sociale (FAAS) permettant aux caisses de mutualité sociale agricole de développer leur action concernant les services ménagers pour les personnes âgées, au sein de l'action sanitaire et sociale de ces caisses. Cette intégration a été faite.

B – L'évolution des prestations vieillesse du régime général

La valeur des prestations légales vieillesse et veuvage versées par le régime général s'est élevée à 59,5 Md€ en 2001. 96 % de ce montant a été constitué de pensions vieillesse en droit direct⁷⁵ : 70 % étaient des pensions de retraites, 12 % des pensions d'inaptitude, 7 % des pensions ex-invalides et 7 % également des majorations (en particulier pour enfants).

La progression du montant total des prestations a été de 4,2 % par rapport à 2000, plus élevée que celle de l'année précédente (3 %). Les pensions de retraites ont augmenté davantage (+ 5,1 %) en raison d'un effet de volume, les pensions d'inaptitude et les ex-invalides moins rapidement (1,2 % et 2,6 %) ; comme les années précédentes, la croissance la plus forte (13,3 %) est celle de la majoration qui est appliquée au titre de l'article L.814.2 du code de la sécurité sociale et qui concerne pour l'essentiel les travailleurs étrangers.

La progression de la valeur globale de ces prestations résulte de trois effets :

D'abord, un effet prix, qui n'est autre que leur revalorisation. Comme on l'a dit plus haut, cette revalorisation a été de 2,2 %, et le minimum vieillesse, qui est le total des avantages minimaux auquel a droit, sous condition de ressources, toute personne âgée d'au moins 65 ans (ou 60 ans en cas d'inaptitude au travail), a été également revalorisé de 2,2 % au 1^{er} janvier 2001.

Puis un effet quantité, défini comme la variation du nombre de bénéficiaires. En 2001, le nombre de retraités de droit personnel au régime général a augmenté de 1,7 %. Ce taux est beaucoup plus faible que celui des années précédentes (la diminution de ce taux a été régulière depuis 1994, année où il s'était élevé à 3 %). D'ici 2006, le taux de croissance annuel devrait se stabiliser entre 1,5 et 2 %, et c'est à partir de 2006 que la progression annuelle du nombre de retraités va s'accroître, en raison du «baby boom » d'après guerre, retrouvant des valeurs proches de 3 %, comme il y a une dizaine d'années.

75. La très faible part des pensions de droits dérivés dans les statistiques de la direction de la sécurité sociale vient de ce que ne figurent sous cette rubrique que les droits dérivés « purs », c'est-à-dire perçus par les personnes ne percevant qu'eux. Les droits dérivés perçus par des personnes en plus de leurs droits propres figurent parmi les droits propres.

Enfin, un effet structure, qui provient du fait que la structure des prestations versées se modifie d'année en année du fait de la réglementation, d'une part, des évolutions socio-économiques (et notamment des évolutions des carrières passées des nouveaux retraités par rapport à celles de leurs aînés), d'autre part. Au titre des modifications de la réglementation, il convient de souligner les trois conséquences de la réforme de juillet 1993. La première, l'indexation des « salaires portés au compte » sur l'évolution des prix et non plus sur celle des salaires, est un facteur permanent de modération⁷⁶. La seconde, l'allongement de la durée d'assurance, de 150 à 160 trimestres, au rythme d'un trimestre par an, est transitoire et atteindra son plein effet en 2003. La troisième, l'augmentation de 10 à 25 ans de la période de référence servant au calcul du salaire moyen, est elle aussi un facteur de modération transitoire, qui s'achèvera en 2008.

Ces différents facteurs de modération, qui affectent tant la quantité des bénéficiaires que la structure des prestations, expliquent que depuis plusieurs années l'effet volume, qui est la combinaison des deux effets, évolue de façon modeste. Il s'est établi en 2001 à 2 %, différence entre la progression totale des prestations (4,2 %) et l'effet prix, c'est-à-dire leur revalorisation (2,2 %), ce qui constitue même un net ralentissement par rapport aux deux années précédentes (où il s'était élevé à environ 2,5 % par an).

A l'intérieur de cette évolution très modérée, on relève une particularité majeure. Comme en 2000, le volume des pensions normales directes s'est accru beaucoup plus vite que la moyenne (2,9 %), alors que celui des droits dérivés, au contraire, a diminué (- 0,6 %). Cela reflète l'universalisation progressive des droits directs : en particulier, de plus en plus de femmes, en raison du développement et de la continuité croissante de l'activité féminine salariée depuis quarante ans, ont acquis des droits directs (et, lorsqu'elles perçoivent des droits dérivés, ils sont limités en raison de la règle du cumul avec leurs droits directs).

C – Le solde de la branche vieillesse du régime général

Les ressources de la branche retraite du régime général se sont élevées à 68,57 Md€ en augmentation de 6,8 %, sur 2000. L'ensemble des dépenses, obtenu en ajoutant aux prestations précédentes les charges de gestion notamment, se sont élevées à 67,06 Md€ en progression plus modérée que celle des ressources (5,3 %). Ainsi, le solde positif de la

76. Cette indexation sur les prix est pratiquée depuis 1987.

branche s'est accru de 2000 à 2001 : en droits constatés, il est passé de 507,7 M€ à 1,52 Md€

Comme le prévoit la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, et selon l'article L. 135-7 du code de la sécurité sociale, la CNAV a versé son excédent⁷⁷ de 2000 au fonds de réserve des retraites, soit 483,48 M€. L'arrêté a été pris le 15 janvier 2002 et le versement a eu lieu le 16.

CETTE SECTION N'A PAS APPELÉ DE RÉPONSE DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES

VII - Les dépenses de la branche famille

A – Les mesures nouvelles de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001

Plusieurs mesures nouvelles en faveur des familles figurent dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 :

- **article 19** : réforme du complément de l'AFEAMA (coût : 38 M€) ;
- **article 20** : création d'une allocation de présence parentale, destinée aux familles où l'un des deux parents doit rester au domicile auprès d'un enfant malade (coût 2001 : 5,5 M€; 30 M€ en rythme de croisière) ;
- **article 23** : création du fonds d'investissement pour le développement des structures d'accueil de la petite enfance (coût 2001 : 27,5 M€) ;
- **article 25** : prise en charge par la CNAF d'une part croissante des majorations de pension pour enfants, selon un échancier fixé (30 % en 2002, 45 % en 2003, 60 % en 2004, 75 % en 2005, 90 % en 2006 et 100 % à partir de 2007), avantage non contributif pris en charge par le FSV depuis 1993 et représentant 2,9 Md€. Cette prise en charge diminue

77. Il est prévu que l'excédent à transférer soit égal au montant du résultat net comptable : résultat net après neutralisation des écritures de dotations et de reprises sur provisions et neutralisation des subventions amorties et des opérations de cessions d'éléments d'actifs.

sensiblement les marges financières qui pourraient être affectées à l'amélioration des prestations des familles ayant des enfants à charge.

B – L'évolution des dépenses

Le montant total des dépenses de la branche famille s'est établi à 41,8 Md€ en encaissements-décaissements, soit une progression de 3,7 % par rapport à 2000.

Les dépenses se présentent comme suit :

- prestations familiales : 26,83 Md€(+ 3,10 %) ;
- allocation aux adultes handicapés (AAH) : 4,24 Md€ (+ 5,26 %) ;
- transferts versés : 7,13 Md€(+ 9,87 %) ;
- gestion administrative : 1,44 Md€(+ 2,58 %) ;
- action sociale : 2,21 Md€(- 10,56 %) ;
- charges diverses : 1,19 Md€(NS).

Si l'on regroupe les prestations familiales, l'assurance vieillesse des parents au foyer et la contribution de la branche au financement de l'APL pour reconstituer, parmi les dépenses de la CNAF, le « socle » des prestations légales dont bénéficient les allocataires ayant des enfants à charge, ce socle s'établit à 34 Md€ en hausse de 2,8 % par rapport à 2000.

Cette progression modérée résulte d'évolutions différentes selon les blocs de prestations.

a) Les prestations d'entretien (allocations familiales, complément familial, allocations aux familles monoparentales – API et ASF –, allocation de rentrée scolaire) progressent faiblement

Cette faible croissance s'explique par :

- une très légère diminution des prestations en volume ;
- le maintien en euros courants du montant de l'allocation de rentrée scolaire ;
- l'indexation de la BMAF sur les prix (1,8 %), sur laquelle 80 % de ces prestations sont indexées, sans « coup de pouce », à l'inverse des retraites.

- Déflatées de l'évolution de la BMAF, les allocations familiales sont en baisse de 0,5 % par rapport à 2000. La diminution du nombre de familles nombreuses explique, en 2001, comme en 2000, cette évolution légèrement négative.

- Le coût du complément familial est quasiment stable par rapport à 2000. La baisse du nombre de familles nombreuses et l'effet négatif sur le nombre de familles éligibles de la stricte indexation des plafonds de ressources sur les prix sont à l'origine de cette stagnation.

- L'allocation de rentrée scolaire est stable et bénéficie à 5,51 millions d'élèves.

b) Les prestations accordées aux familles ayant de jeunes enfants⁷⁸ progressent sensiblement

- L'allocation pour jeune enfant (APJE) augmente de 1,6 % à 2,8 Md€ Avec un nombre de familles ayant des enfants de moins de trois ans, qui progresse encore, d'autres facteurs contribuent à modérer la dépense : effet de champ lié à l'écart entre l'évolution des ressources des familles et celle des prix ; progression de l'activité féminine.

- L'allocation parentale d'éducation progresse de 3,7% (2,9 Md€).

- Les prestations affectées à la garde des enfants par les assistantes maternelles (AFEAMA) poursuivent leur progression (+ 10,4 % à 1,87 Md€) par suite de la croissance du nombre d'enfants gardés, de la progression de l'assiette des cotisations (qui suit la valeur du SMIC) et de la réforme du complément d'AFEAMA versé aux familles.

78. Les prestations de service versées sur les crédits d'action sociale pour l'accueil des jeunes enfants, notamment en crèches, continuent à progresser.

La réforme du complément d'AFEAMA

L'aide à la garde des enfants par une assistante maternelle comprend :

- la prise en charge de la totalité des charges patronales et salariales ;
- une prestation directe versée à la famille (complément d'AFEAMA) qui a fait l'objet d'une réforme en 2001. Son montant a été augmenté de 67,8 € par mois pour les familles dont les ressources se situent en dessous de 1 447 € par mois pour une famille de 1 enfant, majoré de 417 € par enfant supplémentaire. Il a été augmenté de 26,68 € par mois pour les familles dont les revenus se situent entre 1447 € et 1 990 € par mois. Cette modulation a entraîné une dépense supplémentaire de 38 M€

Les dépenses d'AGED, allocation destinée à la prise en charge des cotisations sociales pour les familles qui font garder leurs enfants à domicile par une employée de maison, régressent de 2,9 %, ce qui correspond à une diminution significative des effectifs d'employeurs déclarants et de la durée d'emploi de l'employée de maison.

c) Les aides au logement sont en progression modérée

L'allocation de logement familiale (3,04 Md€) progresse de 7,9 %, notamment sous l'effet de la réforme des aides au logement dont la première étape est intervenue en 2001. La contribution de la branche famille aux charges de l'allocation personnalisée au logement (3,08 Md€) diminue de 0,36 %.

La réforme des aides au logement

Un barème unique a été institué pour l'ensemble des allocataires en logement locatif. Ce nouveau barème a notamment eu deux effets :

- une augmentation de l'aide pour les allocataires de faibles revenus (ceux situés au voisinage du RMI) ;
- une augmentation sensible de l'allocation de logement familiale pour les 75 % d'allocataires dont le loyer était supérieur aux plafonds (les plafonds de loyer en ALF qui étaient inférieurs à ceux de l'APL ont été alignés sur ces derniers).

Le coût de cette réforme est évalué à 0,99 Md€ se décomposant comme suit :

- 442 M€ en 2001 et 548 M€ en 2002 ;
- 442 M€ pour la CNAF et 548 M€ pour l'Etat (au titre des allocataires n'ayant pas d'enfants à charge).

Le montant global des aides au logement résulte, outre l'apport de cette réforme, d'autres éléments complexes qui interviennent dans la détermination des barèmes (répartition entre accession et location ; évolution des loyers au-dessous des plafonds ; évolution des ressources des allocataires...). Les modalités d'actualisation des principaux paramètres des barèmes (prix pour les paramètres, ressources, indice de la construction pour les loyers plafonds) ne garantissent pas, dans certains cas, le maintien du pouvoir « solvabilisateur » des aides et peuvent provoquer un relèvement des taux d'effort de certaines catégories de ménages. Par ailleurs, pour la deuxième année consécutive, le forfait charges n'a pas été réévalué au niveau de la hausse constatée sur le panel qui sert traditionnellement de référence.

Les choix opérés en matière d'actualisation des barèmes viennent ainsi atténuer sensiblement l'incidence favorable de la réforme structurelle des aides.

d) Les transferts versés progressent de 9,87 % pour atteindre 7,13 Md€

L'AVPF progresse de 2,98 % ; la contribution au financement de l'APL diminue de 0,36 %. La forte augmentation du poste résulte de la prise en charge par la CNAF d'une part croissante des majorations de retraites pour enfants à charge (438 M€)

Le doublement des charges diverses (1,19 Md€) est lié, d'une part, à une forte revalorisation des provisions pour dépréciation de créances (+ 595 M€) due, pour l'essentiel, au provisionnement de la créance sur le FOREC, les créances sur les employeurs ne représentant que 84 M€ et, d'autre part, à des remises sur créances : l'augmentation des admissions en non valeur (+ 145 M€) provient d'une opération exceptionnelle d'apurement menée dans les UR (et notamment à l'UR de Paris pour 116 M€, soit 80 % du total).

e) Les dépenses d'action sociale

La baisse sensible de l'action sociale (- 9,6 %) est liée à des reclassements de dépenses. La subvention de la CNAF au FASTIF a été transférée en totalité au budget de l'Etat pour un montant de 150 M€ De même, les dépenses du fonds national d'action sociale ont été intégrées dans le budget de gestion administrative. A périmètre constant, le FNAS a augmenté de 91 M€ soit une progression de 5,1 %.

C – Le solde de la branche famille

En 2001, pour la troisième année consécutive, les comptes de la branche famille sont excédentaires. Le solde positif s'établit à 1,68 Md€ faisant suite à 1,44 Md€ en 2000 et 0,254 Md€ en 1999.

L'amélioration du solde s'explique en bonne partie par l'écart structurel entre les recettes qui, à législation constante, évoluent comme la masse salariale et les prestations qui sont, pour 80 % d'entre elles, réévaluées comme les prix. Sur la base d'un écart moyen de 2 % en longue période entre ces deux grandeurs, l'amélioration tendancielle du solde de la branche famille peut être évaluée à 500 M€ par an. Cette marge tendancielle est, pour partie, consacrée à l'amélioration des prestations. Depuis 2000, elle est cependant réduite par les transferts de charges opérés au détriment de la branche famille et par les prélèvements sur les recettes de cette branche.

Ainsi, en 2001, au-delà des transferts de charges opérés au détriment de la CNAF, la taxe de 1 % sur les revenus mobiliers n'est plus affectée à la branche famille (perte pour la CNAF : 200 M€). Le solde de la branche, à périmètre constant, se serait donc établi en 2001 à 2,72 Md€

CETTE SECTION N'A PAS APPELÉ DE RÉPONSE DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES

Chapitre III

Les soldes et leur financement en 2001

PRESENTATION

Les comptes du régime général établis en droits constatés présentent une évolution dont l'interprétation est affectée d'une part, par la provision passée en 2001 par le régime général relative aux exonérations de cotisations sociales non remboursées en 2000 ; d'autre part, par l'incidence sur le montant des cotisations 2001 des problèmes affectant l'estimation des produits rattachés aux exercices 2001 et 2002.

Pour obtenir une image plus fidèle de l'exercice 2001, c'est-à-dire reflétant le plus exactement possible l'évolution des recettes et des dépenses imputables à cet exercice, le résultat du régime général devrait être modifié comme suit : augmenté de 2,2 Md€ au titre de la provision relative aux exonérations de cotisations, diminué de 0,8 Md€ correspondant à la différence entre la sous-estimation des cotisations à rattacher à 2000 (1,1 Md€) et la surestimation de celles imputées à 2001 mais, en réalité, rattachables à 2002 (0,3 Md€).

Les branches du régime général seraient également affectées par ces opérations. L'ensemble des résultats 2001 en seraient améliorés : d'une part, les excédents dégagés par les branches famille et vieillesse seraient plus importants ; d'autre part, la branche maladie resterait en déficit, mais celui-ci serait en légère diminution et non en augmentation de 500 M€.

L'analyse de ces soldes est suivie de l'examen de l'application des dispositions de la loi de financement sur les plafonds de trésorerie, puis des transferts entre régimes de sécurité sociale. A cette occasion, sont retracés les comptes du fonds de solidarité vieillesse.

I - Les soldes globaux des comptes sociaux

A – Le solde des régimes de base

Le solde de l'ensemble des régimes de base, calculé à partir des comptes arrêtés par les organismes sociaux, s'établit à 1 552,7 M€ contre 673 M€ en 2000, soit une progression de 131 %.

Comme le montre le tableau ci-dessous, le régime général, les régimes de non salariés non agricoles et les régimes spéciaux présentent tous une situation excédentaire. Toutefois, alors que les régimes vieillesse de base des non salariés non agricoles, déficitaires en 2000, affichent en 2001 un excédent de 180 M€ pour l'ORGANIC et de 68 M€ pour la CANCAVA, la situation du régime maladie (CANAM), qui passe d'un excédent de 606 M€ à un déficit de 92,6 M€, se dégrade fortement

De leur côté, les régimes agricoles restent globalement déficitaires du fait de la situation négative du régime des exploitants agricoles, et ce, malgré une réduction de près de moitié de son déficit, ramené de 278,2 M€ à 139 M€

En M€

	2000	2001
Régime général	689,6	1 153,7
dont :		
- CNAMTS	- 1 284,1	- 2 048,7
- CNAVTS	507,7	1 518,3
- CNAF	1 466,0	1 684,1
Régimes spéciaux	- 67,7	233,4
Régimes agricoles	- 155,8	- 30,7
dont exploitants agricoles	- 278,2	- 139,0
Régimes des non non	206,6	192,7
dont :		
- CANAM	605,9	- 92,6
- ORGANIC	- 289,3	179,8
- CANCAVA	- 209,5	68,0
Autres	0,5	3,6
Ensemble des régimes de base	673,2	1 552,7

Source : Source : direction de la sécurité sociale (en droits constatés)

B – Le solde du régime général

1 – Le solde du régime général pour 2001

Le passage de la comptabilité des organismes de sécurité sociale en droits constatés s'est heurté à de nombreuses difficultés d'évaluation des provisions sur les dépenses et les produits à recevoir⁷⁹. En outre, les comptes 2000 et 2001 sont affectés par la non-prise en compte en 2000 du non-remboursement de la créance du régime général sur l'Etat relative aux exonérations de cotisations sociales. Compte tenu de l'importance des sommes en jeu, la Cour a cette année, comme l'an dernier, procédé aux redressements nécessaires dans le but de parvenir à un résultat qui rende mieux compte des opérations réalisées au titre de chaque exercice.

En 2001, le régime général, dans les comptes présentés à la Commission des comptes, dégage un excédent de 1,1 Md€ Ce résultat est

79. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2001.

obtenu après passation des provisions par les caisses pour le non-remboursement par l'Etat des exonérations de cotisations sociales en 2000 au titre du FOREC pour un montant de 2,2 Md€ Il est également affecté par la réévaluation des produits à recevoir rattachés aux exercices 2000 et 2001, soit respectivement - 1,1 Md€ et - 0,3 Md€

Réimputations des provisions et produits à recevoir

En Md€

	1998	1999	2000	2001
(1) Solde comptable de la Commission des comptes de la sécurité sociale	- 1,4	+ 0,5	+ 0,7	+ 1,1
(2) Incidence cumulée des réimputations	0	- 0,7	- 0,2	+ 0,6
Dont :				
<i>Provisions maladie 1999</i>	/	- 0,7	+ 0,7	/
<i>Produits à recevoir sur cotisations 2000</i>	/	/	+ 1,1	- 1,1
<i>Produits à recevoir sur cotisations 2001</i>	/	/	/	- 0,3
<i>Solde salariés agricoles CNAVTS</i>	/	/	+ 0,2	- 0,2
<i>Créance exonération cotisations</i>	/	/	- 2,2	+ 2,2
(3) Solde recalculé = (1) + (2)	- 1,4	- 0,2	+ 0,5	+ 1,7

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale

2 – Les soldes des branches du régime général

Comme, en 2000, les branches famille, vieillesse et accidents du travail sont excédentaires. Hormis la branche accidents du travail, dont l'excédent baisse fortement (de 350 à 20 M€), les branches famille et vieillesse enregistrent des excédents en hausse de 17 % pour la première et de 199 % pour la seconde par rapport à 2000. En revanche, la branche maladie accuse un déficit et celui-ci s'accroît de 26,6 % d'une année sur l'autre.

Si l'on réaffectait à l'exercice 2000 la provision pour non-remboursement des exonérations de cotisations sociales et les produits à recevoir comptabilisés en 2001⁸⁰, l'excédent des branches famille et vieillesse au titre de 2001 serait plus important. La branche maladie

80. En 2000, la CNAV et la CNAF représentent respectivement 28 % et 20 % des cotisations et impôts affectés au régime général.

resterait déficitaire, mais, au lieu de se dégrader, son déficit se réduirait légèrement.

L'appréciation correcte des soldes des branches est d'autant plus nécessaire qu'elle conditionne l'affectation des excédents, lorsqu'ils existent, à certains fonds. C'est le cas pour la branche vieillesse, dont la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a décidé que son excédent serait versé au Fonds de réserve des retraites. Dans les comptes 2000 de la CNAVTS, le résultat net s'établissait à 483,48 M€ Il a été versé au FRR le 16 janvier 2002.

Compte tenu de l'importance attachée aux soldes des différentes branches dans le débat public, la Cour considère comme prioritaire que les outils en cours d'élaboration pour remédier aux difficultés observées depuis la mise en place des droits constatés soient effectivement disponibles pour les comptes de l'exercice 2002.

Le solde financier des administrations de sécurité sociale et les prélèvements sociaux en comptabilité nationale

Le solde financier présenté en comptabilité nationale est un besoin de financement (après réalisation des investissements). Il est différent du solde de la commission des comptes de la sécurité sociale. Il y a entre les comptes présentés à la commission des comptes de la sécurité sociale et la comptabilité nationale des différences de champ, mais aussi des différences conceptuelles (date d'élaboration des comptes, admissions en non-valeur, etc), qui expliquent notamment les écarts de chiffres sur le régime général (pour les différents concepts, voir rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2001, chapitre IV, p. 144).

Par rapport aux comptes provisoires 2000 qui figurent dans le précédent rapport, l'INSEE a apporté deux modifications dans l'élaboration du compte semi-définitif 2000 ci-dessous : d'une part, le FOREC a été sorti du "régime général" pour figurer sous la rubrique "fonds spéciaux" ; d'autre part, les cotisations 2000 ont été revalorisées d'environ 1 Md€ pour tenir compte de la réévaluation des produits à recevoir de l'ACOSS.

Pour la troisième année consécutive, les administrations de sécurité sociale présentent une capacité de financement. Elle s'établit à 3,9 Md€, soit 0,3 % du PIB. En 2000, cette capacité de financement était de 6,8 Md€.

Cette réduction s'explique par le solde des régimes d'assurance chômage qui devient négatif, du fait principalement de l'incidence de la nouvelle convention UNEDIC.

En 2001, ces dépenses ont connu une forte hausse (+ 4,9 %), tandis que les ressources augmentaient plus lentement (4 %).

Par contre, l'excédent de l'ensemble « régime général – FOREC » s'améliore légèrement, de 0,4 à 0,6 Md€, ainsi que celui des régimes complémentaires (de 3,7 à 4,7 Md€).

**Le solde des administrations de sécurité sociale en comptabilité nationale
(Besoin (-) ou capacité (+) de financement en Md€)**

	1997	1998	1999	2000	2001 (provisoire)
. Régime général	- 4,6	- 3,1	0,2	2,1	1,3
. Fonds spéciaux ¹	0,1	0,2	- 0,1	- 1,3	- 0,9
dont FOREC				- 1,7	- 0,7
. Autres régimes ²	- 0,6	0,4	- 0,3	0,8	0,6
. Régimes complémentaires	- 0,3	0,8	1,9	3,7	4,7
. Assurance chômage	- 0,5	0,1	2,0	1,2	- 1,4
Total des régimes d'assurance sociale	- 5,9	- 1,6	3,7	6,5	4,2
. Organismes dépendant des assurances sociales (ODASS)	0,4	0,2	0,1	0,3	- 0,2
Administrations de sécurité sociale	- 5,4	- 1,4	3,7	6,8	3,9
<i>En % du PIB</i>	<i>- 0,4</i>	<i>- 0,1</i>	<i>0,3</i>	<i>0,5</i>	<i>0,3</i>

(1) Cette rubrique contient les fonds suivants : fonds de solidarité vieillesse (FSV), fonds commun d'accidents du travail (FCAT), fonds commun d'accidents du travail agricole (FCATA), service de l'allocation spéciale vieillesse (SASV), fonds de compensation des organismes de sécurité sociale (FCOSS), fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC). La CADES et le FRR ne font pas partie des administrations de sécurité sociale. Ils sont classés parmi les « organismes divers d'administration centrale » (ODAC).

(2) Régimes particuliers de salariés, régimes de non-salariés non agricoles et régimes agricoles.

Source : INSEE, Comptes de la nation – base 1995. Les données de 1997 à 1999 sont définitives, celles de 2000 semi-définitives et celles de 2001 provisoires.

Le régime général présente en 2001 une capacité de financement de 1,3 Md€

Après une tendance à la hausse sur la période 1992-1997 (et un maximum de 24,4 % atteint en 1997), la part des dépenses des administrations de sécurité sociale dans le PIB a diminué pour passer de 24 % en 1998 à 23,7 % en 1999 et 23,6 % en 2000. En 2001, elle augmente de nouveau pour s'établir à 24,0 %.

Principalement du fait du transfert d'impôts et taxes du budget de l'Etat au FOREC qui a accompagné celui de la prise en charge des exonérations de cotisations sociales, leur part dans les prélèvements sociaux exprimée en pourcentage du PIB passe de 5,5 à 5,8 %. De plus, le dynamisme des cotisations sociales et de la CSG qui résulte de la croissance de la masse salariale a contribué à augmenter légèrement leur poids dans le PIB – de 0,7 point –. Au total, les prélèvements sociaux hors régime d'assurance chômage s'établissent, en 2001, à 20,2 % du PIB contre 19,2 % en 2000.

**Prélèvements sociaux (1)
(hors régime d'assurance chômage)**

	<i>(en % du PIB)</i>				
	1997	1998	1999	2000	2001
. Cotisations sociales	15,8	13,7	13,9	13,7	14,4
. Impôts et taxes affectés	2,6	4,8	4,8	5,5	5,8
Total	18,4	18,5	18,7	19,2	20,2

(1) Cotisations sociales + impôts et taxes affectés aux administrations de sécurité sociale hors régime d'assurance chômage. Ces prélèvements n'incluent pas les impôts allant à la CADES, laquelle ne fait pas partie des administrations de sécurité sociale. La CRDS n'est donc pas prise en compte dans les prélèvements sociaux (mais elle l'est dans l'ensemble des prélèvements obligatoires).

3 – L'affectation aux branches des frais et produits financiers

La loi du 25 juillet 1994 dispose que, d'une part, "l'équilibre financier de chaque branche est assuré par la caisse chargée de la gérer" et, d'autre part, "l'agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée d'assurer la gestion commune de la trésorerie des différentes branches... En vue de clarifier la gestion des branches du régime général, l'agence centrale des organismes de sécurité sociale assure l'individualisation de la trésorerie de chaque branche par un suivi permanent en prévision et en réalisation comptable ; elle établit l'état prévisionnel de chaque trésorerie".

L'ACOSS établit, pour chaque branche, un profil de trésorerie sur l'année civile en cours et l'actualise chaque mois. Les soldes positifs et négatifs de chacune des branches constatés au 31 décembre sont reportés sur l'exercice suivant. L'ACOSS alimente quotidiennement les « comptes courants » des branches ouverts dans sa comptabilité. Ils sont tenus en date de valeur de manière à recaler des régularisations qui interviennent tardivement dans l'année. Les charges et produits financiers sont calculés en fonction des soldes quotidiens de trésorerie, en application du décret du 24 février 1995 qui prévoit que les soldes comptables positifs et négatifs portent intérêt au taux moyen consenti à l'ACOSS dans le cadre de ses conventions d'avances passées avec la Caisse des dépôts et consignations.

- soldes positifs : taux moyen pondéré du marché monétaire EONIA⁸¹ minoré de 1/8^{ème} ;
- soldes négatifs : taux moyen du marché monétaire EONIA majoré de 1 point.

Le même décret dispose que la différence entre la somme des intérêts débiteurs et créditeurs issus de la gestion de la trésorerie de l'ACOSS est portée dans ses écritures de manière à venir en correction du calcul des contributions des caisses nationales portées au Fonds national de gestion administrative de l'ACOSS.

Pour l'exercice 2001, le total des intérêts facturés par la caisse des dépôts et consignations représentant les frais financiers générés par le compte unique des disponibilités courantes s'est élevé à 4,2 M€ contre 19,0 M€ en 2000 compensé par l'attribution d'intérêts créditeurs rémunérant les soldes positifs du compte pour 153,2 M€ contre 83,6 M€ en 2000. Un produit net de 149,0 M€ a donc été dégagé en 2001 pour le régime général contre 64,6 M€ l'année précédente.

L'augmentation des intérêts créditeurs concernant la rémunération des soldes créditeurs constatés en 2001 sur les comptes courants des branches du régime général et la diminution des intérêts débiteurs traduisent l'amélioration de la situation de trésorerie du régime général : ceux-ci affichent au 31 décembre 2001 un solde de trésorerie positif de 1 079,9 M€ contre un solde négatif de 1 503,0 M€ un an auparavant. Le Fonds national de gestion administrative de l'ACOSS a de ce fait bénéficié en 2001 d'un montant d'intérêts de 257,7 M€ contre 149,8 M€ en 2000.

Les intérêts créditeurs ou débiteurs imputés aux différentes branches traduisent la situation de trésorerie de celles-ci tout au long de l'année. Alors que la trésorerie des branches vieillesse, famille et accidents du travail s'est améliorée d'une année sur l'autre du fait des excédents dégagés par celles-ci, celle de la branche maladie se détériore fortement, sa situation négative passant de 3 512,7 à 4 682,7 M€. Toutefois, du fait du retard dans le versement des remboursements du FOREC, la branche vieillesse a connu une évolution infra-annuelle moins favorable.

Le tableau ci-dessous donne pour chaque branche la situation au 31 décembre et les intérêts nets reçus ou versés pour les années 2000 et 2001⁸² :

81. Ce taux remplace le TMM depuis le 1^{er} janvier 1999.

En M€

	Situation au 31-12		Intérêts	
	2000	2001	2000	2001
CNAM-AM	- 3 512,7	- 4 682,7	- 198,7	- 255,9
CNAM-AT	920,2	1 617,9	34,0	56,8
CNAV	793,3	1 548,4	63,7	15,1
CNAF	296,2	2 596,8	15,8	75,3

Source : *Source : ACOSS*

4 – L'unité de trésorerie du régime général

La loi de 1998, à travers l'unité globale du régime général, traduit le souci du législateur de faire bénéficier l'ensemble des branches de l'inégale dynamique des dépenses des différentes branches et de la possibilité ainsi offerte de compenser la plus forte croissance de l'une par la moindre progression de l'autre pour assurer l'équilibre global.

Les soldes de trésorerie retracent la reconstitution d'un excédent structurel de la branche famille, et sans doute plus temporaire pour la vieillesse, et, à l'inverse, d'un déficit non moins structurel de la branche maladie.

Les pouvoirs publics ont d'ailleurs tiré les conséquences de ces évolutions divergentes pour modifier régulièrement la prise en charge de certaines prestations et l'affectation d'impôts et de taxes dans le but de transférer des ressources des branches à forts excédents vers celles déficitaires et vers des organismes qui contribuent à leur financement et dont la loi a prévu l'équilibre. Mais ces transferts restent toutefois de faible ampleur par rapport aux excédents et déficits des différentes branches.

82. Les intérêts débiteurs et créditeurs d'un exercice incluent les intérêts provisoires du quatrième trimestre de l'année en cours et les régularisations du quatrième trimestre de l'année précédente. La régularisation de l'année 1999 est intervenue tardivement et a été imputée sur l'exercice 2001.

C – Les différentes présentations des comptes et des soldes des branches dans le régime général

1 – Calendrier de production des comptes

Les caisses nationales du régime général (CNAMTS, CNAF et CNAV), ainsi que l'ACOSS, ont clôturé leurs comptes 2001 vers la fin du mois d'avril 2002, soit plus tardivement que l'année précédente. A la CNAF, les comptes consolidés CNAF-Caisses locales ont été présentés pour la première fois, mais seulement au mois de juin. Le conseil d'administration de la CNAMTS s'est prononcé sur l'ensemble des documents de présentation des comptes 2001 dès le 23 mai. En revanche, les conseils d'administration des deux autres Caisses du régime général et celui de l'ACOSS n'ont été réunis qu'en juillet 2002.

2 – Les opérations et les résultats

Les comptes combinés du régime général ont été préparés courant mai 2002 par la Direction de la sécurité sociale. Ils ont été publiés, avec des mises au point complémentaires, dans le rapport de juillet 2002 de la Commission des comptes de la sécurité sociale.

Ainsi que la Cour l'a explicité dans son précédent rapport⁸³, les comptes combinés ainsi établis diffèrent de la totalisation des opérations et des résultats des caisses du régime général, principalement en raison de la suppression des doubles comptes, pour les opérations réciproques. Comme pour l'année précédente, les tableaux de passage, avec le détail des retraitements opérés, ont été fournis à la Cour qui a ainsi pu s'assurer du caractère homogène des règles et des méthodes suivies pour leur établissement.

Les tableaux ci-dessous rapprochent, par branche, les résultats fournis par les Caisses nationales de ceux établis pour la Commission des comptes de la sécurité sociale, tant en encaissements-décaissements qu'en droits constatés.

83. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2001.

Analyse des résultats 2001

en M€

Branches	Caisses nationales	CCSS
I – Encaissements-décaissements		
Maladie	- 995	- 2 007
AT	+ 578	+ 475
Famille	+ 2 090	+ 1 653
Vieillesse	+ 1 259	+ 741
Total régime général	+ 2 932	+ 862
II – Droits constatés		
	Caisses nationales	CCSS
Maladie	- 2 046,2	- 2 068,2
AT	+19,9	+ 19,5
Famille	+ 1 807,4	+ 1 684,1
Vieillesse	+ 1 513,3	+ 1 518,3
Total régime général	+ 1 294,4	+ 1 153,7

Source : *Source : direction de la sécurité sociale*

Concernant les résultats en encaissements-décaissements, non publiés par les Caisses nationales, la portée réelle des écarts mérite d'être fortement relativisée. Les Caisses enregistrent l'ensemble des éléments conduisant à des variations de fonds de roulement, sans distinguer gestions techniques et gestion administrative. En revanche, les séries établies par la Direction de la sécurité sociale se limitent aux gestions techniques.

L'écart des résultats en droits constatés est beaucoup plus limité. La totalisation des résultats des Caisses est 1 294,4 M€ alors que le résultat net des comptes combinés établis par la DSS est de 1 153,7 M€

Les présentations en encaissements-décaissements n'étant réalisées que pour satisfaire aux contraintes liées au suivi de l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale, elle-même présentée pour la dernière fois en encaissement-décaissement jusqu'en 2001, le passage à une présentation en droits constatés, dès la LFSS 2002, conformément à la recommandation formulée par la Cour, va permettre une simplification considérable du processus de présentation et de validation des comptes publiés.

RECOMMANDATION

9. *Améliorer la comptabilisation des provisions et des produits à recevoir pour obtenir des comptes en droits constatés qui obéissent à la notion d'image fidèle et prendre toutes les dispositions nécessaires pour que les outils en cours d'élaboration soient opérationnels fin 2002.*

CETTE SECTION N'A PAS APPELE DE REPONSE DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES

II - Les mesures relatives à la dette et aux plafonds d'avances de trésorerie dans la loi de financement

A – La trésorerie de l'ACOSS en 2001

La variation de trésorerie de l'ACOSS a été de + 2,2 Md€ entre le début et la fin de 2001 (après + 0,4 Md€ en 2000) : on est passé d'un excédent de 98,8 M€ au 1^{er} janvier à un excédent de 2,3 Md€ au 31 décembre.

Le compte de l'ACOSS a été déficitaire pendant 28 jours en 2001. Le montant du plafond des avances autorisées par la loi de financement (**article 59**) était de 4,4 Md€ Il n'a jamais été dépassé. Le point le plus bas, atteint le 1er octobre, s'est établi à - 1,9 Md€ En 2000, le régime général avait été déficitaire pendant 90 jours.

Le profil saisonnier de la trésorerie de l'ACOSS se caractérise par un creux plus prononcé au début de l'automne (jusqu'à la mi-novembre), suivi d'une amélioration en fin d'année. Ce mouvement est lié pour l'essentiel au calendrier de reversement à l'ACOSS de la CSG sur les revenus de placement et du capital par les services fiscaux.

B – La mise en œuvre des plafonds d'avances de trésorerie

1 – Les plafonds fixés pour 2001

Pour l'année 2001, la loi de financement (**article 59**) autorise cinq régimes obligatoires de base à "couvrir leurs besoins de trésorerie par des ressources non permanentes" et fixe les limites des avances auxquelles ils peuvent recourir : régime général (4,4 Md€), régime des exploitants agricoles (2,1 Md€), caisse nationale de retraite des agents des

collectivités locales (CNRACL) (0,4 Md€), caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM) (0,4 Md€), fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat (FSPOEIE) (0,1 Md€).

2 – Le régime général et les autres régimes

Aucun des régimes, caisses ou fonds autorisés à recourir à l'emprunt de court terme n'a eu de besoin excédant l'autorisation parlementaire.

CETTE SECTION N'A PAS APPELE DE REPOSE DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES

III - Les transferts entre régimes de sécurité sociale

Cette section insiste particulièrement sur trois types de transferts importants : les transferts reçus par le régime général, les concours du FSV aux régimes d'assurance vieillesse et les transferts de compensation entre régimes.

A – Les transferts reçus d'autres régimes (autres que le FOREC et le FSV) par le régime général

En 2001, ces transferts ont été les suivants :

en Md€

	1999	2000	2001
Transferts reçus ⁽¹⁾			
par :			
la CNAMTS	0,9	0,3	0,2
la CNAV	0,1	0,1	0,2
la CNAF	0,2	0,2	0,2
Transferts reçus par le régime général	1,2	0,6	0,6

Source : (1) Hors transferts internes au régime général (par exemple, le transfert versé par la CNAF à la CNAV au titre de l'AVPF ne figure pas dans ce tableau).

B – Les comptes du Fonds de solidarité vieillesse et du Fonds de réserve des retraites

La loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a attribué au Fonds de solidarité vieillesse deux missions : la première concerne les « opérations de solidarité » que le fonds gère depuis sa création, la seconde concerne le « fonds de réserve des retraites ».

1 – Le Fonds de solidarité vieillesse

Le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), comme tous les établissements publics à caractère administratif, établit sa comptabilité selon le principe des droits constatés. Toutefois, pour assurer la cohérence entre son compte et ceux des régimes vieillesse bénéficiaires de ses versements, certains retraitements sont nécessaires. Le compte présenté ici diffère donc légèrement de celui que le Fonds publie lui-même.

L'ensemble des recettes du FSV s'élève, en 2001 à 11,6 Md€ Il se compose ainsi :

- de 1,15 point de CSG (**article 17**),
- de 20 % des produits issus du prélèvement social de 2 % assis sur les revenus du patrimoine et de placement (**article 31**) ;
- de la taxe de prévoyance ;
- du reliquat de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) ;
- d'un transfert de la CNAF (**article 21**) qui correspond à 15 % du montant de la majoration de 10 % pour enfant à charge.

L'**article 16** a supprimé le produit des droits sur les alcools et boissons non alcoolisées au bénéfice du FOREC.

Les transferts du FSV vers l'ensemble des régimes de retraite, et pas uniquement vers le régime général, s'élèvent à 11,7 Md€ en 2001 après 11,2 Md€ en 2000, soit une augmentation de 4,5 %. Sur ce total, le montant des prestations prises en charge par le FSV (minimum vieillesse, majorations de pensions pour enfants à charge, service d'allocation spéciale vieillesse) s'élève à 5,5 Md€, soit une progression de 2,8 % par rapport à l'année précédente. Les prises en charge de prestations au titre des majorations de pensions augmentent de 4,2 % tandis que celles au titre du minimum vieillesse progressent de 1,2 %.

Cette augmentation s'explique par les cotisations prises en charge au titre de la validation de périodes de chômage qui atteignent 6,0 Md€ en 2001, soit une hausse de 7,9 % par rapport à 2000. En revanche, la prise en charge des périodes de validation du service national continue de reculer fortement (- 79,8 %) du fait de la réforme de ce dernier pour s'établir à 8,6 M€.

De même, l'**article 30** prévoit la prise en charge par le FSV des sommes représentatives de la validation des périodes de perception d'un revenu de remplacement en application d'un accord de cessation anticipée d'activité des travailleurs salariés (CATS) par les régimes d'assurance vieillesse. Ces sommes seront calculées sur une base forfaitaire déterminée par décret en Conseil d'Etat après avis des conseils d'administration des caisses des régimes d'assurance vieillesse de base concernées. Cette mesure réglementaire est en cours de préparation.

Au total, le résultat de l'exercice 2001 est de - 85,7 M€ Après versement au Fonds de réserve pour les retraites du résultat bénéficiaire de 2000 (287 M€), l'excédent cumulé du FSV est ramené à 1,2 Md€

2 – Le fonds de réserve pour les retraites

Le Fonds de réserve pour les retraites (FRR), qui était auparavant une section comptable du FSV, a été érigé en établissement public autonome par la loi du 17 juillet 2001. Celui-ci est géré par la Caisse des dépôts et consignations. Le décret d'application de cette loi date du 19 décembre 2001.

Comptes du FRR

En Md€

	2000	2001
Ressources	3,2	3,8
Dont : Versement de CSSS au titre de 1999	0,3	0,0
Excédent FSV (n -1)	0,0	0,3
Excédent CNAVTS (n -1)	0,8	0,5
Prélèvement de 2 % sur les revenus du capital	0,9	1,0
UMTS		1,2
Emplois	0,0	0,0
Solde	3,2	3,8

Source : Source : direction de la sécurité sociale

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (**article 32**) affecte au fonds de réserve une fraction du prélèvement de 2 % sur le patrimoine et les placements qui passe de 49 % à 50 %. Elle permet au fonds de recevoir une fraction du produit de la vente des licences de téléphonie mobile «UMTS » prévue à l'article 36 de la loi de finances

pour 2001 et modifiée par la loi de finances rectificative pour 2001. A ce titre, un montant de 1 238,5 M€ a été versé en 2001. A la fin de l'année, le fonds dispose d'un solde cumulé de 7 Md€ contre 3,2 Md€ en 2000.

C – Les transferts de compensation entre régimes

Les transferts de compensation généralisée entre régimes sont calculés en 2001 sur la base de la pension servie par le régime de l'ORGANIC pour le risque vieillesse (la prestation de référence étant déterminée comme la plus basse des prestations moyennes des régimes comportant au moins 100 000 cotisants) et de la prestation reçue en moyenne par les travailleurs non salariés non agricoles (CANAM) pour le risque maladie (la prestation de référence étant la prestation la plus basse servie en maladie).

Outre le régime général, les principaux contributeurs sont le régime des collectivités locales (CNRACL) et celui des fonctionnaires (tableau ci-dessous). La contribution du régime général s'accroît de 280 M€. Celle de l'Etat employeur diminue de 187 M€. Le transfert au profit du BAPSA s'accroît de 219 M€. L'abaissement de quatre points du taux de la compensation spécifique entre régimes spéciaux de salariés⁸⁴ a pour conséquence une diminution comprise entre 2 et 24 % des transferts de compensation spécifique selon les régimes en 2001.

84. Compte tenu des perspectives financières dégradées du régime de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), les pouvoirs publics ont décidé d'alléger sa charge de compensation spécifique en diminuant le taux d'appel qui était de 38 % depuis 1993 à 34 % en 2000 et 30 % en 2001, ce qui ramène à la situation de 1992 (cf. décret n° 99-1066 du 20 décembre 1999).

Transferts globaux de compensation entre régimes⁽¹⁾

En M€

	1999	2000	2001
Régimes de salariés			
<i>Régimes contributeurs</i>			
. Régime général	3 623,3	3 774,7	4 054,9
. Etat	2 875,8	2 817,0	2 629,7
. CNRACL	3 020,3	2 875,8	2 769,6
. EGF	191,7	183,2	178,7
. Banque de France	23,4	25,7	25,3
. RATP	24,2	20,6	25,6
. Clercs de notaires	0,6	3,5	8,4
<i>Régimes bénéficiaires</i>			
. Mines	- 2 635,6	- 2 529,0	- 2 406,9
. SNCF	- 1 250,7	- 1 163,0	- 1 084,7
. Marins	- 450,0	- 432,1	- 409,1
. SEITA	- 35,7	- 33,9	- 31,7
Soldes salariés	5 387,3	5 542,5	5 759,8
Régimes de non salariés			
<i>Régimes contributeurs</i>			
. CANAM	537,5	528,6	564,1
. CNAVPL	392,1	398,1	405,2
. CNBF	43,9	47,2	51,1
<i>Régimes bénéficiaires</i>			
. BAPSA	- 5 157,4	- 5 277,0	- 5 496,3
. ORGANIC	- 732,1	- 745,5	- 783,8
. CANCAVA	- 299,9	- 320,5	- 324,3
. CAMAVIC	- 171,4	- 173,4	- 175,8
Soldes non salariés	- 5 387,3	- 5 542,5	- 5 759,8

Source : Source : commission de compensation

(1) Ce tableau retrace les évolutions de l'ensemble des transferts versés (absence de signe) ou reçus (signe -) par les régimes au titre des différentes compensations (vieillesse généralisée et spécifique, maladie bilatérale et généralisée).

CETTE SECTION N'A PAS APPELE DE REPONSE DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES

Chapitre IV

Les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale

PRÉSENTATION

Le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2001 présentait, pour la première fois, un chapitre spécifique consacré à l'analyse des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale.

Cette présentation globale a été reconduite cette année. Elle confirme largement le constat fait par la Cour en 2001 sur la complexité des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale et la nécessité de réformes en ce domaine.

I - Les suites données aux précédentes recommandations de la Cour

A – Rappel des recommandations

Dans son précédent rapport, la Cour avait émis trois séries de recommandations destinées à :

- améliorer la lisibilité des informations retraçant les relations entre l'Etat et la sécurité sociale. La Cour avait demandé que soit "créé un tableau unique au sein des annexes aux projets de la loi de finances et de la loi de financement de la sécurité sociale, qui retrace les engagements sociaux de l'Etat, les charges nettes du budget qui en découlent et les recettes budgétaires et fiscales affectées aux régimes sociaux, en résultats pour l'exercice clos et en prévisions pour les exercices en cours et à venir" ;
- régulariser les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale afin, notamment, que soit "apurée la dette de l'Etat auprès de l'ACOSS sur le dispositif de réduction progressive des charges sociales sur les bas salaires pour les entreprises du secteur textile-habillement-cuir-chaussure" ; que les versements de l'Etat au titre du remboursement des prestations ou cotisations exonérées soient plus réguliers en cours d'année et que le reste à recouvrer sur l'Etat au titre du RMI soit significativement réduit ; d'inclure, dans les avenants à venir, de la convention financière entre l'Etat et l'ACOSS, la prise en charge par l'Etat des dépenses en faveur des cinquante premiers salariés des entreprises en zone franche urbaine et des exonérations dans les DOM ;

- apurer les contentieux entre l'Etat et la sécurité sociale par l'établissement d'une facturation réciproque des coûts de gestion.

B – Examen des suites

Conformément à la recommandation faite par la Cour dans son rapport de septembre 2001, le "jaune" présente désormais une synthèse générale qui récapitule les engagements sociaux de l'Etat en distinguant ceux qui relèvent du champ de la sécurité sociale et ceux qui sont hors champ. Un second tableau fait apparaître les charges nettes du budget de l'Etat en distinguant celles au titre de l'Etat employeur de celles au titre de la puissance publique. Le "jaune" fait figurer les pensions des fonctionnaires comme charge brute dans les engagements sociaux de l'Etat alors que, comme la Cour l'a fait observer dans son précédent rapport, l'engagement social doit être apprécié en comptabilisant l'ensemble des ressources, dont les cotisations des assurés. Ce document présente, en outre, deux différences avec ce que devrait être un tableau commun aux deux lois.

D'une part, le champ du "jaune" est celui de la protection sociale au sens de la comptabilité nationale. Il inclut, par conséquent, l'assurance chômage et les actions de l'Etat en faveur de l'emploi. Le champ de la loi de financement est limité aux seuls régimes de sécurité sociale. Afin d'apprécier l'intégralité des engagements sociaux et budgétaires de l'Etat, dans la présentation d'ensemble des relations entre l'Etat et la sécurité sociale ci-dessous, on y rattachera le RMI, les pensions civiles et militaires et les opérations relatives à la prise en charge par la CADES⁸⁵ de la dette de la sécurité sociale.

D'autre part, l'exercice dont le rapport de la Cour rend compte n'est pas totalement connu à la date d'élaboration du "jaune". Celui-ci retient, de ce fait, les données inscrites en LFI. **La Cour présente, au contraire, les données de l'exécution budgétaire sous revue.** Il existe donc des différences significatives entre les données ci-dessous et celles du "jaune".

Concernant la dette de l'Etat relative au reversement des aides accordées au secteur du textile, celle-ci s'élève au 31 décembre 2001 à 320 M€ Aucun apurement de l'Etat n'est intervenu depuis le versement de 134,1 M€ effectué le 27 janvier 1999 au titre de la période

85. La CADES, bien que gérant la dette des organismes de sécurité sociale, n'est pas considérée en comptabilité nationale comme une administration de sécurité sociale.

complémentaire de l'exercice 1998. Par courrier du 23 novembre 2001, l'ACOSS a demandé à la Direction de la sécurité sociale de lui indiquer les modalités d'apurement de cette dette envers le régime général. Aucune réponse n'est parvenue à ce jour. Dès lors que la dette est reconnue de façon contradictoire par l'Etat et l'ACOSS, il incombe à l'Etat de l'apurer. A défaut, instructions doivent être données à l'ACOSS pour son maintien dans les écritures, son provisionnement ou son admission en non-valeur.

Conformément à l'engagement pris par le Gouvernement dans la loi de financement pour 2002, une mission commune IGF - IGAS a été constituée pour examiner les frais de gestion relatifs aux opérations que l'Etat et la sécurité sociale assurent l'un pour l'autre.

CETTE SECTION N'A PAS APPELE DE REPOSE DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES

II - Les flux financiers entre l'Etat et la sécurité sociale en 2001

Les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale peuvent être appréhendées au moyen de trois concepts qui décrivent chacun la même réalité mais vue d'un angle différent :

- Les engagements sociaux de l'Etat correspondent à l'ancien concept "d'effort social de la Nation". Ils recouvrent à la fois les engagements correspondant au champ des régimes de sécurité sociale et ceux hors champ : pensions des fonctionnaires, RMI.
- Les charges nettes de l'Etat retracent le bilan des dépenses et ressources inscrites au budget de l'Etat.
- Enfin, les recettes des régimes sociaux totalisent les cotisations versées par l'Etat employeur au titre de la maladie, les prestations versées au titre de la famille, les ressources d'origine fiscale et les contributions publiques affectées aux régimes sociaux.

Définitions retenues

Champ de la loi de financement de la sécurité sociale :

- *cotisations et prestations obligatoires* : cotisations maladie et prestations familiales obligatoires versées de l'Etat employeur et apurement CNAF ;

- *compensation vieillesse* : versement de l'Etat au régime général au titre de la compensation démographique ;

- *pensions civiles et militaires* : pensions civiles et militaires et régimes des pensions des ouvriers de l'Etat ;

- *cotisations des assurés* : cotisations versées par les fonctionnaires civils et militaires et par les ouvriers de l'Etat et soult France Télécom ;

- *impôts et taxes affectés* : il s'agit de la CSG, du prélèvement de 2 % sur les revenus du patrimoine et des différentes taxes affectées aux régimes sociaux et au FSV ;

- *recettes non fiscales* : versement au titre des licences UMTS affecté au Fonds de réserve des retraite ;

- *exonérations prises en charge* par l'Etat : remboursement des exonérations de cotisations sociales hors FOREC ;

- *cotisations et prestations de sécurité sociale prises en charge* par l'Etat : allocation aux adultes handicapés et allocation de parent isolé, aides budgétaires au logement, aides liées à l'accès aux soins (prestations maladie des grands invalides de guerre, aide au rachat des cotisations au régime vieillesse des rapatriés, financement des dépenses de santé des détenus, contribution d'équilibre de la protection complémentaire CMU) ;

- *subventions aux régimes* : subventions budgétaires au BAPSA, à certains régimes publics de retraite (SNCF, RATP, Mines, rapatriés, invalides de la marine), ainsi qu'au FOREC ;

Hors champ de la loi de financement de la sécurité sociale

- *RMI* ;

- *Impôts affectés* : CRDS affectée à la CADES ;

Versement de la CADES au budget : versement de la CADES au budget de l'Etat au titre de la prise en charge par l'Etat d'une partie de la dette de la sécurité sociale.

D'une année sur l'autre, les engagements sociaux de l'Etat ont augmenté de 144,5 Md€ à 154,7 Md€ soit une progression de 7,1 %, et ceux intégrés dans le champ de la LFSS de 137,4 à 147,5 Md€ soit une progression de 7,4 %. Ces derniers représentent, en 2001, 95,3 % du total des engagements sociaux de l'Etat.

Les recettes des régimes sociaux représentent 75,1 % des engagements totaux, dont 90,1 % est constitué par des recettes fiscales ou non fiscales affectées et 9,9 % par les charges sociales maladie et famille de l'Etat employeur. Ces recettes ont augmenté de 8,9 %, du fait de la forte progression des recettes fiscales.

Relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale

En Md€

	Engagements sociaux de l'Etat		Charges du budget de l'Etat		Recettes des régimes sociaux	
	2000	2001	2000	2001	2000	2001
Champ de la LFSS	137,4	147,5	56,2	56,8	106,7	116,3
- Etat employeur	36,3	36,6	36,3	36,6	11,4	11,5
. cotisations et prestations obligatoires(1)	8,9	9,3	8,9	9,3	8,9	9,3
. pensions civiles et militaires	29,3	29,6	29,3	29,6		
. cotisations des assurés	- 4,4	- 4,5	- 4,4	- 4,5		
. compensation vieillesse	2,5	2,2	2,5	2,2	2,5	2,2
- Etat puissance publique	101,1	110,9	19,9	20,2	95,3	104,8
. impôts et taxes affectés	80,0	88,5			80,0	88,5
. recettes non fiscales	1,2	2,2			1,2	2,2
. exonérations prises en charge	3,3	3,0	3,3	3,0	3,3	3,0
. cotisations et prestations prises en charge(1)	11,3	11,5	11,3	11,5	5,5	5,4
. subventions aux régimes	5,3	5,7	5,3	5,7	5,3	5,7
Hors champ LFSS	7,1	7,2	7,1	7,2		
- Etat puissance publique	7,1	7,2	7,1	7,2		
. RMI	4,5	4,5	4,5	4,5		
. CRDS	4,5	4,6	4,5	4,6		
. versement CADES au budget	- 1,9	- 1,9	- 1,9	- 1,9		
Total général	144,5	154,7	63,3	64,0		

Source : Source : *Projet de loi de finances pour 2002*

Source : (1) *Y compris les aides budgétaires au logement*

Les charges nettes du budget de l'Etat représentent, en 2001, 36,7 % du total des charges, contre 38,9 % en 2000.

Les prestations sociales prises en charge par l'Etat se sont élevées à 11,5 Md€ en 2001 contre 11,3 Md€ en 2000. Les aides au logement

représentent 49 % du total, les revenus sociaux (hors RMI) 43,9 %, dont 81 % constitué par l'AAH. Les aides à l'accès aux soins, qui regroupent les prestations maladie des invalides de guerre, les soins médicaux gratuits, les dépenses de santé des détenus, la protection complémentaire CMU et l'aide médicale, s'élèvent à 1,4 Md€ contre 1 Md€ en 2000.

Prestations prises en charge par l'Etat

	<i>En Md€</i>	
	2000	2001
Revenus sociaux	4 993	5 053
- AAH	4 025	4 097
- API	725	714
- FSI	243	242
Aides au logement	5 288	5 026
Aide aux cotisations vieillesse des rapatriés	19	16
Accès aux soins	1 045	1 411
Total	11 345	11 506

Source : *Source : ministère de l'économie, des finances et de l'industrie*

La complexité de l'affectation des ressources d'origine fiscale aux différents régimes et fonds, soulignée par la Cour dans son précédent rapport, s'est peu réduite en 2001. D'un côté, la contribution de 2 % sur les revenus du patrimoine qui se répartissait, en 2000, entre la Maladie, la CNAF, la CNAV et le Fonds de réserve des retraites est désormais entièrement affectée aux organismes de retraite (CNAV, FRR et FSV). De l'autre, les décisions intervenues dans la loi de financement 2002 relatives à l'année 2001 ont à nouveau modifié l'affectation de certaines des taxes sur les alcools entre la CNAMTS et le FOREC.

L'affectation des principales ressources d'origine fiscale

En Md€

		2000	2001
CSG 2000 : 58,2 2001 : 61,9	Maladie ⁽¹⁾	39,1	42,9
	CNAF	8,8	9,3
	FSV	10,3	9,7
2 % capital 2000 : 1,7 2001 : 2,0	Maladie ⁽¹⁾	0,1	néant
	CNAF	0,2	néant
	CNAVTS	0,5	0,6
	FSV	0,0	0,4
	FRR	0,9	1,0
Taxes tabac 2000 : 7,7 2001 : 8,8	Maladie ⁽¹⁾	1,2	0,3
	FOREC	6,5	8,5
Droits alcools 2000 : 3,0 2001 : 3,2	Maladie	1,2	0,4
	FOREC	1,8	2,8
	BAPSA	néant	néant

(1) CNAMTS et part BAPSA

Source : Source : ministère de l'économie, des finances et de l'industrie

Cette complexité a pour conséquence de maintenir un partage du produit des taxes sur le tabac et les alcools entre la CNAMTS, le BAPSA et le FOREC alors que, comme la Cour l'a souligné l'an dernier, dans le cadre de la politique de prévention du tabagisme et de l'alcoolisme, il serait plus judicieux d'affecter intégralement ces taxes aux caisses maladie et de financer les exonérations de cotisations sociales par la CSG, dans la logique de substitution entre cotisations et contributions sociales engagée par ailleurs.

CETTE SECTION N'A PAS APPELE DE REPOSE DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES

III - La situation réciproque Etat-Sécurité sociale (trésorerie, créances et dettes)

Comme dans ses précédents rapports, la Cour a analysé les relations financières entre l'Etat « puissance publique » et la sécurité sociale.

Au delà de l'examen exhaustif des nombreux flux financiers entre l'Etat, les organismes de sécurité sociale et plusieurs fonds qui concourent à la politique de l'emploi et à la politique sociale des pouvoirs publics, le présent chapitre a pour objet d'apprécier la qualité des relations financières, c'est-à-dire le respect des lois, règlements et conventions qui régissent ces relations.

Suite à la mise en place du FOREC⁸⁶, l'Etat a versé en janvier 2001 au FOREC, qui les a enregistrées le même mois, les recettes fiscales de décembre 2000 pour un montant de 829,3 M€

A – Les transferts de l'Etat vers la sécurité sociale

Au sein des transferts⁸⁷, on peut distinguer plusieurs catégories, par ordre décroissant d'importance :

- les contributions de l'Etat à la protection sociale pour 15,68 Md€ en 2001, en particulier RMI : 4,51 Md€ AAH : 4,1 Md€ FNAL : 2,77 Md€ et FNAH : 2,23 Md€ Cette catégorie inclut pour la première fois la contribution au fonds de financement de la protection complémentaire de la CMU⁸⁸ pour un montant de 889,4 M€⁸⁹ ;
- les concours de l'Etat à différents régimes de sécurité sociale pour 5,71 Md€ en 2001 (notamment la SNCF : 2,22 Md€ fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat : 910 M€, le budget annexe des prestations

86. Le produit des taxes affectées au FOREC lui est versé directement par les trésoreries générales à partir de janvier 2002.

87. Versements effectués à partir du budget de l'Etat sur l'exercice 2001, y compris les dépenses budgétaires transitant par des fonds.

88. Transfert prévu par l'article 56 du projet de loi de finances pour 2001, il est inscrit au chapitre 46-82 article 10 du budget du ministère de la santé et de la solidarité.

89. Cette subvention est versée à titre d'acompte pour l'exercice 2001, le montant exact de la facturation ne sera arrêté qu'à la fin du premier trimestre 2002.

sociales agricoles : 815 M€ l'établissement national des invalides de la marine : 708 M€) ;

- les compensations de cotisations sociales exonérées⁹⁰ décidées au titre de la politique de l'emploi pour 2,54 Md€ en 2001 ;
- les prestations prises en charge directement par l'Etat pour 262,67 M€ en 2001, constituées principalement des prestations sociales des pensionnés de guerre (74,9 % de cette ligne de dépense).

Au total, le montant des transferts s'élève à 24,2 Md€⁹¹ en 2001. Il marque une diminution de 6,37 % par rapport à 2000 imputable pour l'essentiel à la diminution (-1,74 Md€) des crédits budgétaires destinés à la compensation de l'exonération des cotisations sociales. Cette dernière dépense est désormais financée par le FOREC.

1 – Les versements de l'Etat

Comme l'illustre le tableau ci-dessous, aux versements de l'Etat correspondent les sommes perçues par les différents régimes. Les écarts entre la première colonne (montants versés par l'Etat) et la dernière (montants encaissés par les régimes) proviennent d'un décalage dans le temps des arrêtés des comptes respectifs de l'Etat et des organismes sociaux.

Ils révèlent aussi le montant des opérations de décaissement opérées par l'Etat durant la période complémentaire et qui sont, selon les cas, retracés ou non, dans les écritures des organismes.

90. Il s'agit de dépenses hors FOREC, le principal poste est constitué par le financement des exonérations de cotisations sociales de contrats de travail liés de la formation professionnelle (contrats d'apprentissage et contrats de qualification notamment) dont les bénéficiaires ont été en 2001 la CNAMTS, la CNAVTS, la CNAF, la CCMSA, la CANAM, l'ARRCO, l'UNEDIC et la CNAVPL.

91. Ce montant incorpore, en sus des quatre catégories présentées, la subvention versée au FSV pour 0,76 M€ en 2001.

Exonérations de charges sociales compensées par le budget de l'Etat en 2001

en M€

LIBELLES	Total versé par l'Etat (1)	ACOSS (Régime général)	CCMSA	UNEDIC	ARRCO	Autres régimes (5)	Total reçu par les régimes
I – Exonérations de cotisations							
<i>Emploi</i>							
Contrats d'apprentissage	772,62	590,46	39,37	73,27	89,12	6,8	799,02 ⁽²⁾
Contrats de qualification	392,48	382,59	11,6				394,19 ⁽³⁾
Contrats initiative-emploi	653,73	622,29	31,54				653,83
Insertion par l'économique	0	0					0
Contrats de retour à l'emploi (métropole)	0	0					0
Incitation à la réduction du temps de travail, loi AUBRY du 13 juin 1998	24,74	0	24,74				24,74
Réduction dégressive des cotisations sociales patronales sur les bas salaires	105,09	0	102,9			2,19	105,09
Incitation à l'aménagement et à la réduction du temps de travail (loi du 11 juin 1996)	220,18	127,72	92,46				220,18
Réduction des charges sociales plan textile-habillage	0	0					0
Embauche du deuxième au cinquantième salarié dans les entreprises situées en zones de revitalisation rurale ou de redynamisation urbaine	16,12	8,47	7,65				16,12
Dispositif en faveur des cinquante premiers salariés des entreprises situées en zone franche urbaine	271,41	264,97	1,9			4,54	271,41
Versements en application de la loi n° 96-1143 du 26 décembre 1996 relative à la zone franche de Corse	27,54	25,95	1,59				27,54
Correspondants locaux de la presse régionale ou départementale	0,08	0				0,08	0,08
Exonérations DOM (Loi PERBEN et loi d'orientation pour l'Outremer)	385,06	383,48				1,58	385,06
Contrats d'accès à l'emploi, champ Exo-DOM (art. 5 de la loi n° 94-638 du 25 juillet 1994) – Loi PERBEN	8,97	8,97					8,97
Dispositif en faveur des hôtels, cafés et restaurants (au titre de l'article L.241-14 du Code de la sécurité sociale)	29,05	29,05					29,05
Exonérations de cotisations	127,63	127,63					127,63

d'allocations familiales							
Exonération des cotisations de sécurité sociale des travailleurs non salariés non agricoles	-0,89	0				-0,89	-0,89
<i>Agriculture et pêche</i>							
Plan global pêche	0,02	0,02					0,02
<i>Outre-Mer</i>							
Contrats d'accès à l'emploi (DOM)	26,67	26,67					26,67
Contrats de retour à l'emploi (DOM)	0,00	0,53					0,53 ⁽⁴⁾
Total des exonérations de cotisations	3 060,51	2 598,82	313,74	73,27	89,12	14,3	3 089,25
<p>(1) Période complémentaire 2000 + versements hors période complémentaire 2001. (2) Différence de 26,40 M€ provenant de la non prise en compte par l'ACOSS du versement effectué par l'État le 31 décembre 2000. (3) Versement de 1,71 M€ effectué par l'Etat le 31 décembre 2000. (4) Il s'agit d'une reprise d'avoirs sur exercices antérieurs (1998) compensée par les produits en droits constatés établis par l'ACOSS. (5) CANAM, CNAVPL, CRPCEM, IRCANTEC, CPS de Saint-Pierre-et-Miquelon.</p>							

Contributions de l'Etat, directes ou via des fonds et remboursements

en M€

LIBELLES	Total versé par l'État (1)	ACOSS (Régime général)	CCMSA	CANSSM	CNMSS	Autres régimes (6)	Total reçu par les régimes
II – Contributions et remboursements de l'Etat							
<i>Santé et solidarité</i>							
Allocation de parent isolé	713,92	775,27					775,27 ⁽²⁾
Allocation de revenu minimum d'insertion	4 490,23	4 508,25					4 508,25 ⁽³⁾
Allocation de revenu minimum d'insertion au BAPSA	87,81		87,81				87,81
Contribution de l'Etat au financement de l'allocation aux adultes handicapés	4 145,09	4 175,58					4 175,58 ⁽⁴⁾
Remboursement aux organismes de sécurité sociale des dépenses afférentes à l'interruption volontaire de grossesse	24,7	23,74	0,14	0,00	0,16	0,65	24,7
Fonds spécial d'invalidité	242,65	206,09					206,09

<i>Charges communes</i>	60,98		60,98				60,98
Contribution de l'Etat au financement de l'allocation aux adultes handicapés au BAPSA							
Majoration d'allocation de rentrée scolaire exceptionnelle	262,67	262,67					262,67
Total des contributions	10 028,05	9 951,61	148,93	0,00	0,16	0,65	10 101,35
III – Contributions de l'Etat via des fonds							
<i>Ministère du logement</i>							
Contribution de l'Etat au Fonds National de l'habitat (5)	2 228,80	2 739,41					2 739,41
Contribution de l'Etat au Fonds National de l'aide au logement (5)	2 767,75	3 554,24					3 554,24
Contribution de l'Etat au FNAL pour l'aide aux associations logeant à titre temporaire des personnes défavorisées (5)	28,97	30,25					30,25
Total des contributions via des fonds	5 025,52	6 323,90	0,00	0,00	0,00	0,00	6 323,90
Total général des contributions	15 053,57	16 275,51	148,93	0,00	0,16	0,65	16 425,25
<p>(1) Période complémentaire 2000 + versements hors période complémentaire 2001. (2) La différence de 61,35 M€ correspond à un versement effectué par l'Etat le 31 décembre 2000. (3) Versement de 18,02 M€ adressé à l'ACOSS par l'Etat le 31 décembre 2000. (4) Ecart de 30,49 M€ correspondant à un versement fait le 31 décembre 2000. (5) Pour le FSI, le FNH et le FNAL, la colonne concernant les autres régimes n'est pas renseignée dans ce tableau. (6) CANAM, SNCF, RATP, CFE, Banque de France.</p>							

Cotisations prises en charge par l'Etat

En M€

	Total versé par l'Etat (1)	ACOSS (régime général)	ORGANIC CAVICORG	CANCAVA	CNAVPL	Autres régimes (CNBF)	Total reçu par les régimes
IV – Cotisations							
<i>Anciens Combattants</i> Prestations assurées par l'Etat au titre du régime de sécurité sociale des pensionnés de guerre	196,73	196,73					196,73
<i>Charges communes</i> Aide au rachat des cotisations à la CNAVTS des rapatriés	16,48	15,85	0,51	0,1	0,02	0,01	16,48
<i>Justice</i> Cotisations maladie maternité des détenus	49,58	44,2 (2)					44,2
Total des cotisations prises en charge par l'Etat	262,79	256,78	0,51	0,1	0,02	0,01	257,41

(1) Période complémentaire 2000 + versements 2001 hors période complémentaire 2001
(2) Une somme de 4,16 M€ versée le 30 décembre 2000 n'avait pas été inscrite par l'ACOSS sur cet exercice. En 2001, un versement de 9,23 M€ a été effectué le 31 décembre 2001 et n'a pas été pris en compte par l'ACOSS dans les encaissements 2001. De plus, les versements correspondant aux cotisations maladie et maternité des détenus versés par les services déconcentrés de l'Etat et centralisés par les URSSAF n'ont pas été pris en compte par l'ACOSS (0,31 M€).

2 – Les modalités de règlement des dettes de l'Etat

L'Etat effectue des règlements aux organismes de sécurité sociale ou à des fonds. Parmi les destinataires de ces versements, l'ACOSS joue un rôle central.

Dans le cadre de la mise en place du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale qui précise les conditions d'utilisation des comptes de tiers, l'ACOSS a abandonné le recouvrement direct des produits qui relèvent de la responsabilité d'une autre entité (Etat, autres organismes de sécurité sociale, fonds)⁹². Ainsi, à partir du 1^{er} janvier 2002⁹³, le recouvrement de certaines cotisations⁹⁴, prestations⁹⁵ ou

92. Cette modification a été entérinée par deux lettres ministérielles (Direction de la sécurité sociale) du 10 octobre 2000 et du 8 février 2001.

93. Apurement des recettes sortant du recouvrement direct à la clôture de l'exercice, soit au 31/12/2001.

94. Remboursements de l'Etat à la CNAM et à la CNAV au titre du régime de sécurité sociale des pensionnés de guerre, aide au rachat des cotisations des rapatriés.

95. L'AAH, l'allocation parent isolé (API), le RMI, l'allocation spécifique d'attente (ASA), le remboursement de la dotation au titre du FSI ainsi que les dépenses d'IVG.

contributions via les fonds⁹⁶ remboursées par l'Etat a été transféré de l'ACOSS vers les caisses nationales. Ces opérations sont désormais retracées uniquement dans un compte de trésorerie de l'ACOSS⁹⁷.

Les relations financières entre l'Etat et l'ACOSS sont régies par une convention financière conclue le 2 mai 1994 dont l'un des objets est la mise en place du régime de versements des acomptes de l'Etat vers l'ACOSS. Cette convention est régulièrement modifiée. Depuis l'avenant signé le 3 mai 1996 le seuil de déclenchement du système d'acomptes a été fixé à 152,45 M€ par nature de prestations.

En 2001, le dispositif intègre les exonérations DOM⁹⁸. En revanche, la mesure en faveur des cinquante premiers salariés des entreprises situées en zone franche urbaine et dont les crédits ont été fixés en loi de finances pour 2001 à 152,45 M€, n'a pas bénéficié en 2001 du système d'acomptes⁹⁹. Ne figurent plus les exonérations de cotisation sociale mises en place pour inciter à l'aménagement du temps de travail, désormais financées par le FOREC.

Pour les différentes mesures en faveur de l'emploi, le rapprochement entre les versements reçus à l'ACOSS pour le compte de l'Etat et attribués aux branches et les encaissements réellement enregistrés par les caisses bénéficiaires fournit de bonnes indications sur les délais de facturation des organismes et des diligences de l'ACOSS.

Le volume de facturation adressé à l'Etat au titre du régime général est passé de 9,30 Md€ en 1999 à 2,93 Md€ en 2000 et 2,60 Md€ en 2001.

S'agissant des mouvements de trésorerie, l'Etat effectue des versements réguliers à échéance fixe (mensuelle pour le RMI, plus généralement trimestrielle) aux autres régimes (MSA, CANSSM, CRPCEN, IRCANTEC et ARRCO) pour les mesures emploi figurant dans la convention qu'il a passée avec l'ACOSS.

96. L'allocation logement FNAL, l'aide personnalisée au logement FNH, l'aide au logement temporaire (ALT).

97. En application de l'article L.225-1-1 du code de la sécurité sociale, l'ACOSS est chargé notamment de recevoir des cotisations et contributions recouvrées par des tiers.

98. Il s'agit de la mesure emploi issue de l'article 4 de la loi n°94-638 du 25 juillet 1994.

99. La Cour avait déjà recommandé cette intégration dans son précédent rapport sécurité sociale de septembre 2001, p. 222.

3 – Les restes à recouvrer

Les dettes de l'Etat à l'égard des organismes de sécurité sociale figurent dans les écritures de ces derniers comme restes à recouvrer.

L'exercice 2001 fait apparaître un accroissement des restes à recouvrer pour les mesures emploi puisqu'ils passent de 1 020 M€ en 2000 à 1 177,6 M€ en 2001, soit une progression de 15,45 %. Cette augmentation intervient alors que l'année 2000 présentait des restes à recouvrer en baisse de 0,2 % par rapport à l'exercice 1999.

Comme le retrace le tableau ci-dessous, les restes à recouvrer qui ont connu les progressions les plus significatives concernent le financement des exonérations liées à la loi DOM (reste à recouvrer nouveau de 213,4 M€), les contrats de retour à l'emploi (+ 44,1 M€) et les contrats de qualification (+ 33,1 M€).

La baisse des restes à recouvrer au titre des contrats d'apprentissage, des exonérations DOM¹⁰⁰ ainsi que de la réduction des transferts aux régimes sociaux suite à la mise en place du FOREC (qui s'est traduite par la diminution de 102,1 M€ des restes à recouvrer) n'est pas compensée par les augmentations recensées ci-dessus.

100. Art. 4 de la loi n° 94-638 du 25 juillet 1994.

Les restes à recouvrer sur l'Etat des mesures en faveur de l'emploi

En euros

Catégories d'exonérations	Solde au 31/12/2000 Droits constatés	Total Produits Droits constatés 2001	Encaissements répartis dans les caisses nationales en 2001	Solde au 31/12/2001 Droits constatés
I. Budget du ministère de l'emploi				
Contrats d'apprentissage	153 141 020	536 878 246	587 227 042	102 792 224
Contrats de qualification	105 350 110	415 659 406	382 588 815	138 420 700
Contrats initiative-emploi	-12 018 631	612 343 005	622 290 376	-21 966 002
Insertion par l'économique	10 958 464	43 423 551	0	54 382 015
Contrats de retour à l'emploi (Métropole)	8 842 631	44 043 978	0	52 886 608
Incitation à la réduction du temps de travail Aubry I (loi du 13 juin 1998)	118 288 053	226 847	0	118 514 900
Réduction dégressive de cotisations sociales patronales sur les bas salaires	-147 953 369	-289 948	0	-148 243 317
Incitation à l'aménagement et à la réduction du temps de travail (loi du 11 juin 1996)	124 266 101	9 714 518	127 723 952	6 256 667
Exonérations de cotisations au profit du secteur textile-habillement	289 915 277	-105 653	0	289 809 624
Embauche du deuxième au cinquantième salarié dans les entreprises situées en zones de revitalisation rurale ou de redynamisation urbaine	10 977 175	55 907 713	8 471 777	58 413 111
Dispositif en faveur des cinquante premiers salariés des entreprises situées en zone franche	159 580 966	252 558 945	264 972 550	147 167 361
Versements en application de la loi n° 96-1143 du 26 décembre 1996 relative à la zone franche Corse	6 769 417	44 916 172	25 952 112	25 733 477
Exonérations DOM (art. 4 de la loi n° 94-638 du 25 juillet 1994) - loi PERBEN -	89 640 250	11 749 222	116 188 304	-14 798 832
Contrats d'accès à l'emploi, champ exo- DOM (art. de la loi n° 94-638 du 25 juillet 1994) - Loi PERBEN -	-2 157 546	2 575 949	8 967 424	-8 549 022
Loi d'orientation d'outre-mer	0	480 655 743	267 295 949	213 359 795
Dispositif en faveur des hôtels, cafés et restaurants (au titre de l'article L.241- 14 du Code de la sécurité sociale)	-16 427 213	70 562 001	29 054 353	25 080 436
Exonérations de cotisations d'allocations familiales	122 376 427	135 614 597	127 629 261	130 361 763
Sous-total	1 021 549 133	2 716 434 291	2 568 361 915	1 169 621 509
II. Budget de l'Outre-mer				
Contrats d'accès à l'emploi	-4 443 066	36 137 086	26 670 891	5 023 129
Contrats de retour à l'emploi	65 563	547 043	528 544	84 063
Sous-total	-4 377 503	36 684 130	27 199 435	5 107 192
III. Budget de l'agriculture et de la pêche				
Plan global pêche	2 829 981	60 000	23 384	2 866 598
Sous-total	2 829 981	60 000	23 384	2 866 598
Total	1 020 001 611	2 753 178 421	2 595 584 734	1 177 595 298

Pour les cotisations et contributions remboursées par l'Etat au titre du régime général, le montant des restes à recouvrer passe de 2,73 Md€ à 1,79 Md€ au 31 décembre 2001.

Cette dernière évolution (retracée dans la dernière colonne du tableau ci-dessous) est le solde de mouvements contraires : le transfert de l'Etat à la CNAF du financement de la majoration d'allocation de rentrée scolaire¹⁰¹ d'un côté, une aggravation des dettes de l'Etat au 31 décembre 2001 particulièrement pour le financement du RMI (reste à recouvrer qui atteint désormais 817,9 M€) et de l'AAH (restes à recouvrer de 461,6 M€) de l'autre côté.

**Répartition des restes à recouvrer sur l'Etat pour
des caisses bénéficiaires au 31/12/2000 et au 31/12/2001
(Cotisations et contributions remboursées par l'Etat recouvrées directement par l'ACOSS)**

En Euros

Restes à recouvrer		
Recouvrement direct	Ensemble des Caisses nationales Au 31/12/2000	Ensemble des Caisses nationales Au 31/12/2001
I. Cotisations		
Prestations assurées par l'Etat au titre du régime de sécurité sociale des pensionnés de guerre	13 522 717	27 886 289
Aide au rachat des cotisations à la CNAVTS des rapatriés	15 845 126	11 896 982
Cotisations maladie et maternité des détenus	4 165 321	13 839 625
II. Contributions et remboursements de l'Etat		
Allocation parent isolé	120 761 427	96 436 262
Allocation de revenu minimum d'insertion	745 879 536	818 038 956
Contribution de l'Etat au financement de l'allocation aux adultes handicapés	386 026 678	461 736 565
Aide à la scolarité	- 205 689	- 205 689 ⁽¹⁾
Majoration d'allocation de rentrée scolaire exceptionnelle	895 403 190	- 47 452 738
Remboursement aux organismes de sécurité sociale des dépenses afférentes à l'interruption volontaire de grossesse	17 909 774	17 778 561
Fonds spécial d'invalidité		34 024 807
		48 560 519

101. Le reste à recouvrer s'élevait à 895,3 M€ à la fin de l'année 2000, il est constaté un excédent de versement de l'Etat à fin 2001 de 47,45 M€

III. Contributions de l'Etat via des fonds		
Contribution de l'Etat au Fonds national de l'habitat	178 009 196	18 771 403
Contribution de Etat au Fonds national de l'aide au logement	316 523 276	315 573 963
Contribution de l'Etat au FNAL pour l'aide aux associations logeant à titre temporaire des personnes défavorisées	3 566 964	2 851 047
Total exercice	2 731 432 323	1 785 711 744

Source : Caisses nationales

- (1) Les modalités de remboursement de cet avoir n'ont pas été précisées par les ministères de tutelle.

B – Les relations financières entre l'Etat et le régime agricole

1 – Les exonérations de cotisations

Le financement des exonérations de cotisations est régi par une convention signée le 30 décembre 1996 entre l'Etat et la CCMSA au titre du régime agricole qui fait l'objet d'un avenant annuel¹⁰².

Le circuit financier des exonérations de cotisations est complexe. Ces dernières font l'objet d'un préfinancement par le régime général avant leur remboursement par l'Etat.

2 – Les prestations remboursées par l'Etat

L'ensemble des prestations légales servies aux salariés du régime agricole est retracé dans les comptes du régime général de la sécurité sociale depuis le 1^{er} janvier 1963¹⁰³ ainsi que les ressources destinées au financement de ces prestations.

Le versement des sommes censées couvrir les prestations¹⁰⁴ emprunte plusieurs circuits : les prestations concernant les salariés

102. L'avenant pour l'année 2000 a été signé le 20 avril 2000, l'avenant signé pour 2001 ne comporte aucune date de ratification.

103. Article 9 de la loi de finances pour 1963 (loi n° 62-1529 du 22 décembre 1962).

104. Hors RMI, ce dernier est inscrit directement dans la comptabilité de la CCMSA.

agricoles de métropole et des DOM et les exploitants des DOM uniquement sont présentées par la CNAF¹⁰⁵ à l'Etat.

Pour les prestations qu'elle finance, la CNAF reçoit un acompte mensuel de l'ACOSS qui le perçoit elle-même de l'Etat. La facturation définitive à destination de l'Etat est établie par la CNAF en mai N + 1. L'Etat verse alors à l'ACOSS le complément éventuel, à l'automne N + 1, qui le reverse à la CNAF, soit une année après le paiement des prestations¹⁰⁶.

3 – Les versements effectués en 2001

Au titre des exonérations de charges sociales agricoles compensées par le budget de l'Etat, le montant facturé par la CCMSA s'élève à 111,6 M€ contre 166,6 M€ en 2000. Cette diminution de 49,3 % provient de la mise en place du FOREC.

Pour les prestations sociales, les versements effectués directement par l'Etat ou via des fonds (FSI, Fonds CMU, FNAL, FNH et BAPSA) en 2001 sont en retrait de 7,6 % (557,3 M€ en 2001 contre 603,3 M€ en 2000). Cette baisse s'explique principalement par le transfert à la branche famille du versement de la majoration de l'allocation de rentrée scolaire (exploitants et salariés) qui représente une diminution des versements de 45,9 M€ en 2001.

4 – Les restes à recouvrer à la fin de l'année 2001

L'examen des restes à recouvrer pour les exonérations de cotisations sociales montre une dégradation sensible des versements reçus par la CCMSA. En effet, dans les écritures de la CCMSA, ils sont passés (en droits constatés) de 397 M€ à la fin de l'année 2000 à 1 133,6 M€ à la fin 2001. Cette situation provient d'une part d'une dette de l'Etat de 128,7 M€ au titre de 1999 pour les mesures emploi transférées au FOREC et d'autre part d'une dette du FOREC vis à vis de la CCMSA qui s'est accrue de 794,5 M€ en 2001, pour atteindre 966,4 M€ à la fin de l'année 2001.

Les restes à recouvrer sur le financement des prestations sociales s'élèvent à la fin de l'année 2001 à 27,08 M€, contre 1,58 M€ à la fin de l'année 2000. Cette évolution s'explique principalement par les arriérés

105. La CNAF consolide par ailleurs les prestations de l'ensemble des régimes sociaux.

106. Les prestations à destination des exploitants agricoles de métropole font l'objet d'un financement direct, à partir d'un budget annexe : le BAPSA.

de paiement du FNH : 18,42 M€ au 31 décembre 2001 contre un avoir de 11,3 M€ au 31 décembre 2000.

C – Le financement des prestations de solidarité

L'année 2001 a été marquée plus particulièrement par l'insuffisance des versements de l'Etat au titre du RMI, le défaut du financement par l'Etat de l'allocation complémentaire¹⁰⁷ et l'augmentation des restes à recouvrer sur les prestations de solidarité.

1 – Les versements effectués au titre du RMI en 2001

La dotation initiale du RMI inscrite sur le chapitre 46-83 article 20 du ministère de la santé et de la solidarité s'élève à 4 513,2 M€ en progression de 3,15 % par rapport à l'année 2000.

L'Etat a procédé pour le régime général à onze versements de 368,8 M€ et un versement de 368,9 M€, soit un total de 4 425,4 M€

2 – « La prime de Noël »

Une allocation forfaitaire réservée aux bénéficiaires du RMI d'un montant égal à 152,45 € pour une personne seule a été décidée pour 2001¹⁰⁸.

Cette prestation est versée par les caisses d'allocations familiales du régime général et par les caisses de mutualité sociale agricole (pour les exploitants et les salariés agricoles).

3 – Les restes à recouvrer

Cette année encore, les montants des allocations (allocations mensuelles et allocation forfaitaire) versées par les caisses ont été supérieurs aux financements affectés par l'Etat à ces mesures. A la fin 2001 le reste à recouvrer est porté à 817,9 M€, contre 653,4 M€ à la fin de l'année 2000, soit une progression de 25,18 %.

Le solde à recouvrer sur l'Etat pour le régime agricole est passé de 9,98 M€ à la fin de l'année 2000 à 13,46 M€ à la fin de l'année 2001.

107. Cette allocation, appelée « prime de Noël », a été instaurée la première fois en 1998 (décret n° 98-1181 du 23 décembre 1998).

108. Décret n° 2001-1319 du 28 décembre 2001.

Il ressort de l'examen des restes à recouvrer qu'ils correspondent à une absence de financement de la prime de Noël. Cette situation déjà constatée en 2000 se trouve confirmée en 2001¹⁰⁹.

La charge ainsi accumulée sur la branche famille est alourdie par l'évolution défavorable des restes à recouvrer sur l'AAH et l'API.

Restes à recouvrer de l'ACOSS sur l'Etat en fin d'exercice(1)

en M€

	1999	2000	2001
RMI	421,5	653,4	817,9
AAH	383,7	325,9	410,5
API	61,3	57,8	96,5
Total	866,5	1 037,1	1 324,9

source : ACOSS

(1) Sans tenir compte du premier versement de l'année N+1 au titre de l'année N.

—SYNTHÈSE—

L'exercice 2001 a été marqué par la mise en place effective du FOREC qui assure désormais le financement des mesures d'exonérations de charges sociales sur les bas salaires ou au titre de la RTT.

Cette année encore, l'Etat a réglé tardivement de nombreuses dettes. Les insuffisances les plus notables concernent le RMI, l'AAH, l'API et certaines mesures emploi : exonérations issues de la loi d'orientation DOM, contrats de retour à l'emploi et contrats de qualification.

La multiplicité des acteurs et des flux financiers qui les relie, et la production tardive des comptes restent des obstacles majeurs à la lisibilité des informations financières fournies et à la vérification de leur complétude.

109. L'Etat est par ailleurs débiteur du financement de l'allocation spécifique d'attente. Cette dette née au titre des exercices 1998, 1999, 2000 et 2001 se traduit par un reste à recouvrer à fin 2001 de 9,17 M€ vis-à-vis de la CNAF et de 1,38 M€ à l'égard de la CCMSA.

RECOMMANDATIONS

10. Améliorer le règlement des dettes de l'Etat pour le financement des mesures emploi et des prestations sociales par une appréciation plus réaliste du montant des acomptes et étendre le recours aux conventions de paiement entre l'Etat et ses créanciers sociaux.

11. Apurer les dettes anciennes, notamment celle née du dispositif de réduction dégressive des charges sociales sur les bas salaires pour les entreprises du secteur textile-habillement-cuir-chaussure.

Chapitre V

L'organisation comptable et les comptes

PRÉSENTATION

La présentation des comptes et l'analyse de la loi de financement, retracées dans les chapitres précédents, doivent être accompagnées d'indications sur leur évolution, leur signification et leur précision.

Au titre de ces questions comptables, la Cour évoque d'abord les conséquences tirées des recommandations de la mission interministérielle de réforme de la comptabilité des organismes de sécurité sociale (MIRCOSS). Puis, elle complète les développements consacrés, dans les rapports des années précédentes, aux modalités de constitution des provisions par différents organismes de sécurité sociale, exercice qui découle de l'obligation d'établir des comptes en droits constatés. Des progrès sur ce point restent à faire pour garantir que les comptes présentés sont conformes au principe de sincérité qui doit inspirer l'ensemble des comptes publics.

Dans le précédent rapport¹¹⁰, la Cour avait fait le point sur les mesures prises ou envisagées dans le cadre des recommandations formulées par la Mission interministérielle de réforme de la comptabilité des organismes de sécurité sociale (MIRCOSS), qui avait achevé ses travaux en septembre 2000.

Les développements qui suivent visent à actualiser ces indications. Si le plan comptable unique des organismes de sécurité sociale a bien été mis en application dans les délais et si un cadre juridique cohérent a bien été défini pour permettre la centralisation des informations comptables, des difficultés et des retards sont apparus dans la mise en place des structures appelées à traiter, au niveau central, des questions comptables des organismes de sécurité sociale.

110. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2001, pages 134 à 138.

I - Le point sur la réforme de l'organisation et des règles comptables

A – La mise en application du Plan comptable unique des organismes de sécurité sociale

Conformément aux dispositions du décret du 19 septembre 2001, le plan comptable unique, préparé par la MIRCOSS et approuvé par le Conseil national de la comptabilité, a été publié par arrêté interministériel.

L'application du plan comptable est donc obligatoire à compter du 1^{er} janvier 2002.

A la Mutualité sociale agricole, la mise en place de la comptabilité, développée notamment pour la branche maladie, n'a pas pu être réalisée immédiatement ; la situation devrait se régulariser en 2003 ou 2004.

Sous cette réserve, les caisses et organismes qui avaient été associés ou, au moins, bien informés du dispositif ont été en mesure de le mettre en œuvre.

B – La centralisation des informations comptables

1 – Le décret du 19 septembre 2001

Ce décret précise (nouvel article D. 114-4-2 du CSS) les règles d'établissement et de centralisation des documents comptables des organismes de sécurité sociale.

Les organismes de base sont tenus d'arrêter leurs comptes annuels au plus tard le 31 janvier suivant la clôture de chaque exercice comptable et de les transmettre à fin de centralisation aux organismes nationaux. Ces derniers doivent arrêter les comptes de branches ou régimes au plus tard le 28 février et les transmettre à la mission comptable permanente. A titre transitoire, pour les comptes annuels 2002 à 2004, la date limite de transmission, au plan national, est repoussée au 31 mars suivant l'exercice comptable clos.

Ces dispositions confirment et prolongent les évolutions très positives déjà intervenues dans les dates de production des comptes annuels, qui ont concerné plus particulièrement, jusqu'à présent, les organismes du régime général. Il est donc souhaitable :

- que l'ensemble des autres organismes respectent strictement, pour les comptes 2002 à 2004, la date limite du 31 mars ;
- que les organismes du régime général accomplissent un effort particulier pour se conformer de manière anticipée à la date limite du 28 février.

2 – Le nouvel article D. 114-4-2 du CSS

Il prévoit la transmission des balances établies par les organismes de base et leur centralisation par les organismes nationaux. La mission comptable aura donc la capacité juridique d'opérer comme une véritable autorité comptable, chargée d'assurer la centralisation de l'ensemble des données comptables des organismes de sécurité sociale et, le cas échéant, d'en définir le cadre.

La Cour tient à souligner l'importance qui s'attache au strict respect de ces dispositions réglementaires qui fournissent le cadre juridique et technique permettant la production de comptes sur des bases cohérentes et dans des délais plus courts.

C – Les structures appelées à traiter de la comptabilité des organismes de sécurité sociale

La mise en place des deux structures prévues qui prennent le relais de la MIRCOSS n'a pas été aussi rapide que ce que la Cour avait souhaité il y a un an.

1 – La mission comptable permanente des organismes de sécurité sociale

Cet organe administratif spécialisé, créé officiellement par le décret du 19 septembre 2001 (nouvel article D. 114-4-3-II du CSS) est investi de compétences importantes ; il est appelé à la fois à :

- assurer la fiabilité de la production des comptes annuels : la mission « organise les travaux nécessaires à la production des comptes annuels », « centralise les comptes annuels et infra-annuels » et « s'assure de leur qualité ». Elle met les informations comptables « à disposition des destinataires habilités ». Elle « peut faire tout commentaire et porter toute appréciation jugée nécessaire sur la qualité des comptes ainsi produits » ;

- assurer le suivi de la mise en œuvre et de l'adaptation, en tant que de besoin, du plan comptable unique. Elle veille à « l'exacte application des principes comptables par les organismes de sécurité sociale et propose au Conseil national de la comptabilité « toute évolution jugée nécessaire » du plan comptable unique.

Ces compétences sont exercées « en liaison avec les services concernés des ministres chargés du budget, de la sécurité sociale et de l'agriculture », et sous réserve des attributions conférées au Haut Conseil interministériel de la comptabilité des organismes de sécurité sociale.

Si, pour sa gestion administrative, la mission est rattachée aux services du ministre chargé de la sécurité sociale et les crédits nécessaires à son fonctionnement inscrits à ce budget, le secrétaire général de la mission a toutefois délégation « à l'effet de signer (les) actes de gestion courante ». Mais la mission comptable a un caractère interministériel : nommé par arrêté conjoint des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale, son secrétaire général est habilité à « rédiger et signer des conventions, valant cahier des charges » avec les parties concernées « relatives au contenu des données comptables annuelles et infra-annuelles, à leur transmission et leur diffusion ». Ces conventions comportent des annexes précisant « les modalités de contrôles à mettre en œuvre pour s'assurer de la fiabilité des données comptables transmises et de leur confidentialité ». Cette mission est fondamentale : de son succès dépend la production, à un horizon rapproché, de comptes fiables.

L'articulation d'un pouvoir réglementaire direct et du recours à la convention traduit la volonté de laisser une large place à la recherche du consensus, en tenant compte des particularités du secteur social, marqué par la présence d'acteurs autonomes. Seule la pratique pourra confirmer la validité de cette approche, qui réserve une place significative à l'action concertée.

2 – Le Haut conseil interministériel de la comptabilité des organismes de sécurité sociale

Créé par le décret du 19 septembre 2001, il est chargé, « notamment :

- de fixer les orientations et de superviser l'ensemble des travaux de la mission comptable permanente ;
- de donner un avis sur toute proposition de modification du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale » ;

- de présenter toutes recommandations nécessaires pour améliorer la lisibilité de la production des comptes des OSS. Il devra œuvrer pour améliorer la clarté et la compréhension des règles par les acteurs concernés : gestionnaires et préparateurs des comptes, dans les organismes de base comme au plan central.

Son rapport annuel sera communiqué au Parlement, « en vue d'améliorer son information sur les principes et les règles qui régissent les comptes des organismes de sécurité sociale ».

Composé de 37 membres, le Haut Conseil réunit :

- des experts publics et privés : un représentant de la Cour des comptes, le secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale, le président du conseil national de la comptabilité et trois personnes qualifiées ;
- des représentants des organismes concernés qui constituent le groupe le plus nombreux : deux représentants (directeurs adjoints ou agents comptables) de huit institutions principales (ACOSS, CNAMTS, CNAV, CNAF...) et trois représentants des autres institutions ;
- les directeurs d'administration centrale (ou leurs représentants) assurant la tutelle des organismes : sécurité sociale, budget, comptabilité publique, agriculture, ainsi que des représentants des organismes de contrôle des caisses de base (COREC) ;
- des représentants des corps de contrôle directement concernés : inspections ministérielles et contrôle d'Etat.

Le secrétariat du Haut conseil est assuré par la mission comptable permanente.

3 – Les difficultés et les retards dans la mise en place de ces structures

Fin août 2002, soit plus de onze mois après sa création, la désignation des personnalités membres du Haut conseil n'était toujours pas intervenue.

La mission comptable permanente, pour sa part, connaît également un démarrage difficile. Sa secrétaire générale a bien été nommée par un arrêté interministériel du 4 décembre 2001, mais la mission n'a pas encore été dotée d'un effectif suffisant de collaborateurs. Sur cinq emplois budgétaires prévus, seuls trois ont pu être pourvus. Les deux

autres emplois ont été utilisés, au sein du ministère, pour des recrutements ne bénéficiant pas à la mission comptable. Seules les tâches courantes de supervision des comptes des organismes ont donc pu être assurées. Si les travaux techniques destinés à préparer les échéances à venir, liées à la mise en place généralisée du plan comptable unique à compter du 1^{er} janvier 2002, ont été lancés (préparation des centralisations mensuelles et annuelles, avec des moyens informatiques légers, un logiciel permettant la totalisation des données comptables, transmissions par le réseau interministériel ADER vers l'INFOCENTRE de la DGCP), les travaux relevant du Haut conseil interministériel n'ont pas encore vraiment démarré.

La Cour croit nécessaire de faire un rapprochement entre la situation qu'elle constate au ministère chargé de la Sécurité sociale, en ce qui concerne les comptes de la sécurité sociale, et celle qu'elle observe pour les comptes de l'Etat, alors que les masses financières en jeu sont équivalentes.

Pour ces derniers, le passage à une comptabilité d'engagement (« droits constatés ») avec conservation d'un suivi budgétaire en encaissement/décaissement, décidé dans son principe en avril 2000 et confirmé par la loi organique relative aux lois de finances du 1^{er} août 2001, a donné lieu à une importante réorganisation à la DGCP avec la mise en place d'une mission de modernisation comptable, dotée d'une équipe renforcée et disposant de l'apport logistique très puissant de l'Agence comptable centrale du trésor.

La préparation du référentiel comptable de l'Etat a été engagée avec la mise en place de la mission des normes comptables de l'Etat dirigée par un chef de mission disposant de cinq collaborateurs. Le Comité des normes de comptabilité publique¹¹¹ a été mis en place dès mars 2002 et s'est saisi d'un programme de travail comportant la mise au point d'un référentiel comptable d'ensemble pour l'Etat et de projets de normes visant, par grands domaines, les opérations comptables de l'Etat.

L'avance prise dans le domaine des comptes sociaux, pour la mise en place d'une comptabilité en droits constatés, risquerait d'être compromise si l'ensemble des structures chargées tant de l'élaboration des comptes et de leur centralisation que du respect et de l'adaptation des règles comptables n'étaient pas mises en situation de remplir leur mission

111. Ce comité, dont la création est inscrite dans la loi organique relative aux lois de finances (article 32) et confirmée par l'article 136 de la LFI pour 2002, a fait l'objet d'un arrêté du 19 mars 2002 (J.O. du 5 avril). Il est composé de 20 membres.

dans les meilleurs délais. Cela suppose notamment l'affectation des moyens nécessaires.

RECOMMANDATIONS

12. Publier rapidement l'arrêté désignant les membres du Haut conseil de la comptabilité des organismes de sécurité sociale.

13. Doter la mission comptable des moyens nécessaires, notamment en personnels.

CETTE SECTION N'A PAS APPELE DE REPOSE DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES

II - Les provisions dans différentes caisses de sécurité sociale

Dans son précédent rapport¹¹², la Cour avait complété ses analyses sur le passage à une comptabilité d'engagement (dite « en droits constatés ») dans les organismes de sécurité sociale, en présentant des observations sur les méthodes de calcul des provisions à l'ACOSS et à la CNAMTS. Elle avait insisté tout particulièrement sur le fait que, faute de méthodes de provisionnement entièrement fiables, les écarts entre les provisions constituées et les réalisations affectaient les résultats comptables des exercices successifs en diminuant leur fiabilité.

Les observations qui suivent visent à actualiser et compléter ces constats. Des comparaisons ont pu être établies en ce qui concerne, d'une part, le suivi comptable et le provisionnement des créances sur les cotisants (ACOSS-MSA-CANAM) et, d'autre part, les provisions pour prestations à régler (CNAMTS-MSA-CANAM).

A – Le suivi comptable et le provisionnement des créances sur les cotisants

1 – L'ACOSS

Pour l'ensemble des produits (cotisations, exonérations liées aux mesures emplois, produits CADES, FSV et fonds CMU), l'ACOSS évalue annuellement les produits à recevoir à rattacher à l'exercice clôturé et en notifie la ventilation à chaque organisme bénéficiaire. Alors que les montants notifiés en 1999 (17 511 M€) avaient été correctement évalués, il n'en est pas allé de même pour 2000. Le montant global notifié (17 768 M€) a été calculé sur la base d'une masse salariale mal évaluée.

Ainsi, un document de juin 2001 évalue les réalisations effectives à 18 098 M€ en tenant compte d'une erreur de centralisation de 335 M€ entre les URSSAF et l'ACOSS et évoque comme probable une réévaluation des produits à recevoir de 1999 et de 2000 de l'ordre de 450 M€ pour chacune des deux années. Des calculs plus détaillés réalisés

112. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2001 – pages 139 à 143.

à la fin de 2001 font apparaître, pour le champ global, une sous-estimation comprise entre 625 M€ et 1 190 M€

Cette incertitude quant à l'année de rattachement a rendu difficile la détermination des produits à recevoir à rattacher aux comptes 2001. Ceux-ci ont été fixés à 19 845 M€, en augmentation de 11,7 % par rapport aux notifications de 2000.

Dans ce chiffrage, l'ACOSS s'est efforcée de tirer les leçons des errements passés, mais le système actuel comporte un aléa important du fait que les cotisations sont enregistrées seulement lors de leur encaissement. Ce n'est qu'en 2003 que l'ACOSS disposera d'un nouveau système permettant de connaître les cotisations dues au titre d'une année déterminée. Il s'agit de la base AROME qui enregistrera les cotisations en fonction de leur fait générateur, c'est-à-dire la date de versement des salaires.

L'augmentation des produits à recevoir intervient au profit du seul régime général, qui, par rapport à 2000, bénéficie d'un surcroît de produits de 2 085 M€¹³ dont 1 035 M€ pour la CNAMTS, 732 M€ pour la CNAVTS et 318 M€ pour la CNAF.

Pour mesurer l'impact de ces augmentations de produits à recevoir sur les comptes de chacune des caisses, il faut tenir compte de l'évolution des provisions sur les cotisations à recevoir et des reprises de provisions.

Pour 2001, l'ACOSS a conservé la méthode « robuste » analysée par la Cour dans son rapport de l'année dernière, basée sur le seul critère de l'ancienneté de la créance. La provision nette a été augmentée de 490 M€ (350 M€ en métropole, 140 M€ pour les DOM).

Le taux global de provisionnement est, pour les créances hors mesures en faveur de l'emploi, de 83,3 % en 2001, contre 82,7 % en 2000.

En définitive, l'impact sur le résultat de l'ensemble des caisses du régime général est donc de 1 595 M€ (2 085 M€ d'augmentation des produits à recevoir, diminués de 490 M€ de variation nette des provisions).

La Cour a déjà insisté sur les aléas sérieux qui affectent la méthode de provisionnement des créances de l'ACOSS. La décision de principe a été prise d'abandonner cette méthode pour appliquer, éventuellement avec des adaptations encore en discussion, la règle consistant à ne

113. L'évolution des produits à recevoir hors régime général entre 2000 et 2001 est négative.

calculer de provision que pour les créances ayant fait l'objet d'un premier acte précontentieux (mise en demeure). Le taux de provisionnement pourrait donc connaître une baisse sensible dès 2002, ce qui réduirait le montant des provisions en dégageant des plus-values, lors de la clôture des comptes 2002.

2 – La Mutualité sociale agricole

Le suivi des cotisations à recouvrer est assuré par les caisses locales de Mutualité sociale agricole, la caisse centrale centralisant l'ensemble des données dans des conditions qui ont été très améliorées au cours des dernières années.

Pour les exploitants agricoles, les cotisations sont calculées soit sur les revenus de l'année précédente, soit sur la moyenne des revenus des trois dernières années. Le système comptable ne permet pas de rattacher les cotisations à l'année au titre de laquelle elles sont dues. Les règles d'assiette des cotisations dispensent de comptabiliser des « produits à recevoir » au titre de cette catégorie de cotisants.

Pour les salariés agricoles, les cotisations sont dues soit mensuellement (entreprises employant plus de neuf salariés), soit trimestriellement (jusqu'à neuf salariés). Les cotisations restant dues au 31 décembre N et à recouvrer en N + 1 donnent donc lieu à des « produits à recevoir ». Ceux-ci sont calculés par les caisses locales, dans le cadre des instructions comptables annuelles de la caisse centrale. Les montants globaux (ensemble des risques) comptabilisés se sont établis à 833,7 M€ en 2001, contre 792,2 M€ en 2000. En progression de 5,2 % entre les deux années, les produits à recevoir 2001 représentent 31,7 % des cotisations effectivement encaissées en 2001 (2 633,4 M€).

Le système comptable actuel ne permet pas d'identifier les paiements obtenus en N + 1 au titre des produits à recevoir de l'année N. Il en découle que ces derniers font l'objet d'une écriture unique de reprise, lors de la clôture des comptes de l'année N + 1, avec constitution, simultanément, de nouveaux « produits à recevoir ».

Cette analyse conduit à s'interroger sur la pertinence globale des montants ainsi inscrits en comptabilité, les méthodes suivies aboutissant à constater, pour l'année 2001, par exemple, un complément de produits égal à 3,8 mois de cotisations réellement encaissées en cours d'année.

La révision du système comptable a été engagée et devrait permettre, dès 2003, d'identifier les paiements se rapportant à l'année précédente.

La MSA applique des règles particulières pour tenir compte des risques de non-recouvrement. Sont classées en «créances douteuses» les cotisations à recouvrer ayant donné lieu à une mise en demeure. Un reclassement est opéré en «créances litigieuses» quand les montants à recouvrer entrent dans le cadre d'une procédure de redressement judiciaire. Les données font l'objet d'un traitement d'ensemble annuel, dans le cadre des opérations d'inventaire. Au 31 décembre 2000, le total des comptes adhérents correspondant à des retards de règlement, pour l'ensemble des risques, s'établissait :

- pour les salariés agricoles, à 327,8 M€ (dont 264,3 M€ de créances litigieuses, soit 80,6 %) ;
- pour les exploitants agricoles, à 189,6 M€ (dont 101,7 M€ de créances litigieuses, soit 53,6 %).

Au 31 décembre 2001, la situation évolue comme suit :

- pour les salariés agricoles, créances totales de 306,2 M€ (dont 246,7 M€ de créances litigieuses, soit 80,6 %). Elles représentaient 11,6 % des cotisations encaissées en 2001 (2,633 M€) ;
- pour les exploitants agricoles, créances totales de 186,3 M€ (dont 94,9 M€ de créances litigieuses, soit 50,3 %).

Globalement, les créances en retard passent de 517,4 M€ fin 2000 à 492,5 M€ fin 2001, soit une réduction de 4,8 %.

Ces montants ne peuvent pas être comparés utilement à ceux de l'ACOSS, en raison du suivi comptable encore insuffisant qui prévaut à la MSA. La généralisation du provisionnement dossier par dossier (il n'est effectué à l'heure actuelle que sur les seuls dossiers litigieux) et en continu sur toute l'année ne sera mise en place qu'à compter de 2003.

La situation dans les DOM pour les exploitants agricoles retient particulièrement l'attention :

- en 2000, les nouvelles provisions pour créances douteuses se sont établies à 4,7 M€ (contre 2,5 M€ en 1999) et représentent 127,8 % des cotisations encaissées la même année (3,7 M€) ;
- en 2001, les nouvelles provisions sont portées à 5,7 M€ (+ 19,8 %) et représentent 250 % des cotisations concernées (2,3 M€, soit - 37,8 %).

Les évolutions enregistrées au cours des deux dernières années dans les DOM sont particulièrement préoccupantes.

3 – La CANAM

Malgré la relative complexité, tant de son organisation (caisse centrale, caisses mutuelles régionales, organismes conventionnés) que des règles fixant l'assiette des cotisations, la CANAM dispose d'un suivi comptable performant des cotisations à recouvrer.

Les caisses mutuelles régionales procèdent à la liquidation des cotisations, alors que les organismes conventionnés en assurent le recouvrement, y compris pour les aspects contentieux. La caisse nationale reçoit les fonds et gère la trésorerie de l'ensemble.

Les cotisations font l'objet d'un appel provisionnel en avril de l'année N sur la base des revenus des cotisants de l'année N - 2. Un ajustement intervient en octobre, sur la base des revenus de N - 1. La régularisation ultime, en plus ou en moins, intervient en N + 1 sur la base des revenus déclarés de N.

Le système comptable permet bien de rattacher à l'année N les cotisations émises au titre des revenus déclarés de cette année. A la clôture de l'exercice, il n'y a donc pas lieu, sauf exception, de comptabiliser de « produits à recevoir » au titre de l'année.

La question centrale réside donc dans la détermination de la provision à constituer pour estimer les risques de non-recouvrement des cotisations restant à encaisser à la clôture de l'exercice.

Les taux de provisionnement sont déterminés pour chacun des 170 organismes de recouvrement, en tenant compte du suivi individuel des dossiers de cotisants. Les provisions ne sont constituées que pour les créances non réglées après mise en demeure.

Au 31 décembre 2001, pour des restes à recouvrer de 929,8 M€ les provisions constituées représentaient 661,8 M€ auxquels il convient d'ajouter, néanmoins, 73,6 M€ de cotisations prescrites. Compte tenu de ces dernières, le taux global de provisionnement s'établit à 79,10 %.

Hors créances prescrites, le taux de provisionnement est de 71,2 % pour l'ensemble du régime, DOM compris. Il est respectivement de 76,5 % pour la métropole et de 62 % pour les DOM.

Les particularités du régime des professions indépendantes ainsi que les dispositions favorables prises dans les DOM expliquent le poids particulier des créances prescrites (13,3 M€ en métropole, 59,7 M€ pour les DOM, soit, respectivement, 2,4 % et 17,5 % des restes à recouvrer).

B – Les provisions pour prestations d'assurance-maladie et AT-MP à régler

1 – La CNAMTS

Pour rattacher aux comptes d'une année N l'ensemble des prestations de maladie et d'accidents de travail-maladies professionnelles restant à payer, la CNAMTS a choisi une méthode basée sur une estimation des coûts probables des dossiers en instance. Après un démarrage peu concluant en 1996 (surestimation de 750 M€ de la provision constituée) et des estimations globalement judicieuses en 1997 et 1998, la provision constituée en 1999, de même montant que celle de l'année précédente (3,3 Md€), s'est avérée insuffisante de 750 M€ qui ont été comptabilisés parmi les opérations courantes de 2000. Les résultats publiés au titre de 1999 (- 1,14 M€) et de 2000 (- 470 M€) s'en sont donc trouvés faussés.

Les résultats, recalculés sur la base des réalisations effectives connues vers la fin de l'année suivante, étaient, pour 1999, de - 1 860 M€ et, pour 2000, de + 270 M€.

Basée sur la même méthode, la provision constituée au titre de l'année 2000 est de 3,96 Md€. A la clôture de l'exercice 2001, elle s'est à nouveau révélée insuffisante : les prestations payées en 2001 au titre des années antérieures (et donc 2000 surtout) non couvertes par des provisions, représentent 143,1 M€, soit 53 % du résultat 2000 annoncé. Les résultats recalculés seraient donc de 127 M€ au lieu de 470 M€ pour la métropole, alors que, pour les DOM, les provisions, supérieures de 30 M€ aux prestations effectivement payées, ont été reprises en 2001 et donc rattachées aux résultats de cette dernière année.

Les règles appliquées à l'origine ont très sensiblement obscurci la présentation des données comptables :

- les provisions ont été calculées par caisse et par gestion, c'est-à-dire pour chacune des rubriques de charges identifiées dans le cadre de l'ONDAM ;
- par une interprétation stricte du plan comptable, et compte tenu de la complexité de la nomenclature comptable en place, les prestations de N – 1 excédant les provisions constituées sont imputées sur la gestion courante, sans possibilité de les comptabiliser, comme le prévoit le droit commun, en « charges exceptionnelles ». En revanche, la part des provisions non appliquée pour la couverture de prestations des années antérieures est reprise en produits de l'exercice suivant.

Des aménagements sensibles ont été apportés à ces règles, dans le cadre de l'arrêté des comptes de 2001. Une nouvelle méthode d'estimation des provisions a été introduite, fondée sur des taux d'évolution prévisionnelle des prestations, en date de soins, par grandes rubriques des dépenses, c'est-à-dire par poste de la LFSS. A titre d'exemple, les provisions 2001 sont basées sur les montants prévisionnels de consommation de soins de l'année 2001 d'où sont déduits les soins 2001 effectivement remboursés en fin d'année.

Les règles de comptabilisation ont été aménagées, avec l'ouverture de sous-comptes distincts pour enregistrer les prestations remboursées relatives à l'année précédente ou plus. Les comptes présentés font donc ressortir, en lecture directe, les charges de prestations relatives aux exercices antérieurs, y compris en cas de provision insuffisante. Les parts excédentaires des provisions sous-estimées continuent, en revanche, à être reprises en produits de l'exercice suivant.

A la clôture de l'exercice 2001, et dans le nouveau cadre ainsi précisé, le total des provisions constituées est de 3 990 M€ (+ 1,5 % par rapport aux provisions 2000).

Les provisions constituées pour les prestations à régler dans les DOM, précédemment surévaluées, ont été révisées à la baisse (119,6 M€ contre 131,3 M€ soit - 8,9 %).

Fin juin 2002, les prestations 2001 réglées représentaient 92 % de la provision. Sur ces bases, les services de la CNAMTS estiment que les provisions ainsi constituées sont surévaluées de 0,5 % pour la métropole (contre + 3,7 % en 2000) et sans doute sous-évaluées pour les DOM.

Ainsi, en se conformant, au moins partiellement aux recommandations de la Cour pour améliorer les règles comptables applicables en la matière, la CNAMTS dispose désormais d'outils adéquats pour mieux évaluer les charges de prestations des années antérieures et les identifier clairement, sur des bases comptables.

2 – La Mutualité sociale agricole

Jusqu'en 2000 inclus, les caisses locales, conformément aux instructions de la caisse centrale, ont conservé un double mode de rattachement des prestations dues au titre de l'exercice clôturé. Les comptes enregistraient en « charges à payer » les demandes de remboursement présentées au cours des dix premiers jours ouvrés de l'année suivante et comportaient, sous forme de « provisions pour charges », une estimation statistique des prestations qui seraient présentées ultérieurement.

Ainsi, pour les non-salariés agricoles, et pour l'année 2000, les charges à payer au titre de l'AMEXA maladie obligatoire étaient de 78,3 M€ (71,4 M€ en 1999), alors que la provision pour charges, pour la même catégorie, était de 159 M€ (144,5 M€ en 1999).

A compter de 2001, seules les prestations correspondant à des dossiers reçus au 31 décembre et non encore réglées figurent en « charges à payer » : leur montant s'est donc trouvé ramené à 17,8 M€, alors que celui de la provision a été porté à 191,1 M€.

La nouvelle méthode suivie, plus proche des préconisations du plan comptable unique, a conduit à une réduction sensible des montants en cause.

Pour les non-salariés, le total comptabilisé revient à 208,9 M€, soit 8,2 % des prestations AMEXA maladie obligatoire payées en 2001 (2 570,7 M€). En 2000, la méthode précédente avait conduit à comptabiliser 237,3 M€, soit 9,7 % des prestations équivalentes (2 450,2 M€).

Pour les salariés agricoles, les taux de provisionnement sont également en recul : 9,9 % des prestations versées en 2001, alors que, en 2000, le taux était à 12,3 %.

Ces taux sont élevés, comparés à ceux observés à la CNAMTS où les 3 990 M€ de provisions constituées en 2001 représentent moins de 5 % des prestations versées dans l'année.

Ces chiffrages ne peuvent donc être accueillis qu'avec prudence. Il faut, du reste, noter que, en mettant à part les charges à payer qui font l'objet d'une estimation détaillée, sur la base de données identifiées, les provisions elles-mêmes donnent lieu à un calcul global, caisse par caisse. Elles sont également reprises globalement en fin d'année dans les comptes de l'exercice N + 1, dans lesquels une nouvelle provision est constituée.

Ce n'est qu'à partir de 2003 que la MSA appliquera une méthode analogue à celle de la CNAMTS, avec un suivi comptable des provisions et de leurs utilisations, par caisse et par catégorie de prestations.

3 – La CANAM

Jusqu'en 2000, la comptabilité de la CANAM ne distinguait pas les différentes catégories de prestations. Les provisions par prestations restant à régler étaient comptabilisées globalement par caisse et pour chacun des régimes suivis.

Les écarts entre provisions constituées et prestations effectivement payées au titre de l'année antérieure sont restés faibles, mais significatifs : 2,8 M€ de prestations non provisionnées en 1999 (1,8 % des prestations payées dans l'année), 2,8 M€ d'insuffisance de provisions en 2000 (- 1,9 %).

En 2001, la CANAM a commencé la mise en œuvre du plan comptable unique pour les prestations et, s'inspirant de la méthode CNAMTS a calculé la provision sur la base d'une estimation du taux d'évolution des prestations de l'année, par rapport à l'année précédente, par catégorie de prestations et par caisse mutuelle de recouvrement (CMR). Elle a, en outre, tenu compte des prestations de l'année précédente effectivement payées durant la première décade de l'année suivante.

Ces nouvelles règles ont conduit à porter la provision à 291 M€ (contre 171 M€ en 2000), soit 12,1 % des prestations effectivement réglées en 2000.

A partir de 2002, avec le passage à la mise en œuvre complète du plan comptable unique, une méthode de provisionnement identique à celle de la CNAMTS sera retenue, du moins dans son principe, et sous réserve des directives des autorités de tutelle.

Les provisions seront donc calculées par catégories de prestations et par CMR et les possibilités de compensation entre rubriques disparaîtront.

DEUXIEME PARTIE

LA GESTION DE LA DEPENSE HOSPITALIERE

INTRODUCTION

La dépense pour l'assurance maladie de l'ensemble des établissements de soins (hôpitaux publics, secteur médico-social et cliniques privées) s'est élevée à 53,44 Md€ en 2000, soit 51,8 % de l'ONDAM. Par ailleurs, l'importance et la sensibilité sociale d'un secteur qui emploie plus d'un million de personnes et les fréquents soubresauts qui l'animent en rendent le pilotage politique, administratif et financier très complexe.

Pourtant, l'hôpital a évolué au gré des nombreuses réformes de ces trente dernières années. Pendant des décennies, le développement de l'assurance maladie et le progrès technique se sont conjugués pour favoriser la création d'un parc hospitalier important alors que n'existaient ni mesure des besoins, ni outils de planification. Avec la loi hospitalière du 31 juillet 1971 apparaît le premier instrument de planification quantitative, la carte sanitaire. Afin de maîtriser la croissance rapide des dépenses, en 1983, le budget global, c'est-à-dire l'encadrement des dépenses des hôpitaux à l'intérieur d'un budget limitatif, a été substitué au prix de journée jugé trop inflationniste. Ce n'est qu'en 1991 que les pouvoirs publics se sont préoccupés de maîtriser la croissance des dépenses des cliniques privées.

Les outils de connaissance de l'activité et de la dépense hospitalière, nécessaires à un pilotage financier plus fin, ont largement fait défaut jusqu'à ce que le PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) soit progressivement appliqué, à partir de 1995, à l'ensemble des services hospitaliers publics de court séjour de plus de 100 lits, puis aux cliniques privées.

Parallèlement, la loi du 31 juillet 1991 a marqué l'avènement d'un nouvel outil de planification, le schéma national ou régional d'organisation sanitaire.

L'ordonnance du 24 avril 1996 consacrée à l'hospitalisation publique et privée fait pour la première fois le lien entre la planification de l'offre hospitalière, d'une part, et, d'autre part, la réduction des inégalités entre régions et entre établissements, par un nouveau mode de calcul des dotations. Elle consacre la région comme cadre du pilotage de la politique hospitalière, mission confiée à une structure nouvelle dotée de pouvoirs importants, l'agence régionale de l'hospitalisation.

Ces dernières années, enfin, est apparue de manière croissante la préoccupation de la sécurité sanitaire et de la qualité des soins, préoccupation qui constitue désormais, avec l'égal accès de tous aux

soins, le dénominateur commun de toute la politique hospitalière, qu'il s'agisse de la recomposition du tissu hospitalier ou de la répartition des moyens humains et financiers.

L'évolution récente témoigne également de la nécessité de mieux appréhender l'hôpital comme une composante de l'offre globale de soins en développant des modes de coopération avec les soins de ville et en décloisonnant les sources de financement.

Cette partie du rapport, consacrée à la gestion de la dépense hospitalière, n'a pas pour ambition de traiter de façon exhaustive l'ensemble de la politique hospitalière. Ainsi, elle ne comporte pas l'étude des personnels hospitaliers non médicaux²³⁸. Elle intègre les contributions apportées par 21 chambres régionales des comptes, compétentes pour contrôler les comptes et la gestion des établissements publics de santé, et résulte également des contrôles menés par la Cour sur sept ARH. Elle est centrée sur l'étude des moyens organisationnels, juridiques et financiers qui concourent à la définition et la mise en œuvre de la politique hospitalière.

Les thèmes retenus sont traités sous l'angle du pilotage de la politique hospitalière, en soulignant le rôle des agences régionales de l'hospitalisation, de l'évolution de l'offre de soins hospitaliers, c'est-à-dire de l'adaptation du parc hospitalier aux besoins sanitaires de la population, du financement des dépenses hospitalières et, enfin, de certains aspects des relations que l'hôpital entretient avec la médecine de ville.

Ces chapitres comportent des éléments comparatifs avec la situation des hôpitaux de six pays : l'Allemagne, l'Espagne, les Pays-Bas, le Québec, le Royaume-Uni et la Suède.

Le pilotage de la politique hospitalière est étudié sous quatre aspects : les administrations qui en sont chargées ; le cadre juridique de la planification hospitalière ; l'évolution des principaux outils de connaissance du monde hospitalier, en premier lieu le PMSI ; la démarche d'accréditation organisée par l'ordonnance de 1996 et conduite par l'ANAES.

Le deuxième chapitre traite de l'évolution de l'offre de soins hospitaliers : est examinée en premier lieu la mise en œuvre de la planification sanitaire à partir des outils financiers et juridiques mis à la disposition des ARH et des hôpitaux. Puis, la question de la démographie

238. La fonction publique hospitalière fera l'objet de travaux ultérieurs dans le cadre de l'étude entreprise par la Cour sur l'ensemble des fonctions publiques.

médicale est étudiée en tant qu'élément essentiel de l'offre de soins à l'hôpital. Enfin, sont présentées les principales tendances de la restructuration hospitalière.

Le troisième chapitre examine le financement des dépenses hospitalières sous divers angles : sont d'abord analysées les modalités de répartition des moyens budgétaires par les ARH entre les établissements et les modalités de paiement de leurs dotations par les organismes d'assurance maladie. L'état d'avancement de l'expérimentation d'une nouvelle technique de financement des dépenses hospitalières, la tarification à la pathologie, est également présenté. Enfin, la complexité et l'inéquité des modalités de participation des assurés sociaux au financement des dépenses hospitalières font l'objet d'une étude particulière.

Le quatrième chapitre traite de l'activité hospitalière sous trois aspects qui replacent l'hôpital dans la démarche globale d'offre de soins : les alternatives à l'hospitalisation, la prise en charge des urgences médicales et les dépenses de médicament.

Chapitre VI

Le pilotage de la politique hospitalière

PRÉSENTATION

Le pilotage de la politique hospitalière est assuré, au sein du ministère chargé de la santé, par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins dont les compétences ont été étendues en 2000 pour tenter d'en faire une véritable direction stratégique, et, au plan régional, par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) créées en 1996.

L'organisation de l'offre de soins consiste, en premier lieu, à planifier sa répartition sur le territoire, en fonction de l'appréciation des besoins sanitaires de la population. Tel est l'objet des cartes sanitaires, des schémas d'organisation sanitaire nationaux ou régionaux (SROS) et des procédures d'autorisation d'activités et d'équipements qui en découlent.

En second lieu, elle consiste à mettre en œuvre les orientations de la planification par l'intermédiaire des projets d'établissement et des contrats d'objectifs et de moyens. En adéquation avec les SROS, ces projets doivent définir les objectifs de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la recherche biomédicale, de la politique sociale, de la formation, de la gestion et du système d'information. Les contrats d'objectifs et de moyens, subordonnés à l'approbation préalable du projet d'établissement, comportent des dispositions relatives à la mise en œuvre des priorités de santé publique, au respect de la procédure d'accréditation, à l'évolution que l'établissement s'engage à opérer dans ses activités, son organisation, sa gestion et ses modes de coopération avec les autres établissements. Enfin, les données de la planification et de la contractualisation déterminent la campagne budgétaire annuelle, par laquelle l'ARH alloue aux établissements les ressources nécessaires à la réalisation de leurs objectifs.

Pour mener à bien cette mission de planification, les administrations doivent connaître les capacités hospitalières dans toute leur diversité, les moyens humains mis en œuvre, l'activité et le coût de l'hôpital. A cette fin, elles élaborent progressivement un système d'information sur l'hôpital, dont le PMSI constitue un élément majeur.

Enfin, depuis peu, elles commencent à disposer des résultats de la procédure d'accréditation des établissements hospitaliers.

I - Les administrations compétentes

La création des agences régionales de l'hospitalisation en 1997, puis la réorganisation de l'administration centrale par le décret du 21 juillet 2000, traduisent le souci d'introduire plus de cohérence et d'efficacité dans la conduite de la politique hospitalière et d'appréhender l'organisation des soins dans sa globalité et non plus par secteur : hôpital public, clinique privée, soins de ville.

A – La réorganisation du ministère : la création de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

La transformation de la direction des hôpitaux, créée en 1970, en une direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), a eu pour ambition de confier à une seule structure la responsabilité d'exercer une mission générale d'organisation de l'offre de soins à la fois en ville et en établissement. A cette fin, des moyens supplémentaires importants lui ont été accordés. Cependant, l'exercice de ses nouvelles responsabilités est entravé par le découpage imparfait des attributions entre les directions, par la permanence de lourdes tâches de gestion de dossiers individuels et par le déficit en cadres spécialisés.

1 – Une mission de pilotage stratégique de l'organisation des soins

L'enjeu de la réforme était double pour la DHOS : elle devait poursuivre son évolution vers une direction moins gestionnaire et plus stratégique et sortir d'une culture exclusivement centrée sur l'hôpital public. Sa nouvelle architecture et le renforcement de ses effectifs devaient y contribuer.

a) Une augmentation importante des attributions

L'objectif d'une meilleure articulation des soins de ville et des soins hospitaliers et d'une plus grande prise en compte des préoccupations relatives à la qualité et la sécurité des soins a conduit à transférer à la DHOS des activités en provenance d'autres directions du ministère. Elles portent notamment sur les réseaux de soins, les officines pharmaceutiques, les laboratoires d'analyses biologiques, les dotations budgétaires et les personnels de direction des établissements sociaux et

médico-sociaux, enfin les professions médicales et paramédicales non hospitalières.

b) Une forte croissance des effectifs

Entre 1998 et 2001, les effectifs budgétaires sont passés de 285 à 339²³⁸, soit une augmentation de l'ordre de 19 %, l'effectif cible étant fixé, pour 2002, à 365. Pour la seule catégorie A, la progression a été très forte (+ 25 %). Les effectifs se répartissaient ainsi à la fin de 2001: niveau A : 58,7 %, niveau B : 16,3 % et niveau C : 25 %.

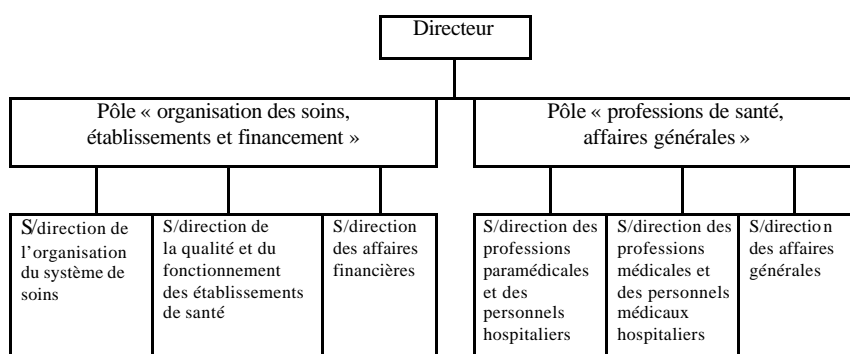
La répartition par métiers des effectifs traduit la difficulté de diversifier les compétences. Si la DHOS dispose de 27 médecins et pharmaciens et de 35 directeurs d'hôpital, les métiers techniques - informaticiens, économistes, ingénieurs - sont peu représentés, ce qui peut se révéler pénalisant dans l'exercice des compétences nouvelles. Par ailleurs, la situation administrative des personnels montre une structure atypique pour une direction d'administration centrale. Elle ne compte que 50,5 % d'agents titulaires de l'Etat, les autres étant des contractuels (16 %) ou des agents mis à disposition (33,5 %) qui sont, pour l'essentiel, des fonctionnaires et contractuels hospitaliers. La recherche d'une certaine diversité des profils est souhaitable, mais ne saurait se traduire par des recrutements irréguliers²³⁹.

c) La mise en place d'un nouvel organigramme

La structure générale de la DHOS et la répartition des missions entre les sous-directions répondent aux objectifs nouveaux qui lui sont assignés. Regroupées en deux pôles, le pôle « organisation des soins, établissements et financement » et le pôle « professions de santé et affaires générales », les six sous-directions se sont réparties les nombreuses missions dévolues par les textes de manière équilibrée et cohérente.

238. En équivalent temps plein.

239. La situation irrégulière de certains agents mis à disposition de la DHOS a déjà été relevée par la Cour dans les rapports publics particuliers sur la fonction publique de l'Etat. A la suite de ces observations, une politique de régularisation des mises à disposition avait été engagée par le biais de conventions prévoyant la prise en charge de la dépense par l'Etat, et non plus par l'assurance maladie à travers la dotation globale hospitalière. Cette régularisation est actuellement arrêtée, faute de crédits.



2 – Une réforme inachevée

La nouvelle organisation renforce les missions et les capacités de conception et de pilotage de la DHOS mais certains découpages d'attributions entre les directions n'apparaissent pas totalement cohérents avec la ligne directrice de la réforme. Elle accroît, par ailleurs, certaines tâches techniques et de gestion.

a) Des problèmes de frontières non résolus avec d'autres directions

Les transferts de compétences en provenance de la Direction générale de l'action sociale (DGAS) et de la Direction générale de la santé (DGS) étaient destinés à permettre à la DHOS d'organiser les soins autour du patient en décloisonnant les différents segments de l'offre. Ils ont porté sur la prise en charge médico-sociale des personnes âgées et sur les soins de ville.

Les soins aux personnes âgées

Le transfert à la DHOS de la gestion nationale de la sous-enveloppe médico-sociale de l'ONDAM ²⁴⁰ a été limité aux crédits d'assurance maladie alloués aux établissements médico-sociaux pour personnes âgées et aux services de soins infirmiers à domicile, la DGAS conservant le pilotage de la politique d'hébergement des personnes âgées. En outre, la DHOS n'a pas reçu compétence sur la deuxième fraction de l'enveloppe médico-sociale, consacrée aux établissements pour handicapés.

240. Voir supra, chapitre II : Les dépenses médico-sociales dans l'ONDAM.

Par ailleurs, le préfet conserve la compétence sur ces deux secteurs, aux termes de la loi du 2 janvier 2002 qui lui confie l'élaboration de schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale et la fixation de dotations départementales au sein de l'enveloppe régionale des dépenses médico-sociales de l'ONDAM. Bien que la liaison avec le directeur de l'ARH soit expressément prévue, la cohérence recherchée au niveau national entre les enveloppes de l'hospitalisation et l'enveloppe destinée aux structures pour personnes âgées ne se retrouve pas au niveau local.

Les soins de ville

L'extension de la compétence de la DHOS aux soins de ville et à l'ensemble des professions de santé n'est pas dépourvue d'ambiguïté.

Désormais, la DHOS est compétente pour l'ensemble de l'offre de soins en ville. Elle est notamment en charge du développement des réseaux de soins²⁴¹ et, de façon générale, de la prise en compte de la médecine de ville dans l'offre de soins de proximité et dans les dispositifs de coopération avec les établissements de santé. Pourtant, c'est encore la DGS qui assure seule la tutelle technique du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV).

Plus problématique est le maintien à la DGS des questions de démographie médicale et d'effectifs des professions de santé, alors que l'organisation des soins, pilotée par la DHOS, dépend fortement des effectifs de professionnels de santé et de leur répartition entre les différents secteurs de soins.

b) La mission de pilotage de la DHOS est entravée par le poids des décisions individuelles et des tâches de gestion

La DHOS reste encombrée de tâches de gestion

La DHOS a transféré très peu d'attributions dans le cadre de la réorganisation. Il faut cependant mentionner la création de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) par le décret du 26 décembre 2000. Cet établissement public administratif a pour objet, conformément au souci que la Cour avait exprimé²⁴², de regrouper et d'optimiser les moyens à la disposition du ministère pour élaborer le

241. La LFSS 2002 a créé, pour le financement des réseaux de soins, une enveloppe constituée par prélèvement sur les autres sous-enveloppes de l'ONDAM et un observatoire des réseaux de santé doit être mis en place.

242. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2000.

système d'information nécessaire à la conduite de la politique hospitalière. Il est principalement chargé de l'élaboration et de la maintenance du PMSI, compétence qui relevait jusque-là d'une cellule rattachée à la DHOS : désormais, celle-ci aura pour mission de définir les orientations stratégiques du dispositif PMSI, dont le maître d'œuvre sera l'agence. Celle-ci pourra aussi, pour le compte de la DHOS et en partenariat avec l'assurance maladie, assurer la mise en œuvre d'autres systèmes d'information sur l'hospitalisation.

La réforme n'a pas été l'occasion de réexaminer le contenu des tâches, les procédures de travail et l'utilité même de certains travaux, alors que le poids de la gestion des dossiers individuels a été accru par les transferts de compétences en provenance d'autres directions. Ce type de tâches recouvre divers aspects : secrétariat de nombreuses commissions chargées de donner un avis préalable à la décision ; décisions portant sur des équipements lourds ou des activités de soins²⁴³ ; recrutement, gestion et suivi des carrières des personnels de direction des établissements sanitaires, auxquels la réorganisation a ajouté ceux des établissements médico-sociaux et sociaux publics ; recrutement, gestion et suivi des carrières de 20 000 praticiens hospitaliers et, en liaison avec le ministère chargé des universités, des professeurs d'université praticiens hospitaliers. La seule gestion des personnels hospitaliers génère plus de 8 000 décisions individuelles par an.

Un effort accru de déconcentration est nécessaire

Une réflexion sur l'échelon le plus approprié d'exercice des missions s'impose, en raison de la situation des services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales qui éprouvent déjà des difficultés à assumer toutes leurs tâches. Si des progrès ont été récemment accomplis en matière de décisions sur les équipements lourds, la déconcentration d'autres décisions apparaît nécessaire à une meilleure cohérence de l'action des ARH et au recentrage de l'action de la DHOS sur ses activités de pilotage. C'est le cas, notamment, de la gestion des praticiens hospitaliers et de l'exercice de la tutelle sur certains établissements, tels que l'hôpital pénitentiaire de Fresnes et surtout l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). Le statut dérogoratoire de ces établissements constitue un handicap pour l'action de l'ARH d'Ile-de-France.

243. Sous réserve des mesures récentes de déconcentration, (voir infra).

SYNTHESE

En dépit d'un net renforcement de ses moyens et de ses missions, la DHOS n'est pas encore devenue une direction stratégique. Une plus large déconcentration des procédures devrait y contribuer, tout en renforçant la cohérence des missions des ARH. Le bilan à venir de la réorganisation du ministère devra permettre les rectifications nécessaires de compétences entre directions.

Le pilotage des hôpitaux à l'étranger

A l'exception des Pays-Bas qui ont gardé un pilotage centralisé des soins hospitaliers, les pays étudiés présentent des formes diverses de partage des responsabilités politiques entre différents niveaux de décision.

Aux *Pays-Bas*, l'Etat planifie les équipements et agréé les établissements de soins qui passent ensuite avec les assureurs publics ou privés des contrats définissant les volumes prévisionnels d'activité et une partie des prix. Mais les catégories de soins couverts par les différents types d'assureurs sont définies par la loi et les prix de la plupart des services médicaux sont fixés au niveau central.

En *Allemagne*, les Länder jouent un rôle important dans la planification des équipements de santé. Ils élaborent les plans hospitaliers, décident et financent les investissements à effectuer, indépendamment du statut de l'hôpital. Il en résulte une grande diversité d'équipements selon les Länder qui n'assument pas, à l'exception de la Bavière, l'entretien et la réparation des installations. Les hôpitaux passent des contrats avec les caisses d'assurance maladie qui participent également aux négociations sur leur budget. Mais les conditions faites aux patients (services offerts, tarifs) sont les mêmes quelle que soit leur caisse de rattachement. Le principe de financement dual s'est ainsi traduit par un système de planification duale : le nombre d'hôpitaux et de lits est planifié par les Länder, les effectifs de personnel et l'activité sont négociés entre les hôpitaux et les caisses. L'Etat fédéral n'intervient que pour définir les règles relatives au panier de soins couverts, aux conditions de fourniture des soins et au mode de financement.

Au *Canada*, le niveau fédéral définit un cadre minimal d'accès aux prestations garanti à tous les Canadiens dans le cadre de l'assurance santé. Il comporte l'accès à des soins hospitaliers gratuits. Les provinces décident du financement global accordé à la santé et des prestations offertes. Les ressources proviennent de transferts fédéraux et de diverses contributions prélevées par les provinces. Au *Québec*, 18 régies régionales de la santé et des services sociaux sont chargées depuis 1991 d'organiser et de restructurer les services sanitaires et sociaux. Elles sont dirigées par un conseil d'administration de 24 personnes élues par différents collèges électoraux. Ne peuvent en être membres des personnes dépendant du ministère ou d'un établissement de santé, à l'exception du directeur

général et du président de la Commission médicale régionale. Les régies doivent rendre des comptes sur leur action au cours de réunions publiques dans les régions ainsi qu'à la commission parlementaire compétente.

En *Suède*, les responsabilités se sont déplacées de l'Etat vers les comtés, puis, plus récemment, vers les municipalités. Les comtés, déjà responsables de la fourniture des soins hospitaliers à leurs résidents, se sont vu confier en 1970 les soins ambulatoires. Pendant la décennie 90, les services sociaux et médicaux aux personnes âgées, handicapées et malades mentales, ont été transférés aux municipalités, ce qui a conduit à la transformation de 30 à 40 % des lits d'hôpital en lits de moyen et de long séjours. Le conseil des comtés élit les conseils des hôpitaux. Outre ces niveaux de décision politique, il existe six régions sanitaires regroupant les comtés et ayant chacune un ou deux hôpitaux régionaux.

L'*Espagne* a mis en place en 1986 un système national de santé (INSALUD), en même temps qu'elle instituait 17 communautés autonomes qui ont progressivement reçu des compétences de gestion du système de santé. Depuis le 1^{er} janvier 2002, cette gestion est totalement décentralisée et la collecte des ressources (impôts sur le revenu, TVA, etc) est progressivement confiée aux communautés autonomes. L'Etat garde la coordination générale du système de santé, la politique du médicament et la législation sanitaire. Mais la coopération entre l'Etat et les communautés autonomes qui se déroule au sein d'un conseil interterritorial n'est pas encore bien définie.

Au *Royaume-Uni*, la gestion du National Health Service est déconcentrée au profit des autorités locales de santé, soit 100 *Health Authorities (Has)*, environ une par district, et demain 30 *Strategic Health Authorities (StHAs)*.

B – Les agences régionales de l'hospitalisation

Innovation importante de l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ont reçu la mission, précédemment dévolue aux préfets et à l'assurance maladie, de piloter au niveau régional l'ensemble du système hospitalier à la fois public et privé.

Elles sont chargées «de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés et de déterminer leurs ressources »²⁴⁴. Elles remplissent donc les missions d'allocation des ressources, de planification et de contractualisation avec les établissements de santé.

244. art. L. 6115-1 du code de la santé publique.

1 – Un mode d'organisation et de fonctionnement original

a) *L'organisation en groupement d'intérêt public*

Les ARH sont des groupements d'intérêt public (GIP) constitués entre les services de l'Etat et de l'assurance maladie. Une convention constitutive précise dans chaque région la participation des différents partenaires : d'une part, les directions régionale et départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS) pour les services de l'Etat et, d'autre part, les caisses d'assurance maladie des trois principaux régimes, c'est-à-dire la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) et l'échelon régional du service médical (ERSM), la caisse mutuelle régionale (CMR) du régime des non-salariés non agricoles et l'association régionale des caisses de la mutualité sociale agricole (MSA)²⁴⁵.

Le statut de groupement d'intérêt public adopté en 1996 présentait l'avantage de permettre la mise en place rapide d'une nouvelle structure régionale de pilotage, dotée d'une certaine souplesse, réunissant l'Etat et l'assurance maladie exerçant tous deux des compétences sur l'hôpital, sous l'autorité unique d'un directeur nommé en Conseil des ministres, en évitant de soulever des difficultés d'ordre statutaire ou institutionnel.

Les agences elles-mêmes sont des structures très légères, employant au total 260²⁴⁶ agents environ, tandis que les effectifs des services et organismes leur prêtant concours sont estimés à près de 2 300 agents²⁴⁷. Aussi, le budget propre de fonctionnement des GIP est-il peu important : 22 M€ environ au total en 2001, dont près de 80 % sont financés par l'Etat, et 20 % par l'assurance maladie. Les ARH rémunèrent sur ce budget, qui varie de 0,5 à 1,4 M€ selon leur taille, leur directeur et quelques collaborateurs directs ; quelques agents mis à disposition par l'assurance maladie complètent « l'équipe rapprochée », qui se compose, en moyenne, d'une dizaine de personnes par agence.

Le coût global de fonctionnement (budget des ARH et coût des personnels mis à disposition ou prêtant leur concours aux missions des agences) est inconnu de la DHOS. Les services de l'Etat éprouvent, en

245. Les URCAM (Unions régionales des caisses d'assurance maladie) sont également membres du GIP.

246. On compte environ la moitié de cadres A, dont 27 % sont issus de la fonction publique hospitalière, 22 % de l'assurance maladie et 18 % des services de l'Etat. Le solde est constitué de cadres en provenance du secteur privé.

247. Soit 2 100 emplois en équivalent temps plein.

effet, des difficultés à calculer le coût des missions qu'ils effectuent pour le compte des ARH.

D'une région à l'autre, l'effort contributif de l'Etat et de l'assurance maladie en moyens financiers, logistiques et humains est variable, même si, au niveau national, les engagements pris reflètent un certain équilibre (1 030 ETP pour l'Etat, 1 080 pour l'assurance maladie).

D'après les estimations de la Cour, les disparités régionales sont importantes en ce qui concerne tant le coût global de fonctionnement (13,5 M€ en Rhône-Alpes, 4,26 M€ en Bretagne par exemple) que la répartition de l'effort contributif des partenaires : l'Etat a supporté la charge des agences à 43 % en Pays de la Loire et en Rhône-Alpes, 50 % en Bretagne, 55 % en Bourgogne et en Franche-Comté par exemple. L'Ile-de-France est caractérisée par un déséquilibre très marqué : l'assurance maladie contribue à 66,3 % au financement du coût global de fonctionnement de l'agence qui représente 15,8 M€

b) L'organisation et la répartition des tâches au sein des ARH

La structure du GIP implique une coordination étroite entre les services de l'Etat et l'assurance maladie, qui, le plus souvent, respecte leurs champs de compétence traditionnels.

Pendant, la souplesse du GIP a permis de pallier l'insuffisance de moyens de l'un ou l'autre partenaire en redistribuant les tâches entre leurs membres. Ainsi, les organismes d'assurance maladie, qui bénéficient d'effectifs plus nombreux, ont progressivement développé des compétences dans des secteurs nouveaux pour eux (instruction des dossiers d'autorisation d'activité, visites de conformité des activités autorisées, PMSI, élaboration de volets du schéma régional d'organisation sanitaire, instruction des projets d'établissements, négociation des contrats d'objectifs et de moyens, contrôle des « comptes retraités » des établissements²⁴⁸).

A l'inverse, par manque d'effectifs, les services de l'Etat, qui restent maîtres d'œuvre de la carte sanitaire et de l'allocation des ressources aux établissements sous dotation globale, ont pris en charge peu de tâches nouvelles, notamment dans le secteur des cliniques privées, dont le suivi reste plutôt assuré par l'assurance maladie.

Le contrôle des établissements de santé relève des ARH, à l'exception notable du contrôle de la sécurité sanitaire et du contrôle de

248. Il s'agit des comptes dans lesquels sont isolées les dépenses de court séjour pour calculer la valeur du point ISA.

légalité des marchés publics, qui sont de la compétence préfectorale, et des contrôles liés à la facturation des cliniques privées, dont l'assurance maladie a la charge. Au sein de l'ARH, les services de l'Etat sont plutôt chargés du contrôle du respect de la réglementation et des procédures (contrôle des délibérations des conseils d'administration des établissements publics, contrôle des budgets et des comptes, contrôle des plans d'investissement, contrôle – en collaboration avec les médecins-conseils de l'assurance maladie – des données médicales du PMSI). L'activité de contrôle des organismes d'assurance maladie porte plutôt sur le fonctionnement médical et l'analyse de l'activité.

c) Des méthodes de travail nouvelles

La création des agences régionales de l'hospitalisation²⁴⁹ n'a pas eu d'impact sur les effectifs consacrés par l'Etat et l'assurance maladie au pilotage, à la régulation et au contrôle du système hospitalier. Elle a, en revanche, eu pour effet de mettre en place de nouvelles méthodes de travail, axées davantage sur la conduite de projets et non plus seulement sur la gestion des procédures ou des crises. Les méthodes de travail, comme les démarches utilisées en matière de contractualisation avec les établissements ou d'allocation des ressources, traduisent la volonté des agences de s'adapter au mieux au contexte régional.

Dans le but de faire converger des compétences auparavant cloisonnées et de développer une culture de la négociation, les ARH ont mis en place des équipes-projets, locales ou régionales, qui réunissent les composantes administrative et médicale des services de l'Etat et de l'assurance maladie. Cette nouvelle organisation du travail a rendu la tâche des agents travaillant pour l'ARH à la fois plus complexe et moins routinière, mais elle s'est également accompagnée de certaines lourdeurs liées à une répartition du travail obéissant parfois davantage à la recherche d'un équilibre entre services de l'Etat et organismes d'assurance maladie qu'à un objectif d'efficacité.

2 – Une répartition des compétences à clarifier

Après cinq années de fonctionnement, la répartition des compétences des ARH avec les autres acteurs intervenant dans la régulation du secteur hospitalier, au niveau national (ministère et CNAMTS) et régional (préfet), ainsi qu'avec le secteur médico-social et celui de la médecine de ville, apparaît encore insuffisante.

249. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 1997.

a) L'articulation avec le niveau national

Le ministère chargé de la santé et la CNAMTS ont eu, à la suite de la création des ARH, à mettre en place de nouvelles relations avec les services déconcentrés (DRASS et DDASS) et les organismes locaux (CRAM, ERSM, URCAM), tout en essayant de clarifier leurs rôles respectifs.

Le positionnement tardif de l'assurance maladie

La CNAMTS a clarifié son rôle avec la circulaire du 27 juin 2001 dans laquelle, tout en réaffirmant que l'Etat a la responsabilité exclusive du pilotage de l'organisation hospitalière et de l'allocation des ressources, elle souhaite mettre en oeuvre un programme permettant de « mieux travailler en synergie avec l'Etat ». Ce programme comporte plusieurs axes (enquêtes de santé publique, construction d'outils communs et capitalisation des expertises, clarification des transferts de financement entre enveloppe ambulatoire et hospitalière notamment) et précise comment mieux coordonner les programmes régionaux hospitaliers (PRH) élaborés par les CRAM et les programmes de travail des ARH. Les enquêtes nationales (radiothérapie, chirurgie ambulatoire, chimiothérapie anti-cancéreuse) pourront être utilisées pour l'élaboration de futurs SROS, comme cela avait pu être le cas dans certaines régions avec l'enquête nationale (enquête GAIN) sur les soins de suite ou de réadaptation, ou à titre plus officieux, avec l'outil d'évaluation comparative des services hospitaliers.

L'insuffisante animation par le ministère

Jusqu'en 1999, les agences ont bénéficié d'une grande autonomie pour mettre en place leur organisation, choisir leurs priorités et développer outils et méthodologie. Cette liberté a eu pour effet positif la mise en oeuvre de méthodes modernes de travail et sans doute une meilleure adaptation au terrain. Mais le manque d'implication du niveau national n'a pas permis d'en tirer tous les bénéfices. En effet, la mutualisation des expériences, la diffusion des savoir-faire, sont restées très limitées, malgré la création d'une mission puis d'un bureau des ARH à la DHOS et la tenue de réunions mensuelles avec les directeurs d'agence.

A partir de 1999, le ministère chargé de la santé a joué un rôle plus actif. Mais, cela s'est davantage traduit par une limitation de la marge de manoeuvre des agences que par un apport méthodologique et un soutien technique renforcés, notamment en ce qui concerne la recomposition et l'exploitation des données du PMSI. Le ministère chargé de la santé a

rapidement eu tendance à considérer les agences comme des services déconcentrés, ce que confirme l'homogénéisation progressive des profils de directeurs d'agence à partir du premier renouvellement opéré dès 1999. A la diversité initiale, directeurs issus du secteur privé, directeurs d'hôpitaux et de cliniques, praticiens hospitaliers, préfets, directeurs de DRASS, agents d'administration centrale, s'est, en effet, substitué progressivement un recrutement plus centré sur les personnels traditionnellement issus du ministère de l'emploi et de la solidarité.

De plus, la DHOS reste très impliquée dans la gestion directe de procédures, notamment en matière budgétaire, et dans le suivi des dossiers. Elle a, en revanche, peu progressé dans le domaine de l'évaluation des politiques qu'elle conduit.

Si les annexes au projet de loi de financement de la sécurité sociale constituent un progrès réel en matière de suivi de la mise en œuvre de la politique hospitalière, force est de constater que l'évaluation de l'impact de cette politique sur la satisfaction des besoins des usagers reste embryonnaire. Les instruments de suivi mis en place par la DHOS dans les domaines de l'allocation des ressources (bilan de première répartition des crédits en février) et de la planification (document de suivi du SROS) ne font pas l'objet d'un retour d'information au niveau régional et sont jugés par les agences peu utilisables pour réaliser des bilans régionaux. L'objectif de la DHOS d'évaluer les agences elles-mêmes n'a pas été mis en œuvre.

Ce défaut d'impulsion de la démarche d'évaluation au niveau national n'incite pas les agences à effectuer elles-mêmes les bilans intermédiaires de mise en œuvre inscrits dans la plupart des SROS. Les agences n'ont pas mis en place beaucoup de tableaux de bord de leur activité (contractualisation, recomposition). Les comités régionaux de pilotage et de suivi des SROS, lorsqu'ils existent, sont davantage tournés vers la préparation de nouveaux volets (Ile-de-France) que vers le suivi des anciens. En outre, la méthodologie même de l'évaluation soulève des interrogations de la part des agences (Pays de la Loire).

On ne peut que souhaiter, à l'instar du Haut comité de santé publique, le développement d'indicateurs de performance permettant de comparer les régions entre elles et de distinguer ce qui, dans les écarts constatés, relève des déterminants sociaux, de l'inadaptation des moyens ou de leur mauvaise gestion.

Le cas particulier de l'Ile-de-France

Contrairement aux Hospices civils de Lyon (1,05 Md€ de budget) ou à l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille (1 Md€), l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (5,02 Md€) n'est soumise à la tutelle de l'ARH qu'en matière de planification (SROS, autorisation d'activités et d'installation d'équipements lourds). Un conseil de tutelle, composé des ministres chargés de la santé, des affaires sociales, du budget et de l'intérieur, est chargé de l'allocation des ressources, de l'approbation du projet d'établissement et de la négociation du contrat d'objectifs et de moyens.

L'ordonnance du 24 avril 1996 a consolidé au profit de l'AP-HP un régime dérogatoire. Or celui-ci ne permet ni la poursuite effective des redéploiements de moyens de l'AP-HP vers les autres établissements et les autres régions, ni l'engagement d'une dynamique d'évolution de l'établissement conforme aux orientations régionales arrêtées par l'ARH, ni un contrôle satisfaisant de l'établissement par la tutelle.

En effet, les moyens consacrés par les administrations centrales à la tutelle de l'AP-HP sont très nettement insuffisants, alors que l'institution représente 10 % de la dotation globale hospitalière nationale.

Au cours des dernières années, l'AP-HP a réalisé des économies de gestion courante et s'est attachée à entrer dans le droit commun des procédures d'autorisation d'activités et d'installation d'équipements lourds. Mais sa participation à la mise en œuvre du SROS reste trop limitée, tant sur le plan des coopérations avec les autres établissements que sur celui des restructurations internes.

b) Au niveau régional

La répartition des compétences des agences avec l'autorité préfectorale n'est pas satisfaisante sur deux points : la responsabilité des contrôles et la gestion des carrières des directeurs d'établissements et des praticiens hospitaliers.

En matière de contrôle

Le partage des compétences entre le préfet et le directeur de l'ARH est à l'origine de difficultés de fonctionnement des services déconcentrés de l'Etat, notamment depuis la mise en place des missions régionales et interdépartementales d'inspection, de contrôle et d'évaluation (MRIICE)²⁵⁰ au sein des DRASS. Dans certaines régions, cette mise en place a provoqué des conflits avec l'ARH qui est responsable du programme de contrôle des établissements de santé, à l'exclusion du programme d'inspection de sécurité sanitaire placé sous la responsabilité du préfet. Ce fut par exemple le cas en Franche-Comté où l'agence avait mis en place en 1999 une cellule régionale chargée de la centralisation et du suivi de l'ensemble des missions d'inspection, d'audit et d'évaluation (englobant le contrôle de la sécurité sanitaire) effectuées dans les établissements de santé.

S'agissant de la sécurité sanitaire, le préfet est responsable de l'élaboration et de la réalisation du programme de contrôle des établissements. Mais, en cas de dysfonctionnement, c'est le directeur de l'agence qui en tire les conséquences, soit en attribuant des moyens financiers spécifiques facilitant la mise aux normes, soit en suspendant, à titre temporaire ou définitif, l'autorisation de fonctionner d'une installation ou d'une activité de soins de l'établissement défaillant.

L'organisation des contrôles n'est pas simple : le programme des contrôles de sécurité sanitaire, qui doit respecter les priorités fixées par le ministère et les agences sanitaires nationales, fait partie du programme régional d'inspection et de contrôle qui est arrêté par le préfet après avis du comité technique régional et interdépartemental (réunissant DDASS et DRASS), de la commission exécutive de l'ARH et de la conférence administrative régionale présidée par le préfet. Selon les textes, il doit être cohérent avec le plan régional de contrôle des établissements arrêté par l'ARH.

En ce qui concerne la gestion des personnels médicaux et de direction

Pour l'essentiel, la gestion des personnels médicaux (hors PU-PH) et pharmaceutiques (concours, démographie, planification) relève du préfet. Mais, il appartient à l'ARH d'élaborer la stratégie de création et de transformation de postes médicaux et pharmaceutiques hospitaliers, le

250. Ces missions, placées sous l'autorité du préfet, ont pour objectif de renforcer les moyens consacrés à l'inspection dans les secteurs sanitaire et médico-social, mais aussi de la protection sociale.

tableau des emplois médicaux, et d'autoriser le renouvellement des chefferies de services.

Un problème important est celui de la compétence exclusive du ministère en matière de nomination des PU-PH : l'ARH n'intervient à aucun moment dans la procédure pour garantir l'adéquation de ces nominations aux besoins locaux.

Les ARH tiennent également les tableaux des emplois de direction des établissements, tandis que c'est le préfet qui suit la gestion administrative de ces personnels.

c) L'articulation avec la médecine de ville et le secteur médico-social

La réflexion sur l'évolution des modalités de prise en charge des patients a montré l'importance des filières et des réseaux et d'une approche globale dépassant le champ du court séjour hospitalier.

Afin de mieux réguler les flux de patients en court séjour, l'ARH de Rhône-Alpes a créé une mission d'appui « soins de suite ou de réadaptation » pour réorganiser l'ensemble de l'offre en la matière. Les travaux relatifs à la prise en charge des personnes âgées ou à la santé mentale ont fait apparaître les difficultés de planification liées à l'existence de deux secteurs, sanitaire et médico-social, dont les instances de pilotage et de régulation sont distinctes. Bien que les services déconcentrés de l'Etat soient membres des ARH, la coordination de ces secteurs reste peu approfondie, car les agences ont d'abord cherché à rationaliser l'offre de court séjour, tandis que les services de l'Etat étaient chargés de la réforme de la tarification des établissements médico-sociaux hébergeant des personnes âgées dépendantes. En outre, la répartition des compétences entre ARH et préfet n'a pas facilité les transferts de crédits entre l'enveloppe sanitaire, gérée par l'ARH, et l'enveloppe médico-sociale, gérée par le préfet.

La difficile articulation de ces deux secteurs avec la médecine de ville complique encore le pilotage de l'ensemble du système de soins.

Les tentatives de travail en commun menées par les ARH et les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), mises en place en 1998, ont connu des succès divers. Certaines régions ont compris l'intérêt des réseaux couvrant les champs hospitalier et ambulatoire et, à ce titre, ont mis en place des structures d'examen commun des projets présentés par les professionnels de santé avant même la mise en place du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV). Ainsi, l'ARH de Franche-Comté a en partie organisé la procédure d'allocation des ressources en fonction de l'objectif de soutien des réseaux, a encouragé le

développement de la télé-médecine et suit l'évolution des réseaux par le biais d'un rapport annuel d'activité détaillé réalisé par chaque réseau. L'agence de Poitou-Charentes, quant à elle, a mis en place une cellule d'appui régionale, rattachée à la faculté de médecine et au CHU, chargée notamment de l'évaluation de ces réseaux.

Des travaux communs impliquant les ARH et les URCAM ont été menés dans toutes les régions sur les flux ville-hôpital et les urgences. Ils n'ont que rarement débouché sur des actions concrètes ; dans le premier cas par manque de méthodologie et d'outil de mesure, dans le second par la nécessité d'impliquer une multitude d'autres intervenants. Des journées ont été organisées en commun, et avec d'autres organismes, sur le thème de la démographie médicale en Ile-de-France ou en Bourgogne ou celui de la prévention à l'hôpital (Bourgogne).

Il apparaît nécessaire de mieux prendre en compte les secteurs non hospitaliers dans l'élaboration des SROS de troisième génération en 2003.

3 – Une institution à consolider

a) Améliorer le fonctionnement et renforcer les moyens

La collaboration qui s'est renforcée entre services de l'Etat et organismes d'assurance maladie reste fragile pour deux raisons. En premier lieu, la disponibilité et la qualification des effectifs travaillant pour le compte des agences ne sont pas toujours adaptées à leurs missions. En second lieu, le fonctionnement du groupement d'intérêt public peut être gravement perturbé par le désengagement d'un ou plusieurs de ses membres.

Le fonctionnement des agences

Les effectifs prévus par l'Etat et l'assurance maladie dans les conventions constitutives étaient ceux affectés, avant leur création, aux missions dévolues aux agences. Ils diffèrent fortement d'une région à l'autre, sans proportionnalité directe avec le nombre d'établissements relevant de la compétence de l'agence. Selon les données fournies par les ARH, pour une moyenne d'une centaine d'ETP par agence métropolitaine, on en compte une cinquantaine en Franche-Comté, plus de 230 en Rhône-Alpes et 260 en Ile-de-France. A l'inverse, la taille des équipes rapprochées des agences est comparable d'une région à l'autre en dépit de l'écart important du nombre d'établissements dont elles exercent la tutelle.

La mise en place des ARH a créé des difficultés dans les petites régions où elles ont davantage tendance à se substituer aux services de l'Etat et aux organismes d'assurance maladie.

Les directeurs des services de l'Etat et des organismes d'assurance maladie sont très attachés au respect des règles hiérarchiques propres à chaque institution. Contrairement aux agences de Franche-Comté et des Pays de la Loire, celles de Bretagne et d'Ile-de-France ont fait le choix d'associer davantage les directeurs de services déconcentrés et d'organismes d'assurance maladie à la conduite des missions des agences. Les relations entre l'agence et les partenaires du GIP en sont ainsi facilitées. En l'absence de perspectives claires tracées par le ministère, le problème principal est celui du positionnement de la DRASS tant à l'égard de l'ARH que des DDASS.

Par ailleurs, les politiques de recomposition du tissu hospitalier et de réduction des écarts de dotation entre établissements supposent la prise en compte d'un espace et d'un nombre d'établissements suffisamment importants pour être efficaces. On peut, dès lors, regretter que l'article L. 6115-1 du code de la santé publique, qui prévoit la possibilité de confier par décret une compétence interrégionale à certaines agences, n'ait pas reçu d'application.

L'effort contributif des partenaires du GIP

Les services de l'Etat éprouvent souvent des difficultés à maintenir à niveau les effectifs prévus par la convention constitutive, en raison notamment des vacances chroniques de postes, qui concernent au premier chef les inspecteurs des affaires sanitaires et sociales et les médecins inspecteurs de santé publique. Le bon fonctionnement des ARH dépend pour beaucoup de la résolution de ces difficultés persistantes.

L'assurance maladie rencontre moins de difficultés à respecter ses engagements, à l'exception des CRAM interrégionales, comme celle de Bourgogne-Franche-Comté par exemple.

Le respect des engagements pris par chaque partenaire dans la convention constitutive des ARH devrait être périodiquement évalué, comme la Cour l'avait recommandé dans le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2000. Ce bilan est rarement effectué en raison des réticences manifestées par les différents partenaires.

La situation en Ile-de-France

La faiblesse du nombre et des rémunérations des médecins inspecteurs de santé publique au regard de la situation des praticiens conseils de l'assurance maladie explique le déséquilibre observé en Ile-de-France. En 2001, toutes attributions confondues, le service médical du régime général en Ile-de-France compte 305 ETP de médecins-conseils (pour 354 postes budgétaires), tandis que l'effectif des médecins inspecteurs de santé publique en poste dans les services déconcentrés de la région est de 59 (pour 67 effectifs budgétaires autorisés). Il est à noter qu'on ne compte que 378 ETP (pour 458 postes budgétaires) de médecins inspecteurs de santé publique pour la France entière.

De manière générale, les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France sont proportionnellement mal dotés en personnel. Le ratio effectifs budgétaires en DDASS-DRASS/population est inférieur en Ile-de-France (14,1 effectifs budgétaires autorisés/100 000 habitants) à la moyenne nationale (18,6); l'écart est particulièrement sensible dans les DDASS de Paris (9,9), des Hauts-de-Seine (10,5) et de Seine-Saint-Denis (10,9), la moyenne nationale des DDASS se situant à 13. Alors que l'Ile-de-France compte deux fois plus d'habitants que la région Rhône-Alpes, soit 18,7 % de la population française, les effectifs de la DRASS francilienne sont supérieurs de 25 % seulement à ceux de la DRASS lyonnaise.

Le taux moyen de vacances de postes dans les DDASS et DRASS d'Ile-de-France était estimé à 16 % en janvier 2001, en raison notamment de la faible attractivité régionale (souhait des agents de rejoindre leur région d'origine, coût élevé de la vie en région parisienne, difficultés de logement), de la réussite aux concours, et de « l'aspiration » d'une quarantaine d'agents par l'administration centrale au moment de sa réorganisation.

b) Renforcer la fonction de contrôle

Depuis l'ordonnance du 24 avril 1996, l'essentiel des contrôles administratifs sur l'hôpital est exercé sous la responsabilité de l'ARH : contrôle des délibérations des conseils d'administration, contrôle du budget et des comptes, notamment. Le contrôle de légalité des marchés publics reste toutefois exercé par les DDASS sous la responsabilité des préfets.

De plus en plus, les contrôles liés à la planification des activités, l'efficacité ou l'organisation des établissements prennent le pas sur les contrôles de procédures ou de routine. Les moyens dont disposent les agences en nombre d'agents et en profils de compétences pour assurer ces missions ne sont cependant pas toujours à la hauteur de leurs ambitions.

Malgré l'accent mis par le ministère sur le renforcement de la fonction d'inspection et de contrôle dans les services déconcentrés de l'Etat depuis 1999, force est de constater que le nombre de médecins inspecteurs de santé publique reste insuffisant et que la professionnalisation des agents chargés des contrôles liés à la gestion des établissements doit être renforcée.

L'amélioration de la fonction de contrôle suppose donc le recrutement de personnels aux compétences spécifiques (organisation, gestion des ressources humaines, systèmes d'information des établissements de santé, contrôle de gestion).

Les contrôles effectués par les médecins inspecteurs et médecins-conseils

La mise en place de plans triennaux de contrôle de la sécurité sanitaire en 1998 et la procédure de renouvellement des autorisations décennales achevée en 2001 ont mobilisé l'essentiel des forces de contrôle des médecins inspecteurs. Les contrôles de qualité des données médicales du PMSI, qui visent à limiter les erreurs de codage et donc à valider le nombre de points ISA produits par les établissements, ont été souvent suspendus par les médecins inspecteurs, compte tenu de la situation des effectifs de contrôle.

Les difficultés de personnel rencontrées par les services de l'Etat ont conduit à associer de plus en plus les médecins conseils de l'assurance maladie aux tâches exercées par les médecins inspecteurs de santé publique (visites de conformité, instruction des dossiers présentés au comité régional d'organisation sanitaire), y compris le contrôle de la sécurité sanitaire. Dans la pratique, les médecins inspecteurs effectuant un contrôle de sécurité sanitaire sont souvent accompagnés de médecins conseils vérifiant parallèlement le fonctionnement médical de l'établissement. La CNAMTS souhaite que les visites réalisées par les médecins conseils dans les établissements portent de plus en plus sur la qualité des soins, et pas seulement sur l'efficacité de l'organisation ou la régularité du fonctionnement de la structure médicale. La justification des examens pratiqués, la possibilité d'effectuer les actes sans hospitalisation complète ou encore l'adéquation du service à l'état du patient sont des sujets d'enquête à développer, dans l'intérêt du patient, comme dans un souci d'économie.

Les contrôles sur la gestion des établissements

La qualité des contrôles effectués sur la sincérité des comptes et des retraitements comptables, ainsi que l'analyse financière devraient être améliorées : un effort important de formation, incluant les agents de l'Etat

et de l'assurance maladie, doit être poursuivi ; la mise en place de pôles de compétence interdépartementaux, associant les services de la trésorerie générale, devrait être envisagée.

Les contrôles portant sur la gestion devraient être renforcés et leur programmation mieux coordonnée. Quelques agences ont fait des tentatives en ce sens. A partir de grilles d'analyse couvrant un champ très large, de la situation financière à l'amélioration de la qualité, l'ARH de Bourgogne a mis en place une procédure de diagnostic annuel de la situation de chaque établissement pour préparer la campagne budgétaire (réunions de management). A l'instar de l'agence de Poitou-Charentes, les ARH devraient établir des liens entre le contrôle de l'affectation des crédits alloués aux établissements, les audits d'établissement et le suivi des contrats d'objectifs et de moyens. Les travaux de contrôle et d'audit liés à la campagne budgétaire devraient être organisés en liaison avec le suivi de la mise en œuvre des contrats et des SROS (thématiques et périodicité des contrôles) et menés avec des moyens humains et des méthodologies adaptés.

Les contrôles et audits pluridisciplinaires

La rationalisation du tissu hospitalier et l'amélioration de la gestion des établissements visés par les contrats d'objectifs et de moyens ont conduit les ARH à mettre au point des méthodologies régionales d'analyse de l'activité et du fonctionnement des établissements, qui complètent les contrôles traditionnels et associent étroitement les services de l'Etat et les organismes d'assurance maladie (caisses et service médical), voire d'autres intervenants (trésorerie générale, consultants extérieurs). Mais ces travaux ne sont pas encore très aboutis, car ils supposent un savoir-faire encore trop peu répandu dans les domaines de l'expertise médico-économique et de l'audit organisationnel.

A la demande des ARH, des missions d'audit, voire de soutien, ont été utilement effectuées par des directeurs d'établissements, des praticiens hospitaliers et des cadres infirmiers sur des établissements en difficulté ou dont l'avenir est incertain.

Une organisation à stabiliser

Plusieurs agences ont tenté de mettre en place des structures visant à mieux organiser la fonction de contrôle. Dès 1997, l'agence d'Ile-de-France a mis en place un secrétariat commun des enquêtes, études et contrôles piloté par la caisse régionale d'assurance maladie et décidé la constitution de missions d'enquêtes conjointes entre les services de l'Etat et de l'assurance maladie afin d'examiner, notamment sur le plan du respect des normes de sécurité sanitaire, la situation d'établissements de

santé privés dont l'avenir paraissait incertain. En Bourgogne et en Franche-Comté, des cellules régionales d'audit ont été mises en place sous la responsabilité, respectivement, de la caisse régionale d'assurance maladie et de l'échelon régional du service médical.

—SYNTHÈSE—

Les ARH constituent une institution originale dans le système administratif français, à la fois par le choix du GIP comme structure support et par l'association des services de l'Etat et des organismes de l'assurance maladie qu'elles autorisent.

Leur mise en place a permis de compenser en partie les faiblesses traditionnelles des services de l'Etat en matière hospitalière. Elle a aussi permis de moderniser profondément les méthodes et les outils de contrôle du système hospitalier.

L'élan créé par la mise en place des ARH connaît aujourd'hui un certain essoufflement. Elles sont tout d'abord confrontées à une insuffisance du pilotage par l'administration centrale qui, ces dernières années, a eu davantage tendance à intervenir dans les compétences qui sont celles des ARH, notamment l'allocation des moyens, au lieu de mettre en commun « les bonnes pratiques ». Par ailleurs, la répartition actuelle des compétences au plan local, en particulier avec l'autorité préfectorale, est source de complexité.

—RECOMMANDATIONS—

14. Clarifier les responsabilités respectives des préfets et des ARH.

15. Revoir les missions assignées aux services déconcentrés de l'Etat pour concentrer leur action sur les missions essentielles et développer, au sein des agences, des compétences spécialisées en matière de contrôle de gestion, gestion des ressources humaines, organisation et systèmes d'information hospitaliers.

16. S'assurer de l'adéquation des moyens des agences aux missions par le biais d'un bilan régulier du fonctionnement (nombre, disponibilité et compétences des personnels des membres du GIP, organisation

fonctionnelle des ARH) et d'une évaluation de l'impact des politiques menées, renforcer la coopération interrégionale.

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES PAGE 508

II - Le cadre juridique de la planification hospitalière

La planification hospitalière est déterminée par deux documents, la carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire. Sont soumis à cette planification, en premier lieu, les installations correspondant aux disciplines de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique (regroupées sous le sigle générique MCO), de psychiatrie, de soins de suite ou de réadaptation (SSR) et de soins de longue durée ; en second lieu, certains équipements matériels lourds (article R. 712-2-II du code de la santé publique) ; enfin, les activités de soins « *d'un coût élevé ou nécessitant des dispositions particulières dans l'intérêt de la santé publique* » (article R. 712-2-III).

La carte sanitaire détermine le nombre d'installations et d'activités de soins nécessaires dans chaque zone sanitaire retenue (secteur, région et ensemble du territoire) par application d'indices de besoins à la population résidant dans cette zone. Les indices de besoins sont fixés, pour une proportion donnée de la population, en nombre de lits ou places pour les disciplines MCO, psychiatrie et SSR ainsi que pour certaines activités de soins, en nombre d'appareils pour les équipements lourds, en nombre de structures pour la majorité des activités de soins.

Le schéma en détermine la répartition et l'organisation « *en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'organisation sanitaire* », et englobe, depuis 1999, les moyens de toute nature nécessaires à la réalisation des objectifs qu'il fixe, et non plus les seules installations et activités comprises dans la carte sanitaire.

Depuis le décret du 5 novembre 2001, la planification s'exerce presque exclusivement au plan régional. Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation est compétent pour arrêter les cartes sanitaires au niveau de la région et des secteurs infrarégionaux, dont il délimite la circonscription, et pour élaborer le schéma régional correspondant, le SROS. Pour quelques rares équipements lourds et activités de soins, la planification continue à relever du niveau national.

Pour mettre en œuvre les objectifs retenus, les ARH disposent de moyens incitatifs et négociés (projets d'établissement, contrats d'objectifs et de moyens, promotion des regroupements et de formules de coopération, incitations financières) mais aussi juridiques et coercitifs (délivrance des autorisations dont relèvent les installations et activités inscrites sur la carte sanitaire).

Les critères de délivrance des autorisations

L'article L. 6122-1 du code de la santé publique soumet à autorisation les installations et activités de soins inscrites sur la carte sanitaire. Pour être agréés, les projets de création doivent 1°) répondre, dans la zone sanitaire considérée, aux besoins de la population tels qu'ils sont définis par la carte sanitaire ; 2°) être compatibles avec les objectifs fixés par le schéma d'organisation sanitaire ainsi qu'avec son annexe ; 3°) satisfaire à des conditions techniques de fonctionnement fixées par décret. Le renouvellement de ces autorisations, fixé à des échéances s'étalant entre 5 ans pour les activités de soins d'un coût élevé, 7 ans pour les équipements lourds et 10 ans pour les disciplines courantes, est pour sa part subordonné, outre le respect des conditions techniques de fonctionnement, à la compatibilité avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire ainsi qu'à l'appréciation des résultats de l'évaluation dont était en principe assortie l'autorisation initiale.

A – Les limites de la carte sanitaire

Les indices doivent prendre en compte²⁵¹ « *les besoins de la population appréciés en fonction a) de l'évolution des techniques médicales et des données épidémiologiques ; b) des caractéristiques géographiques et des moyens de communication de la zone sanitaire considérée.* ». La fixation des indices relève de la compétence du directeur de l'ARH lorsque la carte sanitaire est arrêtée par secteur ou région sanitaire et des ministres chargés de la santé et des affaires sociales pour les équipements sur lesquels ils ont compétence. Le ministre peut déterminer un minimum et un maximum qui serviront de limites aux indices fixés par l'ARH²⁵².

251. Article R 712-4 du code de la santé publique.

252. Article R 712-7 du code de la santé publique.

1 – Une évaluation fruste des besoins pour les disciplines de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)

Les indices de lits de MCO sont établis selon une méthodologie assez fruste définie par une circulaire de la DH de septembre 1992, les ARH restant libres d'utiliser d'autres références.

Le volume théorique de lits souhaitable est calculé en fonction du rapport entre le nombre total de journées réalisées pour chacune des grandes disciplines, d'une part, et, d'autre part, le nombre de jours dans l'année multiplié par un taux d'occupation cible²⁵³, fixé forfaitairement. Dans cette méthode, les besoins sont simplement déterminés par référence à l'état existant de l'offre et à son utilisation moyenne. Le nombre de lits pour une population donnée, ainsi déterminé, ne peut guère être considéré comme représentatif des besoins réels. Par exemple, cette méthode peut aboutir en pratique à pénaliser les secteurs dont les capacités apparaissent sous-utilisées et les durées moyennes de séjour courtes, alors que cette situation peut résulter d'un manque de moyens (notamment en personnel médical) et non d'un tarissement des besoins.

De surcroît, l'utilisation du nombre de lits autorisés par discipline comme unité de mesure apparaît comme à la fois trop globale et trop fine. Trop globale parce qu'elle mêle des activités de nature et de coût peu comparables, dont certaines, comme la médecine gériatrique, sont fortement consommatrices de lits dans les hôpitaux de proximité. Trop fine parce que, à l'intérieur des établissements, elle a tendance à figer les situations entre disciplines et à faire obstacle au redéploiement des moyens.

C'est pourquoi dans la ligne de ce que tentent de pratiquer déjà certaines ARH, cette méthode de planification quantitative pourrait être enrichie, en utilisant les données du PMSI, par une appréciation du volume d'activité exprimé en points ISA. Par ailleurs, la DHOS a mis à l'étude une approche nouvelle, fondée sur le nombre annuel de patients, pour pallier les effets pervers qui ont pu résulter des indices de besoins utilisés pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique.

253. Les taux d'occupation cible sont de 85 % pour la médecine et la chirurgie et de 80 % pour la gynécologie-obstétrique. Le nombre de journées est corrigé, s'il y a lieu, par référence à la valeur nationale des durées moyennes de séjour afin d'écartier les lits dont l'occupation est anormalement prolongée.

2 – La rigidité de certains indices d'équipements lourds

La politique de maîtrise de la diffusion des équipements lourds par fixation d'indices de besoins peut plus facilement tenir compte des besoins thérapeutiques ou diagnostiques auxquels répondent ces équipements. Pourtant, ces indices n'échappent pas non plus à la critique. Ainsi, malgré de fréquentes révisions, les indices d'imagerie nucléaire jusqu'à présent fixés au niveau national n'ont pas pu pleinement tenir compte de la forte augmentation des indications du recours à ces appareils. Il a donc été nécessaire, à l'occasion de la déconcentration des autorisations, de relever les indices d'équipement (arrêté du 21 décembre 2001). Une évaluation du dispositif expérimental utilisé dans six régions pour autoriser des appareils d'imagerie en dérogation à la carte sanitaire sous réserve d'une absence de surcoût pour l'assurance maladie, a été réalisée dans ce contexte.

S'agissant du traitement de l'insuffisance rénale chronique, la valeur des indices encadrant l'utilisation d'appareils par les centres de dialyse a été fixée à un niveau tel que leur respect a entraîné une situation de pénurie d'équipement dans les centres, les contraignant à une suractivité inconfortable, voire dangereuse pour les patients et à un recours accru à des unités d'autodialyse conçues en principe pour n'accueillir que des patients autonomes. Cette situation a conduit le ministre délégué à la santé à annoncer la suppression de l'indice de besoins des appareils de dialyse utilisés en centre et son remplacement par un régime d'autorisation assis sur des critères d'activité et de nombre de séances. Cette réforme est en cours de mise en œuvre.

B – Le caractère imprécis des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS)

La révision des SROS engagée en 1998 a été l'occasion de mettre en place une analyse régionale dynamique et médicalisée de l'offre de soins. Les premiers SROS, qui n'étaient pas des instruments juridiques contraignants pour les établissements de santé, avaient identifié les dysfonctionnements majeurs mais n'étaient pas porteurs de solutions permettant d'y remédier.

Les SROS dits de deuxième génération ont été l'occasion d'une consultation de l'ensemble des acteurs de la politique hospitalière (usagers inclus) et d'une concertation très complète ; les groupes d'experts ont permis d'associer la communauté médicale au processus de la planification régionale. Les travaux ne se sont pas limités à des bilans

quantitatifs, mais ont évolué vers une appréciation de la qualité des prises en charges.

Pour la première fois, les données issues du PMSI ont pu être exploitées, en liaison avec celles fournies par d'autres sources comme la SAE ²⁵⁴, dans une perspective de planification et d'élaboration de stratégies des établissements. Les analyses d'activité en termes de recrutement de patients (lourdeur de prise en charge, aire de recrutement) ou de parts de marché des établissements d'un même secteur ont été développées dans plusieurs régions. Certaines, comme l'Ile-de-France, ont développé des outils appropriés (« outils d'analyse du PMSI » pour la lourdeur des cas ou « description de l'activité en cancérologie »), parfois reprises ailleurs, mais toutes n'ont pas fait l'effort d'exploiter l'ensemble des possibilités offertes par le PMSI.

Les travaux menés depuis 1998 ont conduit à un bilan souvent très fin de l'offre, une multiplication des objectifs et des priorités et un effort notable pour les articuler. Les objectifs de qualité, de sécurité, de proximité des soins dominant ; leur déclinaison opérationnelle impose souvent un positionnement des établissements selon une gradation des missions et une organisation en réseau sur le modèle retenu, à partir de 1997, pour les urgences²⁵⁵ (services d'accueil des urgences et unités de proximité), les maternités (trois niveaux de maternités, outre les centres périnataux de proximité) ou la cancérologie.

L'approfondissement des travaux entrepris dans le cadre de l'élaboration de volets complémentaires du SROS a conduit certaines agences à développer une approche plus médicale visant, au-delà de la détermination d'un seuil d'activité minimal pour la réalisation de certains actes complexes ou lourds, à une meilleure adéquation de certains modes de prise en charge à l'état des patients. C'est notamment le cas en Ile-de-France concernant le développement important de l'angioplastie ou, au contraire, les carences dans la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (thème également traité par l'ARH de Rhône-Alpes et repris dans un plan gouvernemental).

L'absence de volet financier des SROS, conforme aux recommandations de la DH, a cependant souvent conduit à inscrire dans les schémas des objectifs très difficiles à atteindre en cinq ans. Peu d'agences (Poitou-Charentes, Franche-Comté) ont tenté de chiffrer le coût de la mise en œuvre du SROS, certaines, comme l'Ile-de-France, ayant renoncé à afficher un coût global impossible à financer compte tenu du

254. Voir infra, « Le système d'information sur l'hôpital ».

255. Voir infra, « La prise en charge des urgences médicales ».

taux d'évolution de la dotation régionale et de la faiblesse des gains escomptés des restructurations dans cette région.

Les annexes désormais opposables des SROS de deuxième génération sont supposées décrire précisément les opérations de recomposition induites par les objectifs choisis. En pratique, une jurisprudence du Conseil d'Etat (Section du contentieux, Union régionale hospitalière privée du Nord-Est, 1999), mal interprétée, a incité le ministère chargé de la santé à conseiller aux agences de ne pas citer les établissements concernés par les recompositions à mener²⁵⁶. Aussi les décisions sur l'avenir de certains établissements ont-elles été souvent reportées à l'approbation des projets d'établissement et à la négociation de contrats d'objectifs et de moyens.

L'articulation avec les autres outils de la planification s'est avérée délicate : les aires de coopération inter-hospitalière identifiées dans les SROS ne correspondaient pas toujours aux secteurs sanitaires, dont la redéfinition a dû, dans certaines régions (comme la Bourgogne), faire l'objet d'âpres discussions. Le renouvellement des autorisations décennales d'activité intervenu en 2000-2001, qui a mobilisé des moyens humains importants, n'a souvent eu pour effet que de supprimer de la carte sanitaire les lits autorisés non installés, ce qui ne produit ni recomposition ni économie budgétaire. Les suppressions de lits installés sont plus souvent obtenues par les agences en échange de compensations dans le cadre d'un contrat d'objectifs et de moyens.

C – Un régime d'autorisation impropre à promouvoir efficacement les restructurations

Du fait de la diminution des durées de séjour permise par l'évolution des pratiques et des techniques médicales, le niveau d'équipement en lits, notamment de court séjour, est devenu, depuis le milieu des années 1970, notablement supérieur aux besoins théoriques déterminés par la carte. Aussi la carte sanitaire a-t-elle été essentiellement utilisée comme outil de limitation de l'offre hospitalière et de redéploiement des lits entre secteurs d'activité.

256. Dans l'arrêt du 15 février 1999, *Union régionale hospitalière privée du Nord-Est*, le Conseil d'Etat a jugé que le SROS ne pouvait procéder à la répartition d'équipements ou d'activités dont la carte sanitaire n'avait pas fixé le nombre. Il faut noter que la loi du 27 juillet 1999 permet désormais au SROS de jouer le rôle de la carte sanitaire en fixant implicitement le nombre d'installations nécessaires dans la région. Par ailleurs, le juge a estimé que l'auteur du SROS était incompétent pour adopter des normes de fonctionnement dont la loi réserve l'édition au décret.

Efficace pour contenir les créations d'équipements nouveaux en cas d'excédents, le régime des autorisations s'avère beaucoup plus difficilement mobilisable pour susciter ou accompagner la recomposition du tissu hospitalier. Héritées du passé et accordées pour une durée illimitée sous l'empire du système antérieur à la loi du 31 juillet 1991, les autorisations de fonctionner peuvent désormais être remises en cause, soit pour des impératifs de santé publique, soit pour sous-utilisation des capacités octroyées, soit plus systématiquement à l'occasion de leur renouvellement. Si la première hypothèse reste par définition marginale, le dispositif de retrait des autorisations en cas de sous-utilisation des installations²⁵⁷ devrait constituer un levier important de réduction des excédents : or, faute de parution des arrêtés annuels constatant les durées moyennes nationales de séjour devant servir de référence pour apprécier les taux d'occupation, ce mécanisme ne peut être mis en œuvre.

Quant au renouvellement des autorisations, qui ne peut être refusé en raison des excédents de la carte sanitaire, son utilisation pour remettre en cause l'existant dépendait du degré de précision des SROS et de leurs annexes et de la capacité des ARH à lier cette procédure avec celle des regroupements nécessaires dans le secteur considéré. Or, les ARH ont, dans l'ensemble, peu utilisé la possibilité d'invoquer les objectifs de regroupement figurant dans les SROS pour refuser les renouvellements et contraindre les établissements à déposer des dossiers de regroupement.

Il faut enfin relever que la logique du régime des autorisations ne paraît pas encore en adéquation complète avec celle des SROS. C'est seulement par la loi déjà citée du 27 juillet 1999 qu'a été reconnue aux SROS la capacité de dégager des critères de répartition géographique des installations et activités de soins dont la carte sanitaire, en l'absence de fixation d'indices, n'avait pas préalablement déterminé le nombre. De même et surtout, les échéances assignées aux deux instruments ne coïncident pas, l'horizon des SROS étant de 5 ans et la durée des autorisations en général de 10 ans. La volonté de pallier cette discordance a conduit certaines ARH à délivrer, dans des conditions juridiquement fragiles, des autorisations limitées à la durée restant à courir du SROS et subordonnées à la mise en œuvre de ses objectifs.

257. Si le taux d'occupation des lits est, pendant trois années civiles consécutives, inférieur à 60 %, l'autorisation peut être retirée totalement ou partiellement par l'ARH (article L 6122-12 et R 712-51-3 du code de la santé publique).

D – Une prise en compte malaisée de critères qualitatifs d’organisation et de fonctionnement

Au-delà de la détermination et de la répartition des capacités en vue de répondre aux besoins, la planification hospitalière vise également l’amélioration de la qualité des soins. Les installations et activités de soins soumises à autorisation doivent respecter des conditions techniques de fonctionnement fixées par décret.

Ces normes concernent actuellement les transplantations, la chirurgie cardiaque, les activités de diagnostic prénatal (DPN) et de procréation médicalement assistée (PMA), les urgences, l’obstétrique, la néonatalogie et, depuis avril 2002, la réanimation. Leur impact sur l’offre hospitalière est important, comme en témoigne la réorganisation des services d’urgence et de la néonatalogie consécutive à la parution des textes régissant ces activités. L’édiction de nouvelles normes se heurte cependant à l’évolution de la démographie médicale. Il ne paraît, de plus, pas envisageable d’édicter des normes réglementaires pour chacune des activités hospitalières.

En revanche, il pourrait être utile de disposer de référentiels régionaux adaptés aux spécificités locales. Pour ce faire, il conviendrait de renforcer la portée juridique des SROS²⁵⁸.

Enfin, le code de la santé publique prévoit que les autorisations et leur renouvellement sont subordonnés à une évaluation. Afin que ce critère soit pris en compte pour les prochains renouvellements, les arrêtés d’application nécessaires doivent être rapidement adoptés.

SYNTHÈSE

La planification de l’offre hospitalière est organisée par la carte sanitaire et le schéma d’organisation sanitaire. Instrument purement quantitatif et souvent fruste, la carte sanitaire, si elle permet d’empêcher la création d’installations nouvelles dans des zones saturées, se révèle impropre à recomposer l’existant. L’articulation délicate du régime des autorisations avec les orientations des schémas d’organisation sanitaire, outils qualitatifs d’organisation de l’offre, rend au total ce régime peu

258. Conformément à la jurisprudence *Union régionale hospitalière privée du Nord-Est*, de telles dispositions ne peuvent actuellement pas être opposées aux établissements pour la délivrance des autorisations.

adapté à la mise en œuvre des objectifs de restructuration et d'amélioration de l'organisation de l'offre hospitalière.

RECOMMANDATION

17. Adopter les arrêtés nécessaires à la prise en compte des résultats de l'évaluation dans la procédure d'autorisation.

III - Le système d'information sur l'hôpital

La Cour a examiné à plusieurs reprises²⁵⁹ la question des systèmes d'information sur l'hôpital, soulignant les progrès restant à accomplir et l'importance, pour les acteurs de la politique hospitalière, de disposer de données exhaustives, fiables et partagées, donc accessibles à tous. Le constat fait en 2000 est toujours d'actualité, ce qui montre l'extrême lenteur des progrès accomplis par les principaux acteurs du système.

Le système d'information sur l'hôpital est principalement constitué, d'une part, de répertoires et de fichiers statistiques et, d'autre part, du PMSI.

A – Les recueils et fichiers statistiques, outils de l'encadrement quantitatif

Les recueils et fichiers statistiques utilisés jusqu'au milieu des années 1990 étaient organisés de manière à permettre aux autorités ministérielles d'encadrer la progression de l'offre hospitalière par un système d'autorisations d'activités et d'équipements, retracées dans le fichier des établissements (FINESS), et de *numerus clausus* s'agissant des professionnels de santé, recensés par le répertoire ADELI.

La Statistique Annuelle des Etablissements (SAE) est le reflet de cette logique : elle fournissait jusqu'en 1999 des statistiques sur les moyens mis en œuvre par les établissements (capacités en lits et places,

259. Voir les rapports de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 1997, septembre 1998 et septembre 2000.

taux d'occupation, durée moyenne de séjour, équipements lourds) et leur activité en relation avec la facturation (comptage des journées et des lettres-clés).

1 – Les répertoires

Les répertoires FINESS et ADELI sont respectivement gérés par la DHOS et la DGS. Ils reposent sur une déclaration annuelle effectuée par les établissements et les professionnels de santé auprès des DDASS et DRASS. Le ministère envisage de les rénover prochainement.

a) FINESS

Le fichier FINESS, très utilisé comme base de sondages pour les enquêtes et référentiels pour les autorisations, présente des lacunes importantes qui l'empêchent aujourd'hui de constituer un bon outil de suivi de la recomposition du système hospitalier.

En premier lieu, le fichier FINESS ne permet pas de dénombrer les établissements d'une région donnée. Il existe des identifiants différents pour les établissements juridiques (SIRENE) et pour les implantations géographiques (SIRET) ; toutes les antennes d'établissements ne sont pas déclarées ; les établissements non soumis à autorisation, comme les entreprises d'imagerie, n'y figurent pas.

Il ne permet pas non plus de suivre l'évolution des établissements dans le temps : la date de création de ceux-ci n'y est pas mentionnée, le fichier n'est pas mis à jour en temps réel. Il ne fait l'objet ni d'une validation périodique, ni d'une quelconque supervision statistique.

Pour être utile aux ARH, le fichier devrait être organisé et validé au niveau régional, avec centralisation au niveau national et mise à jour au fur et à mesure des changements intervenus dans les autorisations accordées aux établissements.

La CNAMTS gère son propre répertoire d'établissements. L'identifiant est identique, mais les champs très différents, la CNAMTS ne retenant que les établissements avec lesquels elle entretient des relations financières. Pour le moment, aucun travail systématique de mise en cohérence de ces deux bases n'a été réalisé.

La principale faiblesse de FINESS est l'absence d'une véritable maîtrise d'œuvre. Il conviendrait de constituer une maîtrise d'ouvrage collégiale, réunissant DREES, DHOS, CNAMTS, INSEE et ATIH. Cette instance pourrait définir un socle commun (nomenclature de base) qui pourrait faire partie de SIRENE, ce qui assurerait un contrôle qualité plus

satisfaisant. Sur cette base, les uns et les autres pourraient articuler des modèles correspondant à leurs propres besoins. La maîtrise d'œuvre pourrait être confiée à l'ATIH s'appuyant sur les DRASS.

b) ADELI

Le répertoire ADELI enregistre les membres des professions réglementées par le code de la santé publique. Principalement utilisé pour identifier les professionnels installés en ville, il est également utile pour identifier ceux qui exercent à l'hôpital. L'innovation récente est la gestion désormais partagée du fichier avec la CNAMTS, dont le propre fichier est limité aux prescripteurs pour lesquels il y a un remboursement, et avec le GIP « carte de professionnel de santé » (CPS).

Le répertoire présente plusieurs faiblesses. En premier lieu, il n'est pas exhaustif : en particulier, il ne rend pas compte des activités exercées en des lieux différents par les mêmes professionnels. En second lieu, il n'est pas cohérent avec les fichiers tenus par la CNAMTS et les Ordres professionnels, dont la mise à jour est d'ailleurs indépendante. Enfin, les nomenclatures utilisées, comme la Cour l'a déjà souligné à propos des cancérologues²⁶⁰, ne sont pas validées : la définition des diverses « spécialités » est incertaine et la notion de secteur d'activité est propre à ce fichier.

Comme l'a montré l'étude de la carte de professionnel de santé, il convient de faire de celle-ci l'identifiant unique des professions de santé en concertation avec l'INSEE, le ministère chargé de la santé, les Ordres professionnels et l'assurance maladie. L'ensemble des nomenclatures doivent faire l'objet d'une validation nationale.

2 – La statistique annuelle des établissements de santé (SAE)

Une refonte de la SAE a été engagée en 1999 afin de rendre l'outil complémentaire du PMSI, de rapprocher les données relatives à l'activité médicale et aux moyens et donc de disposer de données mieux adaptées à la planification et au pilotage de la recomposition hospitalière. Les réflexions s'orientant de plus en plus sur la prise en charge des patients, les données de la SAE relatives à l'activité médicale ont été développées. Des questionnaires particuliers ont été ajoutés concernant l'imagerie, les salles d'opération et les sites anesthésiques, la pharmacie et la stérilisation, les urgences et la réanimation. La nouvelle SAE doit pouvoir être utilisée pour suivre la mise en œuvre des politiques de santé et

260. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2000.

l'évolution des activités soumises à autorisation. Le personnel médical est maintenant détaillé selon la spécialité exercée. A l'avenir, ces données seront recueillies au niveau de chacune des implantations géographiques des établissements de santé. Elles permettront notamment de mieux suivre les gardes et astreintes et les principales spécialités du plateau technique, ainsi que de quantifier l'activité nocturne en imagerie et en chirurgie.

Les résultats relatifs à l'année 2000 ne sont pas disponibles à l'été 2002 en raison de l'importance des changements introduits dans le mode de remplissage de la déclaration annuelle, qui s'avère très lourde (137 pages d'explication). Surtout, les réponses au questionnaire nécessitent l'intervention d'un agent administratif, d'un responsable de service et du département d'information médicale (DIM), qui n'entretenaient jusqu'à présent que peu de relations au sein des hôpitaux. Un effort important de formation des statisticiens régionaux placés auprès des DRASS a dû, en outre, être mené à bien, retardant d'autant les opérations.

Le retard constaté dans la production des données s'explique aussi par la procédure de validation nationale, qui interdit l'utilisation en région de données pourtant validées par la DRASS avant la publication nationale. La publication des premiers résultats de la nouvelle SAE devra faire l'objet d'une évaluation approfondie : analyse des réponses erronées, conditions d'utilisation des données. Cette évaluation est d'autant plus indispensable que le succès de la nouvelle SAE dépendra de l'intérêt qu'elle suscitera dans les établissements, tout particulièrement de sa bonne articulation avec le PMSI. Or, il demeure de nombreux points de divergence entre la SAE et le PMSI, notamment sur le contour des notions d'établissement de santé et de séjour hospitalier. La cohérence de la SAE avec FINESS devrait aussi être revue.

La réconciliation entre la SAE et le PMSI est nécessaire car le PMSI fournit des données sur lesquelles sont fondées des décisions importantes, notamment budgétaires pour lesquelles les intéressés exigent la plus grande transparence, condition de l'acceptabilité des arbitrages. Dès lors que, pour un dossier, les définitions du PMSI et de la SAE seraient identiques, on pourrait, en les rapprochant, effectuer un contrôle de cohérence améliorant la qualité des deux bases.

B – Le PMSI

La création du PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) a permis d'améliorer notablement la description de l'activité des établissements de santé et de préciser la nature des prises en

charge réalisées par l'établissement, afin de moduler l'allocation des ressources.

Le PMSI: principes de base

Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information consiste en un recueil d'informations administratives (âge, durée de séjour...) et médicales (diagnostic, actes pratiqués...) sur chaque séjour de patient réalisé dans un établissement de santé de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique). Ces informations sont codées à partir de deux classifications : l'une pour les diagnostics, l'autre pour les actes pratiqués. Les résumés de sortie anonymisés (RSA) transmis aux ARH sont répartis par un logiciel entre des groupes homogènes de malades (GHM) comportant des caractéristiques économiques (coût et durée de séjour) et médicales (motif médical du séjour, actes pratiqués...) proches. Grâce à la comptabilité analytique détaillée d'une quarantaine d'établissements, un coût moyen, exprimé en points ISA (indice synthétique d'activité), est calculé pour chaque GHM. Pour chaque région et pour chaque établissement, sont ensuite calculés le nombre de points ISA produits (nombre de séjours par GHM multiplié par le nombre de points ISA affecté au GHM) et la valeur moyenne en euros du point ISA (budget de court séjour divisé par le nombre de points ISA produits par l'activité de court séjour). La valeur du point ISA est un indicateur global de productivité des établissements de santé.

Pour les cliniques privées, la valeur du point ISA n'est pas calculée à partir du budget (et donc des coûts) des établissements, mais à partir des dépenses remboursées par l'assurance maladie aux établissements : la valeur du point ISA des établissements sous dotation globale et des autres établissements n'est donc pas comparable.

La mise en œuvre du PMSI dans les établissements de santé publics et privés a suscité des critiques portant sur sa capacité à décrire fidèlement l'activité médicale des établissements et à définir des références de coûts utilisables pour une allocation équitable des ressources. Des améliorations lui ont été apportées au fil du temps, mais sa qualité dépend largement de l'implication, encore insuffisante, des personnels médico-administratifs des établissements.

1 – Le perfectionnement de l'outil

Au cours des dernières années, la DHOS s'est attachée à perfectionner le PMSI, de manière à améliorer la capacité de description de l'activité médicale et à rapprocher les références de coûts des coûts moyens réels.

a) La valorisation et l'extension à l'ensemble des activités

L'amélioration de la capacité de description de l'activité médicale a, pour partie, consisté à créer de nouveaux groupes homogènes de malades (GHM) en nombre limité, par exemple en radiothérapie. Afin de ne pas décourager le développement de certaines pratiques qui pèsent sur le coût des séjours, le nombre de points ISA attribué a été majoré pour certaines d'entre elles : recours à des soins palliatifs, usage de spécialités pharmaceutiques innovantes et coûteuses, activités ambulatoires.

Pour mieux adapter la rémunération des activités à leurs caractéristiques médicales, la DHOS étudie la possibilité de modifier la technique de groupage de l'ensemble des séjours, afin d'identifier, au sein d'un groupe homogène de malades, les séjours les plus complexes, dont la valorisation en nombre de points ISA serait ainsi plus élevée. Une expérimentation sur ce point est en cours dans trois régions.

Au-delà de l'activité de court séjour, il est prévu de transposer le PMSI au moyen séjour et à la psychiatrie.

Le recueil d'informations relatives à l'activité de soins de suite ou de réadaptation a débuté en 1998 pour les établissements financés par la dotation globale et, en 2001, sous forme expérimentale, pour les cliniques privées. La construction de l'échelle nationale des coûts, nécessaire à une utilisation budgétaire du PMSI, n'est pas encore achevée.

En psychiatrie, les premiers travaux ont commencé en 1990, mais la réticence des professionnels est plus prononcée dans cette discipline. Aussi le recueil d'information à titre expérimental n'a-t-il pu être lancé qu'au début de l'année 2002, pour les établissements tant publics que privés. La généralisation du recueil est prévue pour 2004 et l'utilisation à des fins d'allocation des ressources est envisagée pour la campagne budgétaire 2007. Jusqu'à cette date, l'indicateur principalement utilisé par les agences régionales de l'hospitalisation pour réduire les écarts de dotation devrait rester, faute de mieux, la dépense par habitant.

D'autres champs ne sont encore couverts par aucun système d'information à visée médico-économique comme l'hospitalisation à domicile ou le long séjour.

b) Les références de coûts

La première étude nationale de coûts a été lancée en 1992. Sur les 46 établissements volontaires pour appliquer le cahier des charges supposant un taux d'exhaustivité du recueil des séjours supérieur à 95 %, une bonne maîtrise de la comptabilité analytique hospitalière et un

système d'information capable de rattacher à chaque séjour la totalité des actes médico-techniques et des consommations médicales, 22 établissements seulement ont été en mesure de fournir des données médicales et comptables exploitables par le ministère chargé de la santé, pour calculer une moyenne de coût par GHM. Le nombre d'établissements participant à l'étude nationale de coûts n'a depuis lors que faiblement augmenté, en raison des progrès limités de la comptabilité analytique dans les hôpitaux. Au total, pour l'échelle nationale de coûts de 2001, seuls 45 établissements ont été pris en compte.

Pour l'instant, les données recueillies font l'objet d'un redressement statistique ; les calculs de coûts prennent en compte des données, telles la durée moyenne de séjour par GHM, issues de l'ensemble des établissements et pas seulement des établissements de l'étude afin de rapprocher le plus possible les coûts de référence par GHM des coûts moyens réels.

2 – Des contrôles de qualité à renforcer

a) Les données médicales

Dans la plupart des établissements, le codage des diagnostics et des actes est effectué dans les services cliniques et médico-techniques. Ce sont en principe les médecins qui codent les actes. Pour alléger leur charge, certains hôpitaux, comme les Hospices civils de Lyon ont centralisé une partie de la saisie des informations dans les unités du département d'information médicale.

Les contrôles effectués par les chambres régionales des comptes montrent que, si la totalité des séjours donne bien lieu aujourd'hui à un résumé de sortie, le taux d'erreur dans le codage de ces résumés de sortie reste élevé. Cependant l'impact de ces erreurs sur le nombre de points ISA produit est faible, car les erreurs de codage ne jouent pas toujours en faveur des établissements.

Au CHU de Dijon par exemple, où le taux d'erreurs sur le codage du diagnostic principal était, en 2000, de 54 % sur les 200 dossiers contrôlés par le département d'information médicale, l'ensemble des corrections apportées par le contrôle interne a permis de prendre en compte 9,5 millions de points ISA supplémentaires, représentant 19 M€ pour une dotation de l'ordre de 175 M€ en court séjour.

La mauvaise connexion des systèmes d'information concernant les données administratives et les données médicales est une source d'erreur souvent évoquée par les établissements. En outre, l'absence de chaînage des séjours à l'intérieur de l'établissement, comme aux Hospices civils de

Lyon, conduit à la production d'un nouveau résumé de séjour lorsque le patient est transféré d'un site à l'autre.

Une partie des erreurs de codage est expliquée par l'instabilité de la classification des groupes homogènes de malades, des règles de codage et des consignes de recueil de l'information. Elle résulte de deux facteurs : la nécessité d'améliorer la capacité descriptive de l'outil, incluant la prise en compte de l'évolution des techniques de prise en charge, et la volonté d'augmenter le nombre d'informations recueillies pour une utilisation dépassant le strict cadre de l'allocation des ressources (étude des prises en charge dans une perspective de planification et de santé publique).

Ces changements fréquents, de portée plus ou moins grande, sont d'autant plus difficiles à prendre en compte dans les services que les praticiens hospitaliers restent réticents à consacrer du temps au codage des informations plutôt qu'aux soins. Malgré les efforts déployés par les départements d'information médicale pour assurer la formation initiale et continue des personnels codants et la mise en place de systèmes d'aide au codage, il leur est encore difficile d'obtenir des codages fiables et exhaustifs dans les délais requis.

Compte tenu de la charge de travail qui pèse sur les médecins inspecteurs de santé publique des DDASS et DRASS et sur les médecins conseils de l'assurance maladie, le contrôle de la qualité des données médicales du PMSI a dû être quasiment abandonné dans plusieurs régions entre 1998 et 2000. Afin de relancer ces contrôles, la DHOS a mis à disposition des établissements et des médecins contrôleurs, en 2000, un logiciel permettant de vérifier la cohérence de la base de données PMSI et de cibler les contrôles sur les établissements et les GHM les plus défaillants.

b) Les données comptables

La valeur du point ISA qui permet de positionner les établissements les uns par rapport aux autres est obtenue en divisant le montant du budget de court séjour de l'établissement par le nombre de points ISA produits par l'établissement. Pour obtenir le montant du budget de court séjour, les établissements doivent retraiter le compte administratif grâce à une comptabilité analytique rudimentaire. La vérification des « retraitements comptables » est effectuée par les DDASS et les DRASS, ou, dans certaines régions comme la Bourgogne, par la CRAM. Ces vérifications vont du simple contrôle de cohérence, débouchant parfois sur des contrôles approfondis sur place, par exemple

en Bourgogne, à l'organisation de réunions de travail associant ARH et établissement, comme c'est le cas pour le CHU de Tours.

La mise en place de comités techniques régionaux de l'information budgétaire ou financière, pendant des comités techniques régionaux de l'information médicale (COTRIM), permettant aux établissements de réfléchir avec les ARH à l'utilisation du point ISA dans la procédure d'allocation des ressources et aux imperfections du système, devrait contribuer à améliorer la fiabilité du calcul de la valeur du point ISA des établissements. Il en est de même de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, qui permettra de ne plus faire financer par la dotation globale les charges, non couvertes par les tarifs, des maisons de retraite gérées par des hôpitaux.

3 – Un outil dont l'exploitation devrait être systématique dans les établissements

Le PMSI et les points ISA sont principalement utilisés par les établissements pour analyser leur activité, plus rarement pour améliorer la gestion interne.

a) L'analyse de l'activité et de la prise en charge des patients

L'utilisation la plus fréquente du PMSI est l'analyse de l'activité de l'établissement, déclinée par service, que le département d'information médicale établit chaque année, permettant de dégager des points forts et des points faibles. L'exploitation des données géographiques du PMSI permet de déterminer l'aire de recrutement des patients et les « fuites » vers d'autres établissements par type de prise en charge, de calculer des parts de marché sur des aires géographiques et/ou des prises en charge. Cette utilisation du PMSI a une visée stratégique : elle est de plus en plus fréquente pour l'élaboration du projet médical, puis du contrat d'objectifs et de moyens signés avec l'ARH. Les données du PMSI ont, par exemple été utilisées pour élaborer les travaux préparatoires à la restructuration des Hospices civils de Lyon.

Ce type d'analyse peut également faire apparaître des anomalies de prise en charge : une durée de séjour par service supérieure à la durée moyenne observée dans la discipline constitue à la fois un facteur de surcoût important et le signe d'une mauvaise organisation de la prise en charge des patients. L'analyse de la durée moyenne de séjour par le département d'information médicale du centre hospitalier de Charleville-Mézières a ainsi été prise en compte pour étudier des possibilités de réorganisations internes plus efficaces.

L'intérêt du PMSI pour l'analyse de l'activité des établissements a conduit certains d'entre eux, qui n'étaient pas astreints à transmettre ces données à la tutelle en raison de leur petite taille, à entrer dans le dispositif. Ainsi, l'hôpital local de Saint-Valéry-sur-Somme a mis en place un système de recueil des données du PMSI avec l'appui technique du département d'information médicale du centre hospitalier d'Abbeville et transmet ses données au Centre de Recherche sur l'Evaluation de l'Activité Médicale, créé par des hôpitaux locaux au début des années 1990.

Les études réalisées par les établissements et les ARH sur la prise en charge des patients, notamment dans le cadre de l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire et des contrats d'objectifs et de moyens, devraient être considérablement enrichies avec la possibilité, dès 2002, de chaîner²⁶¹ les séjours réalisés dans l'ensemble du système hospitalier public et privé. Ceci permettra notamment de disposer de données sur la fréquence et les motifs de réhospitalisation et sur l'activité des filières et des réseaux de soins.

b) La gestion des établissements

Les données médico-économiques du PMSI pourraient être davantage utilisées dans une perspective gestionnaire.

Les références de coûts publiées sur Internet (www.le-pmsi.fr) par la DHOS à partir de la moyenne des coûts observés dans les établissements participant à l'étude nationale de coûts et l'analyse de gestion hospitalière nationale, issue du croisement des données du PMSI et de la SAE, sont certes imparfaites : les premières sont très dépendantes de la composition de l'échantillon, la seconde est produite avec un retard qui nuit à son utilisation. Mais elles sont moins utilisées qu'elles ne le devraient par les établissements et par la tutelle.

Certains établissements préfèrent recourir à des bases de données non publiques : base des CHR/U tenue par le CHU de Montpellier ou banque de données statistiques et financières de la Fédération Hospitalière de France.

De manière générale, peu d'établissements ont vraiment fait l'effort de développer une comptabilité analytique d'exploitation détaillée, comme leur en fait pourtant obligation un décret du 31 juillet 1992, et de mettre en place des centres de responsabilité et une

261. Grâce à un identifiant, il est possible d'associer à chaque patient la totalité des séjours effectués dans les différents établissements de court séjour.

contractualisation entre la direction et les services, comme le prévoit l'ordonnance du 24 avril 1996. Dans ce contexte où les progrès en matière de gestion interne sont lents à intervenir, les données issues du PMSI restent sous-exploitées, alors qu'elles peuvent s'avérer très utiles en matière de pilotage.

Par exemple, devant la difficulté d'affecter les points ISA aux différents services producteurs, le CHU de Bordeaux et le CH de Mulhouse ont renoncé à les utiliser pour répartir les budgets. Si le CHU de Bordeaux dispose bien d'une comptabilité analytique, elle ne lui permet pas de calculer les charges réelles par type de séjours. Il en est de même pour le CHU de Tours qui, par ailleurs, n'a pas établi de budgets de services.

Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, qui avaient une valeur de point ISA élevée, ont développé des outils de gestion interne qui leur ont permis d'identifier des sources d'économies. Le département d'information médicale collabore avec le contrôle de gestion pour élaborer des tableaux de bord annuels utiles à la contractualisation interne : la direction s'est engagée à verser une enveloppe aux centres de responsabilité en fonction de l'activité que ceux-ci s'engagent à produire et de l'analyse des coûts de prise en charge des différents types de séjours. Dans ce cadre, les données issues du PMSI sont utilisées pour ventiler les dépenses médicales et pharmaceutiques, mais non les dépenses de personnel sur lesquelles les chefs de centre de responsabilité n'ont pas de maîtrise. Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg comparent également leurs coûts avec ceux des établissements de l'étude nationale de coûts. Une autre méthode de calcul des coûts, utilisée dans l'industrie, a également été expérimentée pour les analyses de laboratoire.

Certains contrats d'objectifs et de moyens comportent des engagements en matière de système d'information et de gestion interne. Ainsi, le centre hospitalier de Châteauroux utilisera les données du PMSI en gestion interne, notamment pour mettre en place un suivi des consommables médicaux et des analyses médicales, connaître les coûts par GHM et par centre de responsabilité. Quelques budgets de services devraient être mis en place à titre expérimental en 2002. L'objectif visé est, comme à Strasbourg, de responsabiliser le corps médical et les cadres infirmiers à la gestion par le biais de tableaux de bord mettant en relation les moyens humains, médicaux et hôteliers et la production de points ISA.

Le suivi médico-économique des dépenses médicales et pharmaceutiques tend à se développer dans les établissements. Ainsi, au CHU de Tours, l'activité de chimiothérapie fait l'objet d'un suivi particulier en lien avec le comité de dépenses des produits anticancéreux.

Malgré ces quelques expériences encourageantes, et bien que la tutelle déplore souvent l'incapacité de nombreux établissements à produire des données de coût issues de la comptabilité analytique, en particulier pour comparer des coûts par service, la question des systèmes d'information et de la qualité de la comptabilité analytique est relativement peu abordée dans les contrats d'objectifs et de moyens.

C – Le système d'information des ARH : PARHTAGE

La loi hospitalière du 31 juillet 1991 a prévu la mise en place d'un système d'information commun à l'Etat et à l'assurance maladie. Mais ce n'est qu'en octobre 1997 qu'a véritablement été lancée la réflexion sur ce projet, en réponse au besoin exprimé par les ARH nouvellement créées de pouvoir croiser les données de différentes sources. La réalisation d'analyses médico-économiques approfondies pour la signature des contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements de santé a renforcé la nécessité pour les agences de disposer en routine d'indicateurs variés et fiables permettant d'effectuer des comparaisons, dans la logique de l'analyse de gestion hospitalière nationale déjà réalisée et publiée sur Internet par la DHOS à partir des données issues du PMSI et de la SAE.

1 – Le retard pris par le projet PARHTAGE

Le projet PARHTAGE consiste à mettre en place 26 sites régionaux Internet/Extranet reposant sur une arborescence commune et accessibles à différents profils d'utilisateurs à partir d'un portail national. Comme la Cour l'avait souligné dans le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2000, le projet PARHTAGE a subi des retards, qui résultent en partie de la volonté de concilier les exigences d'utilisateurs multiples. En effet, PARHTAGE a pour particularité de constituer un système d'information commun à l'ensemble des ARH et de leurs membres (services de l'Etat et organismes d'assurance maladie), mais aussi aux services centraux de l'Etat et de l'assurance maladie et aux établissements de santé publics et privés ; un accès « grand public » est également prévu pour certaines informations.

Les marchés publics portant sur la conception de l'architecture technique et la réalisation de sites Internet/Extranet pour les ARH n'ont été conclus qu'en septembre 2000, soit plus de deux ans et demi après la mise en place du comité de pilotage et des groupes de travail. Le projet, financé par l'Etat et l'assurance maladie, devrait coûter 2 M€ environ.

La DHOS avait prévu, pour les ARH, la mise à disposition des sites Internet/Extranet et l'accès aux principales bases de données en

2001. Mais de nouveaux retards sont intervenus dans la réalisation du marché en raison de difficultés techniques.

2 – Les fonctionnalités de PARHTAGE

Les premières fonctionnalités du projet ne sont pas directement orientées sur l'aide à la décision (annuaires, espace documentaire, moteur de recherche, téléprocédures, cartographie...), contrairement à la seconde version, qui devrait être disponible fin 2003 et mettra à disposition des agences un outil de requêtes à partir des grandes bases de données permettant de construire des centaines d'indicateurs (environnement, activité, structures, données financières, données relatives au personnel).

Cette seconde version repose sur l'infocentre ANDREAS amélioré et alimenté par un plus grand nombre de sources : outre les données issues de FINESS (répertoire national des établissements), de la SAE (statistique annuelle des établissements), du PMSI, d'ADELI (répertoire des professions médicales et paramédicales) et des comptes de gestion des établissements, ANDREAS permettrait de centraliser les données issues de SYSGEO (découpages territoriaux et recensement de la population), des résumés de facturation transmis par les cliniques privées ainsi que des liasses fiscales les concernant, de l'analyse de gestion hospitalière nationale, de GEODE (données budgétaires relatives aux établissements financés par dotation globale), de SPE (effectifs non médicaux de la fonction publique hospitalière), de SIGMED (gestion des carrières des praticiens hospitaliers) et de l'enquête « coûts et carrières » réalisée au niveau national.

Ce projet devrait répondre aux besoins des ARH, qui ont, pour certaines d'entre elles, déjà mis en place leurs propres sites et devront faire migrer le contenu sur le site de PARHTAGE. Mais, pour que ce système d'information commun soit véritablement utile, il faut que les données accessibles soient de bonne qualité et disponibles dans des délais rapides ; il est en particulier indispensable que les agences puissent bénéficier des données relatives à l'année n-1 au moment de la préparation de la campagne budgétaire de l'année n+1. La publicité des données transmises devrait améliorer la qualité de celles-ci.

SYNTHÈSE

Conçues à partir des années 1970-80 pour assurer la gestion des personnels, le remboursement des prestations par l'assurance maladie et une régulation quantitative de l'offre de soins, les différentes sources d'information sur l'hôpital, très cloisonnées, répondaient mal au besoin d'un outil d'aide au pilotage du système. Depuis le milieu des années 1990, on observe une nette amélioration avec l'utilisation effective du

PMSI, tant en matière d'allocation des ressources qu'en matière de planification de l'offre, et la rénovation, encore inachevée, des répertoires et fichiers traditionnels. La publication depuis 1999 des données du PMSI en annexe au PLFSS constitue de même un progrès certain.

Il est indispensable de continuer à améliorer la qualité des données médico-administratives produites par les établissements grâce à l'implication des professionnels du champ hospitalier et de la statistique, le renforcement des contrôles, le croisement des données, l'opposabilité de celles-ci vis-à-vis des établissements et, enfin, d'assurer une plus grande transparence. Ceci suppose une coordination étroite entre la DHOS, la DREES, l'ATIH, la CNAMTS et l'INSEE, dont les rôles respectifs sont à clarifier rapidement, ainsi qu'avec les ARH, principaux utilisateurs de ces données.

L'étape suivante devrait consister à passer d'un système de suivi de l'activité des structures par secteur (sanitaire, médico-social, ambulatoire) à un système de suivi des filières de prise en charge et centrant le système d'information sur les patients et les prescripteurs.

Au sein des établissements, des progrès importants restent à accomplir en matière de comptabilité analytique et d'organisation pour la production des données médico-administratives.

RECOMMANDATIONS

18. Normaliser les nomenclatures utilisées dans les différents systèmes d'information.

19. Evaluer la qualité de la nouvelle SAE et restreindre les divergences persistant avec le PMSI.

20. Accélérer le développement du PMSI hors du champ du court séjour hospitalier et engager la généralisation de la comptabilité analytique dans les hôpitaux

21. Développer, au sein des ARH, l'expertise en matière de comptabilité générale et analytique et de système d'information des établissements de santé ; veiller à la mise en place des centres de responsabilités au sein des établissements.

22. Prendre les dispositions nécessaires à la mise en œuvre effective et générale de la comptabilité analytique dans les établissements de santé.

IV - L'accréditation

Introduite au sein du système de santé français par l'ordonnance du 24 avril 1996, la procédure d'accréditation a pour objectif de s'assurer que les établissements de santé développent une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients. Elle vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs services ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement. Cette démarche, qui s'inspire largement de la pratique développée depuis quelques dizaines d'années dans certains pays (Etats-Unis, Canada, Australie), avait été timidement amorcée en France par la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Ce texte a imposé aux établissements hospitaliers de développer une politique d'évaluation des pratiques professionnelles et de l'organisation des soins, afin d'en garantir la qualité et l'efficacité.

Depuis 1996, l'accréditation est une démarche à caractère obligatoire qui concerne tous les établissements de santé, publics et privés, y compris ceux du Service de santé des armées, et les groupements de coopération sanitaires entre établissements, soit, au total, environ 3 000 établissements de soins. Mise en œuvre par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), cette procédure d'évaluation, par son caractère indépendant, s'apparente à celle des organismes chargés de mener à bien cette mission dans les pays étrangers²⁶².

Dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 1999, la Cour notait : « *Etablissement public doté de moyens actuellement suffisants, l'ANAES peut apporter une contribution essentielle au développement d'une pratique de soins de qualité au juste coût. Cela explique que les attentes de l'Etat, comme de l'assurance maladie, soient particulièrement fortes à son égard.* ». Or, après avoir d'emblée écarté du champ de l'accréditation le point le plus délicat, l'évaluation de la qualité des soins,

262. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations (Etats-Unis), Conseil canadien d'agrément des services de santé, Council of Health Care Standards (Australie), King's Fund Organisational Audit (Royaume-Uni).

l'agence ne s'est pas mise en situation de répondre, de façon satisfaisante, aux attentes de l'Etat et de l'assurance maladie.

A – Le champ d'application de la démarche

L'article L. 6113-3 du code de la santé publique prévoit que la procédure d'accréditation « *conduite par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs services ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement* ». Pourtant, l'ANAES a opté d'emblée pour une démarche d'accréditation centrée exclusivement sur la qualité du fonctionnement logistique de l'hôpital et de la prise en charge du malade, à l'exclusion des pratiques cliniques, c'est-à-dire de la qualité de l'acte médical lui-même.

La structure du manuel d'accréditation, qui accorde une importance primordiale au respect des droits et à l'information du patient, ainsi qu'à la tenue de son dossier médical, est le reflet de cette approche.

La structure du manuel d'accréditation

Le manuel d'accréditation regroupe dix référentiels organisés en trois chapitres :

1. ***Le patient et sa prise en charge***
 - Droits et information du patient
 - Le dossier du patient
 - L'organisation de la prise en charge du patient
2. ***Management et gestion au service du patient***
 - Management de l'établissement et des secteurs d'activité
 - Gestion des ressources humaines
 - Gestion des fonctions logistiques
 - Gestion du système d'information
3. ***Qualité et prévention***
 - Gestion de la qualité et prévention des risques
 - Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle
 - Surveillance, prévention, contrôle du risque infectieux

En retenant cette approche de l'accréditation, tournée vers le fonctionnement de l'ensemble des composantes de l'établissement, qu'il s'agisse des services médico-techniques, administratifs ou logistiques, l'agence a également pris parti dans le débat entre l'accréditation par établissement ou par service. L'accréditation ne pouvait, en effet, concerner que l'établissement de santé dans son ensemble, et pas seulement un service.

Pour justifier le champ d'application limité de l'accréditation par rapport aux objectifs fixés par l'ordonnance de 1996 et l'exclusion de l'évaluation des soins, l'Agence développe deux types d'arguments :

- la majeure partie des dysfonctionnements au sein de l'hôpital seraient davantage liés aux défauts de coordination entre services qu'à des défaillances dans la pratique individuelle ou collective des personnels médicaux et soignants ;

- la capacité du système de santé français à disposer d'indicateurs en matière de qualité des soins serait faible. Si quelques expériences concrètes ont été menées dans ce domaine au sein de l'hôpital, elles portent sur des préoccupations spécifiques, telles que les infections nosocomiales, et ne permettent pas d'évaluer la qualité des soins au niveau de l'ensemble d'un établissement.

Il est permis de douter de la pertinence de ces arguments. De tels constats ne sauraient, en effet, que résulter de la démarche d'accréditation elle-même. L'exclusion a priori de l'évaluation de la qualité des soins semble donc peu justifiée. Du reste, l'intérêt soulevé par des publications relatives au « palmarès » des établissements de santé confirme que la première exigence des patients porte sur la qualité des soins. Lors de la mise en place de la démarche d'accréditation, l'ANAES avait confié à l'IFOP la réalisation d'un sondage destiné à connaître la nature et la hiérarchisation des attentes de la population à l'égard des établissements de santé²⁶³. 73 % des personnes interrogées avaient placé la qualité des soins et la compétence du personnel médical en tête de leurs préoccupations.

Outre le fait qu'elle ne remplit pas la mission définie par l'ordonnance de 1996, l'accréditation, telle qu'elle est actuellement mise en œuvre, est donc décalée par rapport aux attentes des usagers du système de soins. Elle est aussi moins ambitieuse que les procédures développées à l'étranger. Plusieurs pays, dont les Etats-Unis, le Canada et l'Australie, ont intégré dans leurs référentiels des indicateurs de résultats

263. Enquête IFOP réalisée entre décembre 1997 et janvier 1998 auprès d'un échantillon de 1 148 personnes.

permettant d'apprécier la performance des soins. Dans le cas de la France, cette préoccupation n'est que très partiellement abordée, sous l'angle de la prévention des risques et de la sécurité des soins. Cette situation est d'autant plus étonnante que, sans nier la complexité de l'évaluation de la qualité des soins et des pratiques cliniques, des indicateurs existent pour certaines activités et sont d'un usage croissant au sein des établissements et des ARH.

Face à cette carence, le ministre délégué à la santé a demandé à l'Agence, par lettre du 14 novembre 2001, d'examiner les modalités d'une « médicalisation » de la procédure d'accréditation. D'autre part, la mise en place d'un observatoire de la qualité des soins a été annoncée par l'Etat en septembre 2001.

B – La conduite de la procédure

Développée par l'ANAES, l'accréditation repose sur les fondements suivants :

La place centrale donnée au patient : l'accréditation s'intéresse en premier lieu au parcours du patient et à la coordination des soins au sein de l'établissement de santé.

Un calendrier partiellement contraignant : l'ordonnance de 1996 a prévu l'engagement obligatoire de tous les établissements de santé dans la procédure dans un délai de cinq ans. En revanche, les étapes suivantes de la démarche sont laissées à l'initiative de chaque établissement, notamment la période au cours de laquelle a lieu la visite d'accréditation.

L'implication des professionnels exerçant dans l'établissement : la procédure élaborée par l'ANAES met l'accent sur la place prépondérante de la phase d'auto-évaluation, au cours de laquelle la structure concernée est invitée à formuler son propre diagnostic sur la qualité de la prise en charge du patient et de l'organisation transversale de l'hôpital, au regard de référentiels contenus dans le manuel d'accréditation.

L'intervention d'experts-visiteurs indépendants sélectionnés et formés par l'ANAES : issus des différents métiers de la santé (médecins, soignants, personnels de direction), les experts-visiteurs sont les garants de l'objectivité de la procédure. Ils sont chargés de valider, au terme d'une visite de l'établissement sur plusieurs jours, le constat que ce dernier a fait de sa situation lors de la phase d'auto-évaluation. Ils remettent un rapport écrit qui est soumis au collège de l'accréditation.

L'ANAES dispose actuellement du concours de 477 experts-visiteurs, et son objectif à terme est de 650.

La prise de décision finale par le collège de l'accréditation : composée de 11 membres titulaires et de 11 suppléants nommés par le ministre chargé de la santé, cette instance indépendante décide comment l'établissement a satisfait à la procédure d'accréditation. Elle examine le rapport des experts-visiteurs et formule ses propres appréciations, qui peuvent être assorties de recommandations, de réserves ou de réserves majeures.

C – La montée en charge très lente de l'accréditation

Ce n'est que dans le courant de l'année 1999 que l'ANAES a mis au point la version définitive du manuel d'accréditation, entamé la formation des premières équipes d'experts-visiteurs et lancé effectivement la démarche d'accréditation, après avoir procédé, en 1998, à une expérimentation auprès de 40 établissements volontaires.

Par ailleurs, une fois le manuel d'accréditation établi et les procédures arrêtées, l'ANAES ne s'est pas mise en situation d'accréditer dans des délais raisonnables l'ensemble des établissements.

1 – Une programmation déficiente

Le démarrage de la procédure d'accréditation des établissements de santé a été très lent : neuf visites ont été réalisées par les experts de l'ANAES en 1999, 66 en 2000 et 164 en 2001. A la fin de l'année 2001, seuls 131 établissements ont été accrédités, dont 17 sans recommandation, 54 avec recommandations, 47 avec réserves, et 13 avec réserves majeures.

Il est vrai que l'adhésion des établissements de santé à cette démarche a été très progressive. Alors que l'article L. 6113-4 du code de la santé publique prévoyait l'obligation pour tous les établissements de s'engager dans la procédure dans un délai de cinq ans à compter de la publication de l'ordonnance du 24 avril 1996, seules 264 structures avaient déposé leur dossier d'engagement à la fin de l'année 2000, soit moins de 10 % des 3 000 établissements de santé. La programmation des visites révèle également une certaine lenteur : 691 établissements se sont portés volontaires pour être évalués en 2002, alors que l'Agence n'envisage de réaliser que 356 visites. Les dérives de calendrier

impliquent désormais la réalisation de près de 600 visites par an dès 2003 pour atteindre l'objectif, fixé par la tutelle, d'accréditation de tous les établissements en 2006. Compte tenu du potentiel actuel de l'ANAES, il est vraisemblable que cet objectif ne sera pas atteint, d'autant qu'une partie des établissements, accrédités avec réserves ou réserves majeures, devront faire l'objet d'une nouvelle visite ciblée dans un délai de deux ans.

2 – Des méthodes de travail inadaptées

Les ressources financières allouées à l'ANAES ne lui ont jusqu'à présent pas été comptées, puisqu'elles ont quasiment doublé de 1997 (14,6 M€) à 2001 (28,3 M€). La lenteur dans la mise en œuvre de l'accréditation s'explique donc très largement par les carences dans les procédures de gestion internes à l'Agence²⁶⁴. L'évaluation de plus de 3 000 établissements de santé imposait de mettre en place des moyens logistiques proportionnés à cet objectif. Or, en dépit de nombreux projets, l'ANAES ne dispose actuellement pas d'outils informatiques adaptés à la gestion et au suivi des procédures d'accréditation, qu'il s'agisse de la sélection des équipes d'experts-visiteurs, de la planification des visites, ou de l'exploitation des informations transmises par les établissements hospitaliers dans le cadre de l'auto-évaluation.

D'autre part, la méthodologie définie par l'ANAES s'est largement écartée des principes internationalement reconnus en matière d'accréditation. Les rapports des experts-visiteurs, en général très volumineux et peu standardisés, portent sur la situation des établissements des appréciations essentiellement qualitatives, non objectivées par des données chiffrées. De même, les appréciations formulées par le collège de l'accréditation sont peu adaptées pour orienter efficacement la démarche qualité de l'établissement en aval de la procédure d'accréditation. Cette approche trop qualitative entraîne de la part des hôpitaux des observations abondantes sur les rapports des experts-visiteurs, mais également sur les appréciations, recommandations et réserves formulées par le collège : sur 31 décisions prises en 2000, 14 ont fait l'objet d'une contestation, nécessitant une nouvelle délibération du collège dans 11 cas. Cette situation perdure en 2001, année au cours de laquelle 30 % des décisions ont donné lieu à contestation.

L'absence de standardisation des rapports contribue largement à un allongement préoccupant des délais de traitement des dossiers : plusieurs établissements ont obtenu la décision du collège de l'accréditation près

264. Voir infra : Les conditions de fonctionnement des agences sanitaires.

d'un an après la date de la visite des experts. Ce retard est aussi imputable au fonctionnement du collège de l'accréditation, installé tardivement en novembre 1999 et qui ne dispose pas des moyens humains et matériels nécessaires à un traitement rapide des dossiers²⁶⁵.

D – Les conséquences de l'accréditation

1 – Une perception positive

L'ANAES a confié en avril 2001 à l'institut IMAGO la réalisation d'une enquête destinée à mesurer l'état d'avancement de la procédure d'accréditation et à évaluer la perception qu'en ont les établissements de santé. Ce sondage, portant sur 417 structures hospitalières, révèle que la démarche qualité suscite un intérêt élevé de la part des personnels dans 88 % des cas. L'accréditation est considérée comme utile et enrichissante dans 90 % des cas, et nombreux sont les établissements qui soulignent l'apport de ce processus à leur propre démarche qualité, souvent antérieure à l'entrée dans la procédure prévue par l'ordonnance de 1996. Près de 80 % des établissements du panel ont aujourd'hui adopté une politique qualité formalisée. Cela étant, la mobilisation autour de ce type de projets demeure plus importante parmi les personnels de direction et les personnels soignants qu'au sein du corps médical²⁶⁶.

2 – Une interprétation ambiguë

Dans la pratique, on constate une perception souvent inexacte de la portée de la procédure d'« accréditation ». Alors que ce terme est censé attester de la mise en œuvre d'une procédure d'évaluation selon la méthodologie préconisée par l'ANAES, il est fréquemment interprété, y compris parmi le personnel hospitalier, comme signifiant l'attribution d'un label de qualité. L'ambiguïté est au demeurant alimentée par la communication de certains établissements, qui mettent en avant l'obtention de l'accréditation, sans s'étendre sur les recommandations ou réserves qui l'accompagnent.

265. Ce constat a d'ailleurs conduit l'Etat à porter le nombre de membres titulaires du collège de 11 à 15 à compter du renouvellement qui interviendra en septembre 2002.

266. Les indices d'intérêt s'établissent à 7,7/10 pour les soignants, 8,3/10 pour le personnel de direction et à 5,9/10 parmi les médecins.

L'usager du système de soins est quant à lui tenté d'y voir la reconnaissance d'un degré élevé de qualité des soins, alors que tel n'est pas l'objet des référentiels du manuel d'accréditation.

Enfin, l'articulation entre l'accréditation et l'exercice de la tutelle doit être redéfinie. Il n'existe pas de lien, en droit, entre l'accréditation et les procédures d'autorisation d'exercice et d'allocation des moyens, mises en œuvre par les autorités de tutelle. Le fait même de transmettre aux ARH les rapports d'accréditation, comme le prévoit l'article R. 710-6-6 du code de la santé publique, a fait l'objet de longs débats. Ces dernières soulignent cependant les limites de ce dispositif : l'accréditation fournit des éléments complémentaires d'information sur la situation d'un établissement, qui n'ont cependant pas vocation à être directement pris en compte dans la planification des activités et la répartition des ressources. La Cour a constaté sur ce point des divergences de pratique entre les ARH : certaines d'entre elles intègrent les résultats de l'accréditation dans leur processus de prise de décision, alors que d'autres n'en tiennent pas compte. Le fait que la DHOS n'ait jamais pris position sur la manière dont les ARH sont censées appréhender les informations transmises par l'ANAES peut expliquer ces divergences d'approche.

Conçue comme une démarche parallèle aux procédures d'autorisation, d'allocation des moyens et de surveillance sanitaire, l'accréditation diffère des pratiques étrangères, et notamment de celles des Etats-Unis, où l'autorisation d'exercer et le financement des établissements hospitaliers sont étroitement liés à l'obtention de l'accréditation. Dans le cas de la France, l'absence d'articulation entre cette démarche et les principaux aspects de la problématique de prise en charge globale du patient prive l'accréditation d'une partie de sa pertinence et en limite la portée à une simple forme d'assurance qualité, laquelle porte, qui plus est, sur des aspects souvent mineurs du fonctionnement des établissements de santé.

RECOMMANDATIONS

Pour l'ANAES :

23. Engager dès aujourd'hui la réflexion sur les modalités d'évaluation de la qualité des soins dans le cadre de l'accréditation ;

24. Revoir les procédures internes à l'Agence et la programmation des visites afin de permettre une montée en charge plus rapide de la procédure d'accréditation ;

25. Réexaminer le contenu des rapports d'accréditation, dans le sens d'une standardisation accrue, et le positionnement du collège de l'accréditation, pour permettre un traitement plus rapide des dossiers.

Pour la tutelle :

26. Définir une articulation entre les procédures de planification et d'allocation des moyens et l'accréditation.

Chapitre VII

L'évolution de l'offre de soins hospitaliers

PRÉSENTATION

L'offre de soins hospitaliers évolue en fonction de deux objectifs : la poursuite de la réduction des inégalités dans l'accès aux soins et l'adaptation de l'offre de soins aux besoins de la population. Le premier objectif vise à tenir compte des évolutions démographiques générales et à trouver un équilibre entre la localisation optimale des moyens hospitaliers, la sécurité des soins qui s'oppose à la dispersion excessive des moyens et le respect des contraintes budgétaires. Le second, de nature plus qualitative, consiste à adapter la composition du parc hospitalier à l'évolution de la répartition par âges de la population, aux attentes des patients et au progrès des techniques et des pratiques médicales.

Ces objectifs sont définis dans chaque région par les cartes sanitaires et les SROS et précisés dans les projets d'établissement que chaque établissement doit présenter à l'approbation de l'ARH.

Afin de favoriser la réalisation des opérations de recomposition du tissu hospitalier et le développement des coopérations nécessaires à l'organisation en réseau du parc hospitalier, des modalités de rapprochement ont été mises à la disposition des établissements. Nombreuses et complexes dans leur mise en œuvre, elles se révèlent finalement peu incitatives. De même, les outils financiers créés sous la forme de fonds d'aide à l'investissement ou à la prise en charge des coûts sociaux induits par les recompositions hospitalières sont utilisés dans des conditions qui ne sont pas toujours conformes à leur objet initial.

Par ailleurs, au moment où des tensions démographiques apparaissent pour certaines spécialités médicales et dans certaines régions, les projections disponibles à moyen et long termes confirment les craintes de voir la démographie médicale constituer le facteur majeur de la recomposition hospitalière, sans concordance avec les besoins sanitaires de la population.

Au total, malgré l'imperfection du cadre juridique et des instruments de planification, l'évolution globale de l'offre hospitalière constatée depuis la mise en place des premiers SROS répond aux grands objectifs de la planification hospitalière. Mais son rythme apparaît beaucoup trop lent par rapport aux objectifs définis.

I - La mise en œuvre de la planification hospitalière

La Cour a déjà examiné dans les rapports de 1998 et 1999 certains aspects de la politique de recomposition de l'offre de soins et souligné la lenteur des évolutions constatée dans ce domaine et l'inadaptation des outils existants.

A – Le projet d'établissement

Le projet d'établissement, établi pour une durée maximale de cinq ans, doit être arrêté par le conseil d'administration de l'hôpital et approuvé par l'ARH. Il définit les objectifs généraux de l'établissement en matière de soins infirmiers, de recherche biomédicale, de gestion et de système d'information. La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 a rendu obligatoire l'inclusion d'un volet consacré à la politique sociale.

La Cour a souligné en 1999²⁹⁷ que de nombreux hôpitaux, y compris des CHU, tels que l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille (AP-HM), ne s'étaient pas encore dotés d'un projet d'établissement et que cette carence pouvait gêner la mise en œuvre des SROS, et en particulier la recomposition du tissu hospitalier. L'enquête, conduite par les chambres régionales des comptes en 2001 et 2002 sur de nombreux établissements et par la Cour auprès des ARH, a permis d'actualiser cette appréciation.

Il est à noter que la DHOS n'a pu fournir aucun bilan ni étude d'ensemble sur la mise en œuvre de cette obligation légale.

1 – Le positionnement difficile du projet d'établissement

La loi du 31 juillet 1991 a prévu l'élaboration de projets d'établissements par les hôpitaux publics et les établissements privés participant au service public hospitalier. Ces projets, dont l'adoption est obligatoire, déterminent les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement dont les établissements doivent disposer pour réaliser leurs objectifs. Ainsi, ils sont subordonnés aux orientations médicales. Cette démarche oblige les établissements à réfléchir sur leur évolution à moyen terme en impliquant et motivant les différentes catégories de personnels. Les textes prévoient que le projet doit faire l'objet d'un suivi annuel d'exécution.

297. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 1999.

Le projet d'établissement doit constituer le cadre de l'évolution de l'hôpital, tant dans ses structures et son fonctionnement interne que dans ses relations avec son environnement. Son articulation avec les autres outils que sont les SROS, les contrats d'objectifs et de moyens et la procédure budgétaire a évolué ces dernières années.

Il doit être compatible avec les objectifs du SROS. Or, les premiers SROS ont été adoptés en 1994. Ce n'est qu'à partir de cette date que les hôpitaux ont été invités à présenter des projets d'établissement en harmonie avec ces schémas.

Compte tenu des retards dans l'adoption des projets, il a ensuite été prévu que les annexes, désormais opposables, des SROS tiendraient compte des études et des projets de restructuration prévus par les hôpitaux dans leurs projets d'établissement. Ceci a rarement été possible et les annexes sont restées généralement peu précises.

Les projets d'établissement, élaborés par les hôpitaux et dont l'approbation par l'ARH nécessite une quasi-négociation, constituent donc la déclinaison des SROS plus que leur inspiration. Par ailleurs, l'existence d'un projet d'établissement approuvé est une condition préalable à la conclusion d'un contrat d'objectifs et de moyens, qui définit les conditions de mise en œuvre des orientations stratégiques des établissements, en conformité avec le SROS. L'ordonnance de 1996 a étendu l'obligation d'élaborer un tel projet à tous les établissements financés par la dotation globale.

2 – Une mise en œuvre défailante

Si peu d'établissements avaient engagé des réflexions avant 1994, dans l'attente de la publication des SROS, il n'apparaît pas qu'ils se soient, depuis lors, massivement approprié la démarche de planification à moyen terme.

Selon une enquête effectuée auprès des ARH, moins de la moitié (45 %) des établissements financés par la dotation globale étaient dotés d'un projet approuvé au 1^{er} janvier 2002. Cette moyenne recouvre des écarts importants entre régions : ils sont 21 % en Basse-Normandie, 81 % dans le Nord-Pas-de-Calais²⁹⁸.

Les contrôles effectués par les chambres régionales des comptes confirment l'absence, dix ans après la loi qui les a rendus obligatoires, de projets dans de nombreux hôpitaux.

298. Aquitaine (26 %), Poitou-Charentes (30 %), Auvergne (31 %), Languedoc-Roussillon (34 %), Bretagne (38 %), Limousin (64 %) et Lorraine (66 %).

Quelques exemples d'absence de projets d'établissement approuvés

Le CH du Sud-Manche (Avranches-Granville) n'a élaboré, en 1992, qu'un projet médical. Le CH de Falaise (Calvados) et le centre hospitalier spécialisé en psychiatrie de l'Orne à Alençon ont fait approuver un projet en 1995 qui n'a pas été renouvelé au terme des cinq ans.

En Auvergne, le centre hospitalier d'Ambert (Puy-de-Dôme), l'hôpital local de Billom (Puy-de-Dôme) et le centre hospitalier de Moulins-Yzeure (Allier) n'ont pas de projet approuvé, de même qu'en Midi-Pyrénées, le CH de Lavaur (Tarn), alors que des études montrent que d'importants investissements doivent y être réalisés, notamment pour rénover l'accueil des urgences.

Le CH de Meaux (Seine-et-Marne) n'a jamais eu de projet approuvé. Le projet élaboré à partir de 1992 pour positionner le CH dans l'est francilien, présenté en 1995 et complété en 1996 à la demande de la tutelle, n'a pas été approuvé en raison de l'insuffisante coopération avec les établissements publics et privés voisins. Cependant, des volets (soins infirmiers, plan directeur et politique sociale) ont été mis en œuvre et un contrat d'objectifs et de moyens a été signé avec l'ARH au début de 2002, ce qui n'est pas conforme à l'exigence légale d'un projet d'établissement approuvé préalablement à la signature du COM.

Au début de 2002, quatre CHU n'avaient pas ou plus de projet d'établissement (Amiens, Caen, Marseille et Nîmes). Celui d'Amiens dispose toutefois, depuis 2001, de parties approuvées, le projet d'ensemble étant annoncé pour 2002. L'approbation partielle, si elle a permis de débloquent la situation, méconnaît la législation, le projet d'établissement formant un tout. Le CHU de Caen, qui a élaboré un projet médical pour la période 1993-1998, ainsi qu'un plan directeur, peu réaliste financièrement, et dont la principale opération est désormais écartée, n'a jamais présenté de projet global. Le CHU de Nîmes a, pour sa part, signé un contrat d'objectifs et de moyens, début 2000, alors que son projet de 1995 venait à expiration et n'a pas été renouvelé.

La situation des trois plus grandes concentrations hospitalières apparaît très contrastée.

Les Hospices civils de Lyon, après un premier projet d'établissement approuvé en février 1995 et courant jusqu'en 1999, ont adopté un second projet couvrant la période 1999-2003. Mais il n'a pu être approuvé qu'en juillet 2000. Le plan stratégique des Hospices civils de Lyon prévoit le regroupement des activités sur trois pôles, avec la construction d'un hôpital pédiatrique, gynécologique et obstétrical, et la

fermeture de deux sites anciens et vétustes. Un contrat d'objectifs et de moyens a été signé avec l'ARH en janvier 2002. Il s'agit là d'un bon exemple de restructuration.

L'Assistance publique-Hôpitaux de Paris a adopté, en février 2002, un plan stratégique quinquennal, dont l'élaboration a été engagée en mars 1999 à la demande du ministère, alors que le précédent plan non approuvé venait à échéance. Après un premier cadrage, sur lequel les administrations de tutelle ont réagi en juillet 1999, la préparation du plan a été lancée au sein de l'AP-HP en octobre suivant. Son élaboration aura donc duré trois ans ; il est actuellement soumis à l'approbation de la tutelle. Il présente successivement des orientations stratégiques et des programmes d'action prioritaires, une programmation stratégique des investissements hôpital par hôpital, des perspectives d'évolution stratégique des activités médicales, ainsi que des sites hospitaliers. Il fait apparaître les regroupements et les partenariats prévus, mais ceux-ci restent quasi exclusivement internes à l'AP-HP et les conséquences sur les moyens humains ne sont pas prévues. Le plan ne comporte pas de projet social. La décision de restructuration concernant l'Hôtel-Dieu, l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul et l'hôpital Jean Rostand à Ivry, a été reportée à une date ultérieure.

A l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille, un projet médical, adopté en 1998 par le conseil d'administration après des études effectuées avec l'aide d'un cabinet spécialisé, maintenait la configuration sur trois sites. En avril 1999, le président du conseil d'administration insistait sur l'urgence du projet d'établissement. En novembre 1999, la commission médicale se prononçait en faveur d'un nouveau projet médical, élaboré en dehors de l'administration, reposant sur une bipolarisation (hôpital Nord et établissement de centre ville). Ce projet n'était pas présenté au conseil, les élus locaux et les personnels s'opposant à la suppression du court séjour à l'hôpital Sainte-Marguerite au sud de la ville. En octobre 2000, le conseil décidait de grandes orientations du projet d'établissement et votait un programme quinquennal d'investissement, d'un montant de 152,45 M€ pour des mises aux normes de bâtiments et des travaux de sécurité sanitaire, sur lequel la commission médicale avait émis un avis défavorable, la proposition ne lui paraissant pas comporter de vision globale. Depuis, les positions du corps médical et des élus se sont rapprochées. La nomination, en mars 2002, d'un nouveau directeur général permet de reprendre l'élaboration du projet d'établissement, réclamé par l'ARH depuis son installation et bloqué ces dernières années par une inertie préjudiciable à l'AP-HM.

3 – Les obstacles à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets d'établissement

L'absence de projet approuvé dans plus de la moitié des établissements sous dotation globale ou la longueur des procédures d'élaboration de certains projets résultent de la difficulté des hôpitaux à les élaborer ainsi que de la qualité insuffisante des dossiers présentés. Par ailleurs, les ARH ne peuvent approuver des projets qui ne s'intègrent pas dans les objectifs de recomposition énoncés par le SROS et dans les stratégies mises en œuvre pour les réaliser.

a) La qualité des projets est parfois insuffisante

Des établissements, dont certains CHU, ont rencontré des difficultés pour formaliser leur projet, les orientations médicales n'étant pas hiérarchisées et cohérentes avec les autres volets, notamment avec les objectifs de gestion et le plan pluriannuel de financement des investissements.

Le CHU de Bordeaux a élaboré entre septembre 1992 et mai 1994 un projet d'établissement avec l'aide d'un consultant et la participation des personnels. Ce projet, adopté en juin 1994, n'était qu'un catalogue d'objectifs qui, s'il ne mécontentait personne, était inapplicable. La restructuration interne a pâti de la mise en œuvre limitée de ce projet, notamment dans le domaine médical. En 1997, une nouvelle procédure a été engagée avec une participation réduite des personnels. Elle a débouché en 1998 sur un projet d'établissement actualisé qui a été approuvé en janvier 1999.

Le projet du CHU de Dijon, adopté en 1994, s'appuyait, au plan médical, sur une compilation de projets de service non coordonnés et non hiérarchisés. Ce n'est qu'en 2000 que l'établissement a formalisé un véritable projet médical, approuvé en 2001, alors que, depuis 1991, était engagée l'opération « Bocage 2000 ». Cette opération consistait à regrouper les activités de court séjour sur un même site, dans de nouveaux bâtiments, autour d'un plateau technique aménagé. L'absence de projet médical structuré a conduit à privilégier le parti architectural et, si des pôles de compétences médicales ont été définis, la fonctionnalité des circuits et l'organisation de la distribution des soins n'ont pas prévalu. Il est anormal que la tutelle ait avalisé « Bocage 2000 » sans projet d'établissement et approuvé, en 1994, un projet établi à partir d'un projet médical ne respectant pas l'esprit de la loi de 1991.

De même, le projet du CH de Verdun (Meuse) n'a pu être approuvé qu'en juillet 1999, en raison des graves défauts qui avaient présidé à son élaboration. Il était, en effet, construit autour d'un plan directeur donnant la priorité à l'architecture et à l'urbanisme, au détriment du projet médical et du projet social. L'ensemble manquait de cohérence et a dû être redéfini avec la participation active des personnels.

Le CH de Bayeux (Calvados), qui, en 1992, s'engageait dans un projet médical commun avec une clinique, a rencontré des difficultés. Partant d'un scénario de rapprochement, l'hôpital arrêta un projet médical, approuvé en 1996, puis élaborait un projet d'établissement qui était bloqué par des dissensions au sein de la clinique. Le projet, réactivé en 1998, était adopté, en octobre 2001, après neuf ans d'atermoiements.

b) Les interférences de la recomposition

Certains projets n'ont pu être élaborés qu'à la suite de re compositions hospitalières. C'est le cas du centre hospitalier de Moulins-Yzeure qui regroupe depuis 1995 l'hôpital de Moulins et le centre psychiatrique d'Yzeure. De même, en Franche-Comté, à la suite de fusions d'hôpitaux, les projets en cours d'élaboration ont été gelés dans l'attente de leur adaptation aux nouvelles configurations.

L'inexistence de projets dans des hôpitaux issus de fusions traduit souvent l'échec de certains regroupements.

D'autres projets n'ont pas été approuvés parce qu'ils ne respectaient pas les orientations régionales en matière de re composition hospitalière ou de coopération entre établissements.

Les hôpitaux devant réduire leurs capacités de court séjour ou se réorienter vers le moyen ou le long séjour ont rencontré des difficultés.

Des projets d'établissement non conformes aux SROS

Le CH de Semur-en-Auxois (Côte-d'Or) a présenté des projets en 1991, 1995 et 1998, rejetés notamment pour surcapacités en court séjour, absence de formalisation de complémentarités et de hiérarchisation des priorités médicales. Depuis la création, en 1998, d'un syndicat interhospitalier, qui, avec l'aval de l'ARH, élabore un projet médical commun à trois hôpitaux, dont celui de Semur, le dossier avance, le projet d'établissement de Semur devant être adopté en 2002.

Pour les CH de Dinan et de Paimpol (Côtes-d'Armor), l'absence de projet d'établissement approuvé tient aux résistances des établissements : la suppression du service de chirurgie de Dinan était conditionnée à un accord avec une clinique privée qui n'a pas abouti.

Le CH de Coutances (Manche) n'est pas parvenu à faire accepter son projet médical, la tutelle lui reprochant notamment de ne pas envisager une réorientation d'activité en court séjour. En septembre 2001, la tutelle a demandé au CH d'élaborer un projet médical commun avec le CH de Saint-Lô, cette démarche s'inscrivant dans une perspective de re composition du tissu hospitalier du centre-Manche. L'établissement a

appliqué ces orientations, se rapprochant du CH de Saint-Lô (direction commune, praticiens à temps partagé).

L'exemple le plus marquant est celui des CH de Brive et de Tulle, en Corrèze, entre lesquels le SROS de 1999 prévoit une coordination. Mais ce rapprochement a suscité de vives oppositions qui expliquent le refus d'approbation des projets d'établissement présentés. Ainsi, le projet de Brive, adopté en juin 1997, a été rejeté au motif de surcapacités en court séjour, coût excessif et complémentarité insuffisamment approfondie avec Tulle et les cliniques de la ville. Pour Tulle, la situation est similaire : le projet, transmis en avril 1997, n'a pas été approuvé pour cause d'excédents de capacité, notamment en chirurgie et en pédiatrie, et insuffisante complémentarité avec le CH de Brive.

Les oppositions à la recomposition du tissu hospitalier, existant dans certaines régions, retardent ainsi l'élaboration et l'approbation des projets, freinant en conséquence le progrès général d'adaptation des équipements aux besoins de la population.

—SYNTHÈSE—

L'obligation faite aux établissements sous dotation globale d'avoir un projet approuvé est loin d'être respectée dix ans après l'adoption de la loi et alors que va commencer la préparation des SROS de troisième génération. Or, la loi prévoit que ce projet doit être conforme au SROS et qu'il constitue un préalable à la conclusion des contrats d'objectifs et de moyens. Dans certains cas, toutefois, pour ne pas bloquer des évolutions nécessaires, cet ordre n'a pas été respecté.

Dès lors que les ARH ont dû renoncer à détailler les opérations de recomposition dans les annexes opposables des SROS, la négociation avec les établissements a lieu à l'occasion de l'élaboration du projet d'établissement et des contrats d'objectifs et de moyens, retardant ceux-ci d'autant. Or, le projet d'établissement, indépendamment même de sa dimension planificatrice, est un outil nécessaire à l'hôpital.

—RECOMMANDATIONS—

27. Mieux suivre au niveau national l'élaboration des projets d'établissement et analyser les raisons qui s'opposent à leur approbation.

28. Revoir, préalablement au lancement de la campagne des SROS de troisième génération, l'articulation entre les cartes sanitaires, les SROS, les projets d'établissement et les contrats d'objectifs et de moyens.

B – Les outils juridiques de la recomposition hospitalière

Les recombpositions hospitalières peuvent prendre des formes très diverses pour tenir compte du contexte local et de la différence de statuts des établissements. Des formules juridiques de plus en plus nombreuses ont été mises en place par la loi.

Le bilan de la mise en œuvre de ces formules dans les opérations de recombposition est difficile à établir, de nombreux obstacles freinant leur mise en œuvre.

1 – La typologie des recombpositions

Progressivement, depuis la loi hospitalière de 1991, mais surtout depuis l'ordonnance du 24 avril 1996, les opérations de recombposition ont été encouragées par les pouvoirs publics. L'apport essentiel de la réforme de 1996 a été l'incitation à la coopération entre établissements de santé publics et privés là où coexistent un hôpital et une ou deux cliniques qui se font concurrence.

La recombposition recouvre des réalités très différentes. Schématiquement, trois types d'évolution de l'offre peuvent être distingués : la restructuration entre plusieurs établissements, les coopérations entre des entités juridiques différentes et la restructuration interne à un établissement de santé.

Les recombpositions relèvent, soit de formules institutionnelles qui ont pour effet de créer une nouvelle personne morale, soit de dispositions contractuelles qui organisent des coopérations de nature diverse entre des établissements. Mais on observe un foisonnement de formules juridiques dont l'utilisation est complexe.

2 – La diversité des outils juridiques

Les *communautés d'établissements de santé*, rendues obligatoires par l'ordonnance de 1996, devraient constituer le cadre de cette coopération. Elles peuvent associer, au sein d'un même secteur sanitaire, des établissements concourant au service public hospitalier, ou relevant de plusieurs secteurs sanitaires, dès lors qu'ils sont situés dans un même pays au sens de la loi du 4 février 1995 sur l'aménagement et le développement du territoire.

Ces communautés ont pour but de favoriser les adaptations de l'offre aux besoins de la population et les redéploiements de moyens

qu'elles impliquent, de mettre en œuvre des coopérations et des complémentarités prévues par le SROS, de répondre aux besoins en services de proximité dans le domaine médico-social. Une charte fixe les objectifs de la communauté et indique les modalités juridiques de mise en œuvre choisies par les établissements.

a) La coopération entre établissements assurant le service public hospitalier

La formule conventionnelle

Les établissements publics peuvent, depuis la loi du 27 juillet 1999, constituer une *fédération médicale interhospitalière* leur permettant de regrouper des services, départements (ou structures médicales ou médico-techniques créées en application de l'art. L. 714-25-2 du code de la santé publique). Cette formule permet notamment la mise en réseau des maternités et des services d'accueil des urgences.

Les formules institutionnelles

Elles consistent à créer une personne morale nouvelle, soit pour gérer en commun des activités logistiques, soit pour assurer en commun des activités médicales.

Le *groupement d'intérêt public (GIP)* et le *groupement d'intérêt économique (GIE)* ne permettent que la mise en commun de moyens, tel un appareil d'imagerie, sans exercice d'activité de soins. Leur création est freinée par la responsabilité solidaire qui pèse sur leurs membres et, s'agissant des GIP, par la nécessité pour les structures publiques de détenir la majorité des parts du groupement. Cependant, en raison des conditions de co-utilisation entre partenaires publics et privés, imposées désormais par les pouvoirs publics pour l'octroi d'autorisations d'installation d'équipements lourds, cette formule tend à se développer.

Un *syndicat interhospitalier (SIH)*, établissement public local, peut, depuis 1970, être créé pour gérer des services logistiques communs (informatique, blanchisserie) et, depuis la loi du 27 juillet 1999, pour exercer les missions d'un établissement de santé. Il peut désormais également admettre la participation « d'autres organismes concourant aux soins », donc des cliniques privées et des institutions sociales. Depuis la loi précitée, un SIH peut être créé entre des établissements privés PSPH.

La même loi a prévu qu'un *établissement public de santé interhospitalier (EPSI)* pouvait se voir transférer certaines missions de

soins par des établissements publics de santé qui subsistent par ailleurs. Faute de décret d'application, cette solution, qui semble redondante avec le SIH, n'est pas mise en œuvre.

b) La fusion d'établissements publics de santé

Elle peut conduire à la création de centres hospitaliers intercommunaux ou à la disparition de centres hospitaliers spécialisés, pour redistribuer des missions, rechercher des complémentarités dans le cadre d'une mise en réseau et supprimer des concurrences coûteuses. Les établissements concernés avaient le plus souvent déjà développé des coopérations, voire étaient membres d'un SIH. La difficulté est de donner à la fusion juridique, qui se traduit seulement par la mise en place d'une direction commune, un contenu opérationnel permettant de supprimer les redondances d'activités et de définir un projet médical commun. La fusion peut aussi concerner un établissement public et un établissement privé PSPH. Dans ce cas, plusieurs décrets sont nécessaires, notamment pour assurer l'intégration des personnels de droit privé dans la fonction publique hospitalière.

c) *La recomposition entre les établissements du service public hospitalier et les cliniques privées à but lucratif*

Les formules conventionnelles

La *convention* est très répandue dans les relations entre établissements publics et cliniques privées pour formaliser un partage d'activités médicales, notamment dans le cadre d'une organisation en réseau (urgences²⁹⁹, cancérologie) et, plus généralement, pour assurer la continuité des soins.

La possibilité d'accorder une *concession de service public* aux cliniques privées prévue par la loi de 1970, mais tombée en désuétude, a été réactivée depuis quelques années dans le contexte de la recomposition. Elle permet à l'Etat de fermer des services de chirurgie de petits centres hospitaliers et de confier à la clinique de la ville, pour une période déterminée, l'exclusivité dans la discipline en contrepartie d'un engagement de satisfaire aux obligations de service public.

L'ordonnance du 24 avril 1996 a recréé, sous le nom de « structures d'hospitalisation », les *cliniques ouvertes* que les centres hospitaliers, autres que les CHR/U, peuvent être autorisés par le directeur de l'ARH à créer en leur sein. Y sont admis, à titre payant pour les honoraires, des patients qui peuvent faire appel aux médecins de leur choix autres que ceux exerçant à titre exclusif dans l'établissement. Cette formule facilite le regroupement entre les hôpitaux et les cliniques quand les praticiens libéraux qui exerçaient à la clinique ne souhaitent pas devenir praticiens hospitaliers.

Les formules institutionnelles

Outre les GIP et GIE déjà évoqués, les établissements publics et privés, y compris, depuis la loi du 4 mars 2002, les établissements privés PSPH peuvent, en application de l'ordonnance de 1996, créer un *groupement de coopération sanitaire (GCS)*. Il s'agit en pratique d'un GIE sanitaire qui peut réaliser des activités de soins dans les mêmes locaux avec des moyens communs. Il n'a pas la qualité d'établissement de santé, n'est pas employeur, mais peut bénéficier d'autorisations

299. Les cliniques privées, comportant une unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU), doivent conclure un contrat-relais avec les établissements participant au service public, sièges de services d'accueil des urgences (SAU).

d'installation d'équipements lourds et d'activités de soins depuis la loi de 1999. Créé avec une grande liberté statutaire, il peut être administré par des personnes morales et ses membres ne sont tenus des dettes du groupement qu'à hauteur de leur participation. Il représente pour les ARH l'outil approprié pour une collaboration, par exemple, entre un hôpital, en charge d'une activité d'obstétrique, et une clinique exploitant un service de chirurgie.

Par ailleurs, il faut rappeler la possibilité pour les établissements participant au service public hospitalier d'acquérir les installations et les autorisations détenues par une clinique privée.

3 – La mise en œuvre des outils de recomposition

a) Le recensement des recompositions

La DHOS élabore un atlas de la recomposition de l'offre de soins. La deuxième édition porte sur la période allant de novembre 1998 à juillet 2000. Pour les 26 régions, 369 opérations étaient en cours à l'été 2000, dont 224 nouvelles (60 %) initiées depuis la fin de 1998. Ce bilan fait apparaître une augmentation de 9 % par rapport à 1998 (330). Mais cette évolution doit être considérée avec précaution car, d'une part, elle intègre des opérations qui figuraient déjà dans le précédent bilan (opérations alors en cours) et, d'autre part, elle n'inclut que les actions engagées par les ARH pour adapter l'offre.

L'effort de recomposition concerne principalement des priorités de santé publique : psychiatrie, urgences, périnatalité, traitement du cancer et prise en charge des personnes âgées. L'atlas signale que certaines opérations permettent également de maintenir une offre de proximité dans des conditions de sécurité et de qualité améliorées.

L'atlas recense également 111 communautés d'établissements, constituées ou en cours de création dans les 150 secteurs sanitaires, et 120 réseaux agréés ou en cours d'agrément par les ARH. D'une part, les données recueillies par l'atlas sont très hétérogènes et d'un intérêt limité, l'atlas ne comportant aucun bilan chiffré national des différentes opérations de recomposition hospitalière. D'autre part, l'atlas ne précise pas le calendrier de mise en œuvre des opérations ni leur état d'avancement. Ainsi, six ans après l'obligation prévue par l'ordonnance de 1996, la constitution de communautés d'établissements est loin d'être achevée.

b) Les politiques menées par les ARH

Le bilan retracé dans l'atlas et les contrôles effectués par les chambres régionales des comptes montrent que les recompositions se réalisent selon des modalités très variées. Ces opérations se déroulent sur plusieurs années, notamment lorsqu'elles supposent la réalisation d'un projet immobilier d'envergure et des transferts de personnel entre sites.

En Bourgogne, le SROS définit neuf pôles de coopération au sein desquels l'agence encourage systématiquement les rapprochements entre établissements publics sous forme de SIH (16 SIH ont été créés). Toutefois, tous n'ont pas vocation à préparer une fusion : l'outil est utilisé aussi bien pour rationaliser la logistique que pour mettre en place une direction commune (CH de Tonnerre et d'Auxerre) ou assurer l'accueil des urgences (CH de Semur-en-Auxois et d'Avallon).

Une part des recompositions intervenant dans le secteur public concerne le rapprochement entre centre hospitalier et centre hospitalier spécialisé, qui aboutit parfois à des fusions, comme à Mont-de-Marsan (Landes). En Pays de la Loire, le SIH est la forme privilégiée par l'agence pour restructurer l'offre en santé mentale : en Loire-Atlantique, un SIH a été créé en 1999 pour coordonner l'offre entre le CHU de Nantes, le CH de Saint-Nazaire, le CHS de Montbert, le CHS de Blain et l'Office central d'hygiène sociale (PSPH). En Mayenne, la restructuration s'est traduite par la fusion du CH et du CHS à Mayenne, le transfert d'une grande partie des lits de psychiatrie aux CH de Laval et de Château-Gontier et la création d'un SIH pour gérer des thérapies spécifiques et des activités transversales. L'opération a rencontré des difficultés au moment du partage des actifs, ainsi que lors des élections des représentants du personnel. Elle n'aurait pu se faire sans le recours au FASMO pour financer le transfert du personnel de Mayenne à Laval (une centaine de personnes).

En Rhône-Alpes, des coopérations anciennes engagées dans le cadre de SIH doivent déboucher sur des transferts d'activité (SIH de la Tarentaise et SIH des Hôpitaux du Mont-Blanc). Mais, comme pour les CH fusionnés d'Annemasse et Bonneville, la réorganisation sur les différents sites est loin d'être achevée, d'autant que pour ces derniers, le centre hospitalier intercommunal doit être reconstruit sur un nouveau site.

En Franche-Comté, l'agence soutient deux fusions importantes : Lure-Luxeuil/Vesoul, d'une part, et Belfort/Montbéliard, d'autre part. Il reste à concrétiser ces fusions juridiques par une réorganisation effective des activités médicales. La mise en place d'une direction commune constitue la première étape significative de la fusion, mais elle ne suffit

pas à garantir son succès, comme l'illustre l'exemple de Poissy/Saint-Germain-en-Laye en Ile-de-France.

Enfin, la fédération de services peut être utilisée pour soutenir des établissements en difficulté : en Franche-Comté, l'ARH a aidé le centre hospitalier de Gray, dont le maintien est jugé nécessaire, en suscitant la création d'une fédération de services avec le CHU pour la maternité.

Les coopérations interrégionales entre établissements publics sont particulièrement lentes à établir. On peut citer les cas des centres hospitaliers de Mamers et Alençon, de Confolens et Saint-Junien ou encore de Saint-Claude et Oyonnax.

En Pays de la Loire, l'agence a cherché, avant même la parution du SROS, à organiser les relations entre les secteurs public et privé en fonction de la situation locale : le nombre des plateaux techniques a été défini par zone en fonction des besoins avant que soient examinées les complémentarités à mettre en œuvre. Dans des agglomérations de petite taille, quatre cliniques ont reçu un monopole, total ou partiel, de l'activité programmée de chirurgie en contrepartie d'une concession de service public.

En Bretagne, la recomposition a concerné au premier chef les maternités : regroupement entre établissements publics fusionnés (Lorient-Hennebont et Vannes-Auray) et transfert du secteur privé à but lucratif au secteur public (Saint-Malo, Dinan, Guingamp), les cliniques ne jugeant pas l'activité suffisamment rentable par rapport à la chirurgie.

Les ARH semblent donc, dans de nombreuses régions, avoir pris l'initiative de recompositions. Cependant, la plupart des opérations sont en cours de réalisation. Elles se heurtent à de réelles difficultés de mise en œuvre. Par ailleurs, aucun bilan chiffré de leur impact n'a été établi.

c) Les difficultés de mise en œuvre

La recomposition est complexe à mettre en œuvre pour des raisons qui tiennent, notamment, à la diversité juridique des établissements, de leur mode de financement et des statuts des personnels médicaux et non médicaux.

Dès lors, il appartient aux ARH, pour favoriser les opérations, de rechercher les formules les mieux adaptées aux situations et à la volonté des partenaires. La Cour a déjà souligné la nécessité pour les ARH³⁰⁰, engagées dans des opérations de recomposition délicates, de disposer

300. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2000.

d'appuis techniques de la part du ministère et de pouvoir échanger leurs expériences. Mais les difficultés principales résident dans la recherche et le maintien de l'accord des parties et dans les obstacles politiques.

Des opérations complexes

Les coopérations entre les secteurs public et privé sont particulièrement complexes. A titre d'exemple, outre la reconstruction sur un site unique, la constitution du pôle de santé Sud-Sarthe entre les CH de Sablé-sur-Sarthe et de La Flèche, ainsi qu'avec la clinique de la Providence à La Flèche, passe par la création d'un SIH pour matérialiser la fusion des deux CH, la création d'un GCS entre le SIH et la clinique, la création d'un réseau de soins ville / hôpital et, enfin, l'examen de la faisabilité d'une structure de « clinique ouverte » pour permettre aux praticiens de la clinique d'exercer au sein de ce pôle.

Des opérations totalement justifiées peuvent être remises en cause par le non-respect, par un des partenaires, de ses engagements juridiques et financiers ou par une intervention politique. Le premier cas est illustré par la situation de « l'hôpital-clinique » de Lillebonne en Haute-Normandie qui regroupe, dans les mêmes locaux, deux établissements qui se sont partagé les activités. La clinique ne respecte pas les obligations qui résultent du contrat d'association au service public. L'enquête effectuée par l'ARH montre que « l'hôpital-clinique » fonctionne avec le soutien financier de l'établissement public de santé et que l'opération n'a pas permis de répondre aux besoins, les services de garde partagée, en anesthésie notamment, n'étant pas assurés dans les conditions prévues au contrat d'association au service public. De nouvelles modalités de coopération doivent donc être recherchées. En Bretagne, la fusion des hôpitaux de Pontivy et Loudéac, prévue par le SROS dès 1994, a failli aboutir après l'accord des deux établissements enfin obtenu en février 2000. Mais le projet a été remis en cause à l'issue des dernières élections municipales.

La réorganisation effective de l'activité est parfois suspendue à un projet de reconstruction des établissements sur un site unique ; c'est par exemple le cas pour le centre hospitalier de Bretagne Sud, issu en 1997 de la fusion des CH de Lorient et d'Hennebont, distants de 12 km. Le centre hospitalier intercommunal a tardé à établir son projet médical en raison de la difficulté à répartir entre les sites les activités de court séjour et de parvenir à une solution architecturale satisfaisante. La fermeture de l'hôpital des Armées Calmette, en 1999, la dévolution du site à l'hôpital général et les mouvements de protestations qui se sont développés ont aggravé ces difficultés.

La recomposition en Ile-de-France

En Ile-de-France, la recomposition nécessaire est à la fois de très grande ampleur et très difficile. La restructuration du secteur privé, très dense, s'effectue essentiellement sous la pression des contraintes financières et a conduit à la disparition de 70 établissements de court séjour depuis 1997 (52 fermetures et 18 reconversions). Mais la recomposition dans le secteur public est plus lente. Les établissements publics de santé et les établissements privés participant au service public sont réticents à s'engager dans des coopérations aboutissant à une nouvelle répartition d'activités. L'autorisation de services d'accueil des urgences, répartis sur plusieurs sites engagés dans un processus de coopération, voire de fusion, en témoigne. C'est, par exemple, le cas au centre hospitalier intercommunal de Poissy-Saint-Germain, qui a cependant pu restructurer d'autres activités et élaborer un projet médical qui devrait organiser la complémentarité des sites.

Les difficultés auxquelles se heurte l'ARH d'Ile-de-France sont amplifiées par plusieurs facteurs : la forte contribution à la péréquation nationale et l'insuffisance des aides apportées par les fonds (FIMHO, FMES) compte tenu des besoins et des modalités de calcul, le régime dérogatoire appliqué à l'AP-HP, qui implique une plus grande proximité des ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur³⁰¹ qui interviennent dans les projets les plus conflictuels.

L'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP)

L'AP-HP, qui emploie 90 000 personnes, regroupe des établissements très différents : des sites historiques tels que l'Hôtel-Dieu ou Saint-Vincent-de-Paul, des établissements implantés en banlieue dans les années 70 pour faire face à l'évolution démographique, des établissements de pointe comme la Pitié-Salpêtrière, qui, avec 370 M€ de budget d'exploitation en 2000, a la taille d'un CHU de province, enfin des structures de moyen et long séjours. L'AP-HP est ainsi constituée d'une quarantaine d'hôpitaux et de groupes hospitaliers : 17 à Paris, 18 en petite et grande couronne, 4 en province (Berck, Hendaye, Hyères, Liancourt).

La dépense hospitalière de l'AP-HP représentait, en 2000, 10 % de la dotation globale hospitalière nationale. En outre, l'AP-HP constituait, à la même date, 30 % de l'offre régionale de soins de court séjour (42 % en médecine, 20 % en chirurgie, 24 % en obstétrique), 22 % en soins de suite et de réadaptation et 51 % en soins de longue durée.

L'AP-HP n'a pas constitué un moteur de la recomposition. La fermeture des hôpitaux Broussais, Boucicaut et Laennec et la création de

301. Le ministère chargé de l'enseignement supérieur intervient dans la nomination des professeurs d'université-praticiens hospitaliers.

l'hôpital européen Georges Pompidou (HEGP) ont été mis en avant par l'AP-HP pour démontrer sa capacité à se restructurer. Mais, outre les aléas financiers qui ont accompagné l'opération immobilière et le faible impact en termes d'économies de fonctionnement, il faut souligner le manque de cohérence entre ce projet et les orientations des SROS successifs : l'HEGP a été construit dans le secteur sanitaire de Paris-Sud, le mieux pourvu en structures de soins, et dont la capacité en court séjour devait et doit toujours être réduite. En outre, les services du nouvel hôpital ont été rattachés à deux facultés de médecine distinctes imposant le maintien injustifié de certains services. La difficulté à composer avec plusieurs UFR de médecine pour opérer la moindre restructuration (les PU-PH sont nommés dans les services rattachés aux 11 UFR et non à l'AP-HP dans son ensemble) constitue un obstacle majeur à toute évolution au sein de l'AP-HP.

Dans ces conditions, l'ARH d'Ile-de-France s'est surtout attachée à inciter les établissements PSPH du secteur à tenir compte de l'activité du nouvel établissement et à rationaliser leur offre de soins. La gestion, par le ministère, du conflit qui en a résulté témoigne de la difficulté à mettre en œuvre les objectifs de la carte sanitaire et du SROS.

—SYNTHÈSE—

Les agences régionales de l'hospitalisation se sont dans l'ensemble mobilisées pour promouvoir la recomposition hospitalière, les textes ayant mis à leur disposition, à partir de 1996, de nombreux instruments.

Mais l'impact macro-économique et financier de ces opérations n'a donné lieu à aucune évaluation. Il n'est donc pas possible de discerner dans quelle mesure elles ont modifié l'offre de soins hospitaliers ou allégé la contrainte financière.

C – Les fonds spécifiques d'aide à la restructuration du tissu hospitalier

Les recompositions peuvent nécessiter, dans un premier temps, des dépenses supplémentaires qui justifient des aides exceptionnelles. Même si les ARH tiennent compte, dans les dotations budgétaires annuelles, de la mise en œuvre des projets d'établissement et des contrats d'objectifs et de moyens, leurs marges de manœuvre ne sont pas suffisantes. Des fonds ont donc été créés afin de contribuer au financement des investissements et des coûts sociaux induits par les recompositions.

1 – Les dotations des fonds ont beaucoup augmenté

Entre 1998 et 2000, trois fonds ont été créés pour financer les recompositions. Deux concernent les hôpitaux publics et privés PSPH : le fonds d'investissement pour la modernisation des hôpitaux (FIMHO) et le fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé (FASMO) devenu, en 2002, le fonds de modernisation des établissements de santé (FMES). Le troisième est le fonds pour la modernisation des cliniques privées (FMCP). Le FIMHO est financé par le budget de l'Etat, les deux autres par l'assurance maladie.

a) Le FIMHO³⁰²

Entre 1998 et 2000, 144,83 M€ d'autorisations de programmes et 86,14 M€ de crédits de paiement ont été inscrits au budget de l'Etat³⁰³, alors que les besoins avaient été estimés à 457,35 M€ sur trois à cinq ans. A partir de la fin de 2000, un accroissement important des dotations est constaté : entre la loi de finances rectificative pour 2000 et la loi de finances pour 2002, un montant total de 358,25 M€ d'AP³⁰⁴ a été ouvert pour tenir compte de l'élargissement des missions du fonds. Pour autant, il n'est pas possible d'identifier la part de ces crédits effectivement affectée à des recompositions, même lorsqu'elles figurent dans les annexes des SROS³⁰⁵.

b) Le FASMO/FMES

Un fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé a été créé au 1^{er} janvier 1998, pour cinq ans, par la loi de financement de la sécurité sociale pour financer la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements sous dotation globale concernés par des recompositions. Il est financé par une contribution de l'assurance maladie répartie entre les différents régimes au prorata de leur part dans la dotation globale hospitalière.

302. Voir le rapport de la Cour sur l'exécution de la loi de finances pour 2000.

303. Chapitre 66-12 du budget santé – solidarité.

304. Ce montant, qui résulte en grande partie d'un amendement au projet de loi de finances pour 2002, tient compte également des annulations de crédits intervenues en 2001.

305. Sommes à comparer avec la dépense annuelle d'investissement des hôpitaux : 2,6 Md€ en 1999.

A partir de l'estimation d'un besoin annuel de 45,73 M€ le fonds a été doté par décret, entre 1998 et 2001, d'un montant total de ressources de 91,46 M€ auxquels se sont ajoutés, en 2000, 60,98 M€ pour tenir compte de l'élargissement de ses missions.

Le FMES, créé à titre pérenne par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, s'est substitué au FASMO.

c) Le FMCP

Le fonds de modernisation des cliniques privées a été créé, pour cinq ans, par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 afin de financer des investissements concourant à l'adéquation de l'offre de soins hospitaliers aux priorités définies par les SROS. Sa dotation, à la charge de l'assurance maladie, a été inscrite en loi de financement, pour respectivement 15,24 M€ en 2000 et 22,87 M€ en 2001. La LFSS pour 2002 a porté la dotation 2001 à 114,34 M€ et a fixé la dotation 2002 à 91,47 M€ pour tenir compte de l'élargissement des missions du fonds.

2 – L'évolution des missions des fonds les éloigne de leur objectif central d'aide à la restructuration

Alors que les missions des fonds étaient claires à l'origine, à partir de 2000, elles se sont élargies et une certaine confusion s'est installée, notamment à la suite du protocole d'accord du 14 mars 2000 sur la modernisation du service public hospitalier.

Le FIMHO devait, à l'origine, financer les opérations ayant un impact sur l'offre, présentant un caractère exemplaire et comportant un effet d'entraînement. Les critères d'éligibilité des projets ont été élargis aux restructurations internes aux établissements et à l'harmonisation des systèmes d'information.

De même, le FASMO, à l'origine en charge du financement d'aides ou d'indemnités d'accompagnement social des recompositions, a vu son champ étendu aux contrats locaux d'amélioration des conditions de travail et aux volets sociaux des projets d'établissement, sans lien nécessaire avec les restructurations.

A partir de 2002, le FMES qui lui succède peut participer au financement d'investissements immobiliers courants et d'entretien du patrimoine, le qualificatif « social » du FASMO ayant disparu de la nouvelle appellation.

La même évolution peut être constatée à propos du FMCP qui était consacré, à l'origine, au financement d'investissements dans des

immobilisations corporelles nécessitées par des regroupements et, à titre exceptionnel, dans des systèmes d'information de santé. La circulaire du 11 septembre 2000 a étendu ses interventions à la mise en conformité d'installations, notamment en matière de sécurité sanitaire, sans lien imposé avec des restructurations. Enfin, à la suite du protocole d'accord du 7 novembre 2001 entre l'Etat et les fédérations d'établissements privés, son champ d'intervention a été étendu « à la contribution à la politique sociale et salariale des établissements concernés », ce qui a justifié la majoration de sa dotation pour 2001 et 2002. Ce fonds, créé pour cinq ans, se voit ainsi imputer des dépenses dont le caractère pérenne est manifeste.

Le développement de leurs missions a fait perdre aux fonds une grande partie de leur justification initiale, dès lors que leurs interventions ne sont plus centrées sur la participation aux surcoûts induits par les recompositions et qu'elles portent sur des dépenses d'investissement courant, de fonctionnement ou des remises à niveau salariales. Les fonds servent ainsi, dans la pratique, à compléter les enveloppes hospitalières de l'ONDAM au profit de certains établissements publics ou privés sélectionnés selon des critères incertains.

3 – La montée en charge des fonds a été lente

S'agissant du FIMHO, cette lenteur tient essentiellement à la centralisation au niveau national de la procédure d'attribution des subventions. En 1999, comme en 1998, la liste des opérations retenues n'a été définitivement arrêtée qu'en octobre.

Au total, si le taux d'affectation des crédits a été important (sauf en 2001), le taux de consommation a été très faible. Soit les établissements lassés d'attendre, avaient commencé les travaux avant de recevoir la notification, ce qui les privait du bénéfice de la subvention, soit les projets retenus n'étaient pas assez préparés pour être réalisés. Ainsi, des crédits affectés, notamment sur le programme 1999, étaient encore à la fin de 2001 totalement inutilisés³⁰⁶.

Bien que géré de manière déconcentrée, le FASMO a connu également une montée en charge lente, liée à l'absence de projets éligibles en 1998 et 1999. Il a, de ce fait, dégagé des résultats excédentaires en 2000 ; ceux de 2001 étaient déficitaires du fait de l'absence de contribution de l'assurance maladie. Au total, compte tenu

306. On peut citer des opérations concernant les hôpitaux de Bayonne-Côte basque, 2^{ème} tranche, Autun, Rambouillet, Poissy-Saint-Germain-en-Laye et le centre hospitalier sud-Réunion.

des résultats cumulés de l'ensemble des exercices, il a transféré au FMES un solde positif de 79,93 M€³⁰⁷.

Le FMCP, opérationnel seulement depuis 2001, n'a pas encore produit les comptes et le rapport d'activité afférents à cette année. Il est réparti en enveloppes régionales attribuées aux ARH et calculées en fonction de l'importance du secteur privé dans les régions. Les participations allouées font l'objet d'avenants aux contrats d'objectifs et de moyens, après consultation des fédérations représentant les cliniques privées.

Deux fonds sur trois font l'objet d'une gestion déconcentrée. La gestion centralisée du FIMHO ne se justifie que si ce fonds est bien recentré sur le financement d'opérations restructurantes.

4 – L'utilisation des fonds n'est pas conforme à leur vocation

Si un droit de tirage sur le FIMHO, proportionnel au poids de chaque région dans la dotation globale hospitalière, est fixé à titre indicatif depuis 2000, la logique de l'appel à projets permet, le cas échéant, de dépasser ce droit en fonction de l'intérêt des dossiers. Cependant, l'enquête de la Cour a montré que le choix des opérations devait aussi être ajusté à l'aide des dotations théoriques cumulées sur 1998-2001, afin de corriger les écarts apparus depuis 1998 entre les régions.

Les critères d'attribution des subventions du FIMHO n'ont pas empêché un certain saupoudrage de crédits. Si certaines recompositions significatives³⁰⁸ ont bénéficié de subventions du fonds, beaucoup de crédits ont été dispersés sur des dossiers à l'impact limité. Ainsi, des subventions ont été accordées à des GIP de médecine nucléaire, à un GCS de télémedecine, pour l'acquisition et l'installation d'appareils d'IRM, ou pour l'aménagement de plateaux de kinésithérapie. En 2000, pourtant, les circulaires ont rappelé que les subventions devaient être accordées à des opérations exemplaires ayant un impact sur l'offre de soins, y compris à la faveur d'une complémentarité public-privé.

307. Les ARH instruisent les demandes des établissements et délivrent les agréments permettant à la Caisse des dépôts et consignations, gestionnaire du fonds, de rembourser aux établissements les dépenses relevant du FASMO, mais ne sont pas informées des taux de consommation.

308. On relèvera les opérations concernant Carpentras (pôle public-privé), Lyon (restructuration des hôpitaux Saint-Joseph et Saint-Luc), Tours (pôle mère-enfant), Romilly-sur-Seine, Belfort-Montbéliard, Bayeux, Saint-Tropez etc.

Après que les circulaires ont imposé, pour éviter le saupoudrage des crédits, un taux de participation du FIMHO de 20 % au moins ou des montants minima de subventions, le taux moyen des subventions accordées par le ministère se situe encore, selon les années, entre 14 et 18 %.

—SYNTHÈSE—

La création de fonds destinés à la prise en charge d'une fraction du coût des opérations de reconstitution était justifiée. Pour autant, leur utilisation n'a pas été optimale, tant dans la définition de leurs missions que dans la sélection des opérations aidées. Ils tendent à devenir des compléments de dotation et peuvent même contrarier les politiques de redéploiement budgétaire conduites par les ARH.

—RECOMMANDATIONS—

29. *Recentrer les fonds sur leur mission d'aide aux reconstitutions.*

30. *Améliorer les procédures d'attribution des aides du FIMHO dans le sens d'une plus grande rapidité des décisions et d'une sélection des opérations plus conforme à l'objectif de reconstitution du tissu hospitalier.*

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES PAGE 517

II - Le personnel médical hospitalier

Dans les établissements hospitaliers publics et privés sous dotation globale³⁰⁹, les dépenses de personnel médical représentent près de 12 % des dépenses d'exploitation. Tous statuts confondus, au 31 décembre 1999, on comptait 94 700 praticiens, soit 67 400 médecins ETP, auxquels s'ajoutaient 16 100 internes (source SAE).

De la disponibilité, de la répartition géographique et de la spécialisation de ces personnels dépendent largement les conditions d'accès aux soins de la population et l'organisation des hôpitaux. Or, les conditions actuelles de suivi des effectifs, de recrutement et de gestion de ces praticiens ne sont pas adaptées aux objectifs de planification

309. Les médecins intervenant dans les cliniques privées sous objectif quantifié national (OQN) ne sont pas salariés. Ce sont des médecins libéraux rémunérés à l'acte sur l'enveloppe des soins de ville. Ils ne sont pas compris dans ces chiffres.

hospitalière et de meilleur accès aux soins fixés dans les SROS. De plus, les perspectives démographiques à moyen terme du corps médical risquent de peser lourdement sur la mise en œuvre de la politique hospitalière.

A – La situation du personnel médical hospitalier

1 – Les effectifs de médecins hospitaliers

a) Des effectifs mal connus

Cette méconnaissance tient à la multiplicité des sources statistiques, incomplètes et disponibles tardivement. Il s'agit soit de fichiers concernant la totalité des médecins, soit de fichiers dédiés aux seuls médecins hospitaliers. Ainsi, le fichier ADELI, tenu par la direction générale de la santé, doit normalement enregistrer tous les médecins qui, pour exercer, doivent faire enregistrer leur diplôme auprès des DDASS. Mais des médecins, notamment hospitaliers, n'effectuent pas cette formalité dont le non-respect n'est pas sanctionné. Le fichier SIGMED, suivi par la DHOS, recense seulement les praticiens hospitaliers à temps plein et partiel, excluant ainsi les deux tiers des médecins intervenant à l'hôpital (notamment les attachés et les internes). Enfin, la SAE qui comptabilise notamment les effectifs des personnels médicaux et non médicaux travaillant dans les établissements publics et privés présente une fiabilité insuffisante et est disponible trop tardivement.

La connaissance du nombre de médecins intervenant à l'hôpital et de leur équivalent temps plein est rendue complexe par la diversité de leurs statuts. Les praticiens hospitalo-universitaires ont une double fonction d'universitaires et de médecins sans que le temps qu'ils consacrent aux soins soit mesuré; par ailleurs, certains praticiens exercent exclusivement à l'hôpital alors que d'autres y effectuent des vacations; certains médecins ont des fonctions dans un seul établissement de santé, d'autres dans plusieurs.

En raison des imperfections du système statistique, la DREES a dû, pour réaliser une étude sur l'évolution des médecins hospitaliers³¹⁰, rassembler et redresser des données provenant à la fois d'ADELI, des enquêtes SAE, de l'enquête Emploi de l'INSEE auprès des ménages et des statistiques du ministère de l'éducation nationale.

310. « Les médecins hospitaliers depuis le milieu des années 80 », Etudes et résultats n° 145, nov. 2001.

b) Des effectifs globalement stables depuis 15 ans

Alors que le nombre total de médecins a augmenté de 32 % entre 1984 et 2001, il ressort de l'étude de la DREES que le nombre de médecins intervenant à l'hôpital est resté globalement stable, autour de 100 000. En revanche, la structure du personnel médical a évolué : le nombre de médecins à temps plein est passé de 45 500 à 56 000 (+ 25 %) et le nombre d'attachés de 25 000 à 32 000 (+ 28 %). Au contraire, le nombre d'internes dans les hôpitaux a diminué de 29 000 à 13 000. Il est difficile de savoir dans quelle mesure l'évolution du nombre de médecins salariés et de vacations d'attachés a permis de compenser la diminution du nombre d'internes, alors que l'activité médicale a augmenté pendant cette période et continue de croître légèrement ces dernières années. Surtout, dès lors que la situation des effectifs médicaux hospitaliers s'est tendue au plan national, la satisfaction des besoins géographiques et par spécialités est devenue plus difficile à assurer.

De 1995 à 2000, les dépenses de personnel des hôpitaux publics ont augmenté de 16 % en francs courants, contre 14 % pour l'ensemble des dépenses. Au sein de ce poste, les dépenses relatives au personnel médical ont progressé de 25 % en francs courants sur la même période. De ce fait, la part des dépenses de personnel médical dans le total des dépenses est passée de 10,7 % à 11,7 %. Cette augmentation correspond à la déformation de la structure des effectifs médicaux et au poids accru des médecins salariés, au regard du nombre d'internes.

B – Le recrutement et la gestion des personnels hospitaliers

La diversité des statuts

L'ordonnance du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers universitaires (CHU), à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche a créé deux corps de personnels enseignants et hospitaliers : les professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) et les maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH) chargés de missions d'enseignement, de recherche et de soins. Puis, le décret du 24 août 1961 a prévu le recrutement de praticiens à temps plein dont les fonctions seraient exclusivement hospitalières dans les autres hôpitaux publics. Ce texte a été modifié, puis remplacé par le décret du 24 février 1984 portant statut de praticien hospitalier à temps plein. A côté de ces personnels hospitalo-universitaires ou hospitaliers, dont le recrutement se fait uniquement par concours, se sont développées diverses formes d'emplois temporaires et des modalités d'exercice incomplet. Les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux (CCA) et les assistants hospitaliers-universitaires (AHU) sont recrutés par cooptation à l'issue de l'internat pour une durée limitée dans le cadre d'un post-internat ; ils exercent des fonctions universitaire et hospitalière. L'assistantat, régi par le décret du 28 septembre 1987, correspond au clinicat dans les hôpitaux non universitaires. La création en 1985 du statut de praticien hospitalier à temps partiel est essentiellement motivée par les difficultés de recrutement rencontrées par les hôpitaux ; ce statut est destiné à renforcer le secteur hospitalier tout en permettant de désencombrer le secteur libéral dans certaines spécialités et dans certaines régions. Les attachés exercent à l'hôpital à temps partiel en effectuant des vacations de 3 h 30 (une à huit vacations avec des possibilités de dérogation jusqu'à onze vacations par semaine) dans un ou plusieurs établissements. Les hôpitaux publics ont également la possibilité de recruter de façon temporaire des praticiens contractuels, notamment en cas de nécessité de service, de remplacement et d'absence. Enfin, en 1995, un statut de praticien adjoint contractuel (PAC) a été institué pour régulariser la situation des praticiens possédant un diplôme délivré en dehors de l'Union Européenne en leur permettant d'exercer à l'hôpital dans certaines conditions et de passer le concours de praticien hospitalier.

1 – Les procédures de recrutement et de gestion des carrières

Le corps médical hospitalier se caractérise aujourd'hui par un empilement de statuts très divers qui s'adressent à des médecins ayant pour la plupart une formation identique. Au moment où les rapprochements entre structures publiques et privées et les mises en réseau sont favorisés, cette organisation montre ses limites : précarité de certains statuts, absence d'accès aux responsabilités hospitalières de

certaines professions, perspectives de carrière peu lisibles, rémunérations différentes pour des tâches identiques et difficultés de mobilité entre les établissements, les recrutements faisant une large part à la cooptation.

Les procédures de recrutement, de nomination et de gestion de carrière sont complexes et diverses. Elles font intervenir, outre les établissements publics de santé concernés, tous les niveaux géographiques de l'administration de la santé et, pour les PU-PH, les services du ministère chargé de l'enseignement supérieur. Les procédures de création de postes sont partagées entre la DHOS et les ARH; les procédures de recrutement sont éclatées entre la DHOS, l'ARH et le préfet; dans les nominations, interviennent la DHOS et le préfet; enfin, la gestion des carrières est également partagée entre la DHOS et le préfet. Cet éclatement des procédures ne favorise pas le développement d'une synergie avec les stratégies régionales de recomposition de l'offre de soins des hôpitaux publics et privés que doivent piloter les ARH. Par ailleurs, la liste des postes vacants de PU-PH et de MCU-PH est arrêtée par les ministres chargés des universités et de la santé sur proposition des instances locales, doyens des facultés et CHU. Il est regrettable que l'avis des ARH ne soit pas sollicité sur ces propositions, afin qu'elles puissent s'assurer de leur conformité aux besoins des hôpitaux.

S'agissant de la nomination des praticiens hospitaliers, elle relève de la DHOS pour les praticiens à temps plein, et du préfet de région pour les praticiens à temps partiel. La publication des postes et la nomination de tous les praticiens hospitaliers par les ARH favoriseraient une meilleure adaptation à l'évolution de l'offre de soins hospitaliers telle que prévue par les SROS.

2 – Les difficultés de recrutement rencontrées par les hôpitaux

La croissance des effectifs de médecins s'est faite sans autre régulation que celle très globale du *numerus clausus*, laissant s'installer d'importants déséquilibres géographiques et sectoriels. La répartition entre les spécialités médicales ou chirurgicales n'a jamais été régulée par le concours de l'internat. En effet, le choix des étudiants ne s'effectue qu'entre neuf disciplines dont certaines correspondent à une spécialité alors que d'autres en regroupent plusieurs : les disciplines médicale et chirurgicale correspondent respectivement à seize et treize spécialités différentes.

Les déséquilibres dans la répartition des praticiens observés entre les régions et entre les spécialités sont également constatés dans les hôpitaux. Les difficultés de recrutement concernent plus particulièrement

les établissements de santé des régions de Picardie, Champagne-Ardenne, Auvergne, Nord-Pas-de-Calais, Basse-Normandie et Lorraine.

Par ailleurs, la progression du nombre de spécialistes s'est essentiellement faite en faveur du secteur libéral : en 1980, 51 % des spécialistes exerçaient à l'hôpital ; en 2000, ce taux n'est plus que de 37 %. Les disciplines hospitalières dont le recrutement est le plus difficile sont l'anesthésie-réanimation, la radiologie, la psychiatrie et la pédiatrie, alors que les effectifs globaux ne sont déficitaires ni en psychiatrie ni en radiologie. Les difficultés des hôpitaux à recruter dans ces deux spécialités proviennent essentiellement de l'attrait plus grand des conditions d'exercice en ville ou en clinique privée. Au 31 décembre 2001, le taux de vacance des postes de praticiens à temps plein était de 18 % et celui des praticiens à temps partiel de 31 %.

Certains hôpitaux, confrontés à des difficultés de recrutement, font appel à des intérimaires coûteux afin de faire fonctionner leurs services. Cette pratique, signalée notamment dans certains hôpitaux des régions Lorraine, Champagne-Ardenne ou Pays de la Loire, existe sans doute dans d'autres régions, notamment dans les petits centres hospitaliers.

S'il est compréhensible que des praticiens ne soient pas spontanément attirés par certaines zones peu peuplées ou par des établissements de taille modeste, il n'en demeure pas moins que, dans certains cas, le maintien de l'offre de soins s'impose. Le protocole d'accord sur le statut des praticiens hospitaliers du 13 mars 2000 a eu pour objet de conforter le rôle des médecins et de rendre plus attractives leurs carrières. Diverses mesures dont le coût est estimé à 213 M€ en année pleine ont été adoptées. Ainsi, un dispositif a été mis en place par le décret du 19 septembre 2001 pour assurer le maintien ou le recrutement de praticiens hospitaliers sur des postes identifiés comme prioritaires pour la réalisation des objectifs du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS). Les premiers éléments disponibles montrent que les régions dont la densité médicale générale est la plus faible sont en tête des demandes et que, sur les 1 068 postes proposés pour figurer sur la liste des recrutements prioritaires, 723 d'entre eux concernent l'anesthésie-réanimation, la psychiatrie et la radiologie (soit près de 68 % des postes proposés). Afin de favoriser les recrutements, des indemnités ont été prévues en faveur des praticiens qui acceptent des postes difficiles, qui renoncent à la possibilité d'exercer une activité libérale à l'hôpital pendant au moins trois ans, ou encore qui acceptent d'avoir une activité dans plusieurs établissements de santé afin de développer des actions de coopération ou de mise en réseau. De plus, des mesures de revalorisation des carrières des praticiens à temps plein et à temps partiel ont été adoptées, ainsi que des dispositions pour développer le post-internat

(chefs de cliniques et assistants des hôpitaux) et retenir les jeunes médecins à l'hôpital. Ces mesures, mises en place il y a deux ans, n'ont pas encore fait l'objet d'une évaluation.

C – Les perspectives de la démographie médicale hospitalière

Malgré les difficultés apparues depuis plusieurs années, la démographie médicale hospitalière a été peu étudiée jusqu'à présent. Or, l'arrivée à la retraite de nombreux médecins au cours des prochaines années va accroître la concurrence entre la ville et l'hôpital au détriment de celui-ci.

1 – Les évolutions prévisibles

Dans un rapport sur la démographie médicale de juin 2001 élaboré par la DGS, la situation propre aux hôpitaux n'est que très partiellement abordée. Le rapport note simplement que « *depuis de nombreuses années, la France connaît un problème de démographie médicale dans ses hôpitaux. Aujourd'hui, les vacances de postes se multiplient dans certaines spécialités et dans certaines zones. Les exemples de l'anesthésie réanimation, de la psychiatrie sont anciens, il faut y ajouter notamment les difficultés qui touchent désormais la chirurgie, particulièrement dans certaines spécialités.* »

De même, la DHOS, dans un rapport de juin 2001, "Propositions sur les options à prendre en matière de démographie médicale", évoque la situation des hôpitaux, sans données chiffrées précises.

Les projections de la démographie médicale à l'horizon 2020 par région et par mode d'exercice de la médecine réalisée par la DREES³¹¹, et qui concernent également la démographie médicale hospitalière, montrent que, « *sous l'hypothèse d'un numerus clausus maintenu à 4 700 élèves formés chaque année et en supposant constants les comportements de choix de filière, d'installation et de départ à la retraite, le nombre de médecins en France par habitant pourrait baisser de 24 % d'ici 2020 (...)* ». Pour le secteur hospitalier, le nombre de médecins salariés qui était de 55 457 en 2000 continuerait de croître lentement jusqu'en 2007, puis diminuerait d'environ 10 % de 2010 à 2020 pour aboutir à 50 340. La baisse globale entre 2000 et 2020 serait inégale selon les spécialités. La diminution serait particulièrement sensible pour la psychiatrie

311. La démographie médicale à l'horizon 2020 : une réactualisation des projections à partir de 2002 – Etudes et résultats n° 161, mars 2002.

(- 28,7 %), l'anesthésie (- 28,6 %), la biologie (- 19 %) et l'ensemble des spécialités chirurgicales (- 14,6 %). En revanche, le nombre des généralistes augmenterait de 13 %. La densité médicale en médecins salariés hospitaliers serait ramenée de 94 à 79 pour 100 000 habitants, soit à son niveau du début des années 1980.

2 – La recherche de solutions

La création par le décret du 4 mars 2002 d'un observatoire de la démographie des professions de santé et de l'évolution de leurs métiers est une mesure utile mais tardive. Cet observatoire devrait permettre de combler les lacunes du système d'information et contribuer à définir les besoins en praticiens médicaux et paramédicaux dans les différentes disciplines.

Mais la prise en compte du nombre de médecins à former dans les années à venir ne suffit pas pour régler les difficultés actuelles et futures de recrutement des hôpitaux. La réflexion doit porter sur les mesures de nature à favoriser un partage plus équilibré entre le secteur libéral et les établissements de santé, notamment par une plus grande complémentarité entre les secteurs, par une mobilité accrue des personnels médicaux et, sans doute, par un plus grand encadrement de la liberté d'installation en ville. A défaut, les pénuries de praticiens risquent de contrarier l'action des ARH et de contredire les priorités définies par les SROS. La recomposition hospitalière ne peut pas être dictée par les choix de spécialité, d'installation ou de mode d'exercice que feront les seuls praticiens dans un contexte démographique très tendu.

CETTE SECTION N'A PAS APPELÉ DE RÉPONSE DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES

III - L'évolution de l'offre hospitalière

Les cartes sanitaires existent depuis près de 30 ans et la préparation des SROS dits de « troisième génération » va être lancée cette année. Un bilan de l'évolution de l'offre hospitalière constatée depuis l'adoption, en 1994, des SROS de « première génération » montre une résorption modérée des excédents de lits dont l'ampleur reste cependant difficile à mesurer réellement en raison de l'imperfection des indicateurs. Par ailleurs, l'examen des statistiques hospitalières révèle quelques tendances lourdes.

La grande diversité du parc hospitalier français

Au 1^{er} janvier 2000, le parc hospitalier se composait de 3 055 établissements ou entités juridiques disposant de capacités d'accueil en hospitalisation à temps complet et/ou en alternative à l'hospitalisation complète. Cet ensemble est composé de divers groupes d'établissements qui se distinguent par le statut juridique public ou privé, par le mode de financement et par l'appartenance ou non au service public hospitalier.

Le statut juridique permet de distinguer 1 031 établissements publics de santé (EPS) et 2 024 établissements privés. Les établissements publics assurent tous le service public hospitalier et sont tous financés par le système de la dotation globale. Les distinctions suivantes ne concernent donc que les établissements privés.

Selon le critère du mode de financement, les établissements privés se répartissent en 660 établissements privés à but non lucratif sous budget global, 1 314 cliniques privées sous OQN et 50 établissements à prix de journée préfectoral.

Au sein des 2 024 établissements privés, 472 participent au service public hospitalier (PSPH), 341 sont non lucratifs non PSPH et 1 211 sont des cliniques à but lucratif.

Les 660 établissements sous budget global correspondent pour l'essentiel à des établissements PSPH et à quelques établissements anciennement à prix de journée préfectoral³¹² ayant opté pour le régime de la dotation globale le 1^{er} janvier 1998 sans être PSPH.

Les 1 314 cliniques privées sous OQN sont pour l'essentiel des établissements à but lucratif (1 211), quelques établissements à but non lucratif anciennement sous prix de journée préfectoral ayant également opté pour un financement par prix de journée conventionnel.

Quelques établissements non concernés par l'ordonnance de 1996 restent financés par un prix de journée préfectoral : ils ont une activité de moyen ou long séjour.

312. L'ordonnance relative à l'hospitalisation publique et privée du 24 avril 1996 a imposé aux établissements à prix de journée préfectoral d'opter entre le régime conventionnel au 1^{er} janvier 1997 et la dotation globale au 1^{er} janvier 1998.

A – La mise en œuvre de la carte sanitaire

1 – L'objectif de réduction des lits autorisés a été moyennement atteint en court séjour (MCO)

Faute d'un indicateur plus pertinent, porter une appréciation sur le respect des objectifs de planification quantitative en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique) consiste à suivre dans le temps l'évolution des excédents et déficits de lits et places par rapport aux besoins théoriques. En 1994, avant la révision des cartes sanitaires, un bilan des capacités existantes a été réalisé. Il consistait à compter les lits autorisés non installés, les lits installés insuffisamment occupés, les lits installés sans autorisation et les lits devant être fermés pour des raisons de sécurité sanitaire. Un excédent global de 47 700 lits et places de MCO avait ainsi été calculé, sur la base d'une enquête auprès des DRASS. C'est cet excédent que la mise en œuvre des nouveaux indices de la carte sanitaire devait contribuer à résorber. Les cartes sanitaires ont à nouveau été révisées en 1999 et 2000 et les autorisations ont été renouvelées en 2001. Il en résulte, dans chaque région, une révision des capacités autorisées de tous les établissements de santé publics et privés.

Mais, entre deux révisions de la carte sanitaire, le niveau des besoins en lits et places varie en fonction de l'évolution de la population dans la zone sanitaire considérée. Afin d'en tenir compte, à indices inchangés, des bilans de carte sanitaire sont publiés chaque année, faisant apparaître un excédent qui ne peut fonder le retrait ou le non-renouvellement de l'autorisation, ou, au contraire, un déficit autorisant le dépôt de nouvelles demandes d'autorisation.

Depuis 1994, chaque année, le nombre de lits et places diminue. Au total, en 2001, le nombre de lits excédentaires pouvait être estimé à 28 600, au lieu de 47 700 en 1994.

En médecine, les besoins sont globalement stables depuis 1994. En 2001, toutes les régions continuent de présenter un excédent, de + 1 % dans les Pays de la Loire à + 26 % en PACA et + 29 % en Corse. En chirurgie, les besoins baissent globalement sur la période (- 8,9 %) et toutes les régions sont en excédent, de + 1 % (Nord-Pas-de-Calais) à + 27 % en Alsace et + 32 % en Lorraine. Enfin, en obstétrique, le besoin a été réduit de 8,2 % sur la période et toutes les régions sont en excédent, de + 2 % en Picardie à + 36 % en Lorraine, sauf la Bourgogne (- 2 %).

La réduction du nombre de lits excédentaires peut être jugée d'autant plus modeste qu'elle a été indolore dans la mesure où elle a porté sur des lits autorisés mais non installés. De plus, les informations

disponibles ne permettent ni d'apprécier la répartition des lits supprimés entre les lits non installés et les lits actifs, ni de connaître le nombre de ces lits transformés en lits de long séjour ou en places alternatives.

Cette incertitude est d'autant plus grande que la comptabilisation des lits installés, qui repose sur les déclarations insuffisamment contrôlées des établissements³¹³, se révèle imparfaite. Or, lorsqu'un lit n'a pas été installé ou qu'il n'est pas utilisé depuis au moins six mois, l'autorisation le concernant devrait, en application de la réglementation, être déclarée caduque par l'ARH, ce qui aurait pour effet de réduire l'excédent ou d'ouvrir la possibilité d'autorisation nouvelle en cas d'indice saturé. Dès lors que la situation des lits installés n'est pas connue avec certitude, l'ampleur des excédents réels et de leur résorption n'est pas davantage certaine.

Si l'on considère la situation des différentes régions³¹⁴, il apparaît qu'entre 1995 et 2001 le nombre de lits autorisés a diminué de 10,28 % en métropole, l'écart maximum étant de - 4,57 % en Bretagne et de - 5,92 % en Languedoc-Roussillon. Mais la corrélation entre l'importance des excédents et l'importance des suppressions de lits ne se vérifie pas toujours : ainsi, le Centre et les Pays-de-la-Loire qui avaient un taux d'excédent de seulement 5 ou 6 % en 1994 ont réduit leurs lits de plus de 10 % sur la période.

De même, si la corrélation entre le taux de suppression de lits et le taux de création de places alternatives se vérifie pour certaines régions, ce n'est le cas ni en Languedoc-Roussillon ni en Ile-de-France, régions qui ont connu une diminution de lits supérieure à la moyenne nationale (respectivement - 15,92 % et - 14,26 %) et une croissance du nombre de places plus faible (respectivement + 17,7 % et + 18,2 %) que la moyenne nationale (+ 29,13 %) avec une amplitude selon les régions de + 12,6 % en Rhône-Alpes à + 72,6 % en Franche-Comté.

2 – En psychiatrie, le suréquipement en lits persiste

La Cour a déjà observé³¹⁵ qu'un suréquipement en lits persiste en psychiatrie, tandis que le développement des alternatives à l'hospitalisation complète est encore insuffisant.

313. Les tableaux statistiques sont destinés à l'établissement de la SAE.

314. Données fournies par l'annexe b au PLFSS.

315. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2000, p. 417 et suivantes.

Les excédents et déficits ont été modifiés depuis l'enquête de la Cour du fait de la révision des cartes sanitaires, dont toutes les régions sont désormais dotées, du renouvellement des autorisations et de la mise en œuvre des schémas régionaux de psychiatrie. La somme de ces effets produit une légère augmentation des excédents de lits en psychiatrie générale (15 200 lits, soit 23,5 % des lits autorisés) par rapport au bilan effectué en 1999. Pour la psychiatrie infanto-juvénile, il y a, au contraire, un déficit de lits, seules quatre régions présentent un excédent, ce qui confirme le constat effectué par la Cour en 2000 d'un sous-équipement assez général, surtout pour l'hospitalisation complète des adolescents.

3 – Les soins de suite ou de réadaptation (SSR) évoluent lentement

Depuis 2000, un indice de besoin en SSR a été établi pour toutes les régions. On constate un excédent global de 4 300 lits autorisés en 2001. Les disparités régionales sont fortes, les excédents les plus élevés (plus de 40 %) se situant en PACA, en Languedoc-Roussillon et en Corse. A l'inverse, l'Ile-de-France présente un fort déficit, l'objectif étant alors de transformer des lits de court séjour en lits de SSR.

La réorganisation des soins de suite est donc géographique mais aussi qualitative. Il s'agit, en effet, de concentrer l'effort sur la réadaptation fonctionnelle, qui dispose d'un indice particulier, au détriment des soins de suite indifférenciés. L'objectif est également de médicaliser les soins de suite au détriment des simples maisons de convalescence qui constituent l'essentiel des lits dans les régions fortement excédentaires. Il faut, enfin, situer ces SSR à proximité des zones d'habitation et des établissements de court séjour afin de faciliter le transfert des patients, notamment âgés, et de réduire encore la durée d'hospitalisation en court séjour.

B – Les grandes tendances de l'évolution de la composition du parc hospitalier installé

Cette appréciation s'appuie sur les données relatives aux équipements hospitaliers installés rassemblées au sein de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

1 – Le nombre d'établissements a diminué et leur activité a évolué

Entre 1992 et 2000, le nombre d'établissements, tous secteurs confondus, a diminué de 13,2 %, plus fortement dans le secteur privé (- 17,7 %) que dans le secteur public (- 2,9 %).

Nombre d'établissements par catégorie de soins (au 1^{er} janvier)

	1992		2000	
	Public	privé	public	privé
MCO	793	1 216	742	1 026
Psychiatrie	232	217	238	215
Toxico alcoologie	55	42	71	19
SSR	732	854	744	842
Soins de longue durée	820	107	856	129
Total (rappel)	1 063	2 242	1 031	2 024

Source : Source : SAE

Source : Note : la ligne « total » ne correspond pas à la somme des lignes car un même établissement peut être répertorié dans plusieurs activités de soins.

Par nature d'activités, le nombre d'établissements offrant des soins de courte durée MCO a plus diminué dans le secteur privé (- 15 % entre 1995 et 2000), que dans le secteur public (- 6,4 %). Le nombre d'établissements intervenant en psychiatrie évolue peu, ce qui traduit un faible redéploiement de l'activité au sein des hôpitaux généraux, tandis que l'évolution est plus marquée en SSR et surtout en soins de longue durée.

2 – Le nombre de lits d'hospitalisation complète a évolué de manière divergente selon les secteurs de soins

Si le nombre de lits installés a diminué, cette évolution est très différente d'une activité à l'autre. Seul le nombre de lits de long séjour a augmenté.

Evolution du nombre de lits installés par discipline (au 1^{er} janvier)

	1992	1995	1999	2000	00/92	% du total en 2000
Soins de courte durée MCO	288 746	270 972	248 972	244 707	- 12,1	50,3
Psychiatrie			70 062	65 384		13,4
Toxicomanie et alcoolisme	92 632	80 293	1 868	1 881	- 22,3	0,4
Soins de suite ou de réadaptation	94 210	94 211	91 720	90 446	- 2,6	18,6
Soins de longue durée	70 835	77 871	81 573	83 351	+ 15,1	17,2
TOTAL	546 423	523 347	494 195	485 769	- 11,1	100

Source : Source : données de la SAE

Au 1^{er} janvier 2000, on constatait un écart de 30 000 lits MCO entre le nombre de lits autorisés (275 019) tel qu'issu des bilans des cartes sanitaires et le nombre de lits installés (244 707) fourni par la SAE. Compte tenu de la difficulté déjà signalée à connaître les lits réellement installés, l'écart pourrait être supérieur. On peut donc conclure des données relatives à 2000 qu'il aurait suffi de ne pas renouveler les lits non installés pour ramener le nombre de lits autorisés dans les limites fixées par la carte sanitaire. Il s'agit là d'une approche globale, les situations locales étant très diverses³¹⁶.

La répartition des lits, toutes disciplines confondues ou par discipline, a peu évolué entre les secteurs public et privé.

316. Depuis lors, les cartes ont été révisées et les autorisations renouvelées. Il n'est pas encore possible de comparer le nombre de lits dont l'autorisation a été renouvelée en 2001 avec celui des lits installés pour la même année, faute de disponibilité des données statistiques.

**Evolution de la répartition des lits
installés selon le secteur hospitalier
(au 1er janvier)**

	Ensemble des lits		% public		% privé	
	1992	2000	1992	2000	1992	2000
Soins de courte durée MCO	288 746	244 707	62,6	63,5	37,3	36,5
Psychiatrie		65 384		68,3		31,7
Toxicomanie, alcoolisme	92 632	1 881	70,5	65,3	29,4	34,7
Soins de suite ou de réadaptation	94 210	90 446	43,7	41,8	56,2	58,2
Soins de longue durée	70 835	83 351	92,9	91,2	7,0	8,8
Total	546 423	485 769	64,6	64,9	35,3	35,1

Source : *Source : SAE*

Ces chiffres, qui expriment le résultat quantitatif des opérations de restructuration et de recomposition, confirment que le mouvement recherché est bien en cours, même si le rythme peut être jugé trop lent : réduction des lits de MCO et de psychiatrie et augmentation des lits de long séjour. La faible réduction des lits de SSR dissimule un mouvement interne (encore limité cependant) à cette catégorie : des réductions de lits de repos ou de cure peu médicalisés au profit de lits de soins de suite médicalisés ou de réadaptation fonctionnelle.

3 – La réduction générale des lits de MCO a renforcé la spécialisation entre les secteurs public et privé

La réduction des capacités de MCO est plus forte dans le secteur privé que dans le secteur public. La diminution est forte en chirurgie dans le secteur public et en médecine dans le secteur privé. L'obstétrique recule plus fortement dans le secteur privé. La réduction du nombre d'établissements privés a été plus forte en proportion que celle du nombre de lits, ce qui confirme le mouvement de concentration des cliniques.

La France garde la particularité d'avoir un secteur privé à but lucratif important³¹⁷. Mais la spécialisation des deux secteurs s'accroît : la chirurgie (essentiellement programmée) tend à se concentrer dans le secteur privé lucratif (53 % des séjours chirurgicaux pour 27 % de l'ensemble des lits de MCO), tandis que la médecine se concentre sur le secteur public (80 % des séjours médicaux pour 63,5 % des lits de MCO).

317. Voir supra, « L'organisation des soins hospitaliers à l'étranger ».

C – L'évolution de l'activité hospitalière

La diminution globale du nombre de lits installés et le redéploiement observé entre activités se sont déroulés dans un contexte d'augmentation de l'activité hospitalière globale, tous secteurs de soins et tous modes d'hospitalisation confondus.

Le recours à l'hôpital à temps complet et à temps partiel (hors séances³¹⁸, consultations externes et passages aux urgences qui sont comptabilisés à part) augmente de manière régulière et modérée³¹⁹ : en 2000, en MCO, la croissance du nombre de séjours est de 1,2 % par rapport à 1999, soit - 0,6% pour l'hospitalisation complète et + 5,5 % pour l'hospitalisation partielle. Le nombre de journées d'hospitalisation complète baisse dans tous les secteurs (MCO, psychiatrie, SSR) sauf en soins de longue durée (+ 0,6 %).

Cette évolution a des causes multiples : elle tient en premier lieu à l'augmentation de la population (+ 0,5 % par an en moyenne) et à son vieillissement. L'explication peut également résider dans l'amélioration générale de la prise en charge sanitaire de la population grâce au progrès médical et au bon niveau de couverture des soins hospitaliers par l'assurance maladie.

L'évolution des prises en charge en hospitalisation complète est différente d'un secteur de soins à l'autre, sous l'influence notamment de la structure par âges de la population, des thérapeutiques et des pathologies.

En MCO, l'activité est en moyenne annuelle stable. Au sein de la catégorie, elle diminue en chirurgie et augmente en médecine ainsi que, plus faiblement, en obstétrique. Ceci s'explique, d'une part, par le développement des techniques opératoires moins lourdes autorisant le recours à la chirurgie ambulatoire, d'autre part, par le vieillissement de la population. La concentration de la médecine sur le secteur public et de la chirurgie programmée sur le secteur privé explique que la hausse des entrées se constate surtout dans le secteur public, parallèlement à la croissance du recours aux spécialités médicales.

318. Il s'agit des séances de chimiothérapie, de radiothérapie et de dialyse.

319. 22,6 millions de séjours tous secteurs et disciplines confondus en 2000 : 11,9 d'hospitalisation à temps complet et 10,7 de séjours à temps partiel (hospitalisations de moins de 24 h) (source : DREES juin 2002).

La durée moyenne de séjour baisse dans toutes les disciplines. En 2000, elle était de 6,7 jours dans le secteur public et de 5,1 jours dans le secteur privé.

Le taux d'occupation des lits augmente peu en moyenne depuis quelques années : au 1^{er} janvier 2001, il est de 77,6 % tous secteurs, plus élevé dans le secteur public et, parmi les spécialités, plus élevé en médecine. Pourtant, localement, certains établissements présentent des taux beaucoup plus faibles, inférieurs à 60 %.

En psychiatrie, les venues en hospitalisation complète, beaucoup moins importantes qu'en hospitalisation partielle, augmentent, en moyenne période, désormais plus vite que les alternatives à l'hospitalisation. La durée moyenne de séjour qui a beaucoup diminué était, en 1999, de 30 jours dans le secteur public et de 40 jours dans le secteur privé.

Un accroissement important des séjours en SSR est constaté (+ 23 % en 5 ans) en raison du vieillissement de la population, du développement des pathologies chroniques qui en résulte et de la réduction des durées en court séjour MCO et en psychiatrie. C'est en hospitalisation partielle que se manifeste la croissance la plus forte.

—SYNTHÈSE—

Si l'évolution constatée en termes de résorption de l'excédent de lits autorisés de court séjour et de redéploiement des lits entre les activités de soins va dans le sens préconisé par la planification hospitalière, elle est à la fois insuffisante et entachée d'incertitude.

La modestie des évolutions observées résulte notamment de l'imperfection déjà signalée des instruments juridiques et financiers mis à la disposition des ARH. Par ailleurs, l'incertitude s'exprime dans l'écart important subsistant en janvier 2000 (dernière statistique disponible) entre le nombre de lits autorisés et le nombre connu de lits installés, lequel provient des déclarations peu contrôlées des hôpitaux.

Le suivi des objectifs de la planification hospitalière dépend aussi de la qualité du système d'information mis en place, de sa définition et des données qu'il recense. La nouvelle SAE applicable à partir de l'exercice 2000 devrait permettre de suivre de façon plus exacte et plus fine l'évolution des équipements et des activités hospitalières.

L'organisation des soins hospitaliers à l'étranger

Des six pays étudiés, c'est l'Allemagne qui présente la plus forte densité de lits³²⁰, à la fois pour les soins aigus (6,4 / 1 000 habitants) et pour les soins en maisons médicalisées (6,5/1 000). Les densités les plus faibles sont observées en Suède (2,5/1 000 en court séjour) et au Québec (2,2/ 1 000 en soins aigus). En France, les taux sont respectivement de 4,3 et 1,4 / 1000 pour les lits de court séjour et les lits de maisons médicalisées. Les densités de lits de soins aigus sont systématiquement plus élevées dans les pays ayant un système d'assurances sociales que dans ceux disposant d'un système national de santé.

Dans tous les pays, la densité de lits a diminué au cours des 20 dernières années et les efforts de planification interne ont généralement tendu à converger vers la densité moyenne nationale, faute de capacité à définir les besoins.

Trois niveaux d'hôpitaux existent dans la plupart des pays avec des appellations différentes : des établissements de santé tertiaires ayant un rayonnement national, qui sont souvent liés à des universités et mettent en œuvre une expertise élevée et des équipements coûteux; des établissements de santé régionaux (hôpitaux généraux, ou spécialisés, etc) qui comportent l'ensemble des grandes spécialités et peuvent aussi accueillir des patients ambulatoires ; enfin, les hôpitaux ruraux ou communautaires, généralement petits et dédiés aux diagnostics de base, à la petite chirurgie et aux soins infirmiers. La tendance, dans de nombreux pays, est à la fermeture de ces hôpitaux ruraux malgré de fortes résistances locales, ou à leur reconversion en établissements de convalescence.

Selon les pays, le statut juridique des hôpitaux est différent, mais le secteur privé lucratif reste très minoritaire dans la fourniture de soins de courte durée, alors qu'existe une tendance à la privatisation de la fourniture de soins de longue durée.

Aux Pays-Bas, les soins hospitaliers sont essentiellement délivrés par des établissements privés à but non lucratif (80 % des établissements), les autres étant des établissements publics. L'assurance maladie ne peut rembourser les soins dispensés dans les établissements à but lucratif.

En Suède, les soins sont généralement délivrés par le secteur public, même si le secteur privé est plus présent dans les soins aux personnes âgées financés par les municipalités. Certains comtés ont commencé à privatiser des activités hospitalières et un débat se développe sur l'opportunité d'interdire l'intervention du secteur privé lucratif dans les soins hospitaliers pris en charge par la collectivité.

En Espagne, les lits hospitaliers sont essentiellement publics (69 %), mais aussi privés sans but lucratif (16 %), mutualistes (1 %) et privés à but lucratif (14 %). Mais le système national de santé prend en charge les soins dispensés dans 80 % des lits en application de

320. Eco-Santé, OCDE 2001.

conventions. Depuis 1998, les hôpitaux peuvent avoir le statut de fondations publiques, de consortiums, de trusts ou d'entreprises publiques. Les nouveaux établissements doivent choisir un de ces statuts, tandis que, pour les hôpitaux existants, le choix est subordonné à l'accord du personnel. L'objectif est d'accroître la capacité d'autogestion des établissements, notamment dans la gestion du personnel.

Au *Royaume-Uni*, les réformes de 1991 ont transformé les hôpitaux en trusts indépendants. Il s'agit d'organisations non lucratives, ayant l'autonomie budgétaire par rapport aux autorités locales de santé. Mais ils restent la propriété du secteur public et ne peuvent conserver leurs excédents de gestion. Il y a également 230 établissements privés répartis au sein de cinq chaînes principales, 65 % des lits relevant de compagnies privées et 35 % d'institutions caritatives ou religieuses.

Au *Québec*, coexistent des établissements publics et privés, partiellement ou totalement lucratifs, ces derniers n'étant pas conventionnés, soit environ 40 % des établissements privés. Le secteur privé intervient essentiellement dans les soins de longue durée.

En *Allemagne*, les lits de soins aigus sont publics (55 %), privés non lucratifs (38 %) et privés lucratifs (7 %). Mais, pour 95 % des lits, les dépenses d'investissement sont prises en charge par les Länder. Seuls 2,7 % des lits sont réservés aux assurés privés. L'offre de soins de rééducation est essentiellement privée.

La singularité française que constitue l'importance d'un parc hospitalier à but lucratif très largement conventionné avec l'assurance maladie est confirmée par cette présentation comparative.

CETTE SECTION N'A PAS APPELÉ DE RÉPONSE DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES

IV - Les hôpitaux du service de santé des armées

Créé, sous sa forme actuelle en 1948, le service de santé des armées (SSA) gère des établissements hospitaliers, dédiés prioritairement au soutien médical des armées.

Le SSA a pour objectif d'assurer une couverture complète et autonome de l'ensemble de la chaîne sanitaire, de la médecine préventive, aux soins immédiats, à l'évacuation et à l'hospitalisation. Il constitue, dès lors, un élément essentiel du dispositif militaire, toute opération requérant la présence de moyens sanitaires adaptés³²¹. Les armées des grands pays

321 . Durant la guerre du golfe, les personnels du SSA envoyés sur place représentaient 10 % des effectifs totaux engagés.

occidentaux possèdent des services comparables à l'exception de l'armée britannique.

Organiser le soutien médical « au plus près » des blessés constitue une spécificité française qui n'est d'ailleurs pas propre au milieu militaire. Ce concept est aussi retenu dans la médecine civile d'urgence. Un tel mode de fonctionnement s'appuie, dans un premier temps, sur la médicalisation, la réanimation et la chirurgicalisation au plus près du lieu où se trouvent les blessés. Dans un deuxième temps seulement, l'évacuation des blessés est effectuée vers des hôpitaux avancés ou situés en métropole. Seuls, des personnels médicaux de statut militaire peuvent être exposés sur des terrains d'opération.

Dans ce cadre, les hôpitaux militaires permettent non seulement, en cas de conflit, de soigner les blessés revenus des lieux des opérations, mais aussi, en temps de paix, aux médecins militaires de conserver leur savoir-faire, en soignant alors une population essentiellement civile.

Enfin, les hôpitaux des armées entretiennent des compétences dans lesquelles l'état-major des armées peut puiser pour assurer la mise en place et le renouvellement de personnels « projetés » sur des théâtres d'opérations extérieures.

Pour répondre à ces objectifs, le secteur hospitalier militaire français, après sa restructuration récente, est articulé, en 2002, autour de neuf hôpitaux métropolitains (Lyon, Marseille, Toulon, Bordeaux, Brest, Metz et Paris³²²) et d'un centre hospitalier à Djibouti. La capacité d'accueil de ces hôpitaux est de 2 700 lits. 7 300 personnes, dont 620 médecins, concourent à leurs missions.

Si les hôpitaux des armées ont développé une compétence particulière dans les pathologies liées plus particulièrement à l'activité militaire (notamment le traitement des brûlés, des blessés radio-contaminés, etc.), ils disposent aussi de compétences générales pour le traitement de blessés polytraumatisés et la prise en charge de pathologies non spécifiques.

Compte tenu de la réduction constatée de l'activité de ces hôpitaux, les objectifs de l'organisation sanitaire propre aux armées n'ont pas été suffisamment définis. Les mesures récentes permettant une meilleure intégration financière et organisationnelle des hôpitaux militaires dans l'offre globale de soins devraient y conduire.

322. Val de Grâce, Bégin (St Mandé) et Percy (Clamart).

A – Une activité en diminution

1 – La mesure de la baisse d'activité

Les hôpitaux militaires ont une double activité : l'activité dite «remboursable» concerne les prestations financées par les caisses de sécurité sociale, les mutuelles et les patients ; l'activité dite «à charge», imputable au budget de la défense, concerne les militaires blessés en service (accidents du travail ou maladies professionnelles) ou faisant l'objet d'expertise dans le cadre de leur activité professionnelle.

Le nombre des journées d'hospitalisation dans l'ensemble des hôpitaux militaires a été réduit presque de moitié depuis 1996.

Evolution de l'activité du secteur hospitalier militaire

Journées d'hospitalisation	1996	1999	2001
À charge	345 744	118 519	45 014
Remboursable	687 182	638 143	534 722
Total	1 032 926	756 662	579 736

Source : Source : SSA

Cette évolution s'explique en partie par la diminution de la durée moyenne de séjour qui est passée de 6,9 à 5,4 jours entre 1996 et 2001. Mais elle n'a pas été compensée par l'augmentation du nombre de patients. A l'inverse, il faut noter que le poids moyen du cas traité (PMCT), qui permet de mesurer la charge technique du traitement d'un patient, s'est accru du fait de l'augmentation du nombre de patients civils souvent plus âgés³²³.

2 – Les causes de la baisse d'activité

Elle est due, dans un premier temps aux effets de la professionnalisation et, dans un deuxième temps, à la réduction de l'offre de soins du fait d'un déficit croissant de personnels médicaux.

323. Le PMCT d'un personnel militaire «à charge» est de 900 pour un PMCT civil de 1200. Cet écart s'explique non seulement par les différences d'âge (donc de pathologies) entre les patients civils et militaires, mais aussi par le fait que les admissions des polytraumatisés dans les services d'accueil des urgences concernent statistiquement davantage les civils que les militaires.

a) La professionnalisation des armées

La suppression du service national, qui a débuté en 1996, pour s'achever en 2001, a eu deux effets : elle a privé le SSA d'une partie de sa clientèle constituée par les appelés et elle a fait disparaître une ressource en personnel médical et paramédical. Ces deux mouvements en sens inverse se sont annulés, l'offre de soins étant diminuée globalement, toutes spécialités confondues, d'environ 40 % comme la demande de soins. La disparition progressive de la clientèle que constituaient les appelés n'a pas été compensée par un afflux de clientèle civile.

b) Le déficit en personnels de soins

La capacité de soins est essentiellement dépendante du nombre de médecins dont dispose le SSA. La baisse de l'activité «remboursable» est pour partie due à la disparition des personnels médicaux appelés, mais la raison principale réside, depuis 1999, dans le fait que le SSA doit aussi faire face à une pénurie de personnels médicaux d'active qui va s'aggravant.

La combinaison d'un moindre recrutement de médecins (jusqu'en 1996) et de départs plus importants vers le secteur libéral (depuis 2000) laisse prévoir une réduction significative du nombre des médecins militaires d'active. Le déficit par rapport aux postes budgétaires est aujourd'hui de 10 %. Les projections réalisées par le service de santé montrent que ce déficit sera maximal en 2008, date où il devrait atteindre 20 % de l'effectif total. Les mesures prises en 2001 pour augmenter les entrées ne produiront leurs effets qu'à la fin de la présente décennie. La situation est comparable pour les personnels paramédicaux des armées et va s'aggraver avec l'application de la RTT à 35 heures.

Par ailleurs, la nécessité d'envoyer du personnel en opérations extérieures, pour assurer la relève des équipes en place, entraîne des indisponibilités de personnels qui vont au-delà du cumul arithmétique du nombre de jours réellement passés hors de l'hôpital. Faute de pouvoir assurer des équipes complètes, les directions d'hôpital sont souvent amenées à réduire l'activité de leur structure par fermeture totale ou partielle de services. L'incidence sur l'activité de l'indisponibilité des effectifs de personnels peut représenter une diminution de l'offre de soins de 10 %, soit l'équivalent d'un hôpital moyen.

3 – Les conséquences de la baisse d'activité

a) *La dégradation de la situation financière des hôpitaux*

Les produits de l'activité des établissements hospitaliers ont baissé de 15 % entre 1999 et 2001. La valorisation des prestations comprend des ressources d'origines diverses en provenance de l'assurance maladie, les mutuelles, les patients et le ministère de la défense. Mais, dans le même temps, leurs charges, telles que calculées par la comptabilité analytique du SSA, sont restées stables, autour de 500 M€

Les hôpitaux militaires supportent pour environ 32 M€ des charges provenant de la répartition de coûts nés dans d'autres structures du service de santé des armées : les écoles, la recherche, les directions, la chaîne logistique d'approvisionnement. Mais même si les seules charges propres des hôpitaux étaient retenues, le déficit de la fonction hospitalière resterait néanmoins significatif et d'autant plus préoccupant que son montant est en progression rapide, atteignant près de 76,22 M€ en 2001.

L'évolution de la valeur du point ISA (indice synthétique d'activité), passée de 1,87 € en 1998 à 1,94 € en 1999 et à 2,02 € en 2000 témoigne également de cette dégradation financière.

Une part du déficit est vraisemblablement imputable aux opérations extérieures qui, en privant de façon continue les hôpitaux d'une partie de leurs équipes chirurgicales, amputent durablement l'offre de soins. Mais l'accroissement du déficit est révélateur de l'inadéquation grandissante entre les structures et le volume des personnels médicaux.

b) *Des infrastructures insuffisamment utilisées*

Le SSA estime qu'ayant fermé, depuis 1997, l'ensemble de ses structures hospitalières non dédiées à l'instruction, soit neuf centres hospitaliers représentant 1 335 lits et une baisse de capacité de 28 %, il a adapté son infrastructure au nouveau format des armées.

Il n'est toutefois pas en mesure de pourvoir à l'ensemble des postes nécessaires au fonctionnement normal des neuf HIA qui subsistent. La capacité d'accueil théorique des HIA qui était de 3 419 lits en 1996, est, de ce fait, tombée, à périmètre constant, à 2 707 lits au début de 2002. Encore faut-il déduire de cette capacité théorique environ 350 lits indisponibles essentiellement par manque de personnels. Au total, les neuf hôpitaux militaires, en mai 2002, étaient en mesure d'offrir une capacité réelle de 2 357 lits.

S'agissant par exemple de l'hôpital Percy à Clamart, intégralement reconstruit en 1995, sur la base de projets établis avant la professionnalisation, pour un montant de 137,2 M€ sur sept blocs opératoires, deux étaient fermés en 2001, ainsi que 83 lits sur les 430 qu'il compte, dont 10 des 20 lits du centre de traitement des brûlés³²⁴.

Pour autant, le SSA continue d'investir (plateaux techniques et infrastructures) pour des montants compris entre 23 à 46 M€ par an³²⁵.

En raison de l'insuffisance de personnels, les différents hôpitaux sont donc contraints de réduire significativement leur activité en fermant, temporairement ou non, des lits, des services et des blocs opératoires. Une telle option semble inévitable à court terme pour garantir la sécurité des patients, mais la sous-utilisation d'un potentiel matériel et immobilier coûteux n'est pas satisfaisante.

Une solution consisterait à fermer un hôpital. Mais elle présente des inconvénients : l'amputation définitive d'une capacité technique à vocation militaire empêcherait une remontée en puissance en cas de crise et il n'est pas certain qu'elle permette de résoudre des problèmes d'effectifs dans la mesure où, d'expérience, 25% seulement des personnels acceptent d'être mutés dans d'autres hôpitaux. Il semblerait plus approprié de s'orienter vers des solutions assurant une meilleure utilisation des investissements réalisés en recourant plus largement à des personnels civils.

B – Des objectifs insuffisamment définis

1 – Les objectifs militaires

Le service de santé des armées, comme l'ensemble des structures militaires, a été appelé à se réorganiser dans le cadre du nouveau format des armées qui ont été professionnalisées et peuvent être « projetées » sur des théâtres d'opérations extérieures. L'état-major a recentré les missions du service autour du soutien sanitaire à apporter aux forces projetées.

En cas de conflit, il estime que le volume maximal des blessés pourrait atteindre, par jour de combat, 2% des effectifs engagés (35 000 hommes au maximum), soit 700 blessés par jour. Ce nombre a été retenu pour calculer la dimension du dispositif hospitalier. Mais le raisonnement utilisé pour déterminer le nombre de chirurgiens nécessaires a aussi

324. Six lits supplémentaires ont été réouverts en 2002, portant le total à 16.

325. Une partie de ces investissements correspond, selon le service de santé des armées, à un rattrapage d'un certain sous-investissement antérieur.

conduit à définir un besoin en blocs chirurgicaux qui correspond curieusement à la capacité présente dans l'ensemble des hôpitaux du SSA (69).

Le nombre des chirurgiens nécessaires a ainsi été fixé à 163 dont 128 chirurgiens généralistes (orthopédistes, viscéralistes) et 35 chirurgiens de chirurgie spéciale (ORL, ophtalmologistes, stomatologues, plasticiens et neurochirurgiens). D'autres spécialités, nécessaires à la prise en charge d'un patient polytraumatisé, ne sont pas prises en compte dans les objectifs militaires affichés.

2 – Les objectifs généraux de santé

La vocation première des hôpitaux militaires est d'apporter un soutien médical aux armées. Or, les hôpitaux militaires se sont ouverts progressivement à une clientèle sans aucun rapport avec les personnels de la défense. Actuellement, ils accueillent une clientèle civile à 90 % sans qu'ait été définie leur place au sein du dispositif de soins.

Les modalités de participation des hôpitaux des armées aux soins délivrés à la population civile étaient régies jusqu'à une date récente par le décret du 14 mai 1974. Mais des procédures de mise à disposition de moyens ne peuvent tenir lieu d'objectifs.

Bien que les équipements des hôpitaux des armées ne soient pas inclus dans la carte sanitaire, les agences régionales d'hospitalisation (ARH) en tiennent compte pour estimer l'offre de soins. De même, le SSA doit prendre en considération l'offre hospitalière environnante. Ainsi, a-t-il dû différer de deux ans la fermeture d'un de ses établissements, le centre hospitalier des armées situé à Cherbourg, qui n'avait pourtant plus d'utilité pour la défense.

C – Une meilleure intégration dans le dispositif sanitaire d'ensemble

La formation initiale des médecins militaires est identique à celle reçue par tous les médecins³²⁶. Faisant l'objet d'une sélection par un concours spécial et encadrés par des confrères appartenant aux armées, ces étudiants enregistrent aux examens des taux de réussite nettement supérieurs à ceux de leurs homologues civils.

326. La formation des médecins militaires est dispensée dans les universités de médecine de Bordeaux et de Lyon.

Les atouts des hôpitaux des armées ne sont ainsi pas négligeables. Ils tiennent à l'assurance pour le patient d'être pris en charge et suivi, de manière personnalisée ; à la qualité des plateaux techniques, dotés de matériels récents³²⁷, à l'accueil au sein de structures militaires, c'est-à-dire dans un environnement jugé sûr par la clientèle.

Il est donc regrettable de constater les conséquences de la sous-activité sur le maintien des compétences. Les chirurgiens des hôpitaux militaires, toutes spécialités confondues, ont pratiqué 33 643 interventions sous anesthésie générale en 2000, soit 197 opérations par chirurgien et par an³²⁸. Or, il est admis par le service de santé que pour maintenir sa qualification, un chirurgien doit réaliser une intervention sous anesthésie générale par jour.

Cette sous-activité tient essentiellement au phénomène suivant : tout chirurgien est tributaire d'une équipe chirurgicale qui doit être au complet pour pratiquer une intervention. Les pénuries de personnels amputent les équipes des hôpitaux militaires qui ne sont plus en état de fonctionner. Les médecins servant dans les hôpitaux militaires sont tenus de participer, à tour de rôle, aux différentes opérations extérieures programmées ou non. Cela prive l'hôpital de sa ressource principale et le désorganise³²⁹.

Il faut rappeler la pénurie de praticiens hospitaliers civils, déjà constatée, du moins dans certains zones sanitaires, et qui risque de s'aggraver. En outre, la sous-utilisation des équipements militaires doit être rapprochée de celle également constatée dans certains établissements civils.

La mise en œuvre de textes récents devrait favoriser une meilleure intégration des moyens des armées dans la politique générale de planification de l'offre de soins hospitaliers.

1 – L'intégration financière

Après la généralisation, en 1996, de la dotation globale de fonctionnement (DGF), seuls les établissements hospitaliers militaires restaient soumis au régime de tarification au prix de journée.

327. Le taux d'infections nosocomiales dans le secteur militaire est largement inférieur à celui admis dans le secteur civil.

328. Il n'est pas tenu compte d'une quinzaine de chirurgiens détachés de manière permanente en OPEX qui n'opèrent pratiquement pas.

329. La durée d'indisponibilité est en moyenne de quatre à cinq mois pour chaque opération extérieure considérée.

L'intégration du SSA dans le régime de la dotation globale, prévue par la LFSS pour 2001 (art. 43), a été réalisé au 1^{er} janvier 2002.

L'année 1999 a été retenue comme année de référence pour le calcul de la dotation initiale de fonctionnement des hôpitaux militaires par l'assurance maladie au titre des assurés sociaux, soit 319,7 M€ L'actualisation de cette base a permis à cette dotation d'atteindre la valeur de 341,4 M€ en 2002. Or l'activité des établissements hospitaliers militaires a significativement baissé depuis 1999 et le risque de poursuite de cette tendance est fort. Les conséquences d'une chute conjoncturelle de l'activité au profit de la population civile, soit partielle du fait d'opérations extérieures, soit totale comme ce fut le cas en 1991, au moment de la guerre du Golfe, n'ont pas été envisagées.

Le système de gestion administratif, comptable et financier des hôpitaux militaires ne permet pas la production de données normalisées immédiatement utilisables par les autorités sanitaires civiles. Un rapprochement avec les procédures employées par les hôpitaux publics est indispensable.

2 – Une meilleure intégration juridique

Le décret du 14 mai 1974 posait les bases d'une coopération entre le service de santé des armées et le service public hospitalier, en prévoyant trois grandes catégories de mesures.

Les hôpitaux militaires peuvent être sollicités par les autorités civiles en cas de catastrophe ou de sinistre. De plus, des conventions entre les directions régionales du service de santé et les établissements publics hospitaliers peuvent être passées pour la mise à disposition des équipements matériels lourds dont disposent les hôpitaux des armées (I.R.M., scanner, laser, caissons hyperbares...). Mais, les accords portent également sur la prise des gardes médicales ainsi que sur des vacances réciproques dans des spécialités non pourvues. La coopération peut s'étendre jusqu'à la mise à disposition complète de services³³⁰. Enfin, ce décret prévoyait la possibilité d'accueillir dans le cadre des hôpitaux militaires des personnels médicaux et paramédicaux en formation. Ce dernier dispositif n'a été que rarement mis en œuvre.

La loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale (art. 11, III) redéfinit les missions des hôpitaux des armées : « outre leur mission prioritaire de soutien sanitaire des forces armées....ils concourent au

330. Par exemple : mise à disposition de l'hôpital Saint-Louis, après son incendie, du secteur stérile du service d'hématologie de l'hôpital de Percy en 1999-2000.

service public hospitalier » et «dispensent des soins remboursables aux assurés sociaux.... ». Elle prévoit également que les hôpitaux des armées peuvent faire l'objet d'une accréditation par l'ANAES (agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé)³³¹. Tout en plaçant formellement les établissements hospitaliers militaires en dehors de la «carte sanitaire», la loi prévoit que le ministre de la défense et le ministre chargé de la santé arrêtent conjointement la liste des installations que peuvent mettre en œuvre les hôpitaux militaires. Lors de l'établissement des SROS, il est tenu compte des installations des hôpitaux des armées, y compris des équipements matériels lourds, des structures de soins alternatives à l'hospitalisation ainsi que des activités de soins mentionnées dans une liste arrêtée par les ministres chargés de la défense et de la santé.

La définition par la loi de la coopération entre les dispositifs de soins civils et militaires sera précisée par des textes d'application. Il faudra notamment prévoir le niveau de définition des objectifs et des modalités de cette coopération, sachant que pour les hôpitaux civils, la responsabilité incombe aux agences régionales d'hospitalisation, tant pour la définition des objectifs dans les SROS et les cartes sanitaires que pour le suivi de la mise en œuvre.

Ainsi, un décret, pourrait préciser deux points essentiels déjà présents dans le décret de 1974 précité. La responsabilité d'organiser le cadre conventionnel pourrait revenir à la direction centrale du service de santé qui assume les missions des ARH et serait donc leur interlocuteur. Par ailleurs, le dispositif prévoyant les échanges de praticiens en formation devrait être étendu et précisé afin de permettre une mise à disposition réciproque de personnels. En tout état de cause, il est indispensable de redonner une base réglementaire au dispositif de coopération déjà existant qui doit être développé.

331. Le ministre de la défense a décidé de soumettre l'ensemble de ses établissements à la procédure de l'accréditation, comme c'est le cas pour établissements hospitaliers civils.

SYNTHÈSE

Les hôpitaux des armées accueillent, aujourd'hui, une clientèle essentiellement civile qui décroît en raison de la réduction des personnels médicaux et paramédicaux, lesquels ne sont plus en mesure de maintenir l'ensemble des lits et des plateaux techniques en activité. Ce sous-effectif résulte de la fin de la conscription, du départ des médecins militaires et d'un recrutement insuffisant dans les années 1985 – 1995. La perturbation dans l'organisation des équipes soignantes que provoquent les départs en opérations extérieures aggrave le phénomène. De ce fait, des équipements de qualité ne sont pas pleinement utilisés.

Dès lors que le maintien d'une capacité hospitalière dans les armées est jugé nécessaire, il convient de mieux organiser la complémentarité, dans les deux sens, entre les moyens civils et militaires afin d'optimiser les infrastructures et les équipements. Les récentes dispositions législatives devraient y conduire.

Chapitre VIII

Le financement des dépenses hospitalières

PRÉSENTATION

Entre le vote de l'ONDAM par le Parlement et l'allocation des ressources par les ARH, plusieurs étapes se déroulent qui font intervenir l'Etat, les caisses d'assurance maladie et les patients eux-mêmes. Le gouvernement arrête au sein de l'ONDAM l'enveloppe destinée aux établissements publics et aux établissements privés participant au service public (PSPH), dite dotation globale, et l'enveloppe destinée aux cliniques privées, dite objectif quantifié national (OQN). A partir de là, les mécanismes d'allocation des moyens à ces deux secteurs diffèrent nettement.

La dotation globale nationale est décomposée en dotations régionales, réparties par les ARH entre les établissements, dans le cadre du budget global.

S'agissant des cliniques privées, l'OQN ne donne pas lieu à l'attribution d'enveloppes régionales opposables. Mais depuis 2000³³², sur la base de l'OQN, un accord national fixe l'évolution moyenne nationale des tarifs et les variations maximales et minimales que les ARH peuvent négocier avec les fédérations régionales des cliniques privées. Dans les limites fixées par région, les ARH modulent les tarifs de chaque clinique dans un avenant annuel au contrat d'objectifs et de moyens.

Qu'il s'agisse des hôpitaux sous dotation globale ou des cliniques privées, les sommes dues par l'assurance maladie leur sont versées directement par les caisses, selon des modalités de calcul différentes : versement d'acomptes mensuels d'un côté, paiement de prestations facturées à la journée ou à l'acte de l'autre. Les modalités pratiques de versement tendent à se rapprocher, depuis la mise en place d'un système de caisse centralisatrice des paiements aux cliniques privées. Mais la complexité de ces procédures de paiement est extrême.

Il existe des différences profondes de calcul des versements de l'assurance maladie aux hôpitaux publics et privés PSPH, d'une part, aux cliniques privées, d'autre part, qui ne reposent ni dans un cas ni dans l'autre, sur une analyse des coûts. Cette situation peu satisfaisante a conduit à décider la mise en place de l'expérimentation d'une tarification fondée sur des coûts par pathologie. Mais les conditions du déroulement des travaux augurent mal du respect du délai de cinq ans prévu pour l'expérimentation.

332. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2001.

Par ailleurs, si les ressources des établissements hospitaliers proviennent essentiellement de l'assurance maladie, les patients doivent, au moins en théorie, supporter le ticket modérateur ou le forfait journalier. L'inéquité pour les assurés de ces mécanismes de participation, leur faible impact financier global compte tenu des multiples exonérations prévues, enfin la complexité de gestion qui résulte, pour les hôpitaux et les caisses, du jeu combiné des deux mécanismes doivent être soulignés.

I - L'allocation des ressources aux établissements de santé par les ARH

L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée a confié aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH) la mission d'allouer les ressources disponibles aux établissements de santé.

Le directeur de l'ARH décide de la répartition de la dotation globale entre les établissements publics et privés participant au service public hospitalier et, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, négocie avec les fédérations représentant les établissements privés à but lucratif l'évolution des tarifs de prestations déterminant les dépenses remboursées par l'assurance maladie aux cliniques privées. C'est également le directeur de l'ARH qui, sur autorisation de la commission exécutive de l'agence, signe les contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements de santé.

Depuis leur création, les ARH ont renforcé le niveau régional dans la procédure de financement des établissements de santé et ont cherché à utiliser au mieux les nouveaux outils dont elles disposent (PMSI et contrats d'objectifs et de moyens) pour corriger les inégalités entre établissements et moduler davantage l'allocation des ressources en fonction de leur activité.

A – L'allocation de la dotation globale aux établissements de santé publics et privés participant au service public

L'allocation des ressources aux établissements financés par la dotation globale vise deux objectifs : d'une part, la réduction des écarts de dotation entre les établissements ; d'autre part, l'adaptation de l'offre de soins et l'amélioration de la qualité des soins.

Les ARH conduisent leur politique budgétaire en fonction, d'une part, des moyens qui sont répartis et, en partie, préaffectés au niveau national et, d'autre part, des redéploiements qu'elles peuvent effectuer régionalement. L'efficacité des politiques expérimentées par les agences est limitée par la résistance des établissements, mais aussi l'intervention, parfois contraire aux objectifs régionaux, de l'administration centrale.

1 – La détermination des dotations régionales

La réduction progressive des inégalités de ressources entre régions et établissements suppose la prise en compte de certains critères : besoins de la population, orientations des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), activité et coûts des établissements.

A cette fin, un système de péréquation interrégional a été mis en place à partir de la campagne budgétaire pour 1997. La première étape a consisté à déterminer la dotation-cible que chaque région devait atteindre à l'issue du processus de réduction des écarts. Pour cela, deux sous-enveloppes ont été distinguées :

- une pour le court séjour (médecine-chirurgie-obstétrique ou MCO), dont la cible a été calculée à part égale sur la base de deux indicateurs : un indicateur de besoins (*la dépense hospitalière par habitant hospitalisable dans le secteur public, toutes disciplines confondues*) et un indicateur d'efficience (*la valeur régionale du point ISA, obtenue en divisant la somme des budgets hospitaliers de court séjour de la région par le nombre de points ISA produits par les établissements de la région*) ;
- une pour les autres activités (soins de suite ou de réadaptation, psychiatrie), établie sur la base du seul critère de la dépense hospitalière par habitant hospitalisable dans le secteur public.

A compter des campagnes budgétaires pour 1998 et 1999, deux critères supplémentaires ont été introduits dans le mode de calcul des

dotations régionales cibles en MCO. En raison des observations du Haut comité de santé publique, il a été tenu compte des *flux de patients entre régions* en majorant la dotation des régions attirant des patients venus d'autres régions³³³ et en minorant celle des régions pour lesquelles le flux de patients est négatif. D'autre part, à défaut d'indicateurs de morbidité, l'état de santé de la population régionale est pris en compte par le biais de *l'indice comparatif de mortalité*³³⁴, c'est-à-dire le nombre de décès observés par rapport à un nombre de décès théorique.

La combinaison de ces critères permet de calculer, pour chaque région, une dotation théorique, réévaluée chaque année. L'objectif du système de péréquation national est de faire progresser plus vite les dotations régionales inférieures aux dotations cibles et moins vite les dotations régionales supérieures aux dotations cibles.

La progression annuelle des dotations régionales est déterminée par l'horizon fixé au terme du processus de réduction des écarts. Selon que ce terme est plus ou moins lointain, la contrainte pesant sur la progression de l'enveloppe des régions surdotées par rapport à leur dotation cible sera plus ou moins forte et l'« apport » annuel de péréquation, pour les régions sous-dotées, sera plus ou moins important. L'horizon de la péréquation a été porté de 17 ans à 30 ans à compter de 1999 : le processus de réduction des écarts devrait donc s'achever en 2028.

Cet étalement dans le temps retire de la crédibilité au dispositif : les établissements de santé sont en effet tentés de recourir à des expédients ponctuels pour faire face à une moindre progression de leurs dotations, plutôt que de s'engager dans des restructurations lourdes, c'est-à-dire dans la recherche de vraies économies structurelles.

De plus, il a été décidé, en 1999, de mettre en œuvre un système de rattrapage accéléré au profit des trois régions les plus mal dotées (Poitou-Charentes, Picardie et Nord-Pas-de-Calais), de manière à leur permettre de rejoindre la région placée immédiatement avant (l'Alsace en 1999, la

333. Seules sont prises en considération les dépenses supplémentaires considérées comme légitimes, c'est-à-dire correspondant aux cas dans lesquels l'hôpital d'accueil est le plus proche du lieu de résidence, offre un haut niveau de spécialisation non disponible dans la région d'origine ou se caractérise par une valeur de point ISA particulièrement faible. La part des flux légitimes est estimée à 50 %, sans étude à l'appui.

334. Comme pour le critère précédent, la pondération retenue dans la formule de péréquation pour ce critère n'a pas été justifiée (la formule est basée sur la racine carrée de l'ICM).

Franche-Comté à compter de 2000). Le dispositif repose sur un prélèvement majoré sur les régions contributrices, surtout l'Ile-de-France, qui est pénalisée par une dépense hospitalière par habitant très élevée en raison du nombre de ses établissements, plus encore que par sa valeur élevée de point ISA. Ce «nouvel» étage de la péréquation ajoute à sa complexité.

Les modifications successives du dispositif de péréquation autant que ses réajustements annuels se traduisent par des écarts importants d'une année sur l'autre dans les dotations allouées aux ARH à ce titre et compliquent localement la conduite des politiques budgétaires.

Fin 2001, l'écart des dotations régionales réelles aux dotations cibles restait important³³⁵. L'Ile-de-France demeurait la région la plus surdotée avec un écart de + 26,8 % à la dotation-cible, loin devant Midi-Pyrénées (+ 7,8 %). Poitou-Charentes, la Picardie et le Nord-Pas-de-Calais présentaient encore un retard important avec un écart respectif par rapport à la dotation-cible de - 14,9 %, - 13 % et - 13,2 %.

Compte tenu de l'importance de la dotation globale d'Ile-de-France (9,3 Md€), de l'écart à la valeur cible (1,9 Md€) et du système de rattrapage accéléré, le prélèvement opéré au niveau national pour abonder le système de péréquation est très concentré sur la région francilienne (84,3 M€ en 2001). Provence-Alpes-Côte d'Azur ne contribue qu'à hauteur de 9,5 M€ et Midi-Pyrénées à hauteur de 5,1 M€

En Ile-de-France, le système de péréquation devait conduire à prélever 0,92 % sur la dotation régionale pour les années 2001 à 2003, puis 0,85 % par la suite (- 76,8 M€ par an au lieu de - 84,3 M€). Mais, suite à l'affichage par l'AP-HP de tensions budgétaires, à hauteur de 61 M€ une dotation supplémentaire de 22 M€ lui a été versée. S'agissant des établissements hors AP-HP, le ministère et l'ARH ont attribué, en cours d'année, tout d'abord, une avance remboursable de 15 M€ puis une dotation exceptionnelle de 38 M€. En définitive, l'ensemble de ces dotations est d'un ordre de grandeur comparable à la contribution qui était demandée à l'Ile-de-France au titre de la péréquation.

Le système de rattrapage accéléré favorise principalement le Nord-Pas-de-Calais (26,9 M€), la Picardie (19,4 M€), le Poitou-Charentes (18,6 M€).

Il présente l'inconvénient de ne pas adapter la progression des dotations régionales aux besoins réels, comme l'illustre la comparaison entre les régions Bourgogne et Poitou-Charentes. Ces deux régions se

335. Source : DHOS.

caractérisent par une population identique (1,6 million d'habitants), une base budgétaire comparable (environ 1 Md€) et une valeur de point ISA nettement inférieure à la moyenne nationale (respectivement 1,77 € et 1,75 € pour une moyenne nationale à 1,93 €). Mais, structurellement, la région Bourgogne est soumise à une contrainte budgétaire beaucoup plus forte : en raison de sa géographie, les rapprochements entre établissements sont difficiles à mettre en œuvre et imposent de conserver un nombre élevé d'établissements³³⁶ ; à l'inverse, la région Poitou-Charentes, très ouverte sur les régions limitrophes, voit une partie de sa population habituellement soignée à Bordeaux ou Nantes malgré la présence d'un CHU à Poitiers.

Or, le système de rattrapage accéléré a conduit à attribuer 2,9 M€ à la Bourgogne et 18,6 M€ à Poitou-Charentes. Ainsi, la Bourgogne fait face à des tensions sociales fortes dans les centres hospitaliers et éprouve de réelles difficultés à redéployer les moyens d'établissements en baisse d'activité (Joigny, Tonnerre, Avallon) vers ceux dont l'activité croît (Sens, Auxerre). En revanche, la région Poitou-Charentes bénéficie d'une enveloppe de péréquation bien supérieure à ses besoins. Dans le premier cas, la mise en œuvre du SROS est compromise, alors que, dans le second, la surabondance des moyens permet même de consacrer la moitié des mesures nouvelles initialement déléguées en 2001, soit 25 M€, à l'objectif de maintien de l'emploi affiché par l'ARH.

Les corrections apportées par la DHOS sous forme de crédits reconductibles ou non, alloués en cours d'année, soulignent les limites de l'application du système accéléré de péréquation inter-régionale.

A l'issue d'une mission d'évaluation du dispositif, l'IGAS a notamment conclu à la nécessité de mettre fin au système accéléré de péréquation et de réexaminer les modalités de prise en compte de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris dans la péréquation.

2 – La marge d'action des ARH

Elle dépend, d'une part, des affectations de crédits décidées au niveau national et, d'autre part, des possibilités de redéploiement dégagées par les agences au sein de l'enveloppe régionale.

336. La Bourgogne compte aujourd'hui une soixantaine d'établissements sous dotation globale contre une quarantaine en Poitou-Charentes.

a) L'affectation des crédits au niveau national

Sous l'effet conjugué des protocoles signés en mars 2000 et 2001 entre l'Etat et les organisations syndicales, de la mise en œuvre de la réduction du temps de travail et des plans gouvernementaux de santé publique, une part croissante des crédits délégués aux régions est pré-affectée par le niveau national, ce qui perturbe grandement l'action des agences. Les crédits « fléchés » présentent en effet plusieurs inconvénients : outre le fait qu'ils limitent la marge de manœuvre des ARH (même si une partie contribue à financer la mise en œuvre de priorités régionales), ces crédits n'incitent pas les établissements à améliorer leur productivité et leur offrent la possibilité de compenser la faiblesse des moyens alloués au titre de la reconduction par la multiplication des enveloppes ciblées. De plus, peu d'agences ont cherché, telle l'ARH de Poitou-Charentes, à mettre en place un contrôle de gestion permettant de vérifier les déclarations faites par les établissements quant à l'affectation des crédits reçus. Ainsi, l'administration centrale, qui décide du volume et de l'affectation de ces « crédits fléchés », ignore l'usage réel qu'en font les hôpitaux.

b) La constitution de marges de manœuvre régionales

Dans les régions qui ne bénéficient pas d'un apport de péréquation suffisant pour assurer la mise en œuvre du SROS ou faire face à des besoins conjoncturels (tensions dans les établissements, aides à l'investissement), les agences ont cherché à dégager des marges d'action régionales au sein de l'enveloppe qui leur est déléguée.

L'ARH de Rhône-Alpes ajoute aux prélèvements liés à la valeur du point ISA (4,63 M€ en 2001) sur les établissements les mieux dotés, un prélèvement uniforme de 0,5 % sur la base budgétaire de l'ensemble des établissements (19,41 M€) ; le produit de ce second prélèvement est redistribué prioritairement aux centres hospitaliers non universitaires.

D'autres agences n'allouent une partie des crédits de l'enveloppe régionale que sur six ou huit mois en fonction de la date prévue de réalisation de la dépense, ce qui permet de dégager quelques moyens, non reconductibles, mais d'affectation libre. Les ARH de Bourgogne et de Franche-Comté ont adopté cette méthode pour financer des mesures spécifiques ; l'ARH d'Ile-de-France, quant à elle, ne notifie plus les tranches annuelles des contrats d'objectifs et de moyens dès le début de l'année, mais au moment de la réalisation des mesures prévues.

En matière d'aide à l'investissement, l'agence de Bourgogne mutualise des sommes correspondant à la non-application du taux de

reconduction aux dépenses du groupe 4 (dotation aux amortissements et frais financiers) de manière à soutenir les opérations prioritaires, comme la reconstruction du centre hospitalier de Nevers. Mais ce système dégage des ressources limitées (0,41 M€ en 2001).

3 – La politique budgétaire régionale

Les ARH répartissent les dotations régionales en cherchant, d'une part, à allouer aux établissements les moyens nécessaires à leur fonctionnement (c'est l'objectif de la reconduction) ; d'autre part, à réduire les écarts de dotation entre eux par la mise en œuvre d'une péréquation largement adossée au PMSI ; enfin, à financer les mesures nouvelles, nationales et régionales, relatives à l'adaptation de l'offre de soins et à la santé publique : accompagnement des restructurations, modalités de prise en charge de certaines pathologies, qualité et sécurité des soins.

a) La reconduction des moyens

Le montant consacré à la reconduction des moyens n'est pas arrêté après enquête sur le coût de fonctionnement des établissements, mais en fonction de la pression que l'ARH souhaite exercer sur eux pour les inciter à engager les restructurations internes ou externes nécessaires.

Dans ces conditions, le taux de reconduction appliqué par les ARH est très variable d'une région à l'autre. Tandis que l'ARH de Bourgogne module les taux en fonction du statut des établissements et du niveau de leurs services d'urgence, celles des Pays de la Loire et d'Auvergne différencient les taux en fonction de la valeur du point ISA. En Midi-Pyrénées, ce taux, relativement élevé pour l'ensemble des établissements (+ 2 % pour 2001), a été majoré pour l'activité psychiatrique et les petits établissements.

L'Ile-de-France est la première région contributrice à la péréquation nationale. La valeur élevée du point ISA de l'AP-HP (2,3 € en 2000) augmente la contribution de l'ensemble des établissements de la région à la péréquation nationale. Mais l'AP-HP échappe à la tutelle budgétaire de l'ARH et un traitement particulier lui est réservé par les administrations centrales. Il est plus favorable que celui qui résulterait de l'application des mécanismes de droit commun, ce qui conduit à reporter le poids des ajustements budgétaires sur les établissements situés hors AP-HP. Or, la faiblesse des restructurations engagées par les établissements de la région ne permet pas de compenser le prélèvement national par un autofinancement régional.

b) La péréquation entre établissements

Le système de péréquation le plus souvent retenu par les ARH est fondé sur la redistribution aux établissements dont la valeur du point ISA est inférieure de plus de 5 % à la valeur régionale des sommes prélevées aux établissements dont la valeur du point ISA est supérieure de plus de 5 % à la valeur régionale. La base budgétaire des établissements dont la valeur du point ISA est la plus basse est ainsi majorée, car une dotation budgétaire trop faible par rapport à l'activité peut traduire une qualité ou une sécurité des soins insuffisante dans l'établissement. A l'inverse, une valeur de point ISA élevée au regard de la moyenne est le signe d'une organisation inefficace ou d'une sous-activité justifiant une réallocation des moyens vers d'autres établissements.

Les sommes prélevées sont souvent plafonnées en proportion de la base budgétaire et/ou de la surdotation estimée et en fonction de l'échéance de convergence fixée. Certaines ARH, comme celles d'Auvergne, de Bretagne, de Nord-Pas-de-Calais, n'opèrent pas de réfaction sur les bases budgétaires des établissements les mieux dotés, mais utilisent la valeur du point ISA pour répartir l'apport de péréquation.

Aucun indicateur de type « valeur du point ISA » n'existant en psychiatrie, c'est la dépense par habitant hospitalisable qui est utilisée pour comparer les établissements entre eux. Cet indicateur, bien que très fruste, fait cependant apparaître dans certaines régions des disparités importantes qui ont conduit à inclure les établissements spécialisés dans la politique de rééquilibrage des ressources.

Compte tenu de l'importance du budget des CHR/U dans les dotations régionales, les possibilités de redéploiement de moyens entre établissements dépendent en grande partie de la productivité de ces établissements. Or, la situation des CHR/U est très variable d'une région à l'autre. Certains affichent une valeur de point ISA élevée, comme les Hospices civils de Lyon (HCL), ce qui permet à l'ARH de prélever et de redéployer des montants relativement importants (15 M€ de 1997 à 1999, pour une surdotation évaluée à 82 M€ en 1997). D'autres, dont la valeur de point ISA est basse bénéficient, au contraire, de dotations importantes, au titre de la péréquation nationale et par le biais d'aides nationales spécifiques (CHU de Limoges et de Poitiers par exemple).

c) Les mesures nouvelles

L'adaptation de l'offre de soins aux besoins de la population et l'amélioration de la qualité des soins devraient en théorie être financées par les redéploiements internes (autofinancement des établissements), les

gains tirés de la restructuration (autofinancement de la région), l'apport éventuel de péréquation et les crédits spécifiques. Un pilotage rationnel imposerait un chiffrage précis du coût de la mise en œuvre des SROS et des possibilités d'autofinancement régional. Mais, la grande majorité des agences n'ont pas fait ce travail d'analyse financière et ne tiennent pas non plus de tableau de bord de la mise en œuvre des SROS permettant de rendre compte de leur action.

En fait, les priorités régionales et nationales sont essentiellement financées par les crédits spécifiques et l'apport de la péréquation : la restructuration est lente et coûteuse dans un premier temps et les établissements sont peu enclins à développer des actions nouvelles à partir de redéploiements internes alors que les moyens de reconduction qui leur sont alloués leur semblent insuffisants.

4 – La difficulté à maîtriser l'évolution des budgets hospitaliers

Malgré la volonté des agences de respecter les objectifs de réduction des écarts, d'adaptation de l'offre et de promotion de la santé publique, l'efficacité de la politique d'allocation des ressources a été réduite par les stratégies de contournement mises en œuvre par les établissements et l'attribution, au plan national, d'une part croissante des financements sans lien avec les performances des établissements.

a) Les stratégies de contournement utilisées par les établissements

Afin de réduire la contrainte pesant sur les dépenses de personnel et d'assurer le financement de dépenses médicales et pharmaceutiques en forte croissance, les établissements ont eu recours à divers moyens permettant de reporter les restructurations internes et externes.

En premier lieu, les établissements sous tension budgétaire transfèrent des crédits des groupes de dépenses 3 (dépenses hôteliers et logistiques) et 4 (dotation aux amortissements et frais financiers), c'est-à-dire au détriment des capacités d'investissement, vers les groupes 1 (dépenses de personnel) et 2 (dépenses médicales et pharmaceutiques). Ils utilisent également les crédits fléchés à un usage autre que celui qui leur a été notifié.

En second lieu, si les tensions budgétaires excèdent les capacités de redéploiement internes, les établissements reportent des charges sur l'exercice suivant.

Enfin, les établissements eux-mêmes accentuent parfois les tensions budgétaires par le gonflement des provisions ou réserves

facultatives de manière à justifier l'attribution en cours d'année de crédits exceptionnels, obtenus le plus souvent sans contrepartie.

Les agences n'ont pas une capacité suffisante pour expertiser les déclarations des établissements sur leurs tensions budgétaires. L'absence de fiabilité de ces déclarations peut conduire les établissements et la tutelle à sous-estimer, dans certains cas, des risques réels de dégradation de la situation budgétaire de certains établissements, comme ce fut le cas au centre hospitalier de Laval, dont le report de charges atteignait 5,6 M€ fin 2000, en raison, notamment, du recours très coûteux à des anesthésistes intérimaires pour compenser les vacances d'emplois.

Plus rarement, certains centres hospitaliers recourent à d'autres moyens pour faire disparaître la contrainte ou faire pression sur l'agence.

Deux exemples « d'adaptation » à la contrainte budgétaire

Faute d'avoir tenu compte, dans sa politique de créations de postes, de la diminution de sa base budgétaire opérée par l'ARH en raison d'une valeur de point ISA élevée, le centre hospitalier du Havre a vu son déficit s'accroître rapidement pour atteindre 9,15 M€ fin 1999. Non content d'avoir obtenu du ministère une subvention exceptionnelle de 6,1 M€ (dont 4,57 M€ à titre reconductible) fin 2000, le centre hospitalier a réussi à réduire la valeur de son point ISA sans améliorer ni la gestion ni la productivité de son établissement : l'écart de la valeur de point ISA de l'établissement à la valeur régionale a été réduit de 32,2 % en 1996 à 10 % en 1999 en partie par transformation, sans autorisation, d'un service de médecine à la durée moyenne de séjour élevée en service de psychiatrie, dont les dépenses ne sont pas prises en compte pour le calcul de la valeur du point ISA. Cette situation a été régularisée par l'ARH en 2001.

A Marseille, l'Assistance publique, qui est un des CHU dont la valeur du point ISA est la plus élevée, a fait face aux restrictions budgétaires imposées par l'ARH par des fermetures de lits, voire des fermetures de services intervenues sur décision de la direction de l'établissement en contradiction avec les orientations du SROS. Ces fermetures peuvent être non seulement préjudiciables à une prise en charge sanitaire satisfaisante de la population (l'ARH a ainsi enjoint au CHU de rouvrir à l'ensemble des enfants le service de réanimation néonatale, présent dans les CHU seulement), mais également contribuer à dégrader la productivité de l'hôpital. En effet, la fermeture d'un service de réanimation induit une baisse de l'activité de chirurgie, qui produit le plus de points ISA.

b) Les effets limités de la politique de réduction des écarts

Compte tenu des délais nécessaires à l'adaptation des établissements à une diminution de leur base budgétaire (du fait notamment que 70 % des dépenses sont des dépenses de personnel), les prélèvements et les sommes redistribuées au titre de la réduction des écarts ne peuvent être que modestes. A titre d'exemple, les prélèvements opérés par l'ARH d'Aquitaine ont représenté 2,48 M€ en 2001, dont 1,81 M€ sur le CHU, et ont été redistribués entre une douzaine d'établissements. Le centre hospitalier de Mâcon, qui affiche encore pour 2000 un écart de 15,37 % entre sa valeur de point ISA (1,5 €) et la valeur régionale (1,77 €), a pourtant vu sa base budgétaire abondée de 1,84 M€ sur les exercices 1998 à 2000.

Les effets de la péréquation sont d'autant plus atténués qu'elle ne porte le plus souvent, au niveau régional comme au niveau national, que sur la délégation initiale de crédits (il s'agit essentiellement des crédits de reconduction) et non sur les mesures nouvelles qui, attribuées en fonction d'autres critères, peuvent avoir pour effet de faire progresser plus vite que la moyenne la base budgétaire d'un établissement pourtant considéré comme surdoté. La fragmentation de la campagne budgétaire en de multiples étapes tout au long de l'année empêche les agences d'avoir une vision globale des moyens à allouer aux établissements et de consacrer du temps au contrôle de l'affectation de ces moyens. Au niveau national, aucun bilan de fin de campagne budgétaire n'est établi : seul un bilan d'étape concernant l'affectation de la première répartition des crédits, intervenant en janvier, est effectué.

c) Le relâchement de la contrainte au niveau national

La contrainte pesant sur les établissements a été atténuée ces dernières années, mais de manière détournée : l'objectif de réduction des écarts, les systèmes nationaux et régionaux de péréquation ont été maintenus au niveau national et au niveau régional, mais une part croissante des crédits ciblés au niveau national est attribuée sans prise en compte ni des performances des établissements, ni des objectifs régionaux de recomposition.

En effet, avec les protocoles signés par l'Etat et les organisations syndicales en 2000 et 2001 (crédits de remplacement notamment) et l'enveloppe destinée à financer la mise en œuvre de la réduction du temps de travail, une part croissante des crédits nouveaux est attribuée sur le fondement du nombre d'équivalents temps plein, non seulement au niveau national pour la répartition entre régions, mais également au niveau local après négociation avec les syndicats. Ces modalités de

répartition des crédits ne sont pas de nature à faire évoluer l'organisation des établissements³³⁷.

En outre, l'allocation par le ministère chargé de la santé, voire certaines ARH elles-mêmes, de crédits exceptionnels, liés notamment à une situation budgétaire dégradée, peut contribuer à annihiler temporairement ou définitivement les effets de la péréquation. A titre d'exemple, le centre hospitalier de Sarreguemines a bénéficié d'aides exceptionnelles de 1,6 M€ de 1996 à 1999, pour tenir compte de l'augmentation de son activité et de son coût réel de fonctionnement, tandis que sa base budgétaire était réduite de 0,89 M€

En Ile-de-France, l'Union régionale de l'hospitalisation a obtenu directement du ministère en février 2001 une « avance remboursable » de 15 M€ reconduite en 2002, qui a été allouée aux établissements publics (hors Assistance publique-Hôpitaux de Paris). Ces crédits ont été notifiés sans contrepartie et sans que soit pour autant remis en cause le principe de la péréquation.

En Rhône-Alpes, les Hospices civils de Lyon, établissement également surdoté, ont cependant obtenu le versement d'une aide nationale dérogatoire de 12 M€ sur trois ans et non reconductible, pour accompagner le programme d'investissement prévu dans le contrat d'objectifs et de moyens. Cette aide devrait être remboursée en fonction des économies dégagées par les restructurations.

A la suite du plan de soutien à l'hôpital public annoncé à l'automne 2001, les crédits exceptionnels destinés à faire face aux tensions budgétaires ont doublé, bénéficiant particulièrement à certaines régions, pourtant surdotées, comme l'Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et l'Aquitaine.

Le fléchage national des crédits, la distribution de crédits hors dotation régionale et l'assouplissement de la contrainte budgétaire au niveau national portent atteinte à l'efficacité des diverses méthodes d'allocation des ressources auxquelles les agences ont recours.

5 – Les contrats d'objectifs et de moyens

Qu'il s'agisse des établissements considérés comme les mieux dotés ou, au contraire, les plus mal dotés, le rééquilibrage des dotations nécessite du temps et une action pluriannuelle de plus grande ampleur, notamment par les contrats d'objectifs et de moyens.

337. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2000.

Mais la première génération de contrats pluriannuels signés par les établissements et les ARH est plutôt caractérisée par la volonté marquée des hôpitaux d'utiliser l'outil contractuel pour échapper à la rigueur budgétaire et faire financer par des moyens supplémentaires la plus grande partie du projet d'établissement (investissements et création de postes).

La difficulté à établir une méthodologie, le manque de moyens dans les services déconcentrés de l'Etat, la volonté de mettre en cohérence les SROS et les projets d'établissement, la réticence de certains établissements à se conformer aux objectifs définis par les ARH sont autant de raisons contribuant à expliquer la montée en charge très progressive des contrats d'objectifs et de moyens dans la procédure d'allocation des ressources. Chaque agence a suivi sa propre stratégie : traitement au cas par cas de situations conflictuelles ou de recomposition du tissu hospitalier (Ile-de-France), structuration progressive du tissu régional par la signature de contrats avec les gros établissements (Pays de la Loire), négociation simultanée d'une quinzaine de contrats après la parution du SROS et l'adaptation des projets d'établissement (Franche-Comté).

Le diagnostic approfondi réalisé sur l'activité aussi bien que sur l'organisation et le fonctionnement médical, voire la gestion et la situation financière, nécessite souvent plusieurs mois avant même d'engager, dans le cadre de la négociation du contrat, les discussions sur les objectifs et les moyens à mettre en œuvre. Devant la nécessité de réduire le temps consacré à la préparation de chaque contrat, d'assurer un traitement équitable des établissements et de proportionner les engagements des agences aux marges régionales, les méthodologies mises en œuvre tendent vers l'utilisation de grilles d'analyse standard et une meilleure articulation entre les contrats et la campagne budgétaire annuelle. A compter de 2001, l'ARH d'Ile-de-France a ainsi inclus les objectifs de productivité assignés aux établissements dans les COM ; en Bretagne, le montant financé par l'agence dans le cadre des COM est déterminé par la valeur de point ISA des établissements.

B – La répartition régionale de l'objectif quantifié national aux cliniques privées

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, l'évolution des tarifs des prestations inscrite dans un avenant annuel aux contrats d'objectifs et de moyens, est négociée par les ARH avec les

fédérations représentant les établissements privés, dans le cadre des principes fixés par un accord national.

1 – Les contrats d’objectifs et de moyens

Aux termes de l’ordonnance du 24 avril 1996, chaque établissement entrant dans le champ de l’objectif quantifié national (OQN) devait signer avec l’ARH un contrat d’objectifs et de moyens d’une durée de 3 ou 5 ans définissant les orientations stratégiques en fonction du SROS, des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins, des recommandations de la conférence régionale de santé et, le cas échéant, des actions de coopération envisagées ou engagées.

Les agences ont respecté l’échéance prévue par l’ordonnance pour la signature des contrats, parfois au prix d’une normalisation du contenu et du report, parfois définitif, de la négociation des annexes individuelles obligatoires relatives à la qualité et à la sécurité des soins. Ainsi, en Ile-de-France, le seul élément de personnalisation des contrats est leur durée. En Franche-Comté, la négociation des annexes relatives à la qualité et à la sécurité des soins a été reportée de manière à prendre en compte les conclusions d’un audit de gestion des risques mené, à la demande de l’agence, dans l’ensemble des cliniques de la région. En Bourgogne et en Poitou-Charentes, ces annexes ont été rédigées à partir d’un autodiagnostic réalisé par les établissements. En Pays-de-la-Loire, le contenu du contrat et de ses annexes se présente sous la forme de tableaux standards remplis par les établissements et validés par l’agence. Pour la première fois, les établissements à but lucratif ont dû présenter leur politique médicale à moyen terme.

2 – La modulation tarifaire

Dans le cadre des modulations tarifaires régionales permises par les accords nationaux signés en 2000 et 2001, les ARH ont principalement cherché à favoriser la mise en œuvre des SROS, l’amélioration de la qualité des soins et la réduction des écarts de tarifs ou de valeur de point ISA³³⁸ au travers de critères multiples. La poursuite simultanée de ces objectifs peut avoir des effets contradictoires : à titre d’exemple, la modulation des tarifs visant à favoriser l’adaptation de l’offre de soins peut avoir pour conséquence d’augmenter les écarts de tarifs entre établissements pour une même prestation.

338. S’agissant des établissements privés entrant dans le champ de l’OQN, la valeur du point ISA ne prend pas en compte les coûts des établissements, mais les dépenses qui leur ont été remboursées par l’assurance maladie.

Comme pour la répartition des fonds d'aide aux contrats en 1998 et 1999, les pratiques régionales sont très diverses en matière de modulation tarifaire en ce qui concerne l'ampleur de la modulation (absence de modulation, modulation entre disciplines et/ou entre établissements, amplitude des écarts) et les critères retenus pour répartir l'augmentation des tarifs entre les établissements (PMSI, seuils d'activité, exécution des contrats, accueil des urgences, opérations de coopération engagées, scores de performance sur des items multiples...). Les modalités de répartition négociées entre les ARH et les fédérations professionnelles visent dans certaines régions à conforter la situation d'un petit nombre d'établissements, qui ont par ailleurs déjà bénéficié des fonds d'aide aux contrats (Franche-Comté). A l'inverse, les méthodologies parfois très complexes mises en œuvre conduisent à distribuer des montants faibles à un grand nombre d'établissements (Pays de la Loire).

La prise en compte des orientations du SROS parmi les principaux critères de modulation des tarifs conduit à une certaine convergence des principes d'allocation des ressources entre secteur public et secteur privé. En Ile-de-France par exemple, le taux d'évolution pour les activités de chirurgie a été fixé en 2001 à un niveau inférieur (+ 0,76 %) au taux moyen régional (0,98 %), pour permettre une redistribution au profit des soins de suite ou de réadaptation et de la psychiatrie (+ 1,25 %).

Les ARH ont cherché depuis 2000 à élaborer une véritable politique d'allocation des ressources aux établissements privés et à utiliser le levier d'action qui leur était offert pour inciter ces établissements à mettre en œuvre la politique régionale.

SYNTHÈSE

La mise en place des ARH a permis de renouveler les méthodes budgétaires et de conduire une politique d'allocation des ressources qui, parce qu'elle tient davantage compte de l'activité des établissements, corrige progressivement les inégalités de dotation entre eux. La diffusion de l'utilisation du PMSI a largement contribué à cette évolution.

Mais, la péréquation nationale est aujourd'hui menacée, car les établissements hospitaliers ne conduisent que peu d'opérations de restructuration permettant de réduire les coûts, ce qui limite le redéploiement des moyens d'une région à l'autre. Les mêmes obstacles se rencontrent dans la mise en œuvre de la péréquation infrarégionale.

Enfin, les interventions des administrations centrales dans l'allocation des moyens compliquent la tâche des ARH, en raison de la

multiplication des crédits alloués en cours d'année, sur lesquels aucun compte-rendu d'exécution n'est demandé.

RECOMMANDATIONS

31. Mettre en place un dispositif de suivi et de contrôle des dépenses des établissements hospitaliers.

32. Etre plus exigeant sur les justifications en matière d'allocation d'aides exceptionnelles et sur les évaluations médico-économiques des projets de recomposition du tissu hospitalier.

33. Effectuer un bilan final de campagne budgétaire chaque année et procéder à une évaluation de la politique d'allocation des ressources au niveau national et au niveau régional, notamment pour mesurer l'impact des politiques menées sur la stratégie des établissements, du point de vue de la gestion interne (notamment en matière de ressources humaines) et de la mise en œuvre des SROS (réorientation des activités, coopération ou rapprochements avec d'autres établissements).

34. Déconcentrer davantage la décision budgétaire au niveau des ARH, de manière à conforter la politique régionale.

35. Eviter la prolongation de la campagne budgétaire tout au long de l'année.

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET DES ORGANISMES PAGE 525

Le financement des soins hospitaliers à l'étranger

1. Les modalités *d'encadrement de la dépense globale hospitalière* dépendent des systèmes de pilotage en vigueur dans les Etats ainsi que de l'organisation des soins hospitaliers.

Aux *Pays-Bas*, un budget global couvre les soins pris en charge par l'assurance publique. Il est réparti entre les caisses d'assurance maladie. Par contre, les dépenses relatives aux soins pris en charge par l'AWBZ (assurance pour les soins coûteux de long terme) et les assurances privées ne sont pas encadrées.

En *Allemagne*, il n'y a pas d'enveloppe nationale hospitalière mais des budgets d'investissement par *land* et des budgets de fonctionnement négociés par les hôpitaux avec les caisses d'assurance maladie.

Au *Québec*, l'enveloppe globale fixée par le gouvernement est distribuée aux régies régionales qui l'allouent aux établissements de leur réseau. Les dépenses d'investissement hospitalier sont financées par le ministère, sur proposition des régies qui présentent la liste des opérations à réaliser, en précisant le coût et le degré de priorité de chacune. La rémunération des médecins exerçant dans les hôpitaux n'est pas incluse dans le budget des hôpitaux (elle est prise en charge par la régie d'assurance maladie du Québec). Les dépenses relatives à l'activité des médecins de ville et hospitaliers étaient encadrées par une enveloppe globale, à laquelle s'ajoutait un plafonnement individuel de l'activité. Depuis peu, la rémunération des médecins pour leur activité en établissement est déplafonnée.

Au *Royaume-Uni*, le Gouvernement fixe la dépense totale de santé au sein de laquelle une enveloppe fermée est déterminée pour les soins hospitaliers secondaires et tertiaires depuis 1982 et pour les prescriptions pharmaceutiques depuis 1999. Par contre, le paiement des services de médecins généralistes n'est pas encadré. Théoriquement, au niveau des acheteurs de soins, les enveloppes sont fongibles, les praticiens pouvant arbitrer entre soins primaires, secondaires et tertiaires.

En *Espagne*, les dépenses de santé, encadrées jusqu'en 1994 par un budget annuel cible, l'ont ensuite été par un budget triennal national qui était réparti entre les communautés autonomes. Dans les faits, les déficits des communautés autonomes ou de l'INSALUD ont toujours été couverts. Depuis 2001, les budgets publics correspondant aux compétences décentralisées sont distribués globalement aux communautés autonomes qui les répartissent librement entre les différents postes de dépenses (santé, éducation, etc).

2. Les *modes d'allocation de ressources* aux régions ou/et aux établissements ont tendance à évoluer de systèmes de paiements rétrospectifs complets vers des allocations prospectives, généralement calculées sur une base historique, puis vers des formules prenant en compte les besoins de la population. Les préoccupations d'équité et d'efficience justifient ces évolutions.

Aux *Pays-Bas*, le budget alloué aux caisses est calculé *per capita* en tenant compte de l'âge, du sexe des assurés et des caractéristiques régionales. Si les dépenses de la caisse dépassent ce budget, elle doit prélever une contribution supplémentaire sur ses assurés. Le niveau de cette contribution exprime l'efficience de la caisse. Mais, la caisse n'ayant d'influence qu'à l'égard de certaines dépenses, les déficits enregistrés peuvent partiellement faire l'objet d'une péréquation. Ils sont d'autant plus mutualisés que la marge d'action de la caisse sur les dépenses est jugée faible. Un calcul complexe aboutit à laisser à la charge des assurés une part croissante des dépassements de dépenses hospitalières.

C'est au *Royaume-Uni* que la méthode d'allocation des ressources est la plus aboutie : l'allocation versée par le ministère de la santé aux autorités locales de santé et par ceux-ci aux praticiens est ajustée au risque selon de multiples critères : type de soins, critères démographiques, sociaux, sanitaires, etc

En *Espagne*, depuis 2001, les régions reçoivent pour la santé une enveloppe régionale déterminée en fonction du nombre et de la répartition par âge des habitants, de leur degré d'isolement, ainsi que des crédits spécifiques pour compenser les flux interrégionaux et les soins aux personnes dépendantes. Si les enveloppes sectorielles reçues par les communautés sont fongibles, en pratique, par prudence, les budgets destinés à la santé restent cantonnés. Les régions peuvent compléter ces budgets avec leurs ressources propres.

En *Suède*, le budget national de la santé est divisé entre les comtés selon une formule qui prend en compte notamment les caractéristiques de la population. Ces dépenses ne sont pas préaffectées aux différents types de soins.

Au *Québec*, l'enveloppe budgétaire allouée aux régies régionales couvre les dépenses de fonctionnement des services socio-sanitaires dispensés dans les établissements du réseau. L'allocation de ces ressources entre les régions se fait essentiellement par reconduction des budgets de l'année précédente. Chaque régie alloue les ressources aux établissements du réseau sans règle explicitement établie, mais sous réserve de l'accord du gouvernement. Pour supporter les compressions budgétaires, les régies ont développé des stratégies de restructuration d'activités et de réduction de dotations. La révision des bases budgétaires historiques a été tentée dans quatre régions en fonction d'une définition des besoins financiers des établissements estimés à partir des coûts unitaires des services ou des coûts par personne.

II - Les modalités de paiement des dépenses d'hospitalisation par les régimes d'assurance maladie

En raison de leurs modalités de financement respectives, les établissements entretenaient jusqu'en 2000 des relations très différentes avec l'assurance maladie : pour un établissement sous dotation globale, la relation principale s'établissait avec la caisse de sécurité sociale, appelée "caisse pivot", qui lui versait la totalité de sa dotation. Pour les cliniques privées, les versements provenaient de chacun des régimes dont relevaient les patients admis pendant l'année.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 et le décret du 26 décembre 2000 ont prévu, pour les cliniques privées, qu'une caisse, dite "caisse centralisatrice des paiements", jouerait un rôle proche de celui des caisses pivot traditionnelles.

A – Les caisses pivot (établissements sous dotation globale)

Pour les établissements publics et les établissements privés participant au service public, la dotation est versée mensuellement par une caisse d'assurance maladie unique, en trois fractions qui correspondent aux principaux paiements auxquels ils doivent procéder : versement de 60 % le 25 du mois (correspondant approximativement aux traitements et salaires), de 15 % (charges sociales) et de 25 % (fournisseurs) les 5 et 15 du mois suivant.

Ce dispositif a l'avantage de la simplicité de gestion pour les organismes de sécurité sociale et permet aux pouvoirs publics de moduler, le cas échéant, le montant des versements en cours d'année.

Il s'accompagne d'un mécanisme de répartition interrégimes de cette dotation afin d'en répartir la charge financière « *au prorata du nombre de journées d'hospitalisation prises en charge par chaque régime au titre de chaque risque, et corrigée par application de coefficients qui tiennent compte du coût des journées d'hospitalisation prises en charges* ». Ce mécanisme, géré par la CNAMTS et piloté par une commission nationale, semble lourd et complexe au regard des incidences financières relativement faibles pour chaque régime de la répartition effectuée chaque année. Il serait sans doute souhaitable qu'une réflexion soit menée sur sa simplification, voire sa forfaitisation.

Si le mode de financement des établissements sous dotation globale devait évoluer, les procédures financières devraient également être réformées. En particulier, si une tarification à la pathologie était adoptée³³⁹, le mécanisme de paiements forfaitaires mensuels par une caisse unique serait amené à disparaître, pour être éventuellement remplacé par le dispositif de la caisse centralisatrice des paiements décrit ci-dessous.

B – Les caisses centralisatrices des paiements (établissements privés sous OQN)

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a profondément modifié les circuits de financement des cliniques en posant le principe du versement par une caisse unique des sommes dues par les régimes obligatoires.

339. Voir infra : La tarification à la pathologie – chapitre VIII – III.

1 – Les objectifs de la réforme

Le suivi des dépenses du secteur privé de l'hospitalisation est jusqu'à présent effectué principalement à partir du Système national interrégimes des établissements privés (SNIREP)³⁴⁰, système permettant de collationner l'ensemble des paiements effectués par les caisses locales d'assurance maladie. Cet outil présente de nombreuses faiblesses. En particulier, il ne permet pas de suivre la réalité de l'activité des établissements sur une période donnée, en raison des délais de liquidation. De plus, n'étant pas alimenté par tous les régimes, il nécessite de nombreux retraitements statistiques, sources de contestations par l'ensemble des acteurs.

L'avantage des « caisses pivot » est de permettre un suivi infra-annuel exhaustif des dépenses de l'assurance maladie puisque toutes ces dépenses transitent par un nombre réduit de caisses.

Par ailleurs, les circuits seront simplifiés, puisque les établissements auront désormais des relations financières avec une caisse unique. Les transferts d'informations entre les établissements et la caisse pivot seront informatisés, le bénéfice du versement d'un acompte étant conditionné au choix de ce mode de communication. Enfin, la trésorerie des cliniques privées sera améliorée grâce à des versements plus rapides de l'assurance maladie.

2 – L'élaboration du nouveau dispositif

Le décret décrivant le système retenu et fixant la terminologie (les caisses pivot sont dénommées "caisses centralisatrices des paiements" et, les autres caisses, "caisses gestionnaires") a finalement été pris le 26 décembre 2000 pour une mise en œuvre au 1^{er} janvier 2001. De manière schématique, le dispositif peut être ainsi résumé :

- lorsque les établissements de santé traitent des supports électroniques ³⁴¹, ils adressent, d'une part, à la caisse centralisatrice les flux de facturation et, d'autre part, les pièces justificatives de facturation sur support papier à la caisse d'affiliation de l'assuré (caisse gestionnaire) ;

340. Voir les rapports de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 1997 (page 20) et de septembre 1998 (page 33).

341. Les autres établissements continuent à adresser directement à la caisse gestionnaire les bordereaux 615 sur support papier ainsi que les pièces justificatives pour saisie et liquidation. Ils ne bénéficient pas du versement d'un acompte.

- à la réception du flux sur support électronique, la caisse centralisatrice procède au paiement d'un acompte sur le montant de la facture se rapportant aux frais d'hospitalisation, et transmet parallèlement un flux électronique à la caisse gestionnaire pour liquidation ;
- à l'issue des opérations de liquidation, quel que soit le support du flux (papier ou électronique), la caisse gestionnaire transmet à la caisse centralisatrice les montants des prestations liquidées (frais de séjour et honoraires) et lui adresse parallèlement un virement d'un montant total égal au flux télétransmis ;
- à réception des données de liquidation, la caisse centralisatrice rembourse à l'établissement de santé le montant des frais d'hospitalisation, après déduction de l'acompte lorsqu'il a été versé ; dans le cas où le montant de la liquidation est inférieur à celui de l'acompte, la caisse centralisatrice procède à la régularisation sur les paiements suivants ;
- enfin, pour compenser la charge financière entraînée par le versement des acomptes par la caisse centralisatrice, les régimes auxquels appartiennent les caisses gestionnaires versent au régime de la caisse centralisatrice une rémunération calculée en fonction du montant des acomptes versés et du délai moyen entre le versement des acomptes et le paiement des sommes correspondant aux prises en charge ; des conventions entre les régimes obligatoires fixent les modalités de calcul de cette rémunération, et notamment le taux d'intérêt appliqué.

3 – La mise en place du nouveau dispositif

Compte tenu des retards intervenus, aucune véritable simulation n'a pu être menée avant le début de 2001. A cette date, seuls le régime général, le régime des militaires et celui des clercs et employés de notaires étaient prêts pour entrer dans le nouveau système. Les rattachements ont été, en réalité, échelonnés et, en octobre 2001, quatre régimes n'avaient pas encore intégré le dispositif (RATP, Assemblée nationale, Banque de France et Cultes).

La raison principale de ces retards a été la difficulté et le coût pour les régimes de l'adaptation de leur outil informatique (matériels et logiciels).

En conséquence, malgré les efforts demandés aux caisses gestionnaires et aux caisses centralisatrices pour alimenter la base de données avec effet rétroactif, il n'a pas été possible de constituer une base statistique exhaustive sur l'ensemble de l'année 2001, qui puisse être comparée aux résultats du SNIREP³⁴².

Pendant les premiers mois de 2001, de très nombreux problèmes se sont posés, conséquences de l'urgence dans laquelle le dispositif technique a été conçu, de la difficulté de la normalisation interrégimes et de l'insuffisance relative des moyens informatiques du régime général (outil un peu ancien, proche de la saturation et qui supporte de plus en plus difficilement les nouveaux développements qui lui sont imposés) et des autres régimes. Certaines cliniques n'ont pas été payées au départ et ont connu ensuite des paiements retardés ; certaines ont été payées deux fois (caisses gestionnaires transmettant des flux doubles aux caisses centralisatrices...) ; beaucoup l'ont été à 185 % (paiement des 85 % d'acompte, puis de la totalité de la liquidation).

Le traitement de ces dysfonctionnements a représenté un travail considérable pour les caisses.

Sur 155 cliniques qui ont répondu à l'enquête conduite par la Fédération de l'hospitalisation privée, en octobre 2001, 55 % ont reçu des paiements à 185 % en octobre 2001 ; 45 % des versements d'honoraires sur les comptes des cliniques ou à l'inverse le versement de frais de séjour sur le compte mandataire des praticiens ; 39 % des paiements de double acompte et 12 % des paiements de double solde. Des difficultés sont également apparues dans le suivi des paiements effectifs.

4 – Un premier bilan de la réforme

Il est trop tôt pour tirer un bilan définitif de la réforme ; il est néanmoins possible de souligner que l'objectif principal, l'amélioration des statistiques, n'a pu être atteint dès 2001, contrairement à ce qui était espéré au départ³⁴³. De plus, le nouveau dispositif n'apparaît pas encore, dans la pratique, comme une simplification des circuits d'information et des circuits financiers, alors qu'il alourdit notablement la gestion comptable (création de comptes d'attente dans les cliniques et de comptes auxiliaires dans les caisses centralisatrices).

342. Le SNIREP est maintenu tant que le nouveau dispositif ne sera pas pleinement opérationnel et fiable.

343. Plus généralement, il est d'ailleurs possible de se demander si les résultats statistiques recherchés n'auraient pu être obtenus plus simplement en améliorant le SNIREP et en le rendant obligatoire pour tous les régimes.

En revanche, la mise en place des caisses centralisatrices a contraint les régimes à adopter les mêmes normes informatiques et a incité les cliniques à transmettre des flux magnétiques. Enfin, les cliniques sont sans doute gagnantes en termes de trésorerie, malgré certains retards subis.

L'informatisation progressive des cliniques, les développements réalisés par la CNAMTS et l'adaptation des normes informatiques des régimes obligatoires et de la cinquantaine de mutuelles gestionnaires pour le compte du régime général ont probablement eu un coût financier élevé. Par la suite, la mise en œuvre du système³⁴⁴, qui n'est pas encore vraiment achevée, et la gestion des dysfonctionnements ont entraîné un coût humain non négligeable pour les caisses centralisatrices (dans les agences comptables de certaines CPAM, un agent à plein temps a dû être employé sur cette fonction), les caisses gestionnaires et les cliniques.

Cette réforme devrait permettre une amélioration des statistiques de suivi des dépenses et une normalisation des flux informatiques entre les établissements sous OQN et les caisses de sécurité sociale. Pour autant que soient réglées les difficultés de mise en œuvre qui semblaient persister à la fin de 2001, elle préfigure sans doute le dispositif qui pourrait être adopté pour tous les établissements de santé en cas de passage à une tarification à la pathologie. Elle pourrait également inspirer certaines évolutions des relations financières entre les caisses et les autres professionnels de santé.

RECOMMANDATIONS

36. *Simplifier le dispositif de répartition interrégimes de la dotation globale.*

37. *Etablir un bilan détaillé de la réforme des modalités de paiement des dépenses par les caisses d'assurance maladie aux cliniques privées. Veiller à ce que l'objectif d'amélioration des statistiques soit atteint de façon à pouvoir abandonner le SNIREP. Etudier les possibles simplifications, approfondissements et extensions du dispositif mis en place.*

CETTE SECTION N'A PAS APPELÉ DE RÉPONSE DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES

344. Dans des délais probablement trop rapides au regard du degré de préparation technique du projet.

III - La tarification à la pathologie : bilan des deux premières années de l'expérimentation

La loi du 27 juillet 1999 a permis le lancement d'une expérimentation, à compter du 1^{er} janvier 2000 et durant cinq ans, de nouveaux modes de financement des établissements de santé, publics ou privés, fondés sur une tarification à la pathologie.

A – Les objectifs de l'expérimentation

Cette expérimentation a pour objectif de tester un nouveau mode d'allocation des moyens aux établissements de santé, fondé sur une meilleure connaissance des coûts des pathologies.

1 – Les faiblesses du système actuel de tarification et de financement

Le système actuel de tarification présente, selon les gestionnaires, les principaux défauts suivants :

a) La relative déconnexion entre l'évolution de la dotation globale de fonctionnement et l'évolution de l'activité réelle des établissements qu'elle finance

La dotation globale de fonctionnement des établissements publics et privés PSPH représente en moyenne plus de 90 % de leurs ressources financières. Même si elle n'évolue pas de façon totalement mécanique d'une année sur l'autre, elle ne reflète qu'imparfaitement l'activité réelle des établissements. Ainsi, les rentes de situation, qui existaient au profit de certains établissements avant sa mise en œuvre en 1983, n'ont sans doute pas toutes été apurées, malgré l'apport du PMSI. Les établissements dont l'activité décroît peuvent connaître une relative aisance financière ; à l'inverse, les établissements dont l'activité croît, souvent en raison de meilleures pratiques, peuvent être pénalisés financièrement.

b) La complexité et les effets pervers de la tarification des établissements privés à but lucratif

Les établissements privés régis par l'OQN reçoivent des forfaits par journée et prestation délivrée, ce qui assure un financement en fonction des actes réalisés. Mais les données issues de leur comptabilité

analytique ne permettent pas aux ARH de déterminer précisément le coût de chacun des actes. De plus, les tarifs, qui sont complexes à arrêter (plus de 25 éléments de tarification déclinés par grandes disciplines) et à actualiser en fonction de l'évolution des techniques et des pratiques, ne peuvent être suffisamment détaillés pour distinguer chaque type d'acte. En conséquence, ils ne reflètent qu'imparfaitement la réalité des coûts des établissements et peuvent conduire les établissements à se spécialiser dans les domaines les plus rémunérateurs. Dès lors, ils peuvent se traduire par des choix de spécialisation inadaptés aux besoins.

c) La coexistence de deux tarifications distinctes pour les secteurs public et privé

Enfin, les patients étant libres de choisir le recours à tel ou tel établissement public ou privé, il est difficile de justifier l'existence de deux modes de tarification différents, engendrant de fortes inégalités dans les moyens de fonctionnement des établissements et de réelles inégalités dans l'offre de soins proposée aux patients.

2 – Les bénéfices attendus d'une tarification à la pathologie

La réforme du système de tarification a pour objet de tenir compte de l'activité réelle des établissements et d'inciter à une optimisation des coûts. Depuis de nombreuses années, l'idée est mise en avant qu'un système plus pertinent serait celui reposant sur un regroupement d'actes ou de séjours relatifs aux mêmes pathologies : chaque pathologie traitée se verrait appliquer un tarif, fixé à l'avance, égal pour tous les établissements et déterminé à partir de l'analyse des coûts.

Des tarifications s'inspirant de cette approche existent, pour certaines pathologies, aux Etats-Unis depuis la fin des années 1980 (programme Medicare destiné à prendre en charge les soins des personnes âgées de plus de 65 ans, ainsi que de certaines personnes handicapées) et dans certains pays nordiques³⁴⁵. Ces tarifications ne sont cependant pas l'outil exclusif d'allocation des moyens aux établissements de soins.

En France, la loi hospitalière du 31 juillet 1991 autorisait déjà le gouvernement à expérimenter « *l'élaboration, l'exécution et la révision des budgets présentés en tout ou partie par objectifs tenant compte notamment des pathologies traitées* », ainsi que « *l'établissement de tarifications tenant compte des pathologies traitées* ». L'absence d'outil

345. L'Allemagne et la Suisse s'orientent également aujourd'hui vers un système d'allocation liée à l'activité.

de mesure des coûts par pathologie dans les établissements de santé n'a pas permis, à l'époque, de progresser significativement sur le sujet. Une importante expérimentation a toutefois été menée en 1994-1995 en Languedoc-Roussillon, démontrant que le recueil des informations médicales et financières utilisées par le PMSI et nécessaires à l'évaluation des coûts par pathologie était possible quels que soit la taille et le statut des établissements. La généralisation progressive du PMSI permet désormais d'envisager une évolution de la tarification.

Les bénéfices attendus de la tarification à la pathologie par les promoteurs du projet sont nombreux : plus grande équité, les établissements étant rémunérés en fonction de leur activité réelle et des prestations qu'ils fournissent, sur la base d'un tarif fixé nationalement ; incitation à la bonne gestion, car les établissements dont les coûts sont supérieurs au tarif national sont incités à les réduire alors que ceux dont les coûts sont inférieurs en reçoivent les bénéfices ; suppression, enfin, des disparités tarifaires actuelles non justifiées entre l'hospitalisation publique et privée.

B – Le processus initié par la loi du 27 juillet 1999

1 – Le lancement du processus

Un « Comité de pilotage d'une tarification à la pathologie » a été installé en janvier 2000, comportant, outre des représentants des directions intéressées du ministère chargé de la santé, des représentants des fédérations de l'hospitalisation publique et privée, des conférences de présidents de commissions médicales d'établissements et de directeurs de centres hospitaliers, des ARH et des régimes d'assurance maladie.

Assisté par un comité d'experts et par des groupes de travail, il bénéficie également de l'aide d'un panel d'économistes. Enfin, le ministère a mis en place quatre commissions consultatives regroupant des représentants des usagers, des syndicats de personnel, des médecins hospitaliers publics et des médecins libéraux. Un consensus s'est établi assez rapidement sur l'utilisation du PMSI comme outil de référence (sous réserve d'aménagements et de compléments) et sur les objectifs généraux à atteindre.

Le calendrier arrêté à l'issue de la première réunion du comité de pilotage était le suivant : établissement d'un protocole d'objectifs et de principes (premier semestre 2000), puis d'un cahier des charges de

l'expérimentation (deuxième semestre 2000); en 2001, lancement de l'expérimentation sur site.

2 – La préparation de la première simulation

a) *Les difficultés rencontrées*

Dès les premières réunions du comité de pilotage, de nombreuses difficultés sont apparues. La principale concernait la détermination du coût des missions de service public pour les hôpitaux.

La mesure du coût des missions de service public³⁴⁶

Les données brutes obtenues à partir du PMSI montrent, en effet, une valeur moyenne du point ISA variant de 1,10 à 1,15 € pour les cliniques selon leur taille et de 1,88 à 2,03 € pour les établissements publics ou privés participant au service public selon leur nature³⁴⁷. Cet écart n'est que partiellement réduit si l'on prend en compte les honoraires des médecins et si l'on neutralise l'écart de rémunération des personnels soignants entre les deux secteurs. Au total, quel que soit le mode de calcul retenu, les coûts de l'hôpital public apparaissent en moyenne supérieurs de plus de 30 % à ceux des cliniques privées.

Cette différence tient en partie au coût des sujétions de service public auxquelles ne sont pas soumises les cliniques privées³⁴⁸ et qu'il importe d'évaluer précisément, pour en prévoir le financement et pour les exclure de l'échelle commune qui sera arrêtée pour les établissements des deux secteurs.

Le principe de l'intégration des honoraires

Un second problème est assez rapidement apparu : la nécessaire intégration des honoraires des médecins au calcul des points ISA des cliniques privées afin de pouvoir construire une échelle commune avec les établissements publics. Or, les médecins libéraux, qui ne font pas partie du comité de pilotage, ont exprimé de vives réticences, craignant que cette intégration ne crée pour eux un lien de subordination avec les

346. Il s'agit notamment de l'obligation de continuité des soins, de l'activité d'urgence, des missions d'enseignement, de recherche, de formation et d'innovation.

347. Données pour l'année 2000.

348 En application de la LFSS pour 2001, une centaine de cliniques privées a reçu mission d'accueillir et de traiter les urgences.

cliniques et que ces honoraires soient intégrés à l'OQN des cliniques privées.

b) Les modalités et le calendrier révisé de l'expérimentation

Un calendrier fortement révisé

Dès l'été 2000, il est apparu que le calendrier initial était peu réaliste. Compte tenu des problèmes de fond qui se posaient, les membres du comité de pilotage ont décidé de le modifier profondément et surtout d'inclure deux simulations qui n'étaient pas prévues au départ et qui devraient permettre de régler de nombreuses questions techniques avant toute expérimentation sur site. Lors de sa réunion de décembre 2000, le comité a donc prévu une première simulation à l'automne 2001, une seconde en 2002 et l'expérimentation sur site en 2003-2004.

Ce calendrier ne pourra pas être respecté, en raison des problèmes de fond décrits ci-dessus et de certains délais dans le traitement de questions complexes, délais dus à une insuffisance de moyens (en particulier de la mission PMSI très sollicitée) ou à l'absence de consensus entre les participants. Ainsi, il faudra attendre avril 2001 pour disposer de la première note de la mission PMSI sur la comparaison des échelles de valorisation des GHM en points ISA ; de même, le groupe de travail sur les honoraires ne sera créé que fin 2000 et les groupes « réseaux » et « séjours extrêmes »³⁴⁹ au printemps 2001.

Des modalités de travail contestées

Le fonctionnement du comité de pilotage repose sur deux principes qui n'ont jamais été explicitement annoncés par les directions de tutelle : les participants recherchent, le plus souvent possible, des solutions techniques aux problèmes qui se posent et l'administration intervient le moins possible dans le fond du débat afin de permettre aux autres partenaires de dégager un consensus entre eux.

En fait, l'ampleur des problèmes à régler et les limites du PMSI et des instruments de mesure rendent la position de l'administration difficilement tenable. Ainsi, pour la question centrale de la mesure et du financement des sujétions de service public, il sera difficile de trouver une solution acceptable. Les fédérations d'hôpitaux publics et privés

349. Séjours présentant des caractéristiques hors norme, notamment en matière de durée, et dont le coût s'écarte notablement de la valeur moyenne affectée au GHM concerné.

PSPH ont décidé, à l'été 2001, de faire du traitement de cette question un préalable à la poursuite de l'expérimentation et ont demandé que l'enveloppe budgétaire consacrée aux missions de service public soit « arrêtée forfaitairement par établissement selon un processus de nature plus politique que technique ».

De même, il apparaît, à la suite des réflexions du groupe de travail, que l'intégration des honoraires des médecins, qui ne pose pas de problèmes techniques insurmontables, suppose un certain engagement des pouvoirs publics.

3 – Un premier bilan du processus

- Les principaux partenaires, en particulier les fédérations hospitalières, ont clairement adopté une position de principe favorable au passage le plus rapide possible à une tarification à la pathologie, position subordonnée toutefois au règlement du problème de la rémunération des missions de service public. Les pouvoirs publics ont, jusqu'ici, fait preuve de prudence et parfois d'ambiguïté : d'une part, ils souhaitent interférer le moins possible dans les discussions au fond entre partenaires ; d'autre part, ils considèrent que la procédure en cours est une expérimentation à l'issue de laquelle ils décideront de réformer ou non la tarification actuelle, mais certaines déclarations récentes incitent à penser que cette réforme va être mise en œuvre (rapport annexé à la LFSS pour 2002 qui a précisé : « *la tarification à la pathologie sera rapidement mise en place après expérimentation dans les régions* »).

- Le calendrier initial de l'expérimentation n'a pas été respecté, de même que le calendrier révisé fin 2000. Au début de l'année 2002, aucune expérimentation sur le terrain n'avait été conduite. De très nombreux points n'ont pas encore été véritablement abordés : prise en compte des coûts particuliers propres à certains établissements ou certaines zones géographiques, gestion de la planification des équipements, modalités pour limiter le risque de sélection des patients par les établissements en fonction d'un coût estimé de leur traitement inférieur ou supérieur à la rémunération moyenne du GHM, intégration des facteurs de qualité des soins, financement des établissements aux structures de coût durablement supérieures à l'échelle retenue, prise en compte des polyopathologies, modalités et durée de la période de transition.

L'administration reconnaît que, dans les conditions actuelles, il sera difficile de mener à bien l'expérimentation dans le délai de cinq ans prévu par la loi. Une impulsion nouvelle des pouvoirs publics est donc

indispensable si l'on veut que ce délai soit respecté. Elle doit prioritairement porter sur la connaissance des écarts de coûts entre établissements, ce qui pose le problème de la qualité de la comptabilité analytique des établissements et de la transparence des informations recueillies.

Les modes de paiement des hôpitaux étrangers

Les modes de paiement des hôpitaux évoluent d'une rémunération a posteriori de coûts engagés pour le fonctionnement de structures, vers des budgets prospectifs globaux ou par pathologie. Chacun des pays étudiés a mis en place, plus ou moins tardivement, un budget global prospectif, avec une incitation plus ou moins forte pour les établissements à respecter le budget prévu. Par contre, le paiement par cas, s'il est envisagé par tous les pays étudiés, à plus ou moins longue échéance, est encore peu pratiqué. Les groupes homogènes de malades (DRG pour *diagnostic related groups*) ne sont utilisés que pour une partie des paiements dans certains pays et uniquement à des fins de *benchmarking* dans d'autres.

En *Allemagne*, les dépenses de fonctionnement des hôpitaux sont prises en charge par les caisses d'assurance maladie et plus marginalement par les patients. La nature, le volume et le tarif des activités de chaque hôpital sont négociés entre l'hôpital et un comité représentant l'ensemble des caisses détenant une part de marché de plus de 5 % dans l'hôpital. En 1985, les hôpitaux sont passés d'un système de prix de journée à des budgets prospectifs flexibles, théoriquement établis de manière à favoriser les établissements efficaces. Depuis 1996, bien que les dépenses des établissements restent en grande partie rémunérées par un budget global, trois types de paiement coexistent : un tarif *per diem* divisé en deux parties, l'une pour les dépenses médicales, l'autre pour les coûts d'hébergement ; des tarifs spéciaux pour quelques interventions, qui s'ajoutent au prix de journée ; des paiements par cas définis pour certaines combinaisons diagnostic-intervention et qui couvrent l'ensemble des coûts relatifs au séjour. Moins d'un quart des séjours seraient rémunérés selon le paiement par cas. Le budget global composé de ces trois types de rémunérations est flexible en ce sens que si l'activité réalisée a été plus importante que prévu et que le budget a été dépassé, l'hôpital doit assumer une partie du surcoût dans une proportion variant selon le type de séjour. Par contre, si le budget cible n'a pas été atteint, l'établissement perçoit une fraction du budget correspondant à l'activité non réalisée. A partir de 2003, tous les séjours, hors psychiatrie, devraient être financés par des tarifs à la pathologie.

Aux *Pays-Bas*, les caisses négocient avec les établissements pour déterminer la quantité, la qualité et, dans une certaine mesure, les prix des services produits. Les budgets de fonctionnement des hôpitaux tiennent compte de trois paramètres pondérés : la population à desservir, le nombre de spécialités et de lits autorisés, les indicateurs de production. A l'intérieur de ces budgets, les hôpitaux négocient avec les caisses et les

assureurs privés les volumes de production et les prix. Les paiements par les caisses s'effectuent de deux façons : une rémunération à l'acte identique dans tout le pays, fixée au niveau national, pour les activités de traitement et de diagnostic et une rémunération *per diem* des soins infirmiers selon un tarif propre à chaque établissement et imposé à tous les assureurs. Depuis 2000, les paiements des hôpitaux sont liés à la performance : ils ne peuvent plus constituer des réserves car une production inférieure aux volumes négociés conduit à une baisse des montants versés par les assureurs. Ces incitations ont pour objet de stimuler l'activité et de diminuer les listes d'attente. Un paiement à la pathologie est prévu pour 2003. Contrairement aux systèmes mis en œuvre dans d'autres pays, un patient pourra être classé dans plus d'un groupe de séjours. Dans un premier temps, ces paiements ne concerneront que les assurances publiques avant d'être étendus aux assurances privées.

Au *Québec*, le financement diffère selon le statut de l'établissement : les établissements publics sont dotés d'un budget par la régie, les établissements privés à but partiellement lucratif doivent passer une convention avec le ministère tandis que les établissements à but entièrement lucratif ne sont pas conventionnés. Partant de budgets historiques ajustés chaque année, les hôpitaux ont été soumis à une forte contrainte budgétaire dans les années 90, contrainte cependant adoucie par la couverture systématique de leurs déficits par le ministère. En 2000, une loi leur a imposé le respect de l'équilibre budgétaire sous peine d'être mis en tutelle et une étude a été engagée pour calculer les budgets en fonction du volume et de la lourdeur des cas traités et de leur performance relative. Expérimenté en 2001, ce mode de calcul a permis de dégager des économies pouvant représenter jusqu'à 10 % du budget de certains établissements.

En *Espagne*, les hôpitaux intégrés dans le système national de santé (INSALUD) sont, depuis 1993, payés sur la base de « contrats de programmes » (ce ne sont pas de vrais contrats, compte tenu de la nature des relations entre les établissements et les financeurs) dont l'objectif est de rémunérer les activités de soins quantifiées en unités de compte (*unidad basica asistencial* ou UBA). Ainsi, une hospitalisation représente 1 UBA en médecine et 1,5 UBA en chirurgie. La valeur des UBA et la rémunération des services non traduits en UBA (transplantations, dialyses) sont négociées au cas par cas. Ces UBA ne peuvent donc pas être assimilées à une tarification à la pathologie, laquelle est actuellement expérimentée en Catalogne, en Andalousie et au Pays Basque. Les hôpitaux situés en dehors de l'INSALUD peuvent signer des contrats avec celui-ci, soit pour combler ses lacunes et réduire les files d'attente, soit pour exercer les activités qui relèvent habituellement de l'INSALUD. Dans le premier cas, qui se distingue de la situation des cliniques privées en France par la condition sélective mise au conventionnement, la tarification est à la journée, rarement à la pathologie, et l'accord encadre l'activité prise en charge. Dans le deuxième cas, qui s'apparente à la formule française de participation des hôpitaux privés au service public hospitalier, la rémunération est identique à celle applicable aux hôpitaux de l'INSALUD.

Au *Royaume-Uni*, les contrats conclus entre les groupements de généralistes et les *trusts* hospitaliers reposent sur trois types de paiements : une enveloppe globale calculée pour la population résidente et pour une large gamme de services de soins aigus (65 %), des rémunérations à l'acte ou au cas traité dans le cadre d'accords prix-volumes (25 %) et des paiements à la pathologie (10 %). La prédominance de l'enveloppe globale s'explique par l'insuffisance du système d'information. Pourtant, les données nécessaires à la construction des *Health care Resource Groups* (ou HRG) sont collectées systématiquement depuis 1984 et les médecins généralistes regroupés dans des *fundholders* ont négocié avec les hôpitaux, à partir de 1989, sur la base d'une information encore plus fine que celle résultant des HRG. Initialement développés pour le financement des établissements, ils sont surtout utilisés pour évaluer la complexité de l'activité et à des fins de *benchmarking*. Il semble que le NHS se soit heurté à un refus des hôpitaux de respecter l'obligation de fournir les informations de séjour. La collecte reste toujours difficile en raison du faible développement de la comptabilité analytique dans les hôpitaux. En outre, la qualité des informations a diminué quand les *fundholders* ont été remplacés par les groupements de généralistes, auxquels tous les médecins généralistes doivent désormais appartenir.

En *Suède*, la décentralisation des procédures a débouché sur une grande diversité de modes de paiement aux hôpitaux. A la fin des années 80, les paiements par cas ont été introduits afin d'améliorer la productivité. Ces paiements sont souvent fondés sur la version nordique des DRG, mais certains comtés ont adopté d'autres classifications. Actuellement, la plupart des contrats prévoient des paiements au cas, pour tout ou partie de l'activité de l'établissement, assortis d'un plafonnement de l'activité et d'exigence de qualité, éventuellement complétés par des paiements au prix de journée. Certaines études révèlent que les gains de productivité attendus des paiements au cas ont été temporaires et que les listes d'attente sont réapparues. Par ailleurs, des gains de productivité ont été observés dans des comtés n'ayant pas utilisé les paiements au DRG, ce qui permet de supposer que d'autres mesures, telles que l'attribution des dotations individualisées aux départements de l'hôpital ont pu avoir des effets plus positifs.

IV - La participation des assurés aux dépenses d'hospitalisation

Créés respectivement par la loi du 30 avril 1930 et par la loi du 19 janvier 1983, le ticket modérateur et le forfait journalier hospitaliers constituent les deux modalités du financement des soins hospitaliers qui restent à la charge des patients.

Si les objectifs qui ont présidé à leur création n'ont pas varié (faire participer l'assuré au financement des soins et des services d'hébergement dont il bénéficie), les modalités de leur mise en œuvre ont beaucoup évolué, en particulier leurs montants, les conditions d'exonération et leur prise en charge par des organismes de couverture complémentaire. Le dispositif apparaît aujourd'hui complexe et mal mesuré ; il atteint de plus en plus imparfaitement les objectifs qui ont prévalu à sa création et constitue une source d'inégalités entre assurés et de complexité de gestion.

A – Le ticket modérateur et le forfait journalier hospitaliers : un dispositif relativement complexe et aux conséquences mal mesurées

1 – Un dispositif relativement complexe

a) Le ticket modérateur

La modulation des taux des tickets modérateurs

Les taux du ticket modérateur varient actuellement de 20 % pour l'hôpital à 65 % pour certains médicaments. Il en résulte une certaine complexité puisque, par exemple, l'assuré social supporte pour ses frais d'honoraires et ses frais d'analyse et de laboratoire un ticket modérateur de 20 % si les actes sont dispensés à l'hôpital, et de 30 et 40 % respectivement s'ils le sont en ville.

Le nombre important des causes d'exonération

On recense actuellement près de 30 cas d'exonération du ticket modérateur car des exonérations assez récentes liées à des considérations de santé publique ou de politique sociale se sont ajoutées aux exonérations traditionnelles qui avaient pour but principal de lever l'obstacle à l'accès aux soins qu'aurait pu constituer ce ticket modérateur compte tenu du coût de certains traitements ou de la situation de certaines personnes. Les cas d'exonérations les plus fréquents sont les suivants :

Exonérations à raison du coût de la prestation

- *Affections de longue durée (ALD)* : sont exonérantes³⁵⁰ **les 30 affections** comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse inscrites sur une liste établie par décret et **les affections non inscrites sur la liste** mais comportant un traitement lourd.

- *Actes, hébergements et produits coûteux* : sont exonérés, en particulier, les actes et les séries d'actes affectés à la nomenclature d'un **coefficient égal ou supérieur à 50**, à l'exception des actes de prothèses dentaires, ainsi que les frais médicaux, pharmaceutiques, hospitaliers, pré- et post-opératoires, se rattachant directement à l'acte exonérant ; **l'hospitalisation d'une durée continue supérieure à 30 jours**, lorsque l'hospitalisation est effectuée dans un établissement figurant sur une liste établie par un arrêté du 23 juin 1956 ; les **produits d'origine humaine** (sang humain et ses dérivés et lait humain) ; et frais de traitements et d'hospitalisation des **enfants et adolescents handicapés dans les établissements d'éducation spéciale ou professionnelle**.

Exonérations à raison de la situation du bénéficiaire

Exonérations liées à la perception d'un avantage particulier et exonérations liées à la maternité : en particulier, accidentés du travail ayant une invalidité partielle permanente d'au moins 66,66 % ; pensionnés d'invalidité ou de vieillesse à la suite d'une pension d'invalidité ; femmes enceintes, assurées ou ayants droit, pour tous les frais afférents aux soins, liés ou non à leur grossesse (à l'exception des médicaments à vignette bleue), dispensés pendant les 4 mois précédant la date présumée de l'accouchement et jusqu'à la date de celui-ci ; nouveaux-nés pendant les 30 jours qui suivent la naissance pour les frais d'hospitalisation et pour les soins dispensés en établissement de soins public ou privé, à l'exception des médicaments à vignette bleue.

Exonérations pour des raisons de santé publique ou de politique sociale

350. L'exonération du ticket modérateur concerne toutes les prestations en rapport avec l'affection exonérante, mais pas les prestations relatives à d'autres affections (cf. une fracture après un accident de la route n'ayant pas de rapport avec l'affection exonérante) qui donnent lieu à l'application du ticket modérateur à son taux habituel.

Sont exonérés les frais d'analyse ou d'examen de laboratoire relatifs au dépistage du VIH et du VHC ; les frais d'examen de dépistage effectués dans le cadre des programmes de dépistage organisé de maladies aux conséquences mortelles évitables figurant sur une liste établie par arrêté ; l'examen bucco-dentaire de prévention pour les enfants dans l'année qui suit leur 6^{ème} et leur 12^{ème} anniversaire ; les soins consécutifs à des sévices sexuels sur des mineurs.

b) Le forfait journalier

L'article 4 de la loi du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale a prévu l'instauration d'un forfait journalier hospitalier supporté par les personnes admises dans les établissements hospitaliers et les établissements médico-sociaux quelle que soit la nature juridique de ces établissements.

Il était censé représenter les dépenses que le patient hospitalisé aurait normalement supportées à son domicile. Le principe du forfait journalier paraît donc plus simple encore que celui du ticket modérateur : tous les patients hospitalisés³⁵¹ doivent payer un forfait journalier d'un montant uniforme³⁵² quels que soient le type de soins dispensés et la nature des établissements. Cette simplicité apparente est, comme pour le ticket modérateur, altérée par des cas d'exonérations dont la mise en œuvre est loin d'être exceptionnelle³⁵³.

351. Ce forfait journalier n'est toutefois pas dû pour les hospitalisations de jour ou de nuit, les hospitalisations à domicile et les hospitalisations relevant d'un dispositif financier particulier (unités ou centres de long séjour publics ou privés, établissements d'hébergement pour personnes âgées, y compris ceux comportant des sections de cure médicale, établissements sociaux d'hébergement et d'aide par le travail dans lesquels l'assurance maladie n'intervient pas).

352. Son montant est de 10,67 € (70 francs) depuis l'arrêté du 27 décembre 1995.

353. Sont exonérés, en particulier, les bénéficiaires de l'assurance maternité ; les nouveaux-nés pendant 30 jours ; les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles lorsque l'hospitalisation est imputable à l'accident du travail ou à la maladie professionnelle ; les pensionnés militaires d'invalidité, quel que soit le motif de l'hospitalisation, et les enfants et adolescents handicapés hébergés dans une structure médico-éducative dispensant, à titre principal, une éducation spéciale ou professionnelle, ou dont l'hospitalisation est en rapport avec le handicap.

c) L'imputation du forfait journalier sur le ticket modérateur

Le patient hospitalisé ne bénéficiant pas d'une exonération doit donc payer à l'hôpital, soit directement, soit par l'intermédiaire de son régime complémentaire, le ticket modérateur et le forfait journalier. Pour éviter que le forfait journalier alourdisse excessivement le coût restant à la charge de l'assuré du fait d'un ticket modérateur dont le montant peut être élevé, la loi a prévu un dispositif d'imputation de l'un sur l'autre : ainsi, pour une hospitalisation de dix jours (soit environ 106 € de forfait journalier), si le montant du ticket modérateur est de 300 €, le patient ne paie que 300 €, dont 106 € au titre du forfait journalier et 194 € au titre du ticket modérateur.

2 – Un dispositif aux conséquences financières et sociales mal mesurées

Le poids financier du ticket modérateur, du forfait journalier et des exonérations accordées n'est pas connu de façon directe et exhaustive. Il ne peut être obtenu qu'en consultant les comptes nationaux de la santé, les comptes des établissements publics de santé fournis par la direction générale de la comptabilité publique, et les travaux de la CNAMTS.

a) Les montants globaux

D'après des données fournies par la CNAMTS, le montant total des tickets modérateurs hospitaliers aurait été d'environ 760 M€ en 1998, dont 623 M€ pour les établissements publics sous dotation globale, 61 M€ pour les autres établissements publics et 76 M€ pour les établissements privés.

S'agissant des forfaits journaliers à la charge des assurés, la CNAMTS en a recensé 96,5 millions en 2000, dont 76,5 pour les établissements hospitaliers publics et 20 pour les établissements privés. Avec un tarif unitaire de 10,67 € et, compte tenu de la règle d'imputation qui réduit le rendement du ticket modérateur, le montant total de ce poste aurait été d'environ 1 Md€ en 2000.

Au total, le montant global du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier s'élèverait à environ 1,75 Md€ soit environ 3 % des ressources des hôpitaux.

b) Les arriérés de paiement

Pour le recouvrement de ces sommes, les établissements de santé sont confrontés à une multiplicité de débiteurs : assurés sociaux, régimes et assurances complémentaires, Etat et, jusqu'à la création de la CMU, collectivités locales... Aucune statistique globale des restes à recouvrer n'existe. Les comptes des établissements publics de santé montrent qu'à fin 1999, le stock de créances de plus d'un an s'élevait à 460 M€ sur les hospitalisés et consultants, 30 M€ sur les caisses de sécurité sociale, 80 M€ sur les départements, 60 M€ sur les autres tiers-payant (mutuelles, sociétés d'assurances...) et 80 M€ sur l'Etat.

Mais ces chiffres ne donnent qu'une idée imparfaite des arriérés de paiement. En effet, d'une part ils ne concernent que les établissements publics de santé et, d'autre part, ils recouvrent tous les types de créances et pas uniquement les créances de ticket modérateur ou de forfait journalier.

c) Le nombre d'exonérés et le montant des exonérations par motif

Ticket modérateur

Les statistiques fournies par la CNAMTS sont les suivantes :

Proportion des exonérés parmi les hospitalisés

Motif d'exonération	Etablissements sous dotation globale	Autres établissements	
		1995	2000
Bénéficiaire atteint d'une maladie liste	36,0 %	20,1 %	19,0 %
Hospitalisation de plus de 30 jours	17,6 %	-	-
Actes à coefficient supérieur à 50	17,0 %	19,1 %	36,9 %
Autres exonérations	18,1 %	37,0 %	22,3 %
Non exonérés	11,3 %	23,8 %	21,8 %
Total	100 %	100 %	100 %

Note : les hospitalisations de plus de 30 jours sont comptabilisées dans les « autres exonérations ». Source CNAMTS

Compte tenu du poids respectif des établissements sous dotation globale et des autres établissements de soins, on peut considérer que plus de 85 % des patients hospitalisés sont exonérés du ticket modérateur.

Par ailleurs, aucune donnée n'est disponible sur les conséquences financières de chacune des exonérations. Or, pour mesurer le coût pour l'assurance maladie d'une éventuelle modification de certaines de ces exonérations, il conviendrait de connaître non seulement le pourcentage d'exonérés, mais aussi le coût moyen des séjours par cause d'exonération.

Forfait journalier

Bien qu'aucune statistique précise n'existe sur le nombre et les causes d'exonération du forfait journalier, les populations exonérées du forfait journalier (assurance maternité, accidents du travail, pensionnés militaires...) sont probablement beaucoup moins nombreuses que celles exonérées du ticket modérateur. En effet, les principaux motifs d'exonération du ticket modérateur (maladie de longue durée, hospitalisation de plus de trente jours, actes à coefficient supérieur à 50...) n'entraînent pas d'exonération du forfait journalier.

d) L'évaluation des coûts restant à la charge des ménages

Environ 15 % des patients ne sont pas exonérés du ticket modérateur hospitalier et 50 % du forfait journalier³⁵⁴. Le montant total restant à la charge de ces ménages est de l'ordre de 1,75 Md€ au titre de ces deux dispositifs.

Les patients ont la possibilité de souscrire une protection complémentaire auprès des mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance qui, en contrepartie des cotisations ou primes payées, prennent en charge tout ou partie du ticket modérateur et du forfait journalier.

Les comptes nationaux de la santé présentent les données statistiques résumées ci-dessous :

Dépenses de santé à l'hôpital par opération de financement (en Md€)

	1992	1995	1998	2000	Evolution 2000/1992
Complémentaires (1) (% du total) (2)	1,23 (2,7 %)	1,61 (3,1 %)	1,88 (3,5 %)	2,10 (3,7 %)	+ 71 %
Ménages (% du total) (2)	2,76 (6,2 %)	3,05 (5,9 %)	3,11 (5,7 %)	2,95 (5,2 %)	+ 7 %
Dépenses totales (3)	44,70	51,61	54,37	56,82	+ 27 %

354. D'après une enquête de 1997 du CREDES et les fichiers de liquidation de la CNAMTS, il apparaît qu'environ la moitié des hospitalisés ne sont pas exonérés de forfait journalier.

(1) Mutuelles, sociétés d'assurance et institutions de prévoyance ; hors CMU complémentaire en 2000.

(2) Pourcentage par rapport au total des dépenses hospitalières.

(3) Total des dépenses hospitalières : hôpitaux et sections médicalisées.

Source : *Source : comptes nationaux de la santé*

Ces chiffres montrent la part croissante prise par les organismes complémentaires dans le financement du coût de l'hospitalisation restant à la charge des ménages : leurs paiements ont augmenté de 71 % entre 1992 et 2000, alors que ceux directement payés par les ménages n'ont progressé que de 7 % pendant la même période.

Ces données ne permettent pas de décrire précisément la répartition du financement du ticket modérateur et du forfait journalier entre ces organismes et les patients, puisque les montants présentés dans le tableau comptabilisent également d'autres grandeurs (dépassements d'honoraires...). Néanmoins, les organismes complémentaires remboursant en priorité ticket modérateur et forfait journalier, on peut estimer que plus de la moitié de leurs dépenses d'hospitalisation sont consacrées à ces postes, soit plus de 0,9 Md€

Pour les patients non exonérés et non couverts par ces organismes complémentaires, certaines prises en charge publiques existent lorsqu'il est manifeste que le coût du ticket modérateur et du forfait journalier peut les dissuader d'avoir recours aux soins hospitaliers (aide médicale de l'Etat, action sociale des caisses de sécurité sociale). Depuis 2000, la CMU complémentaire s'est substituée à l'aide médicale des collectivités locales. Elle permet à 4,6 millions de personnes (mars 2002) de bénéficier d'un tiers payant et de l'exonération de ticket modérateur et forfait journalier.

Il est difficile de mesurer avec précision la part de ticket modérateur et de forfait journalier prise en charge par la collectivité en raison de la situation financière des patients. Les premiers chiffres disponibles sur la CMU complémentaire donnent néanmoins un éclairage :

Dépenses d'hospitalisation prises en charge par la CMU complémentaire

Année	Ticket modérateur	Forfait journalier	Total
2000	72,1 M€	47,6 M€	119,7 M€

Source : *Source : CNAMTS*

Dès lors, les sommes restant à la charge des ménages à ce titre devraient être inférieures à 700 M€³⁵⁵, soit moins de 2 % du total des dépenses hospitalières.

Le nombre de patients supportant directement le coût du ticket modérateur et du forfait journalier n'est pas connu avec précision. Toutefois, il est probable que ce nombre s'est sensiblement réduit au cours des trois dernières décennies et qu'il soit assez faible aujourd'hui : ne paient en effet directement le ticket modérateur et le forfait journalier que les patients non exonérés et non couverts par les organismes ou procédures décrits ci-dessus. Grossièrement, on peut estimer que cette catégorie de la population est majoritairement constituée de patients dont les revenus sont supérieurs à ceux donnant droit aux dispositifs liés à la CMU tout en étant trop modestes pour supporter le coût d'une garantie complémentaire.

Pour cette frange de la population, la prise en charge directe du ticket modérateur et du forfait journalier peut s'avérer lourde.

B – Le ticket modérateur et le forfait journalier hospitaliers n'atteignent plus les objectifs qui ont justifié leur création

1 – La sensibilisation des assurés au coût des soins et la compensation des « économies » d'hébergement

a) Le ticket modérateur

Le premier objectif du ticket modérateur est de sensibiliser les assurés sociaux au coût des soins et d'éviter ainsi un recours abusif à l'hospitalisation ou à la médecine de ville. Or, les nombreuses exonérations décrites ci-dessus et la prise en charge importante proposée par les organismes complémentaires ou les pouvoirs publics ont réduit l'impact du ticket modérateur sur les patients. Par ailleurs, on observe que

355. 1,75 Md€ – 0,15 Md€ (aide sociale et prestations assimilées) – 0,9 Md€ (organismes complémentaires).

dans de nombreux pays développés³⁵⁶, qui ne demandent aucune participation financière au patient, le recours à l'hospitalisation n'est pas plus important, puisque le nombre d'admissions en soins d'hospitalisation était de 231 pour 1000 habitants en France en 1998, contre seulement 205 en Allemagne et 180 en Italie.

b) Le forfait journalier

L'objectif premier du forfait journalier n'est pas de sensibiliser l'assuré au coût des soins mais de laisser à sa charge une partie des dépenses qu'il aurait dû assumer s'il n'avait pas été hospitalisé (nourriture, hébergement...).

Or, les exonérations et surtout la prise en charge de ce forfait journalier par les organismes complémentaires ou les pouvoirs publics ont assez largement modifié l'équilibre initial du dispositif³⁵⁷. En effet, payant ses cotisations ou ses primes globalement à sa mutuelle ou à sa société d'assurance, le patient qui dispose d'une couverture à 100 % du forfait journalier n'est plus débiteur au titre de l'hébergement (sauf demandes particulières : chambre individuelle, télévision...).

2 – La maîtrise des dépenses d'assurance maladie

Le second objectif du ticket modérateur et du forfait journalier est de contribuer à la maîtrise de l'évolution des dépenses d'assurance maladie. En effet, d'une part, la sensibilisation des patients au coût des soins peut conduire ceux-ci à réduire ou modérer leur demande ; d'autre part, une moindre prise en charge par la sécurité sociale entraîne mécaniquement de moindres dépenses pour elle.

Toutefois, en longue période, l'évolution de ces dépenses ne paraît pas freinée par l'importance des frais laissés à la charge des patients, surtout quand il s'agit de soins hospitaliers, dont la demande présente une élasticité-prix faiblement positive. Elle est, par ailleurs, très dépendante de nombreux autres facteurs (situation sanitaire du pays, offre de soins,

356. Le ticket modérateur sur les dépenses de soins à l'hôpital n'existe pas au Royaume-Uni (sauf si le patient réclame des soins plus coûteux que ceux cliniquement nécessaires), ni en Italie, Espagne, Allemagne, Suède, Canada.

357. En ce sens, la récente création de la CMU complémentaire a probablement entraîné une nouvelle diminution significative du nombre de patients hospitalisés ayant à subir le coût du forfait journalier.

mode d'exercice de la médecine, caractéristiques de la prescription médicale...).

C – Le ticket modérateur et le forfait journalier hospitaliers sont sources d'inégalités financières et de complexité de gestion

1 – Inégalités financières

Si l'existence d'un ticket modérateur et d'un forfait journalier ne semble pas provoquer de renoncements aux soins hospitaliers, c'est parce qu'ils sont neutralisés pour des catégories de plus en plus nombreuses de la population. Cette situation crée, du reste, des inégalités financières non négligeables entre les assurés sociaux.

a) Ecart de prise en charge suivant les soins administrés

Le dispositif d'exonération décrit précédemment est complexe et génère inévitablement des inégalités entre les patients : ainsi, le dépistage du VHS et du cancer dans certaines conditions est exonéré de ticket modérateur alors que la prévention des maladies cardiaques et cardiovasculaires, qui provoquent un nombre de décès équivalent, ne l'est pas ; ainsi, un patient sorti de l'hôpital après une hospitalisation de 20 jours et hospitalisé à nouveau 20 jours en raison d'une rechute paiera l'intégralité du ticket modérateur à la différence d'un patient hospitalisé 40 jours en continu.

La plus importante de ces inégalités est celle qui découle de la règle de suppression du ticket modérateur pour tout acte ou série d'actes affecté d'un coefficient global égal ou supérieur à 50. Cette règle a été créée par le décret de 1955, à une époque où le coefficient 50 était relativement rare et laissait à la charge des assurés des montants élevés. L'évolution des techniques médicales vers des actes de plus en plus complexes a étendu progressivement le champ d'application de la règle. Aujourd'hui, quasiment toutes les hospitalisations en chirurgie donnent lieu à exonération, alors qu'une telle exonération reste rare en médecine, ce qui entraîne une différence considérable de traitement entre les patients hospitalisés en chirurgie et ceux qui sont hospitalisés en médecine : à titre d'exemple, une intervention chirurgicale simple (appendicectomie...) suivie d'une hospitalisation de 6 jours pour convalescence coûtera 64 € au

patient (six jours de forfait hospitalier) alors qu'une hospitalisation de 6 jours pour soins médicaux lui coûtera 605 €⁵⁸.

b) Ecart de prise en charge suivant les régions et les établissements

En raison de l'hétérogénéité des tarifs

Contrairement aux tarifs de responsabilité de la médecine de ville, au prix des analyses en laboratoire et des médicaments, les prix de journée hospitaliers sont différents d'une région à une autre et surtout d'un établissement à un autre. Fixés par les agences régionales de l'hospitalisation, ils sont assez peu nombreux dans les établissements sous dotation globale, ce qui signifie qu'un patient traité pour un cas bénin peut se voir appliquer le même tarif qu'un patient dont le traitement, plus lourd, n'est pas décrit par un tarif spécifique. Dans le secteur privé sous contrat, ils sont, en revanche, très nombreux (plus de 37 000 tarifs différents dans les 1 900 établissements concernés) et sont utilisés pour la facturation des séjours à l'assurance maladie. Ces tarifs très divers font subir aux patients, par le jeu du ticket modérateur, des différences de prix qui sont difficilement justifiables.

En raison de la non-homogénéité de certaines décisions d'exonération

Les décisions d'exonération du ticket modérateur et du forfait journalier, pour la plupart, répondent à des règles claires dont l'application prête peu à discussion : hospitalisation d'une durée continue supérieure à 30 jours, actes ou séries d'actes de coefficient égal ou supérieur à 50, pensionnés militaires, dépistage du VIH et du VHS, nouveaux-nés...

Certaines décisions d'exonération doivent être prises au cas par cas, en fonction de l'état de santé des patients. C'est le cas en particulier des affections de longue durée qui doivent être reconnues par le médecin-conseil géographiquement compétent et pour lesquelles la Cour, dans son rapport sur la sécurité sociale de 1997, avait relevé d'importantes

358. Avec l'hypothèse du tarif journalier 2001 de l'AP-HP en court séjour en service de médecine : 504 € (504 x 20 % x 6 jours). A noter que le tarif journalier de l'AP-HP en court séjour atteint 1 430 € pour une hospitalisation en service de spécialités coûteuses.

inégalités régionales, qui persistent depuis lors puisque les taux de refus continuent, en 2000, à varier du simple au double selon les régions.

c) Risque de distorsion des comportements

Au-delà des inégalités décrites ci-dessus, qui sont rarement connues des patients, une différence de tarification importante existe entre l'hôpital, où le taux du ticket modérateur est de 20 %, et les soins de ville où ce taux est supérieur. Cet écart est peu critiquable dans son principe si l'on considère que les soins hospitaliers sont moins évitables et surtout beaucoup plus coûteux pour les patients. En revanche, il pourrait inciter les assurés sociaux aux ressources financières modestes à avoir recours en priorité à l'hospitalisation pour laquelle ils paieront un ticket modérateur moindre et n'auront pas à faire l'avance des frais. Aucune mesure précise de ce phénomène n'est cependant disponible.

2 – Complexité de gestion

De manière générale, la gestion des tickets modérateurs et des exonérations est complexe pour les caisses de sécurité sociale, services médicaux et administratifs. Cette complexité est particulièrement forte pour les établissements de soins.

Les algorithmes des procédures d'admission en hospitalisation donnent une bonne image de la complexité de gestion du dispositif pour les établissements hospitaliers. A chaque admission, de nombreuses questions doivent être posées au patient qui peut se retrouver dans plus d'une dizaine de situations différentes vis-à-vis du ticket modérateur et du forfait journalier. Les saisies informatiques doivent ensuite tenir compte de ses réponses et de l'état de la réglementation pour permettre, une fois le séjour achevé, d'émettre une facturation pertinente. Aujourd'hui, les guides d'admission fournis aux personnels des établissements comportent en général plus d'une centaine de pages, dont la moitié porte sur les seules questions du ticket modérateur et du forfait journalier.

Cette complexité est encore accrue par le fait que la situation du patient vis-à-vis du ticket modérateur peut changer en cours de séjour, à titre rétroactif, selon la demande qui est faite par le médecin traitant (affection de longue durée...) et la réponse du médecin-conseil.

Enfin, l'établissement devra faire un suivi particulièrement attentif des milliers de factures adressées à des particuliers au titre du ticket modérateur et du forfait journalier, dont le recouvrement sera souvent malaisé.

SYNTHÈSE

Les dispositifs du ticket modérateur hospitalier et du forfait journalier sont aujourd'hui complexes, en particulier en raison de la multiplication des motifs d'exonération, et leurs conséquences financières entre assurés sociaux sont insuffisamment mesurées.

Ils atteignent de plus en plus imparfaitement les objectifs qui ont prévalu à leur création et, au contraire, sont source d'inégalités financières et de coûts de gestion non mesurés mais sans doute assez élevés.

En conséquence, il paraît nécessaire de réfléchir à leur réforme et d'étudier, en particulier, la possibilité de fusionner les deux mécanismes en redéployant leurs effets de manière plus équitable et plus simple.

RECOMMANDATIONS

38. Prendre l'exacte mesure des conséquences financières et sociales du ticket modérateur à l'hôpital et du forfait journalier ainsi que de l'impact de leurs exonérations respectives.

39. Sur la base des résultats de ces évaluations, préparer une réforme du dispositif actuel, dans le sens de l'équité et de la simplification, sans renoncer à toute forme de participation des assurés à la dépense hospitalière.

La maîtrise des dépenses hospitalières à l'étranger

Tous les pays cherchent à contenir l'évolution des dépenses hospitalières face au progrès médical et à la demande d'une population partout vieillissante.

Parmi les pays étudiés, l'Allemagne et les Pays-Bas ont un système d'assurance légale qui prend en charge le coût des soins et les autres pays un système national de santé. En Allemagne, la population est couverte par l'assurance légale (88 %) à titre obligatoire ou volontaire, le reste relevant d'assurances privées ou de petits régimes publics. Aux Pays-Bas, en plus de l'assurance pour les soins coûteux de long terme (AWBZ) dont bénéficient de plein droit tous les résidents, 65 % des personnes sont protégées par l'assurance publique (ZFW), 5 % par de petits régimes spéciaux et 29 % par des assurances privées. Dans les quatre pays dotés de systèmes nationaux de santé (Espagne, Québec, Royaume-Uni et Suède), toute la population résidente bénéficie de la prise en charge des soins de santé. Globalement, la maîtrise des dépenses résulte de deux types d'action : la limitation dans l'accès aux soins et la recherche de la performance pour optimiser les moyens.

1. La limitation de l'accès aux soins hospitaliers

Les pays étudiés offrent un bon niveau de prise en charge des soins hospitaliers. La participation des usagers aux frais, quand elle existe, est plafonnée et des exonérations existent pour les pathologies graves, les traitements coûteux ou pour certaines catégories de population. L'exclusion explicite du panier des prestations couvertes reste limitée à quelques actes tels que la chirurgie esthétique ou l'ostéodensitométrie.

Cependant, l'accès aux soins hospitaliers peut être encadré par des conditions administratives telles que l'autorisation préalable de la caisse qui vérifie que l'hospitalisation est « raisonnablement indiquée » par l'état de santé de l'assuré (Pays-Bas), ou telles que la limitation du choix de l'établissement (Suède, Royaume-Uni). L'accès à l'hôpital est plus fréquemment limité par la pratique de l'adressage. Dans la plupart des pays étudiés, l'hospitalisation nécessite un adressage formel par un médecin : au Royaume-Uni et en Suède, le généraliste oriente le patient vers les soins spécialisés et vers l'hôpital ; en Espagne et en Allemagne, l'adressage peut venir d'un médecin généraliste ou spécialiste.

Dans tous les pays étudiés, à l'exception de l'Allemagne, des listes d'attente régulent de facto la consommation de soins hospitaliers. En Espagne, ce phénomène se traduit par un recours excessif aux urgences comme porte d'entrée à l'hôpital (60 % des admissions) ou par la souscription d'assurances privées. Afin de réduire les délais, évalués en moyenne à 207 jours en 1996, l'INSALUD a décidé de payer les heures supplémentaires aux médecins et, en 2000, de prendre en charge les soins délivrés dans le secteur privé à un patient ayant attendu plus de 180 jours pour subir une intervention chirurgicale dans le secteur public. En 2001, les délais ont été réduits à 62 jours, la cible visée étant de 55 jours pour la

chirurgie et de 15 jours pour les actes diagnostiques et les consultations externes.

Aux Pays-Bas, malgré les mesures budgétaires en faveur de la réduction des listes d'attente, décidées en octobre 2001, 185 000 patients étaient inscrits pour des interventions concernant essentiellement l'orthopédie, la chirurgie générale, l'ophtalmologie et la chirurgie plastique.

En Suède, pour réduire les listes d'attente, les soins peuvent être pris en charge, au-delà d'un certain délai, quel que soit le comté où ils ont été dispensés.

Au Royaume-Uni, la réduction excessive des capacités hospitalières et le sous-investissement dans le service de santé se traduisent par un nombre de lits (4,5 pour 1 000 habitants) très inférieur à la moyenne européenne (7,5 pour 1 000). Actuellement, 27 % des patients attendent plus de six mois une admission à l'hôpital. Mais les admissions en urgence sont correctement effectuées, de même que les admissions pour maladies graves (cancer du sein...) après adressage par le généraliste. En avril 2002, une augmentation des impôts a été annoncée pour permettre au NHS de financer la relance de l'investissement hospitalier lorsque la demande n'est pas satisfaite par les hôpitaux privés.

Au Québec, après les fortes compressions budgétaires du milieu des années 1990, les listes d'attente et l'engorgement des urgences ont conduit les pouvoirs publics à investir à nouveau dans le système hospitalier.

2. L'amélioration de la performance par la concurrence entre prestataires

La recherche de l'optimisation des moyens a conduit à l'émergence d'une fonction « d'acheteur de soins » et à la mise en place de mécanismes de contractualisation. C'est dans les systèmes nationaux de santé que la séparation de l'acheteur et du producteur de soins a constitué la réforme la plus radicale.

Au Royaume-Uni, la réforme du NHS de 1991 a eu pour originalité de confier un rôle d'achat de soins, non seulement aux autorités sanitaires de district, mais également à des médecins généralistes. Elle a reposé sur trois mesures : des groupes de généralistes sont dotés d'un budget pour acheter des soins pour leurs patients ; les fonctions « d'acheteur de soins » et de prestataires de soins secondaires et tertiaires (hôpitaux, centres de soins communautaires) sont séparées ; et les hôpitaux deviennent des fondations ou trusts, ce qui leur confère une véritable autonomie de gestion. Les districts ou HAS ont reçu un budget en rapport avec la population couverte et ses caractéristiques de besoins, afin d'acheter des soins secondaires, et les groupes de généralistes acheteurs de soins ont été dotés de budgets proportionnels à la taille de leurs listes de patients pour acheter des soins de chirurgie programmée, soit environ 30 % des adressages. La relation entre l'acheteur et le prestataire est fondée sur le contrat.

L'objectif était d'améliorer la productivité du système de santé en favorisant la responsabilité économique des acheteurs et la concurrence entre les prestataires de soins. Les évaluations du *fundholding* ont montré

des aspects positifs en termes de maîtrise des prescriptions pharmaceutiques, d'échanges d'informations entre les médecins et les hôpitaux, de diminution des listes d'attente et d'amélioration de la prise en charge de certaines pathologies. En revanche, le système n'a pas réduit les coûts hospitaliers. De même, si la mise en concurrence véritable des prestataires de soins ne s'est pas réalisée, la contractualisation a développé une prise de conscience du coût des services. La réforme réalisée en 1999 et 2000 maintient la séparation entre acheteur et prestataire de soins qui doivent conclure des contrats de trois ans. Tous les généralistes doivent désormais rejoindre un *primary care group/trust* (PCG/T) qui doit comprendre, en moyenne, 50 médecins et 100 000 patients et peut conserver ses excédents de gestion comme les trusts hospitaliers. Les HAS perdent leur rôle d'acheteur, sauf pour des soins très spécialisés, mais gardent un rôle de supervision des PCG/T. Enfin, la réforme crée le *National institute for clinical excellence* (NICE), chargé d'élaborer les standards de bonne pratique, et la *Commission for Health Improvement Program*, chargée de leur mise en œuvre.

La Suède avait également entrepris, au début des années 1990, une séparation des fonctions d'acheteur public et de producteur hospitalier, lesquels ont acquis l'autonomie nécessaire à leur mise en concurrence. Si des gains de productivité ont été constatés, leur origine réside cependant davantage dans les mécanismes de négociation et de responsabilisation financière que dans la mise en concurrence. A partir de 1995, les mécanismes de marché ont été abandonnés, l'autonomie des établissements réduite et le pilotage repris par les comtés.

En Espagne, la séparation acheteur-prestataire, théoriquement prévue, n'a été mise en œuvre partiellement qu'en Catalogne où le service de santé contracte indifféremment avec les prestataires publics et les établissements privés. Ces mécanismes de marché se heurtent, au sein de l'INSALUD, à la logique de planification de l'offre et à l'adressage obligatoire des patients pour les soins secondaires.

Aux Pays-Bas, les caisses ont, depuis 1991, le droit de sélectionner les prestataires avec lesquels elles contractent. Mais cette possibilité n'a pas été mise en œuvre. Depuis 1995, pour inciter les caisses à pratiquer une sélection des prestataires, les dépassements des budgets qui leur sont alloués restent partiellement à leur charge, donc à celle de leurs assurés.

Chapitre IX

Les activités hospitalières en relation avec les soins ambulatoires

PRÉSENTATION

Le cloisonnement de l'organisation des soins entre l'hôpital et la médecine de ville est fréquemment dénoncé comme source d'inefficacité du potentiel de soins, de réponse inadéquate aux besoins de la population et finalement de dépenses injustifiées. Or, le progrès technologique, l'évolution de la demande des patients et le coût des soins militent pour une réduction du recours à l'hôpital, en durée et en fréquence, chaque fois que les soins peuvent être délivrés par la médecine ambulatoire. Cela suppose une remise en question des pratiques hospitalières et le développement de modes renforcés de coopération.

D'ores et déjà, la réduction de la durée moyenne de séjour traduit une meilleure utilisation des lits de court séjour qui pourrait être encore accrue si les structures de moyen et long séjours ou le domicile pouvaient accueillir le malade. Outre la poursuite du redéploiement de l'offre de soins hospitaliers et de la mise en réseau des différents niveaux (régionaux et locaux) d'établissements de soins, cela suppose d'organiser le relais par la médecine de ville.

Trois exemples ont été retenus pour illustrer la nécessité d'une meilleure articulation des soins entre la ville et l'hôpital : les alternatives à l'hospitalisation, la prise en charge des urgences médicales et la gestion du médicament à l'hôpital. Bien que le développement des alternatives à l'hospitalisation soit une des priorités affirmées de la politique hospitalière, le nombre de places est encore modeste, les outils juridiques n'ayant pas permis de vaincre les réticences culturelles et financières. La prise en charge des urgences médicales témoigne également des obstacles organisationnels et des freins culturels qui s'opposent à une prise en compte globale de l'offre de soins en ce domaine.

Enfin, le médicament est un autre exemple d'une concentration excessive sur l'hôpital de la délivrance des soins. Bien qu'il existe un vaste réseau d'officines, la vente de nombreux médicaments est réservée aux pharmacies hospitalières, alors même que leur coût est imputé sur l'enveloppe des soins de ville. Par ailleurs, les politiques d'achat inadaptées menées par les hôpitaux n'ont pas pu contenir l'explosion de ces dépenses.

I - Les alternatives à l'hospitalisation complète

Le progrès des techniques médicales réalisé dans les dernières décennies a entraîné une importante réduction de la durée moyenne de séjour et permis le développement de nouvelles formes de prise en charge alternatives à l'hospitalisation complète : l'hospitalisation partielle, la chirurgie ambulatoire et l'hospitalisation à domicile. La loi hospitalière du 31 juillet 1991 a consacré l'existence juridique des structures alternatives à l'hospitalisation en les soumettant, dans le cadre d'un régime d'autorisation dérogatoire, à la planification sanitaire et en posant les principes de leurs conditions techniques de fonctionnement que les décrets du 2 octobre 1992 sont venus préciser³⁵⁹.

Le développement de ces nouvelles formes d'hospitalisation constitue l'une des priorités de la politique hospitalière, dans la mesure où ces formules améliorent la qualité et le confort des soins – ne serait-ce qu'en réduisant le risque d'infections nosocomiales – tout en dégagant vraisemblablement des économies. Ce dernier point n'a cependant été jusqu'à présent établi que de façon partielle, sur la base d'enquêtes limitées à l'étude de quelques gestes de chirurgie ambulatoire et de quelques structures d'hospitalisation à domicile. Deux études plus vastes, l'une menée par l'assurance maladie sur la chirurgie ambulatoire et l'autre par le CREDES sur l'hospitalisation à domicile, se sont fixé parmi leurs objectifs d'évaluer les coûts complets (dépenses d'hospitalisation et dépenses induites en médecine de ville) de ces pratiques et de les comparer avec ceux de l'hospitalisation traditionnelle ; leurs résultats devraient être disponibles au second semestre 2002. Au-delà de ces deux objectifs, c'est la modernisation des établissements et leur décloisonnement qui sont recherchés : la mise en œuvre des formules alternatives à l'hospitalisation oblige en effet à une organisation des établissements plus transversale et à une meilleure articulation avec la médecine de ville.

Le développement actuel des structures alternatives à l'hospitalisation n'apparaît pourtant pas encore à la mesure des enjeux,

359. Les hôpitaux de jour et de nuit de psychiatrie, dont le développement a été promu dès les années 1960, sont, quant à eux, régis par le décret et l'arrêté du 14 mars 1986 et l'arrêté du 11 février 1991. La gamme des alternatives à l'hospitalisation complète en psychiatrie est d'ailleurs plus large que dans les autres disciplines, puisqu'elle comprend, à côté de l'hôpital de jour et de nuit, différentes structures extra-hospitalières comportant ou non des possibilités d'hébergement. Le développement disparate de ces structures a été étudié par la Cour dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2000 (p. 419-421).

malgré de récentes tendances encourageantes et un potentiel de développement important, notamment en chirurgie ambulatoire. Leur essor se heurte en effet à des freins organisationnels et juridiques que des dispositifs de promotion mis en place ces dernières années ont cherché à lever. A partir de quelques exemples rencontrés par les Chambres régionales des comptes à l'occasion de leurs contrôles hospitaliers ainsi que des réponses de 12 ARH à un questionnaire national, la Cour a cherché à dresser un bilan de ces structures et à évaluer la portée des mesures incitatives mises en œuvre.

A – L'hospitalisation partielle et la chirurgie ambulatoire

1 – Un développement encore modeste

Selon les dernières données de la SAE disponibles pour 1999, le nombre de séjours d'hospitalisation partielle - hors séances de chimiothérapie, de radiothérapie et de dialyse - s'est monté à 10,8 millions. La psychiatrie rassemblait à elle seule 50 % des hospitalisations partielles, la médecine en représentait 20,2 % et l'anesthésie et la chirurgie ambulatoires 19,2 %. Les capacités d'hospitalisation partielle sont exprimées en places, distinguées des lits traditionnels d'hospitalisation complète. En 1999, la psychiatrie occupait 59 % des places installées, la médecine 16 % et la chirurgie ambulatoire 15,9 %.

L'ensemble des venues en hospitalisation partielle a peu progressé entre 1997 et 1999 (+ 1,2 %), avec toutefois des variations contrastées selon les disciplines : la psychiatrie a en effet stagné sur la période, semblant marquer un pallier, alors que la progression a été supérieure à 10 % en médecine et en soins de suite ou de réadaptation, l'anesthésie et la chirurgie ambulatoires augmentant de 4,9 %. En nombre de places, la progression globale a elle aussi été faible (+ 1,2 %), les capacités d'accueil régressant légèrement en psychiatrie mais progressant de 2,7 % en médecine et de 5 % en SSR et en chirurgie ambulatoire.

Le secteur public détient 71,2 % des places d'hospitalisation partielle, dont près de la moitié concernent la psychiatrie. A l'inverse, le secteur privé regroupe 85,6 % des places d'anesthésie et de chirurgie ambulatoires : le mode de tarification des établissements privés les incite en effet à développer ce type de structure.

Parmi les disciplines de court séjour, l'hospitalisation partielle en médecine est consacrée à des examens et explorations fonctionnelles et à des actes thérapeutiques majoritairement constitués de séances de

chimiothérapie, radiothérapie et dialyse. En anesthésie et chirurgie ambulatoires, l'activité se partage entre, d'une part, les actes exploratoires nécessitant une anesthésie, principalement les endoscopies, et, d'autre part, les actes chirurgicaux proprement dits. Le potentiel de développement de l'activité ambulatoire de court séjour reste important, surtout en chirurgie ambulatoire, selon une étude récente de l'association française de chirurgie ambulatoire³⁶⁰.

2 – La persistance de réticences, en particulier dans le secteur public, malgré l'adoption récente de mesures d'incitation

Le développement de l'hospitalisation partielle a longtemps été freiné, en particulier dans le secteur public, par le régime de création et d'autorisation de places ainsi que par le mode de tarification et de valorisation.

En incluant les alternatives à l'hospitalisation dans la planification des capacités déterminée par la carte sanitaire, la loi du 31 juillet 1991 a institué une procédure dérogatoire destinée à permettre la création de places alternatives dans des zones excédentaires en lits autorisés, moyennant une réduction des autres capacités en fonction d'un «taux de change» modulé selon le niveau d'excédent et le type de structures considéré. Parallèlement, l'encadrement du volume d'actes réalisables (au maximum 365 séances ou réceptions de patients par place et par an) visait à limiter la multiplication excessive des actes dans le secteur privé. Celui-ci, rémunéré à l'acte, trouve en effet un intérêt financier direct dans ce type de prise en charge qui lui permet à la fois de rentabiliser le plateau technique et d'augmenter la rémunération des praticiens.

Ce régime d'autorisation dérogatoire, qui cherchait à concilier l'objectif général de réduction des capacités excédentaires avec celui de promotion de l'hospitalisation partielle, s'est en pratique révélé un obstacle au développement de cette dernière, les établissements éprouvant des difficultés pour gager la création de places nouvelles par la fermeture de lits traditionnels. Il faut d'ailleurs relever l'inégale application de ce dispositif contraignant d'autorisation entre le secteur public et le secteur privé. Ce dernier s'expose à la restitution des indus à l'assurance maladie, s'il émet un nombre de facturations supérieur au volume théorique

360. Les opérations de la cataracte sont réalisées en ambulatoire dans des proportions importantes dans les autres pays : 99 % aux Etats-Unis et au Canada, 67 % au Royaume-Uni, 60 % en Suisse, contre 35 % en France. De même, 6 % des cures de hernie de l'aine sont effectuées en ambulatoire, contre 83 % aux Etats-Unis, 65 % au Canada et 38 % au Royaume-Uni.

résultant du nombre de places autorisées. Il est donc contraint de faire coïncider activité réelle et activité autorisée. En revanche, le secteur public non seulement enregistre des dépassements d'activité – comme l'ont relevé plusieurs chambres régionales des comptes – mais même pratique une activité ambulatoire, et en particulier chirurgicale, en l'absence de toute place autorisée. Cet état de fait est presque officiellement reconnu, puisque le SROS de Basse-Normandie, par exemple, constatait « *qu'une activité chirurgicale ambulatoire est déclarée dans les données d'activité par certains établissements n'ayant pas de structure de chirurgie ambulatoire autorisée* ». De même, le projet médical d'un établissement contrôlé par la chambre régionale des comptes de Bourgogne reconnaît « *qu'il existe, de façon officieuse et d'importance non négligeable, une activité ambulatoire dans nombre de services de l'établissement, sans reconnaissance officielle des places.* »

Afin de faciliter la création de places d'anesthésie et de chirurgie ambulatoires, un décret du 31 mai 1999 a assoupli les conditions de fermeture de lits traditionnels, pour autant que cette activité de chirurgie ambulatoire considérée soit réellement substitutive de l'hospitalisation complète, c'est-à-dire exclue des actes exploratoires sous anesthésie et des actes relevant d'une petite chirurgie et ne nécessitant pas, en principe, le passage dans une structure de chirurgie ambulatoire. Bien qu'il soit encore prématuré de tirer un bilan de ce dispositif, dix des douze ARH qui ont répondu à la Cour déclarent n'avoir pas constaté d'effet incitatif important de ces assouplissements.

Par ailleurs, toujours pour encourager le développement de la chirurgie ambulatoire, un dispositif d'adaptation du mode de valorisation de la chirurgie ambulatoire dans le secteur public a été institué. La valorisation dans le PMSI des séjours d'une durée inférieure à 24 heures est en effet souvent présentée comme pénalisante pour le développement de la chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux publics, dans la mesure où un séjour sans hébergement est affecté d'un coefficient moyen de points ISA bien inférieur à un séjour avec hébergement même d'une seule nuit. A partir de la campagne budgétaire de 1999, un logiciel de neutralisation de la « perte » relative de points ISA subie par les établissements pratiquant la chirurgie ambulatoire a été mis à disposition des ARH pour que celles qui le souhaitaient – le dispositif étant optionnel – puissent compenser cet effet désincitatif. Là encore, la plupart des agences qui ont répondu à la Cour déclaraient n'avoir pas constaté d'impact important de cette mesure. Au-delà de ce constat provisoire, on peut, du reste, s'interroger sur sa pertinence même. L'application d'un coefficient multiplicateur des points ISA comptabilisés pour chaque GHM de chirurgie ambulatoire substitutive apparaît en effet contradictoire avec le coût plus faible de cette pratique et l'objectif d'économie en principe

recherché par la mise en œuvre de cette alternative. Il serait sans doute plus logique de considérer que les établissements rétifs à développer la chirurgie ambulatoire gonflent artificiellement leurs coûts et que c'est plutôt par une réduction du volume de points ISA qu'il faudrait les inciter à le faire.

Enfin, au-delà des obstacles juridiques et tarifaires auxquels s'efforcent de remédier les dispositifs qui viennent d'être évoqués, c'est à des freins culturels et organisationnels que continue de se heurter le développement de l'hospitalisation partielle. Comme l'écrivent la plupart des ARH ayant répondu à la Cour, le cloisonnement des services et la difficulté de réduire le nombre de lits dans tel ou tel service compliquent la mise en commun des moyens postulée par l'hospitalisation ambulatoire, la difficulté à faire évoluer les mentalités se doublant d'une difficulté pratique à faire évoluer l'organisation interne dans des locaux souvent inadaptés et qui doivent être réagencés au prix d'investissements parfois élevés.

Les ARH indiquent cependant avoir fixé dans leur dernier SROS des objectifs de développement de l'hospitalisation partielle, le plus souvent d'ordre général mais parfois comportant des engagements plus précis et chiffrés³⁶¹. La mesure de l'atteinte de ces objectifs n'est cependant pas encore possible puisque, même si une hausse assez nette des autorisations délivrées est enregistrée (de l'ordre de 20 % entre les places de chirurgie ambulatoire autorisées au début 2001 recensées dans FINESS et les places installées recensées par la SAE pour 1999), les statistiques disponibles ne permettent pas encore de connaître l'évolution des places effectivement installées depuis 1999.

B – L'hospitalisation à domicile

1 – Un mode de prise en charge faiblement développé et hétérogène

Aux termes de l'article R.712-2-1 du code de la santé publique, *« les structures dites d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes. Chaque structure d'hospitalisation à domicile intervient dans une*

361. Il est envisagé que la chirurgie ambulatoire constitue l'un des thèmes obligatoires du volet chirurgie des SROS de troisième génération.

aire géographique précisée par l'autorisation » délivrée par le directeur de l'ARH.

L'hospitalisation à domicile (HAD) reste encore très peu développée et inégalement répartie sur le territoire. Selon la SAE, il existait, en 1999, 68 structures d'HAD pour 3 908 places autorisées et 3 882 installées. 52 départements étaient dépourvus de toute place d'HAD tandis que la région parisienne concentrait 58 % de l'ensemble des capacités. 23 structures d'HAD sont des associations privées à but non lucratif et 45 autres relèvent d'établissements publics ou privés PSPH. Les structures publiques et PSPH ainsi que cinq structures privées qui en ont fait le choix sont financées par dotation globale. Les autres structures privées sont financées par prix de journées facturés à l'assurance maladie.

Le prix de journée de l'hospitalisation à domicile, qu'il soit directement facturé à l'assurance maladie ou résulte d'une dotation globale, est très variable d'une structure à l'autre. Notamment, la prise en charge des frais de médecine de ville exposés par les patients hospitalisés à domicile ne serait intégrée dans le calcul du forfait que dans un tiers des cas. En 1999, les prix de journée appliqués par les structures privées se situaient ainsi dans une fourchette comprise entre 60 et 190 €

Les pathologies les plus fréquemment traitées en HAD sont les tumeurs, les affections cardio-vasculaires et celles du système nerveux. Le traitement des patients, admis selon des critères actuellement précisés par une circulaire du 30 mai 2000, fait l'objet d'un protocole thérapeutique qui formalise la coordination des soins cliniques, psychologiques et/ou sociaux nécessités par leur état. Le caractère d'alternative à l'hospitalisation complète, qui empêche en principe que soient admis des patients relevant uniquement de soins à l'acte non coordonnés, de soins infirmiers à domicile ou d'autres structures spécialisées (psychiatrie, insuffisances respiratoire et rénale), n'apparaît pas toujours préservé : même si ce problème n'est pas suivi au niveau central et n'a pas été abordé par les ARH interrogées, il faut en effet noter que certaines structures ont tendance à accueillir des patients dont l'état ne justifie pas une prise en charge en HAD, souvent afin d'alléger leurs coûts face au renchérissement des protocoles de prise en charge des patients les plus lourds.

2 – Des actions de promotion qui tardent à être mises en œuvre

Le Gouvernement s'est fixé pour objectif en novembre 2000 de doubler le nombre de places en quatre ans, c'est-à-dire de susciter la création de 4 000 places supplémentaires. Cet engagement vient à la suite d'un processus déjà ancien de réflexion sur l'hospitalisation à domicile.

Des groupes de travail ont en effet été mis en place à la direction des hôpitaux dès février 1997. Ils ont débouché, en juin 1999, sur la remise d'un rapport dont quelques propositions relatives à la définition de son champ d'intervention, à la précision de ses critères d'admission et à l'amélioration du fonctionnement des structures, ont trouvé une traduction dans la circulaire du 30 mai 2000 déjà évoquée.

En revanche, les mesures concrètes de promotion dont l'annonce a été réitérée par le ministre délégué à la santé en novembre 2001, n'ont pas encore été prises, même si certains décrets sont en voie de publication. De nouveaux groupes de travail ont cependant été installés par la DHOS en 2001. Sont en particulier envisagés un assouplissement du gage de lits requis pour la création de places d'hospitalisation à domicile, le régime d'autorisation étant actuellement similaire à celui déjà décrit pour l'hospitalisation partielle, ainsi qu'une réservation de 25 % des lits dégagés lors des opérations de recomposition pour la création des futures places. Une réforme et une harmonisation du mode de financement des structures d'hospitalisation à domicile sont également prévues, afin de définir, dans le cadre d'une généralisation de la dotation globale, un panier de soins homogène et un suivi analytique des coûts permettant une tarification différenciée selon les modes de prises en charge. L'enquête du CREDES déjà évoquée devrait en effet préciser l'influence des pathologies sur les coûts et permettre une réflexion sur une meilleure adéquation des tarifs et des charges en soins.

Le développement de l'hospitalisation à domicile, objectif fréquemment retenu par le SROS, est encore difficile à apprécier. Pour autant, sept des onze agences ayant répondu sur cette question faisaient état d'une progression importante du nombre de places installées entre 1999 et 2001, contre quatre qui enregistraient une stagnation.

SYNTHÈSE

Le développement actuel des structures alternatives à l'hospitalisation n'apparaît pas à la mesure des enjeux qui s'y attachent, qu'il s'agisse de l'amélioration de la qualité des soins et de leur meilleure articulation avec la médecine de ville, ou de l'économie vraisemblablement engendrée par ces pratiques. L'estimation des gains financiers, aujourd'hui davantage présumée qu'établie, doit être affinée par d'importantes études devant être prochainement publiées.

Leur potentiel de développement est pourtant important, notamment en chirurgie ambulatoire, et singulièrement dans le secteur public, qui accuse un net retard par rapport au secteur privé. La faiblesse du nombre de places autorisées dans les hôpitaux publics ne reflète d'ailleurs que

partiellement l'activité ambulatoire réelle. Le développement de l'hospitalisation partielle continue de se heurter à des freins culturels et organisationnels.

Alors que le Gouvernement s'est engagé à doubler les capacités en hospitalisation à domicile d'ici à 2004 (c'est-à-dire de passer de 4 000 à 8 000 places installées), aucune mesure concrète n'a été mise en œuvre à ce jour pour tenir cet objectif.

RECOMMANDATIONS

40. Mettre l'activité de chirurgie ambulatoire réellement pratiquée dans les hôpitaux publics en conformité avec les normes posées par les textes.

41. Après avoir dressé le bilan d'ensemble de son application par les ARH, réfléchir à l'adaptation de la procédure destinée à neutraliser les effets désincitatifs de la valorisation de la chirurgie ambulatoire dans le PMSI.

42. Mettre en œuvre les mesures de promotion de l'hospitalisation à domicile.

II - La prise en charge des urgences médicales

L'urgence médicale ne connaît pas de définition précise : elle correspond à une multitude de situations, dont certaines effectivement très lourdes (intoxication, infarctus...), qui ont pour seul trait commun le choix fait par le patient de consulter sans délai.

Confronté à une situation d'urgence, le patient se détermine largement en fonction de l'offre de soins en ville et en établissement et de sa disponibilité effective pour répondre à sa demande. Le niveau d'exigence des patients a augmenté au fur et à mesure que le dispositif d'accueil des urgences médicales se développait et se professionnalisait.

Depuis la loi du 6 janvier 1986 sur l'aide médicale urgente et les transports sanitaires, de multiples réflexions ont été engagées sur ce sujet³⁶².

Des progrès notables ont été accomplis en une vingtaine d'années et l'image de l'urgence hospitalière est à présent plus positive. Aujourd'hui, il ne s'agit plus d'organiser la prise en charge des cas les plus lourds : cet objectif est atteint. Mais il s'agit, d'une façon humainement satisfaisante, médicalement efficace et économiquement acceptable, de gérer les flux complexes des patients demandeurs d'une prise en charge immédiate.

A – L'organisation actuelle des urgences ne répond pas de manière satisfaisante à la demande de prise en charge

1 – Le cloisonnement de l'organisation et du financement des urgences

La prise en charge des urgences

La prise en charge des urgences est assurée par des dispositifs particuliers et par l'ensemble de l'offre de soins de ville et hospitalière.

La réponse aux appels et la régulation médicale sont assurées par les centres de réception et de régulation des appels (CRRA), ou centres 15, des Services d'aide médicale urgente (SAMU) implantés dans les hôpitaux.

Les interventions pré-hospitalières pour les cas les plus graves sont assurées par les Unités mobiles Hospitalières (UMH) des Services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) ou ambulances des SAMU, rattachées aux hôpitaux.

L'activité d'accueil et de traitement des urgences par les établissements de santé est soumise à autorisation de l'ARH qui, en application du SROS, définit le nombre et la localisation géographique des services d'accueil et de traitement des urgences (SAU), des Unités de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU) et des Pôles spécialisés d'accueil et de traitement des urgences (POSU) implantés dans les établissements de santé.

Le réseau hospitalier dans son ensemble et le réseau des soins primaires de ville (médecins généralistes et urgentistes libéraux,

362. Rapport du Pr Steg, 1991-1993, préconisant une séniorisation des urgences et la hiérarchisation des structures ; rapport du Pr Barrier, 1994, sur la prise en charge préhospitalière des urgences.

ambulanciers, pompiers, pharmaciens, infirmières libérales, etc) contribuent à dispenser les soins urgents.

a) Une coordination insuffisante des intervenants

L'urgence est traitée dans quatre ensembles de textes qui reposent sur des logiques différentes et cloisonnées : l'hospitalisation, l'aide médicale urgente et les transports sanitaires, la déontologie médicale et l'organisation des secours.

Les services départementaux d'incendie et de secours ont la responsabilité générale des secours sous l'autorité du préfet et les SAMU et les SMUR qui dépendent des hôpitaux sont chargés de secourir les patients les plus gravement atteints. La coordination de ces deux catégories d'intervenants est organisée mais la place des ambulanciers privés dans le dispositif n'est pas clairement précisée.

Les ARH sont responsables des services d'urgence rattachés aux hôpitaux, mais pas des soins primaires délivrés en ville, qui relèvent des URCAM et des URML. L'obligation déontologique faite aux médecins libéraux de participer aux services de gardes est placée sous la responsabilité des conseils départementaux de l'ordre des médecins chargés de la mettre en œuvre. En pratique, ils délèguent souvent cette fonction à des associations. Le préfet peut cependant réquisitionner les médecins nécessaires à la sécurité des soins dans un secteur de garde.

Les comités départementaux de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires (CoDAMU) créés par la loi de 1986 et présidés par les préfets ne constituent pas, compte tenu des missions qui leur incombent et de leurs conditions de fonctionnement, un véritable lieu de coordination des acteurs concernées.

b) Un mode de financement cloisonné

Dans les établissements sous dotation globale, les passages aux urgences sont assimilés à des consultations non programmées et sont valorisés par la conversion de lettres clés de la nomenclature en points ISA dans le cadre du PMSI. La mission PMSI de la DHOS étudie la manière d'améliorer la valorisation, jugée insuffisante, de l'activité des services d'accueil des urgences et des SMUR. Les centres 15 sont, dans les faits, à la charge quasi exclusive du budget global des hôpitaux sièges, malgré les textes qui prévoient également des financements de l'Etat et des collectivités locales.

Depuis l'accord tarifaire du 4 avril 2001, conclu entre l'Etat et les fédérations de cliniques privées, celles qui sont désignées SAU ou

UPATOU par les ARH bénéficient d'une rémunération forfaitaire de l'activité d'urgence.

En ville, diverses majorations applicables aux actes d'urgence effectués par les médecins libéraux sont prévues par la nomenclature et les transports sanitaires effectués par les ambulanciers privés sont facturés selon un tarif déterminé par convention avec l'assurance maladie. Quant aux interventions des pompiers qui étaient jusqu'à maintenant prises en charge par les SDIS, la loi du 27 février 2002 relative à la démocratie de proximité prévoit de les facturer aux établissements de santé sièges des SAMU quand la carence des transporteurs sanitaires privés en aura été la cause, critère qui sera d'application difficile.

La demande des patients s'oriente vers les services les plus coûteux pour la collectivité (hôpital et pompiers) qui sont ceux pour lesquels le ticket modérateur est le plus faible. De même, la rémunération jugée insuffisante des actes infirmiers en médecine généraliste et en ville conduit certains professionnels à ne pas participer aux urgences et contraint les patients à recourir à l'hôpital.

2 – Une activité en forte croissance

a) Une croissance différenciée

On peut estimer à 13,5 millions le nombre total de passages aux urgences³⁶³ des établissements de santé en 2001. En 1999, 91,6 % des passages étaient pris en charge par le secteur public. Mais la part des cliniques privées devrait augmenter, puisque 100 d'entre elles ont reçu mission d'accueillir les urgences.

Le nombre de passages croît de 4,6 % en moyenne par an. Environ 30 % de ces passages donnent lieu à une hospitalisation. Le nombre de patients hospitalisés après un passage par les urgences n'augmente que de

363. En 1999, il y en a eu 12 millions. Mais les données sont déclaratives (SAE) et imprécises car aucune définition réglementaire des unités d'accueil n'existait avant les décrets de 1997. En outre, selon l'organisation des établissements, le décompte des passages aux urgences pouvait inclure des admissions programmées et des consultations post opératoires. La nouvelle SAE applicable à partir de 2000, prescrit l'utilisation d'une classification des passages (GEMSA) en six classes selon leurs modes d'entrée et de sortie afin d'évaluer l'activité des unités.

1 % par an, soit un rythme de progression voisin de celui des entrées directes en hospitalisation de courte durée³⁶⁴.

Ceci démontre la stabilité du nombre des cas les plus sévères et l'augmentation régulière et rapide du recours aux services d'accueil des urgences pour des cas ne nécessitant pas l'hospitalisation. Ainsi, 55 % des patients accueillis en urgence à l'hôpital ont un état clinique stable nécessitant cependant des actes d'investigation ou thérapeutiques et 25 % n'ont besoin que d'une simple consultation, sans soin technique ni investigation, et pourraient aussi bien relever de la médecine de ville.

Les arrivées aux services des urgences se font soit après appel au centre 15 et orientation par le SAMU, soit de la propre initiative des patients³⁶⁵. Un Français sur dix a recours chaque année au SAMU-centre 15. Sur 100 cas traités par le centre de régulation, 10 à 15 font l'objet d'une sortie du SMUR, 20 à 25 de l'envoi d'un médecin généraliste, 10 de l'envoi d'une ambulance privée, 20 à 25 de l'envoi d'un véhicule des pompiers et 30 d'un conseil ou d'un renseignement.

L'augmentation moyenne de l'activité des centres 15, de 10 % par an, concerne essentiellement des cas de gravité moyenne ou légère, ainsi que les demandes de conseils ou d'informations. Cette évolution engorge les centres 15 qui, à certains moments, tardent à répondre.

La stabilité des interventions des SMUR, malgré l'afflux aux centres 15, prouve l'efficacité de la régulation par les SAMU. Les 600 000 patients transportés par les SMUR représentent 6 % de l'ensemble des passages enregistrés aux services d'accueil des urgences. 86 % d'entre eux sont hospitalisés, alors que 30 % le sont parmi les patients se rendant directement aux urgences.

Malgré la stabilité des hospitalisations consécutives à une entrée en urgence, la difficulté principale pour les services d'accueil est de trouver un lit adapté à l'état du patient. Bien que le nombre de lits de court séjour soit globalement excédentaire, cette difficulté résulte essentiellement d'une inadéquation qualitative des lits aux besoins des patients : en particulier, il n'y a pas assez de lits de médecine générale pour accueillir les patients âgés. Par ailleurs, l'augmentation des taux d'occupation des lits de court séjour, l'inadaptation des lits de SSR insuffisamment médicalisés, l'insuffisance des capacités en hospitalisation à domicile et

364. Source : « Le passage aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés », Etudes et résultats, DREES, n° 72, juillet 2000.

365. Une étude de l'ARH et de l'assurance maladie de Rhône-Alpes, d'octobre 2001, montre que les deux tiers des patients accueillis dans les services d'urgences sont arrivés de leur propre initiative.

en soins infirmiers à domicile et les difficultés de coordination avec le secteur médico-social contribuent à l'engorgement des services d'accueil et à la mauvaise orientation des patients entre ces différentes structures.

b) Les motifs de l'afflux aux urgences

L'afflux aux urgences exprime des tendances générales telles que le besoin accru de sécurité, la confiance dans l'hôpital, la recherche du service le plus complet, que seul offre l'hôpital. Enfin, le passage par les urgences est une porte d'entrée rapide et simple dans le système hospitalier.

Au-delà de ces causes générales, des considérations socio-économiques expliquent que le recours aux services d'urgences est davantage le fait de personnes jeunes, isolées, immigrées, à faible niveau de revenu et de diplôme. De même, la plus ou moins grande disponibilité et accessibilité des soins de ville influe sur le recours à l'hôpital.

3 – Une tendance lourde : le désengagement de la médecine de ville

Le code de déontologie médicale (art. L. 4127-1 du code de la santé publique) prescrit que tout médecin doit participer aux services de garde de jour et de nuit. En ville, 3 à 4 000 secteurs de garde sont déterminés en fonction des bassins de vie, par les praticiens eux-mêmes, sous le contrôle d'une association professionnelle et de l'ordre des médecins. Dans les zones rurales, les médecins assurent la prise en charge de leur propre clientèle presque en permanence.

En pratique, seuls les médecins généralistes assurent les gardes. En outre, le développement des modes d'exercice particuliers des médecins généralistes (allergologie, acupuncture, homéopathie...) les éloigne des compétences nécessaires à la prise en charge des urgences.

La prise en charge des gardes se concentre donc sur un nombre restreint de praticiens, essentiellement situés en zone semi-urbaine ou rurale. Une étude de la CNAMTS a établi en 2001 que la charge de travail moyenne d'un médecin généraliste peut être estimée à deux nuits de garde par mois, un dimanche ou jour férié de garde par trimestre, deux visites d'urgence par nuit de garde et une quinzaine de visites par dimanche ou jour férié. Le recours à la visite du médecin généraliste de garde est inégal selon les régions : en 1998, 120 par an pour 1000 habitants en Languedoc-Roussillon, contre 68 en Haute-Normandie. La somme des visites de garde et des passages au service d'accueil des

urgences sans hospitalisation est une donnée plus stable d'une région à l'autre (l'écart va de 183 à 258 par an et par habitant)³⁶⁶.

Depuis une dizaine d'années, les médecins généralistes tendent à se désengager de ce système de gardes qui perd ainsi son caractère universel et permanent. Les responsables des SAMU-centres 15 constatent un allongement des délais de déclenchement de la visite urgente d'un médecin de garde et une augmentation régulière des secteurs ou des plages horaires qui ne sont pas couverts.

Les causes de ce désengagement sont multiples. La réduction du nombre de médecins participant aux gardes fait peser sur eux une charge jugée d'autant plus lourde que la profession souhaite alléger ses horaires de travail (56 heures en moyenne par semaine actuellement). De plus, la non-revalorisation de la visite à domicile depuis 1993 a démotivé les médecins malgré les majorations d'urgence, de nuit, dimanche et jour férié. Enfin, notamment en ville, la prise en charge des urgences peut être assurée par les groupes d'urgentistes libéraux, dont SOS médecins est la référence.

Alors que l'organisation des urgences hospitalières autour de la prise en charge des cas les plus lourds a été fortement sécurisée, l'hôpital est de plus en plus sollicité pour des cas peu graves et peu urgents par des patients qui recherchent une prise en charge globale et rapide, alors que la médecine de ville est de moins en moins accessible et que son organisation cloisonnée n'offre pas un service optimal.

B – La nécessaire définition d'une politique globale de prise en charge des urgences médicales

L'effort d'organisation de la prise en charge des urgences autour d'une meilleure complémentarité entre soins de ville et soins hospitaliers doit être amplifié si l'on veut éviter le désengagement complet des médecins de ville et l'engorgement des hôpitaux.

1 – Favoriser l'orientation par les centres de régulation

Le recours aux centres 15 permet à une équipe médicale, formée et expérimentée, d'apprécier la gravité réelle ou potentielle d'un cas et de mettre en œuvre la réponse adaptée. Il évite donc d'encombrer les services d'accueil et leur permet de garder une vocation de prise en charge des cas véritablement graves et/ou urgents. L'appel aux centres de

366. « Les passages aux urgences de 1990 à 1998 », art. cité.

régulation conduit non seulement à une bonne orientation des patients mais aussi à une meilleure utilisation des moyens disponibles.

Dès lors que la croissance de l'activité des SAMU-centres 15 étend le champ des compétences requises pour répondre aux demandes de conseils et aux besoins médico-sociaux, la participation de praticiens non hospitaliers s'impose. D'ores et déjà, la loi prévoit que les centres 15 peuvent fonctionner avec le concours des médecins de ville qui en font la demande. Deux centres 15 sur trois fonctionnent ainsi. La participation des généralistes est financée selon des modalités variables : vacations d'attachés hospitaliers, rémunération par une association recevant des subventions publiques ou encore versement par l'assurance maladie, dans certains cas, pouvant aller jusqu'à 3 C de l'heure³⁶⁷. Cette dernière modalité a été prévue par une convention de 1987 entre les caisses nationales d'assurance maladie et deux syndicats médicaux (la FMF et la CSMF) qui instituait également une majoration d'astreinte pour les interventions des médecins de garde auprès des patients. L'évaluation prévue n'a pas été réalisée et l'expérience qui devait durer 18 mois se prolonge encore dans certains sites.

L'accord du 1^{er} mars 2002 entre l'Etat, les caisses d'assurance maladie et l'ordre des médecins prévoit le renforcement de la participation des généralistes à la régulation des appels téléphoniques ainsi que l'organisation d'une campagne de sensibilisation du public au bon usage du SAMU-centre 15.

Le développement de l'association des médecins de ville aux centres 15 suppose que soient clarifiées les modalités de financement et les responsabilités des acteurs.

2 – Poursuivre la mise aux normes des services d'urgence en établissement

Le volet « urgences » des SROS de deuxième génération a déterminé le nombre et la localisation géographique de ces trois catégories de services (SAU, UPATOU, POSU). La concertation préalable aux choix arrêtés par les ARH a fait progresser l'approche transversale de l'accueil des urgences. Mais l'insuffisante évaluation des structures hospitalières et les pressions locales et professionnelles n'ont pas permis de faire toujours les choix les plus rationnels. En particulier, la

367. Ces modalités de rémunération destinées à attirer les médecins généralistes créent des inégalités de traitement importantes entre deux médecins remplissant la même mission : l'attaché hospitalier perçoit environ 15 € par heure et le médecin libéral, 3 C, soit environ 60 € par heure.

pression des cliniques privées a été très forte car la reconnaissance comme site d'accueil des urgences leur permet de bénéficier d'une rémunération complémentaire spécifique.

Les ARH ont ainsi autorisé 358 SMUR et 594 sites d'accueil des urgences, dont 32 POSU, 205 SAU et 357 UPATOU. Un effort très important de mise aux normes techniques des structures hospitalières d'urgences a été opéré et de nombreuses mesures ont été prises en faveur des personnels : création de postes médicaux et paramédicaux, amélioration des conditions de travail, formation et qualification des personnels.

Le coût de ces mesures est important. Le protocole signé le 9 juin 1999 avec les urgentistes a prévu la création sur trois ans de 230 postes de praticiens hospitaliers, de 227 postes d'assistants et de 200 postes de praticiens hospitaliers contractuels, pour un coût total de 21,95 M€ Les protocoles des 13 et 14 mars 2000 signé entre l'Etat et les représentants des personnels médicaux et non médicaux de la fonction publique hospitalière ont prévu une enveloppe de 45,73 M€ en vue de créer 425 postes médicaux (praticiens hospitaliers et assistants) et 970 postes paramédicaux pour renforcer les activités concourant directement à l'urgence. D'autres enveloppes ont été prévues par les protocoles pour financer des actions intéressant les services d'urgences (prévention de la violence, modernisation hospitalière, etc). Enfin, les ARH distribuent des crédits fléchés destinés aux services d'urgence.

Mais, au-delà de l'effet positif de l'annonce de ces mesures, la question se pose de leur mise en œuvre effective et de leur efficacité, car les bilans ne sont pas disponibles. Le contrôle de l'affectation aux services d'urgence des postes attribués et des crédits fléchés n'est pas effectué. La persistance de difficultés d'accueil dans les services d'urgence ou les centres 15 montre à tout le moins que d'importantes inégalités perdurent entre les établissements compte tenu notamment des difficultés de recrutement de médecins ou d'infirmières.

3 – Assurer la permanence des soins et les gardes libérales

Dès lors que le système de garde traditionnel est de moins en moins appliqué et que les centres 15 doivent pouvoir adresser certains patients à d'autres intervenants que les services hospitaliers, la place des médecins de ville dans la prise en charge des urgences doit être redéfinie.

Le rapport des groupes de travail sur les urgences (DHOS, janvier 2002) signale que «l'Ordre des médecins et plusieurs représentants des syndicats de médecins libéraux ont souligné que l'obligation résultant du code de déontologie est à la fois imprécise dans sa portée et dépassée

dans la pratique ». Une nouvelle interprétation de cette obligation est donc recherchée.

Un protocole national a été signé le 1^{er} mars 2002 entre l'Etat, l'Ordre des médecins et l'assurance maladie afin de mettre en place les conditions d'une nouvelle organisation de la permanence des soins. Il prévoit une réduction du nombre de secteurs de garde. Les conditions de rémunération de l'astreinte des médecins de garde sont fixées conformément à l'accord du 24 janvier 2002 entre l'assurance maladie et MG France³⁶⁸. Ce protocole est contesté par certains conseils départementaux et par des médecins qui jugent irréaliste l'objectif de réduction du nombre de secteurs de garde si la participation effective des médecins au service de garde n'est pas renforcée. Cet objectif ne repose, en effet, sur aucune évaluation de la sectorisation actuelle.

En outre, la solution n'est pas uniquement de nature financière. Elle suppose de nouvelles modalités d'organisation pour, à la fois, apporter une réponse mieux adaptée à la demande des patients et offrir aux praticiens de garde des conditions de travail renouvelées. Enfin, c'est l'organisation de la médecine de ville dans son ensemble qui est remise en question par la prise en charge des urgences.

Des expériences sont actuellement développées pour renforcer la permanence des soins. Pour leur participation à ces expériences innovantes, les médecins perçoivent des rémunérations complémentaires.

Les centres d'accueil et de premiers soins consistent à organiser une garde médicale dans un lieu fixe et facile d'accès mis à disposition par la municipalité (comme à Lyon), par une clinique ou par un hôpital (hôpital Nord de Marseille, centre hospitalier d'Argenteuil). Un médecin accueille les patients en consultation, tandis qu'un autre peut se déplacer en visites d'urgence. Le centre 15 oriente les patients vers ces centres.

Des maisons médicales rassemblant en un lieu unique plusieurs généralistes, spécialistes et autres professionnels de santé, voire des travailleurs sociaux, se mettent également en place (Maison de santé de Roubaix). La nuit, la garde libérale peut y être implantée.

Dans plusieurs départements ruraux (Meuse, Nièvre, Orne), des médecins correspondants SAMU préalablement formés et équipés ont été mis en place dans le cadre d'un partenariat entre les associations de

368. Cet accord prévoit notamment l'augmentation de la majoration des visites de nuit, l'extension aux consultations réalisées le samedi après-midi par le médecin de garde du tarif appliqué les dimanches et jours fériés et la mise en place d'une astreinte forfaitaire par tranche de 12 heures.

généralistes, l'ordre des médecins, l'assurance maladie, le SAMU, les SMUR et les pompiers. Une réalisation reposant sur la même logique est en place à l'hôpital de Neufchâtel-en-Bray, en liaison avec le CHU de Rouen. De manière plus générale, la permanence des soins pourrait prendre appui sur les petits hôpitaux de proximité, non sièges d'UPATOU.

Ces expériences, qui cherchent à décloisonner la prise en charge des urgences et, au-delà, à organiser de manière plus globale la médecine de ville, sont fragiles. Leur évaluation est souvent lacunaire et leur financement incertain.

La mise en place d'une vraie permanence des soins en ville, offrant en un même lieu les principales prestations requises par une intervention programmée ou non (la radiographie notamment), aurait dû constituer un motif prioritaire de création des filières et réseaux de soins prévus par l'ordonnance de 1996. Mais pas plus ces modalités que le médecin référent n'ont réussi, jusqu'à présent, à améliorer l'organisation des soins de ville. C'est bien là une des causes de l'afflux aux urgences hospitalières.

La responsabilité confiée, au sein du ministère chargé de la santé, à une seule direction, la DHOS, d'organiser les soins en ville et à l'hôpital et de piloter le développement des réseaux de soins devrait permettre d'accélérer un processus qui devra associer les régimes d'assurance maladie et pourra s'appuyer sur la nouvelle sous-enveloppe de l'ONDAM dédiée aux réseaux.

SYNTHESE

L'accueil et le traitement des urgences ont été restructurés et dotés de moyens nouveaux importants. Mais l'évaluation de ces réformes, mises en œuvre récemment, reste à faire.

En outre, ces mesures n'apportent pas encore une réponse satisfaisante à la demande de soins urgents dans un contexte de désengagement de la médecine de ville.

Si l'accueil hospitalier est, en règle générale, performant pour les cas les plus lourds, la demande de soins urgents croît essentiellement pour des pathologies moins graves qui pourraient être prises en charge par la médecine de ville si celle-ci était organisée pour l'accueillir. Une meilleure prise en charge des urgences dépend donc non seulement de solutions spécifiques, mais aussi d'une organisation plus efficace de la médecine de ville autour des patients et d'une meilleure coopération entre celle-ci et l'hôpital.

RECOMMANDATIONS

43. *Evaluer les effets des nombreuses mesures adoptées ces dernières années en faveur des services d'urgence et les causes des difficultés qui subsistent, notamment les disparités existant dans la prise en charge des dépenses.*

44. *Développer la participation des médecins libéraux aux centres 15 en clarifiant ses modalités de financement.*

45. *Evaluer les expériences en cours de prise en charge des urgences par des structures de ville en coopération avec des établissements.*

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES PAGE 535

III - Le médicament à l'hôpital

Les achats de médicaments par les hôpitaux représentent 3,05 Md€ TTC en 2001, soit 6 % de leur budget total. Ces dépenses sont en forte augmentation : les ventes à l'hôpital représentent 16 % du chiffre d'affaires HT de l'industrie pharmaceutique en France en 2001, contre seulement 12 % en 1991.

Ces évolutions conduisent à s'interroger sur les modalités de régulation du marché du médicament à l'hôpital, très différentes du marché du médicament en ville, la liberté des prix y jouant un rôle déterminant. De plus, ces deux marchés sont loin d'être étanches, puisqu'un tiers (0,91 Md€ en 2001) des médicaments achetés par les hôpitaux sont « rétrocedés » à des patients non hospitalisés, généralement pris en charge à 100 % par l'assurance maladie.

A – Des dépenses en forte augmentation, renforçant les pressions sur les budgets hospitaliers

Le suivi et l'analyse de la consommation de médicaments par les hôpitaux sont limités par un système d'information médiocre. Pourtant, de multiples bases de données existent, tenues par la CNAMTS (base Thériaque), l'AFSSAPS, la Fédération hospitalière de France ou des opérateurs privés. Mais aucune base de données publique ou privée ne donne une information à la fois exhaustive, fiable, facilement accessible et orientée vers les préoccupations de bon usage des budgets hospitaliers.

De plus, le codage du médicament n'est pas effectué à l'hôpital, ce qui empêche de disposer de sources d'informations et de capacités d'analyse. Des initiatives intéressantes, comme celle initiée au plan régional par l'Observatoire du médicament et de l'innovation thérapeutique (OMIT)³⁶⁹ devraient être développées.

1 – L'accélération des dépenses pharmaceutiques des hôpitaux

En onze ans, les ventes de médicaments à l'hôpital ont presque triplé en francs courants, passant de 1 143 M€ en 1990 à 3 049 M€ en 2001, alors que les ventes en ville progressaient moitié moins vite sur la période. De 2000 à 2001, les ventes à l'hôpital ont encore crû de 16 %. Le marché hospitalier représente le segment le plus dynamique pour l'industrie pharmaceutique : le renouvellement y est le plus rapide (l'âge moyen des médicaments vendus en 1998 y était de 7,7 ans contre 15,3 ans en ville) et il est très concentré : les dix premiers produits y représentaient 19,2 % des ventes totales en 1999 contre 9,5 % en ville. Dans les hôpitaux de pointe, ces évolutions sont encore plus marquées : à l'AP-HP, ces dépenses ont augmenté de 50 % en trois ans (1998-2001 et de 20 % pour la seule année 2001) et 65 médicaments représentaient, en 2001, 80 % des dépenses pharmaceutiques.

La forte augmentation des dépenses de médicaments des hôpitaux est moins due à un effet-prix ou un effet-quantité qu'à un effet de structure : les médicaments sont remplacés de plus en plus rapidement par des produits nouveaux et plus chers. Trois classes concentrent l'essentiel des hausses : les anti-inflammatoires, les anti-infectieux et les anticancéreux. Ces deux dernières classes représentent 69 % des dépenses de médicaments de l'AP-HP et, parmi les 20 premiers médicaments, engendrant les plus fortes dépenses, on compte 10 antirétroviraux.

Pour autant, le contenu innovant de ces produits nouveaux n'est pas toujours patent. Si un anti-inflammatoire récent constitue un progrès thérapeutique essentiel pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde, ce n'est pas le cas pour d'autres médicaments.

Cela vaut, notamment, en cancérologie, discipline en évolution constante où, si beaucoup de produits commercialisés depuis 1996 améliorent sensiblement le confort et la qualité de vie des patients, la preuve scientifique n'a pas été apportée, pour une grande partie, qu'ils

369. L'ARH de PACA a mis en place en 2001, et en liaison avec la CRC, un observatoire ayant une double mission d'enquête et d'encadrement des prescriptions par le développement de référentiels de bonne pratique. Le travail porte en premier lieu sur la cancérologie.

apportent un progrès thérapeutique majeur, en terme de jours de survie. Cependant, ils marquent une profonde rupture en termes de prix : un cycle de traitement est passé d'environ 15 € à 1500 €, soit une multiplication par 100. Les nouvelles molécules issues des biotechnologies comme les anticorps monoclonaux, arrivant sur le marché en 2001 et 2002, doublent ou triplent encore ce coût.

Les raisons de l'explosion du prix des chimiothérapies résident dans le coût élevé de la recherche-développement - il faut compter, en moyenne, dix ans entre la découverte d'une molécule et l'autorisation de mise sur le marché (AMM) - et dans le marketing. Si la recherche de nouvelles molécules efficaces est très coûteuse, ce qui justifie un prix élevé, l'argument ne vaut pas pour tous les nouveaux produits.

2 – Les conséquences sur les budgets hospitaliers

Les budgets hospitaliers croissant beaucoup moins que la dépense de médicament, malgré l'assouplissement récent de la contrainte budgétaire, les hôpitaux doivent dégager sur leur budget les moyens nécessaires afin que les patients continuent d'accéder, dans des conditions égales, au progrès thérapeutique. Or, le phénomène de substitution de certains médicaments à des soins hospitaliers, évoqué par l'industrie pharmaceutique, est mal mesuré. Il est difficile d'isoler le seul effet des médicaments nouveaux dans le développement des pratiques ambulatoires ou dans la réduction des durées d'hospitalisation constatées, par exemple, dans le traitement du cancer. Pour le sida, le suivi effectué depuis 1988 permet de constater la division par trois de la fréquence d'hospitalisation, mais n'indique pas ce qu'a été l'augmentation de la dépense de médicament, ni l'économie globale engendrée, sachant que les traitements du VIH achetés par des patients ambulatoires ont été sortis de la dotation globale hospitalière.

Les capacités de redéploiement interne aux budgets hospitaliers étant limitées, une enveloppe a été définie par la DHOS au sein de la « dotation incompressible de santé publique et d'organisation des soins » : en 2001, 137,2 M€ ont été spécifiquement « fléchés » vers le financement de l'achat des molécules coûteuses : une moitié pour les nouveaux anticancéreux, cette enveloppe ayant été annoncée dans le cadre du « plan cancer », l'autre moitié pour d'autres molécules. Cette enveloppe n'aurait été consommée qu'à hauteur des deux tiers seulement pour des médicaments, le solde ayant été reporté par les ARH vers d'autres priorités de santé publique. Pour 2002, une enveloppe de 165 M€ a été prévue pour ces médicaments.

3 – Les moyens d'action des hôpitaux

Ils sont de deux ordres : l'action sur les prix et l'action sur les volumes³⁷⁰.

a) *L'action sur les prix*

Le prix du médicament acheté par l'hôpital est libre depuis 1987 : il est fixé par le jeu de la négociation ou de la mise en concurrence. Les hôpitaux publics, soumis au code des marchés publics, doivent en principe faire jouer la concurrence.

Les chambres régionales des comptes ont constaté que les pharmaciens hospitaliers ou les responsables administratifs ne sont pas formés à la fonction d'acheteur.

Par ailleurs, pour les médicaments qui ne sont pas en situation de monopole, il conviendrait de rééquilibrer les rapports entre une offre de plus en plus concentrée et la dispersion des acheteurs hospitaliers, en constituant des groupements d'achats. Or, d'une part, si la majorité des hôpitaux publics appartient à un groupement d'achat départemental ou interdépartemental, certains établissements de taille moyenne, tels les CH de Cholet, Libourne ou Verdun, n'y adhèrent pas. D'autre part, la réforme du code des marchés publics n'a pas pris en compte la situation particulière des groupements entre hôpitaux pour les achats de médicaments. Pour que ces groupements puissent fonctionner, il faudrait que, une fois les marchés passés, leurs actes d'exécution puissent être délégués par le coordonnateur aux membres du groupement car, en vertu des textes en vigueur sur les pharmaciens hospitaliers, seul le pharmacien d'un hôpital peut l'approvisionner en médicaments. Or, le code des marchés publics ne prévoit pas cette possibilité.

La mise en concurrence n'est cependant pas toujours possible et ses résultats peuvent même être contestables au regard de l'objectif de recherche du meilleur prix³⁷¹. Les marges de négociation et le niveau de prix d'un médicament dépendent, en effet, de l'existence ou non d'un brevet. Si le médicament est tombé dans le domaine public (délai de 20

370. Constats tirés par les CRC auprès de 20 hôpitaux, dont 4 CHU.

371. Les médicaments concurrentiels constitueraient 80 % des achats en quantité mais seulement 20 % en valeur, les molécules en situation de monopole représentant 80 % en valeur.

ans), il peut être concurrencé par des génériques³⁷². Le choix entre un générique et un autre produit ne porte alors, en théorie, que sur le prix³⁷³. En revanche, si la molécule est encore protégée par un brevet, deux situations sont possibles : soit elle est sans équivalent et se trouve en situation de monopole, soit elle peut, sur le plan thérapeutique, être remplacée par une autre molécule.

Il en résulte une situation paradoxale. D'un côté, les hôpitaux français utilisent trop rarement la possibilité de mettre en concurrence des molécules brevetées équivalentes, contrairement à des pays voisins (comme l'Allemagne). Les différences de pratique observées concernent pourtant des médicaments très coûteux pour les hôpitaux, comme les érythropoïétines et les taxanes. Certains praticiens hospitaliers refusent, comme cela a été constaté à l'AP de Marseille, de considérer équivalentes des molécules princeps, et donc de les mettre en concurrence pour n'en retenir qu'une, de peur de priver les malades d'effets bénéfiques éventuels même non reconnus, liés à une autre molécule. Cette situation est en partie la conséquence de l'insuffisance de l'évaluation indépendante des médicaments destinés à l'hôpital et de l'absence de liste des équivalents thérapeutiques objectivement établie et officiellement diffusée. Une analyse critique comparative des niveaux d'efficacité devrait être mise en place, sur le modèle de ce que fait le NICE britannique (National Institute for Clinical Excellence). Dans ce contexte, l'appel d'offres sur performances en DCI, encore peu pratiqué, permettrait de réduire le nombre de marchés de monopole en suscitant les réponses équivalentes.

A l'inverse, le recours de plus en plus systématique à des appels d'offres, imposé par les administrations compétentes, n'apparaît pas économiquement adapté quand il s'agit de médicaments réellement en situation de monopole, ce qui est le cas de la plupart des médicaments les plus coûteux. Si les Hospices civils de Lyon continuent de passer majoritairement des marchés négociés pour les produits de monopole,

372. Définition légale du médicament générique : « On entend, par spécialité générique d'une autre spécialité, une spécialité qui a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique, et dont la bio-équivalence avec l'autre spécialité a été démontrée par des études appropriées de bio-disponibilité ».

373. Mais la CRC de PACA a constaté à l'AP de Marseille que lors d'un marché de fourniture d'aciclovir, le générique, pourtant moins disant, n'a pas été retenu. C'est aussi pour contrer les génériques que des firmes cèdent gratuitement ou presque des médicaments au sein de « packages » ou offres groupées. Le CHU de Tours impose une rotation de produits gratuits entre les firmes afin de ne pas dépendre de celles-ci.

l'AP de Marseille effectue des appels d'offres, ce qui se traduit par des prix d'achat élevés en raison de l'impossibilité, dans cette procédure, de discuter les prix catalogues, sauf à déclarer l'appel d'offres infructueux.

b) La recherche du bon usage des médicaments par l'encadrement des prescriptions

Le bon usage du médicament recouvre des objectifs à la fois économiques et de santé publique : il s'agit d'éviter des gaspillages et de réduire les risques de iatrogénie. Il n'est, en effet, encadré ni par des références médicales obligatoires ni, le plus souvent, par des protocoles thérapeutiques validés par une instance autorisée. Il suppose donc une prise de conscience des médecins, des pharmaciens et des gestionnaires et la mise en place de procédures adaptées. La prescription et la distribution nominatives des médicaments et l'action des comités du médicament devraient y concourir activement.

Le circuit du médicament à l'hôpital comporte des risques iatrogènes : la multiplicité des prescripteurs, la fréquence de prescriptions réalisées par des praticiens plus ou moins expérimentés, les retranscriptions manuelles des prescriptions par le personnel infirmier sont autant de sources d'erreurs potentielles. De plus, une enquête de l'assurance maladie (CANAM) sur 500 ordonnances en 2000 a montré que le nom du médecin n'était pas identifiable dans 36 % des cas, que les règles de prescription étaient ignorées dans un cas sur deux pour certains médicaments (hypnotiques, héparines) et que 6 % des ordonnances comportaient des risques d'interaction.

La prescription et la distribution nominatives permettraient de réduire ces risques, de développer le bon usage des médicaments et de réduire le gaspillage résultant de la distribution par service. Or, l'arrêté du 9 août 1991, qui a rendu obligatoire leur caractère nominatif, n'est, dix ans après, toujours pas appliqué dans les hôpitaux³⁷⁴, sauf dans des domaines particuliers (anticancéreux et certains anti-infectieux notamment). C'est, du reste, un des points importants qui fait l'objet d'un examen approfondi des experts-visiteurs de l'ANAES dans le cadre de la procédure d'accréditation des hôpitaux.

374. Les pratiques sont diverses, ainsi que l'ont montré les contrôles des CH de Cholet, d'Aubagne, de l'AP de Marseille, du CHU de Tours. Une expérience de distribution nominative des antibiotiques à large spectre a permis au CH de Valenciennes d'en limiter la croissance. L'hôpital Saint-Louis de Paris pratique pour les médicaments coûteux une prescription nominative très stricte.

Les comités du médicament et des dispositifs stériles, créés par le décret du 26 décembre 2000, étaient en cours de mise en place dans les hôpitaux fin 2001-début 2002. De nombreux hôpitaux disposaient déjà de structures chargées du médicament. Ces comités rénovés devront montrer leur efficacité dans le choix des molécules à référencer, le suivi de la consommation pharmaceutique et la mise en place de protocoles thérapeutiques. Ces derniers sont essentiels dans des domaines comme la cancérologie où l'expérimentation est forte et les prescriptions hors AMM importantes.

Le suivi de la consommation de médicaments appelle une collaboration entre les prescripteurs, les pharmaciens et la direction de l'hôpital. Les contrôles effectués par les CRC en ont montré certains exemples, comme dans les centres hospitaliers d'Aubagne et d'Avignon. Dans la région Centre, une commission régionale des anti-infectieux a été constituée sous l'égide de l'ARH afin de permettre aux hôpitaux de suivre leur consommation de manière comparative.

S'agissant des protocoles thérapeutiques, une innovation intéressante doit être signalée. La répartition des financements de certaines molécules innovantes et coûteuses accordés pour l'année 2002 aux établissements sous dotation globale est liée à la mise en application des référentiels de bonne pratique et de la base de données sur les prix élaborés par l'Observatoire du médicament et de l'innovation thérapeutique (OMIT) de la région PACA évoqué plus haut. Trois référentiels ont déjà été rédigés, concernant certains médicaments très coûteux. Pour chaque molécule, l'OMIT précise les indications et recense les interrogations sur l'emploi et les résultats. La procédure mérite d'être étendue.

Les efforts déployés par certains hôpitaux pour maîtriser les prix et la consommation des médicaments doivent être poursuivis et amplifiés. Mais les moyens d'action dont disposent les établissements pour contenir la dérive de la dépense de médicament resteront de peu d'effet tant que le marché du médicament hospitalier n'aura pas été mieux maîtrisé au niveau national.

B – Le marché hospitalier du médicament est peu maîtrisé

Ce marché présente trois traits caractéristiques. Tout d'abord, l'évaluation indépendante de l'apport thérapeutique est insuffisante, ce qui nuit, comme on l'a vu, à la capacité de négociation des acheteurs hospitaliers. Ensuite, la maîtrise par l'industriel du circuit de commercialisation de ses médicaments, et donc du mode de fixation de

leurs prix, explique le gonflement incontrôlé de la réserve hospitalière. Enfin, la rétrocession par l'hôpital de médicaments aux patients non hospitalisés, conséquence de la réserve hospitalière, est un moyen détourné d'appliquer en ville la liberté des prix.

1 – Une évaluation médico-économique insuffisante

Si l'insuffisance d'évaluation médico-économique concerne l'ensemble des médicaments³⁷⁵, des procédures particulières aux médicaments utilisés par les hôpitaux en aggravent la portée : il s'agit des ATU et de l'agrément aux collectivités.

a) Les autorisations temporaires d'utilisation

Dès avant la fin des essais cliniques, une molécule peut bénéficier d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) si elle traite des maladies graves ou rares lorsqu'il n'existe pas de traitement approprié et que son efficacité et sa sécurité sont fortement présumées (ATU de cohorte). Par ailleurs, de telles molécules peuvent être prescrites à des patients nommément désignés sous la responsabilité de leur médecin traitant (ATU nominative). Créées en 1994 à la demande d'associations de patients, les ATU sont une particularité française. Les ATU de cohorte ont concerné, en 2000, 35 produits et 60 000 patients et les ATU nominatives 213 produits et 27 000 patients.

Cette possibilité d'entrée très rapide sur le marché place la France, avec les Etats-Unis et l'Allemagne, parmi les pays où les délais d'accès des nouveaux médicaments à l'hôpital sont les plus brefs.

Sur le plan économique, le prix d'un médicament sous ATU échappe à tout contrôle. L'AFSSAPS accorde l'autorisation temporaire d'utilisation pour des motifs de santé publique, sans considération des coûts induits par sa décision, lesquels ne relèvent pas de sa responsabilité. Ces médicaments dépourvus d'autorisation de mise sur le marché ne peuvent faire l'objet des procédures d'achats prescrites par le code des marchés publics (appels d'offres, marchés négociés...), en raison du monopole du produit et de la pression exercée par les malades en état grave et les laboratoires auxquels les hôpitaux font des «demandes de prix » qui leur sont ainsi imposés. Ces prix feront généralement référence lorsque, après l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché, le Comité économique des produits de santé devra fixer le prix pour la commercialisation en officine. Si, dans certains cas, il s'est écarté de cette

375. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2001.

référence, celle-ci est inévitablement utilisée par les laboratoires dans la négociation. Dès lors, la procédure d'autorisation temporaire d'utilisation est devenue, dans la plupart des cas, une simple facilité de lancement commercial d'une nouvelle molécule.

Par ailleurs, un médicament sous ATU est automatiquement « agréé aux collectivités ». Il peut donc être vendu aux établissements de santé sans évaluation par la commission de la transparence de son service médical rendu et de sa population-cible. Or, la connaissance des prix et quantités vendues aux hôpitaux des médicaments sous ATU est rendue difficile par le fait qu'ils ne sont pas soumis à l'obligation de déclaration des ventes à l'AFSSAPS par les fabricants et que les systèmes d'information des hôpitaux et des caisses d'assurance maladie ne les repèrent pas.

b) L'agrément aux collectivités

Un laboratoire peut demander simultanément l'admission au remboursement par la sécurité sociale et l'agrément aux collectivités dont l'obtention est obligatoire pour vendre un médicament à l'hôpital. Il peut aussi ne demander que cet agrément. Dans ce dernier cas, la commission de la transparence n'a pas l'obligation juridique d'évaluer le gain thérapeutique, même si, en pratique, elle fixe le niveau de « service médical rendu » pour les médicaments de la réserve hospitalière.

Automatique pour les médicaments sous ATU, l'agrément tend ainsi à le devenir pour les autres, pratiquement aucun refus n'ayant été prononcé par la commission de la transparence en trois ans. De plus, la possibilité de réévaluer périodiquement le service médical rendu par des médicaments à même visée thérapeutique, ouverte par le décret du 27 octobre 1999 pour tous les médicaments, qu'ils soient vendus en ville ou à l'hôpital, n'est pas appliquée aux médicaments réservés à l'hôpital.

2 – Une réserve hospitalière trop étendue

La réserve hospitalière est parfois justifiée par la nécessité de poursuivre à l'hôpital l'évaluation d'un nouveau médicament. Mais les insuffisances de l'évaluation ne peuvent expliquer l'importance de cette réserve et les conditions de son développement.

a) Le gonflement de la réserve hospitalière

La réglementation restreint la liberté de prescription par plusieurs dispositifs : la réserve hospitalière, la prescription initiale hospitalière et la prescription sous surveillance particulière. Les médicaments classés en

réserve hospitalière ne peuvent être prescrits et délivrés qu'à l'hôpital ; ceux classés en prescription initiale hospitalière sont d'abord prescrits et délivrés à l'hôpital pour une durée déterminée (6, 12 ou 18 mois), avant de pouvoir l'être en ville.

La réserve hospitalière contient beaucoup de produits : au 1^{er} février 2002³⁷⁶, 1 778 médicaments commercialisés étaient inclus dans la RH, soit 20 % des 8 861 spécialités³⁷⁷ vendues aux hôpitaux. L'AFSSAPS indique, pour sa part, un chiffre de 1 900 présentations de médicaments correspondant à 1 070 spécialités. Ces chiffres sont cependant en dessous de la réalité, puisqu'il s'agit des seuls médicaments classés en réserve hospitalière par l'autorisation de mise sur le marché (« RH de droit »). Il faut y ajouter les médicaments qui n'ont pas été classés en réserve hospitalière, mais s'y trouvent *de facto* (« RH de fait »), lorsque l'industriel n'a pas sollicité le remboursement en ville. Le nombre de médicaments concernés n'est pas connu.

b) Le classement en réserve hospitalière obéit à des critères industriels plus que de santé publique

Le classement en réserve hospitalière relève en principe de critères de santé publique. Le classement éventuel d'un médicament dans l'une des catégories de prescription restreinte (dont la réserve hospitalière) est réalisé au sein d'un groupe de travail rattaché à la commission d'AMM : le groupe sur les conditions de prescription et de délivrance (CPD). Officiellement constitué en février 2001, ce groupe a été mis en place progressivement à partir de 1998. Avant sa création, les conditions de prescription et de délivrance des médicaments étaient discutées, lors de l'examen du dossier d'autorisation de mise sur le marché, au sein des groupes de travail thérapeutiques, constitués des spécialistes du domaine thérapeutique concerné.

La recommandation de classer un médicament en RH fait partie intégrante de l'évaluation de l'autorisation de mise sur le marché. Selon le décret de 1994, le classement en RH ne peut intervenir « que si les restrictions apportées à la prescription, à la délivrance et à l'administration du médicament sont justifiées, soit par des contraintes techniques d'utilisation, soit pour des raisons liées à la sécurité d'utilisation nécessitant une hospitalisation pendant le traitement ». L'AFSSAPS définit pour sa part plusieurs critères, relevant tous de la santé publique, qui justifient, selon elle, de réserver un médicament à

376. Base de données Thériaque.

377. Une même molécule peut recevoir plusieurs présentations différentes.

l'hôpital : conditions particulières d'utilisation, risque de mésusage, risque toxique de manipulation, risque de pénurie, faible recul de pharmacovigilance. Le groupe CPD a aussi adopté le principe selon lequel, lorsqu'un médicament est « insuffisamment évalué », il reste en réserve hospitalière.

On peut toutefois s'interroger sur le fait de savoir si ce classement constitue la réponse adéquate à l'insuffisance d'évaluation ou aux risques que présente un médicament. En effet, la prescription et la délivrance à l'hôpital d'un médicament sont rarement nominatives et ne constituent donc pas un gage de plus grande sécurité.

La limitation à l'hôpital de la prescription de certains médicaments est d'ailleurs peu répandue dans les autres pays. Au niveau européen, c'est la prescription restreinte à des spécialistes qui est choisie en cas de risques particuliers pour la santé publique³⁷⁸.

Le classement en réserve hospitalière dépend, en réalité, assez largement des industriels eux-mêmes qui préfèrent, dans l'ensemble, un classement en RH, car le marché hospitalier est moins encadré que le marché en ville, en raison d'une évaluation limitée et de la liberté des prix.

La présence d'un représentant du syndicat national de l'industrie pharmaceutique au groupe CPD, instance qui décide du circuit de commercialisation du médicament et donc de son régime de prix (prix libres à l'hôpital ou prix administrés en ville), accrédite l'idée selon laquelle les préoccupations de santé publique ne sont pas seules en jeu. En outre, elle n'est pas conforme aux pratiques désormais en usage dans les instances scientifiques.

Au total, la dernière décennie a été marquée par l'extension rapide de la réserve hospitalière. Cette extension tient à la fois aux critères assez flous utilisés pour ce classement, à l'intérêt des firmes pour obtenir ce classement et à leur entière maîtrise du processus de classement : les autorités sanitaires n'ont pas les moyens juridiques de contraindre une firme à demander qu'un médicament soit commercialisé et remboursé en ville.

Comme la durée du séjour à l'hôpital diminue et que les traitements à domicile se développent, le gonflement de la réserve hospitalière est à l'origine de l'augmentation rapide de la rétrocession depuis 1989.

378. En Allemagne, une fois autorisé, tout médicament peut être prescrit par tout médecin et délivré par toute pharmacie, en ville ou à l'hôpital.

c) La rétrocession, un moyen de contourner les règles de fixation des prix

La rétrocession se définit comme la vente à des patients non hospitalisés par des pharmacies hospitalières de médicaments qui ne sont pas disponibles en ville.

La rétrocession d'un médicament ne relève pas d'une décision explicite : c'est le classement en RH qui ouvre la possibilité de rétrocéder. Par ailleurs, lorsqu'un médicament rétrocédé sort de la dotation globale, au lieu d'être financé par l'hôpital ou par les patients, il est pris en charge par l'assurance maladie sur l'enveloppe des soins de ville.

La rétrocession conduit à dissocier le lieu de dispensation (hôpital) et le lieu d'administration du médicament (ville). Elle représente aujourd'hui environ 30 % des achats de médicaments de l'hôpital³⁷⁹ et continue de croître rapidement sous l'effet des nouveaux médicaments coûteux : 795 M€ en 2000, 930 M€ en 2001.

Le développement de la rétrocession s'explique par l'intérêt des laboratoires pharmaceutiques qui bénéficient de ce fait à la fois de la liberté des prix et du remboursement par l'assurance maladie.

Par ailleurs, les hôpitaux peuvent ainsi transférer une partie de la charge de financement des médicaments à l'assurance maladie. Les contrôles effectués ont mis à jour le cas d'un hôpital « rétrocédant », de façon tout à fait anormale, des médicaments à des patients hospitalisés, soit dans ses propres services, soit dans des cliniques privées.

L'assurance maladie, d'ailleurs non représentée au groupe CPD, subit ainsi des dépenses injustifiées.

Cependant, la rétrocession complique notablement la gestion tant des hôpitaux que de l'assurance maladie. Certains hôpitaux commencent à souffrir du poids administratif de la rétrocession, dont les recettes ne compensent pas le coût de distribution. L'assurance maladie doit rembourser un même médicament à des tarifs différents selon son lieu de délivrance, les prix variant d'un hôpital à l'autre. De plus, il y a des

379. Cette moyenne est confirmée par les constats faits par les CRC dans les hôpitaux contrôlés : ainsi, à l'AP-HP, aux Hospices civils de Lyon, à l'AP de Marseille, au CHU de Brest, aux CH de Meaux et de Cholet. Au CH de Versailles, les dix premiers médicaments achetés par l'hôpital sont, pour l'essentiel, rétrocédés à des patients ambulatoires. Dans les établissements spécialisés en pathologies lourdes (par exemple, Saint-Louis à Paris pour la cancérologie et l'hématologie), la rétrocession représente plus de la moitié du budget pharmaceutique.

divergences entre le ministère chargé de la santé et la CNAMTS sur le taux de remboursement applicable.

Enfin, le cadre juridique de la rétrocession est incertain. La loi du 8 décembre 1992 interdit la rétrocession, tout en prévoyant la possibilité de déroger à ce principe par décret en conseil d'Etat. Ce décret n'a jamais été pris. Plusieurs circulaires ministérielles, prévoyant la sortie de la dotation globale de certains médicaments, parfois très coûteux, ont donc été annulées par le conseil d'Etat.

Prévue par des circulaires irrégulières, la rétrocession a été régularisée par un article ajouté par amendement du gouvernement à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002. Cet article 41 prévoit que, préalablement à la publication de la liste prévue par la loi de 1992, les médicaments vendus au public par les pharmacies hospitalières à la date de publication de la loi ou qui pourraient l'être par la suite sont pris en charge par l'assurance maladie. Ce texte installe le principe de la rétrocession alors même que les critères et la liste des médicaments rétrocedables, attendus depuis dix ans, ne sont toujours pas clarifiés.

Le projet de décret sur la rétrocession (dans sa 37^e version) prévoit que la réserve hospitalière sera réduite à des médicaments dispensés uniquement à l'hôpital, mais il prévoit en même temps de créer une nouvelle catégorie de prescription restreinte, la « prescription hospitalière », qui concernerait des médicaments prescrits à l'hôpital, mais administrés en ville. Ses critères d'inclusion sont larges : nécessité d'une hospitalisation, caractéristiques pharmacologiques ou degré d'innovation du médicament, «ou tout autre motif de santé publique ». Cette nouvelle catégorie de « prescription hospitalière » consoliderait la pratique de la rétrocession, sans pour autant la rendre plus justifiée.

SYNTHESE

La croissance très rapide de la dépense de médicament à l'hôpital est préoccupante car elle entraîne un dérapage des dépenses d'assurance maladie et fait courir le risque de sélection des patients et de files d'attente pour la prise en charge de maladies graves. Face à ces risques, la prise de conscience est faible et récente et les moyens d'action limités. La connaissance du marché du médicament à l'hôpital est médiocre et les outils à disposition des hôpitaux sont, soit inadaptés (les procédures d'achat), soit peu développées (le bon usage du médicament).

Mais c'est également au niveau national que les solutions doivent être recherchées. L'attribution aux hôpitaux de crédits fléchés pour financer les molécules coûteuses ne peut constituer la seule réponse à la dérive des coûts et le volet «hôpital » du plan médicament de juin 2001

n'était pas à la hauteur des enjeux. Il s'agit de mettre en place une vraie évaluation médico-économique du médicament destiné à l'hôpital et de développer des référentiels et des protocoles d'usage. Enfin, la réserve hospitalière et son corollaire, la rétrocession, ne sont pas justifiés par l'intérêt des patients, mais commandés par celui de l'industrie pharmaceutique. L'acquisition des médicaments par des patients ambulatoires doit pouvoir se faire dans les officines de ville avec, le cas échéant, une prescription réservée à des spécialistes pour des raisons de sécurité sanitaire.

RECOMMANDATIONS

46. *Bâtir le système d'information sur la consommation de médicaments à l'hôpital dont doivent disposer les pouvoirs publics, l'assurance maladie et les hôpitaux : accès à des bases de données complètes et fiables, codage du médicament à l'hôpital, observatoires régionaux.*

47. *Permettre le recours effectif à des groupements d'achats pour l'acquisition de médicaments par les hôpitaux, éventuellement en adaptant le code des marchés publics.*

48. *Développer les compétences d'acheteur au sein des hôpitaux et préconiser les procédures d'achat adaptées aux particularités du marché hospitalier (appels d'offres sur performances, négociations en cas de vrais monopoles, groupements d'achats).*

49. *Elaborer et diffuser des référentiels de bon usage et des protocoles thérapeutiques, notamment pour les produits innovants et coûteux. Diffuser des listes d'équivalents thérapeutiques.*

50. *Appliquer les textes de 1991 sur la prescription et la distribution nominatives et informatiser le circuit du médicament afin de les rendre possibles en toute sécurité.*

51. *Revenir à la conception classique des ATU (nominatives et gratuites) et mieux encadrer les ATU de cohorte.*

52. *Réduire les catégories de médicaments à prescription restreinte, limiter strictement la réserve hospitalière et le nombre de médicaments concernés ainsi que la rétrocession qui en découle.*

53. *Rendre obligatoire pour tous les médicaments, y compris ceux réservés à l'hôpital, une évaluation par la commission de la transparence de leur service médical rendu et de leur amélioration du service médical rendu.*

CONCLUSION

Une politique hospitalière plus volontariste est mise en œuvre depuis une dizaine d'années. Elle repose désormais sur trois grands objectifs fixés par le Parlement dans le rapport annexé à la LFSS : la réduction des inégalités d'accès aux soins hospitaliers, l'adaptation de l'offre aux besoins de la population et l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Dès 1991, mais surtout en 1996 avec la création des ARH, l'échelon régional a été choisi pour cadre de la nouvelle politique hospitalière. Grâce à la collaboration nouée au plan local entre les services déconcentrés de l'Etat et l'assurance maladie, les ARH ont développé la connaissance du fonctionnement médical et administratif des établissements de santé et élaboré des stratégies régionales d'adaptation des structures d'offres de soins. Elles se sont progressivement saisies des nouveaux outils mis à leur disposition (PMSI, contrats d'objectifs et de moyens notamment) pour faire progresser la réduction des inégalités de dotations entre établissements et favoriser la recomposition du tissu hospitalier.

Si, globalement, la création des ARH est une réussite indéniable, le bilan de la recomposition du tissu hospitalier est plus difficile à apprécier. Par ailleurs, les politiques d'allocation des moyens ont été perturbées par les nombreuses rallonges accordées aux deux secteurs de l'hospitalisation et par l'insuffisance des marges dégagées par les restructurations.

Les résultats, insuffisants, mais non négligeables cependant, de l'action impulsée depuis 1996 sont à mettre au crédit des ARH qui ont déployé des efforts considérables. Il est vrai que leur action doit, pour réussir, reposer sur l'adhésion de nombreux acteurs, en particulier les élus locaux, et s'inscrire dans la durée.

A ces difficultés s'ajoute l'imperfection des moyens d'action dont elles disposent, qu'il s'agisse des systèmes d'information, des outils de planification ou de la cohérence de leurs compétences par rapport à l'administration centrale et aux préfets.

Si la Cour prend acte des progrès accomplis dans la construction et l'utilisation du PMSI, de la rénovation de la SAE et de la prochaine mise en service de PARHTAGE, des efforts sont encore nécessaires pour mettre à disposition des acteurs, Etat, assurance maladie et hôpitaux, des bases de données fiables et rapidement disponibles, permettant de mieux suivre les effets des politiques. Faute de remontées de données, l'impact de nombreuses actions n'est actuellement pas évalué. Il en est ainsi, par exemple, de la distribution de crédits fléchés, de la mise en œuvre des projets d'établissement et de l'utilisation faite des divers outils juridiques de recomposition hospitalière dont la diversité ne semble pas répondre à un besoin. La Cour regrette, par ailleurs, que la démographie médicale hospitalière soit à la fois mal connue dans sa diversité et peu étudiée, jusqu'à une période très récente, dans ses perspectives d'évolution qui conditionnent pourtant largement la réalisation des objectifs de la politique hospitalière. De même, jusqu'à maintenant, la dépense de médicament à l'hôpital n'a pas suscité d'intérêt particulier alors que sa croissance est très rapide depuis plusieurs années. Enfin, la définition de l'accréditation, telle qu'elle est mise en œuvre par l'ANAES, est centrée sur la qualité de la prise en charge des malades, alors que l'ordonnance de 1996 vise également les bonnes pratiques cliniques.

En ce qui concerne l'allocation des moyens, la péréquation budgétaire entre régions et, au sein des régions, entre établissements, devait contraindre les hôpitaux les mieux dotés à améliorer leur productivité, si nécessaire par le biais de restructurations internes et/ou externes, de manière à permettre d'augmenter les dotations des hôpitaux sous-dotés ou dont l'activité se développe. Les restructurations devaient être facilitées par la mise en place de fonds spécifiques.

Ce schéma théorique s'est heurté à de nombreux obstacles. Les efforts de péréquation tant nationaux que régionaux sont en partie annulés depuis deux ans par des distributions supplémentaires d'enveloppes en cours d'année qui, compte tenu de leur mode de répartition, contrarient les efforts de redéploiement effectués dans la répartition initiale, entre les régions et entre les établissements. Par ailleurs, les fonds (FIMHO, FMES, FMCP) créés pour favoriser les recompositions hospitalières voient progressivement leur champ et leur utilisation élargis à d'autres dépenses qui devraient entrer dans les budgets annuels.

Bien que les ARH soient, depuis 2000, compétentes pour fixer les tarifs des cliniques privées, elles ne reçoivent pas une enveloppe régionale d'OQN. Les modalités de financement des deux secteurs hospitaliers restent très différentes, l'un recevant un budget global, l'autre une facturation à la journée ou à l'acte. L'expérimentation d'une tarification à

la pathologie commune à l'ensemble des établissements, quel que soit leur statut, bute sur de sérieuses difficultés qui laissent mal augurer du respect des délais prévus par la loi.

Les efforts importants déployés par les ARH pour faire évoluer les méthodes de régulation et assurer un traitement plus équitable aux établissements ont été en partie annihilés par les choix faits au niveau national. Le ministère chargé de la santé ne met pas en œuvre une stratégie d'ensemble : la négociation successive des protocoles relatifs à la modernisation du service public hospitalier et à la mise en place de la RTT n'a pas permis d'en faire des instruments de restructuration ou de réorganisation interne, dans un contexte de démographie médicale et paramédicale tendu.

Les ARH, en raison de l'ampleur de leurs tâches et de leurs moyens d'expertise limités n'ont pas pu encore développer les analyses des comptes et de la gestion des hôpitaux nécessaires à une meilleure connaissance des dépenses et des besoins réels des établissements. Par ailleurs, ceux-ci n'exploitent pas assez la richesse du PMSI pour faire évoluer leurs modes d'organisation et de fonctionnement et sont encore dépourvus trop souvent de comptabilité analytique.

Les outils de planification, cartes sanitaires et SROS, ne sont pas en totale cohérence. La loi ne permet pas de refuser le renouvellement des autorisations en raison des excédents de carte sanitaire et les échéances assignées aux deux instruments ne coïncident pas. Enfin, en raison, le plus souvent, d'absence d'indications précises dans les SROS sur les opérations de regroupement à effectuer, les ARH n'ont pu les utiliser pour s'opposer au renouvellement des autorisations.

Les opérations mettant en œuvre les orientations du SROS doivent être précisées au moment de l'élaboration des projets d'établissement qui constituent un préalable obligatoire à la négociation des COM entre les établissements et les ARH. Mais quand celles-ci ont peu de crédits à redistribuer pour accompagner les restructurations, l'intérêt pour l'hôpital de négocier un COM est faible. Par ailleurs, les retards constatés dans l'adoption et l'approbation des projets d'établissement s'expliquent par les difficultés des ARH à faire accepter les orientations des SROS.

Les ARH éprouvent également des difficultés en raison de la répartition des compétences avec les préfets d'une part, l'administration centrale de l'autre. La gestion des personnels médicaux et des directeurs d'établissement et la programmation des contrôles de sécurité sanitaire dans les hôpitaux relèvent des préfets. L'administration centrale intervient

également pour la nomination des praticiens hospitaliers et des directeurs d'établissements. L'avis des ARH n'est pas sollicité en dépit des liens qui existent entre la disponibilité de ces personnels et les opérations de restructuration qu'elles conduisent. Le ministère exerce directement, mais de manière limitée, la tutelle sur l'AP-HP, seul établissement hospitalier universitaire à ne pas relever de l'ARH pour ses dotations budgétaires.

La Cour s'est enfin intéressée à trois sujets qui posent, à des degrés divers, la question de la relation entre l'hôpital et les soins de ville. Le faible développement des alternatives à l'hospitalisation s'explique par des obstacles financiers mais aussi culturels et organisationnels surtout à l'hôpital public. Les exemples étrangers montrent que des marges importantes de développement existent notamment pour la chirurgie ambulatoire. La prise en charge des urgences médicales s'est nettement améliorée grâce à la mise en réseau des services d'accueil et à l'important effort financier consenti depuis quelques années. Mais si la prise en charge des urgences graves est, en général, bien assurée, les hôpitaux éprouvent des difficultés à absorber les autres demandes dont l'afflux est dû à l'inorganisation de la médecine de ville. Enfin, la croissance très rapide de la dépense de médicament à l'hôpital est due, certes à de vraies innovations thérapeutiques, mais aussi aux effets de la liberté des prix appliquée à des médicaments en situation de monopole. Les hôpitaux n'utilisent pas assez les procédures de groupements d'achats et ne mettent pas en place des procédures d'encadrement des prescriptions fondées notamment sur la prescription et la distribution nominatives et sur le respect de protocoles thérapeutiques. Au niveau national, le marché hospitalier du médicament est peu maîtrisé, notamment en raison du développement excessif de la réserve hospitalière qui s'accompagne de la rétrocession par les pharmacies hospitalières à des patients ambulatoires de médicaments facturés à l'assurance maladie à un prix de monopole non réglementé.

TROISIEME PARTIE

LA GESTION DES RISQUES ET L'ADMINISTRATION DES ORGANISMES

Chapitre X

Les conditions de fonctionnement des agences sanitaires

PRÉSENTATION

En 2000, la Cour avait évoqué les agences de veille et sécurité sanitaires en mettant l'accent sur les conséquences de leur création sur la direction générale de la santé (DGS)³⁸⁰.

Depuis, la Cour a examiné les conditions de mise en place de la plupart des agences : l'OPRI, désormais fusionné avec l'IPSN dans un nouvel établissement public, l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire, l'EFG, l'ANAES et trois des agences prévues par la loi du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle sanitaire des produits destinés à l'homme : l'InVS, l'AFSSA et l'AFSSAPS³⁸¹.

Ces agences ont des antécédents, des missions et des compétences propres. Elles sont en outre de tailles très différentes. Néanmoins, un certain nombre de traits communs peuvent être dégagés au nombre desquels figurent la lenteur de leur montée en charge et la fragilité des structures administratives en charge des fonctions support. Ces faiblesses communes, si elles devaient persister, pourraient nuire au développement de la politique de veille et sécurité sanitaires.

Rappel des missions

L'Office de protection contre les rayonnements ionisants (OPRI), créé par décret du 19 juillet 1994, en remplacement du Service central de protection contre les rayonnements ionisants (SCPRI), exerce une mission d'expertise, de surveillance et de contrôle destinée à protéger la population contre les rayonnements ionisants.

L'Etablissement français des greffes (EFG), créé par la loi du 18 janvier 1994 et le décret du 10 octobre 1994, est chargé de l'établissement et de la gestion de la liste des patients en attente de greffe et de l'attribution de greffons.

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) créée par une ordonnance du 24 avril 1996 succède à l'ANDEM afin de favoriser le développement de l'évaluation des soins et des

380. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 1999.

381. Les établissements publics en charge de la transfusion sanguine, AFS puis EFS, feront l'objet d'une synthèse ultérieure distincte, propre à ce secteur sanitaire. L'Agence française de sécurité sanitaire environnementale, annoncée dans la loi de 1998 mais créée par la loi du 9 mai 2001 et le décret d'application du 1^{er} mars 2002, est bien sûr exclue de ce premier bilan.

pratiques professionnelles et de mettre en œuvre la procédure d'accréditation des hôpitaux.

L'Institut de veille sanitaire (InVS) effectue la surveillance et l'observation permanente de la population pour l'ensemble des risques susceptibles de l'affecter ; il succède au réseau national de santé publique (RNSP).

L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) élargit le champ de compétence de l'Agence du médicament à tous les produits à finalité sanitaire destinés à l'homme ainsi qu'aux produits à finalité cosmétique ou d'hygiène corporelle.

L'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) est chargée d'évaluer les risques sanitaires et nutritionnels que peuvent présenter les aliments destinés à l'homme ou aux animaux, y compris ceux provenant des médicaments vétérinaires. Elle intègre le centre national d'études vétérinaires et alimentaires (CNEVA).

I - Les missions

Les missions confiées aux agences ne sont pas encore toutes mises en œuvre avec l'ampleur prévue par les textes initiaux et ultérieurs. Des recouvrements dans les champs de compétence de certains établissements imposent encore une clarification des rôles et missions de chacun ; le cadre des relations avec des partenaires externes reste à définir.

A – La mise en œuvre des missions initiales

L'OPRI a disparu avant d'avoir pleinement rempli les fonctions qui lui étaient dévolues. Il s'était renforcé dans toutes les missions qui touchent à son activité de prélèvements et d'analyses en modernisant ses outils et méthodes. En revanche, les missions d'études et de recherche, qui étaient pourtant présentées comme une priorité dans la lettre de mission ministérielle de novembre 1994, ont été incomplètement assumées, de même que la contribution de l'Office à la formation et à l'information des professionnels de santé et des personnes exposées.

La mise en œuvre de l'ensemble des attributions de l'EFG a été étalée dans le temps en fonction de priorités ministérielles ou internes à l'Agence. La lettre de mission ministérielle de décembre 1994 hiérarchisait les priorités et ne mentionnait la promotion du don d'organe, de moelle et de tissus qu'en dernier lieu, après les missions de gestion de la liste des patients en attente et d'établissement des règles de sécurité et de bonnes pratiques. Ce n'est qu'en 1999 que la seconde lettre de mission

recentre l'organisation de la greffe sur le patient en insistant sur la promotion du don d'organes et le respect de l'égalité d'accès aux soins.

La priorité donnée par l'ANAES à la mise en place de la procédure d'accréditation, malgré les limites précédemment exposées de l'action de l'Agence dans ce domaine, s'est accompagnée d'une montée en charge particulièrement tardive des missions d'évaluation. Hormis l'élaboration des recommandations et références professionnelles pour lesquelles l'Agence pouvait s'appuyer sur l'expérience acquise par l'ANDEM, les travaux d'évaluation ont démarré plus de deux ans après la création de l'établissement public. Celui-ci a en outre retenu une conception restrictive de ses missions, refusant de s'engager sur une évaluation de l'organisation des soins. L'évaluation des actes inscrits au catalogue commun des actes médicaux (CCAM) n'a débuté qu'à la fin de l'année 1999 : à la fin de l'année 2000, l'Agence avait rendu son avis sur 381 actes sur les 7 500 répertoriés. Le rythme prévu pour les années ultérieures (200 à 250), comme le nombre limité de travaux réalisés en matière d'évaluation des pratiques professionnelles, conduit à s'interroger sur la capacité de l'ANAES à remplir ses missions dans un délai raisonnable.

La compétence de l'AFSSAPS, qui a succédé à l'Agence du médicament, a été étendue aux dispositifs médicaux, aux produits biologiques et aux produits cosmétiques. L'activité de la nouvelle agence est pourtant restée très largement centrée sur le médicament. L'action engagée par l'agence pour s'acquitter de ses responsabilités en matière de dispositifs médicaux a été entravée par la lenteur de la mise en place d'un dispositif juridique stable. Des textes réglementaires restent à prendre tant pour les dispositifs médicaux proprement dits que pour les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro.

S'agissant des produits cosmétiques, l'Agence ne dispose ni des mêmes informations ni des mêmes pouvoirs que pour les dispositifs médicaux. L'activité relative à cette nouvelle compétence demeure limitée faute de texte réglementaire.

Compte tenu des délais d'installation qui ont retardé son entrée en activité effective, l'InVS a vécu, depuis 1999 et jusqu'à la signature récente d'un contrat d'objectifs et de moyens, une période transitoire. Il s'est attaché à gérer l'héritage du Réseau national de santé publique (RNSP), tout en cherchant à déployer ses compétences dans ses nouveaux secteurs d'attribution comme les maladies chroniques et la dimension internationale ou, dans des domaines en émergence, comme les investigations sur alerte. Le travail de l'InVS procédera toujours d'un équilibre entre les missions de surveillance et veille à long terme et le traitement des alertes et urgences. L'organisation de cette dernière

fonction est nécessaire. En outre, la conception du réseau national de veille sanitaire, dont la loi a confié à l'InVS la coordination et l'animation, n'a pas encore été engagée.

L'AFSSA s'efforce, pour sa part, de donner une cohérence à une entité hybride en charge de deux missions distinctes tant par leurs objectifs que par les moyens mis en œuvre. L'évaluation des risques sanitaires et nutritionnels consiste essentiellement en l'expertise scientifique appliquée aux demandes d'avis qui émanent des ministères de tutelle, soit à l'occasion de crises sanitaires graves, soit sur des dossiers ponctuels. Dix comités d'experts faisant appel à 245 personnes sont désormais constitués au terme d'une procédure de sélection rigoureuse. L'appui scientifique et technique recouvre les attributions qui étaient antérieurement celles du Centre national d'études vétérinaires et alimentaires (CNEVA) auquel l'AFSSA se substitue entièrement. Elle se fonde sur l'activité de 12 laboratoires (439 emplois) qui avaient une forte tradition d'autonomie. En charge de la santé humaine et de la santé animale, l'AFSSA doit encore préciser la place respective qu'elle entend accorder à ces deux préoccupations.

B – Les attributions complémentaires

Le champ de compétence des agences n'est pas stabilisé et un certain nombre de lois ont étendu leurs missions. Quelques exemples peuvent être donnés.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a confié à l'ANAES une mission complémentaire d'évaluation des soins et pratiques professionnelles des médecins généralistes et spécialistes exerçant en secteur libéral, en association étroite avec les URML. L'agence habilite les médecins évaluateurs et les forme ; elle doit également élaborer le guide et les référentiels de l'évaluation. Ces différents travaux n'ont démarré qu'au cours de l'année 2001. Ils concernent pour l'essentiel la tenue du dossier du patient au détriment de l'analyse de la performance, selon une optique identique à celle retenue pour l'accréditation et présentant les mêmes limites.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a posé le principe de la création d'un fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique (FOPIM) à destination des professionnels de santé, pour faire pendant aux informations diffusées par les laboratoires avec des moyens cependant plus limités. La Cour a déjà souligné l'importance qu'elle attache à la mise en place de ce fonds dont la gestion est confiée à l'AFSSAPS. Le décret d'application de ce texte a été signé le 19 novembre 2001.

La même loi a prévu que l'AFSSAPS mettra en œuvre, d'ici au 1^{er} janvier 2003, une base de données sur les produits de santé qui doit servir de référence pour l'information des professionnels de santé et des administrations et qui sera accessible au public. Ce projet plusieurs fois annoncé par le Gouvernement devrait enfin aboutir, mais dans une configuration plus modeste qu'initialement envisagée : elle sera principalement constituée des résumés des caractéristiques des produits des médicaments avec autorisation de mise sur le marché.

Enfin, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé confie des attributions supplémentaires aux agences, et tout particulièrement à l'ANAES. Les domaines concernés par les recommandations de bonnes pratiques élaborées par l'ANAES sont élargis à la délivrance de l'information aux usagers du système de santé et aux modalités d'accès au dossier médical. La mission d'évaluation des soins et pratiques professionnelles est étendue aux « stratégies et actes à visée préventive, diagnostique et thérapeutique ». Les installations de chirurgie esthétique sont soumises à la procédure d'accréditation.

C – Les recoupements de compétence

Ces champs de compétence croisés entre agences concernent tant la veille sanitaire que certains produits. Selon les sujets, c'est soit une coordination entre les agences, soit, au contraire, une clarification de leurs compétences respectives, qui est nécessaire.

Le champ de la veille sanitaire est dévolu par les textes à l'InVS mais ce domaine est partagé avec les autres agences qui accomplissent des missions sur le terrain et transmettent leurs observations à l'Institut. L'InVS doit ainsi être destinataire de tous les rapports relatifs à la veille sanitaire établis par l'AFSSAPS, l'AFSSA, l'EFG et l'OPRI, sur tous les produits dont ces établissements ont la charge, comme de tous les rapports établis par les services de l'Etat et les établissements publics rattachés. Par ailleurs, l'InVS intervient de manière complémentaire avec certaines agences, telles l'AFSSAPS et l'AFSSA, sur les maladies infectieuses, l'AFSSA et l'OPRI pour les maladies chroniques et la santé environnementale. Pour l'instant, seules les modalités de coopération entre l'InVS et l'AFSSA ont fait l'objet d'un protocole dans le domaine de la réponse aux alertes.

Certains produits nécessitent des approches conjointes de deux ou plusieurs structures. Les agences s'accordent pour convenir que des groupes de travail communs se constituent dans de bonnes conditions de collaboration. Toutefois, celle-ci peut faire défaut, notamment entre l'ANAES et l'AFSSAPS. Par ailleurs, une clarification des compétences

respectives de l'AFSSAPS, l'AFSSA et la DGCCRF s'impose en matière d'aliments diététiques.

D – Les relations avec les partenaires extérieurs

Les agences sont amenées à nouer des relations avec des partenaires extérieurs en vue de leur confier la réalisation de prestations ou de prendre elles-mêmes en charge certains travaux. Les conditions dans lesquelles s'organise cette contractualisation doivent être définies avec suffisamment de précisions pour ne pas compromettre l'indépendance de l'expertise dont se prévalent les agences.

L'AFSSAPS dispose d'une très grande latitude pour accorder des subventions ou signer des conventions avec des partenaires publics ou privés français ou étrangers, dès lors qu'ils concourent à ses missions. Ces subventions représentent environ 7 % des dépenses de fonctionnement de l'Agence. La politique de l'Agence fait l'objet d'une certaine publicité par le biais du rapport annuel et les décisions sont prises par le conseil d'administration après examen par différents services de l'agence et avis du conseil scientifique. Mais, les critères d'attribution des subventions sont imprécis, engendrant certaines interrogations, comme le montre la longueur des débats au sein du conseil d'administration.

L'InVS a choisi de recourir à la convention pour construire le réseau national de santé publique. La loi ne prévoyant pas toujours de manière explicite les conditions et les modalités de transmission des données à l'Institut, ce dernier a, le plus souvent, été conduit, pour sceller un partenariat, à signer une convention ou un protocole avec ses correspondants. Ces partenariats ont un coût. En 2000, le montant total des conventions de partenariat était de l'ordre de 2,59 M€, soit près de 17 % des dépenses de fonctionnement hors ressources affectées. Ces dépenses sont actuellement considérées par l'établissement comme des subventions.

Un projet de texte en cours d'élaboration devrait imposer à ces deux agences de préciser, dans leur règlement intérieur, les conditions dans lesquelles elles financent ces collaborations extérieures. L'approbation de ces règlements devrait mettre fin aux incertitudes actuelles.

Dans le cadre de la structure antérieure, les laboratoires du CNEVA entretenaient de nombreuses relations avec des partenaires extérieurs, en particulier privés, avec lesquels des contrats de recherche étaient signés. Ces contrats donnaient lieu à rémunération, généralement reversée au laboratoire prestataire, permettant de couvrir les frais en

matériel et personnel des travaux réalisés. Afin notamment d'assurer l'indépendance de l'AFSSA, cette politique a désormais été redéfinie. Un document approuvé par le conseil d'administration du 12 octobre 2000 définit les conditions dans lesquelles des partenariats peuvent être noués et introduit des clauses types de nature à éviter tout « conflit d'intérêt institutionnel » entre l'Agence et les différents acteurs avec lesquels elle est conduite à travailler.

II - Les structures

L'organisation des agences les plus récemment créées n'est pas encore stabilisée.

A – Les organes délibérants

Le conseil d'administration définit les orientations générales de l'établissement et délibère sur ses principaux engagements budgétaires, humains, financiers et organisationnels ; il est une instance décisionnelle. Le conseil scientifique a vocation à conseiller, expertiser, proposer.

1 – Le conseil d'administration

Sauf à l'ANAES, la moitié des membres des conseils d'administration représente l'Etat. La CNAM dispose d'un siège au conseil de la plupart des agences (InVs, AFSSAPS, EFG, ANAES).

En ce qui concerne l'ANAES, l'Etat est uniquement représenté par la DGS et la DHOS. Les 28 autres membres du conseil émanent du monde de la santé : professions de santé, organismes d'assurance maladie, mutualité, personnalités qualifiées. Cette composition particulière, supposée contribuer à l'adhésion des professionnels de santé avec les travaux de l'Agence, n'est pas sans lien avec la conception prudente que l'ANAES a eue jusqu'à présent de ses missions.

En 1998, l'IGAS avait critiqué la marginalisation du conseil d'administration de l'EFG et la prééminence du conseil médical et scientifique dans la vie de l'Etablissement. Depuis, la répartition des rôles a évolué dans un sens plus conforme à la réglementation et aux principes de bonne gestion.

2 – le conseil scientifique

Toutes les agences sont dotées d'un conseil scientifique chargé de veiller à la cohérence de la politique scientifique. Force est de constater que ces différentes instances ne jouent pas encore pleinement leur rôle.

Les incertitudes sur l'avenir de l'OPRI ont conduit à la mise en sommeil de son conseil scientifique dès la fin de l'année 1999. La similitude du mode de désignation des membres du conseil scientifique avec ceux du conseil d'administration, également choisis parmi les différentes catégories de professionnels du monde de la santé, a sans doute contribué à rendre plus difficile le positionnement du conseil scientifique de l'ANAES. Le conseil scientifique de l'AFSSAPS oriente la politique de l'Agence dans certains domaines, comme les subventions accordées aux vigilances, et rappelle régulièrement au directeur général les sujets qui, comme les médicaments génériques, lui paraissent prioritaires. Il devrait toutefois renforcer son rôle en matière d'évaluation de la politique scientifique menée par l'Agence. A l'AFSSA, jusqu'à présent, près des deux tiers de l'activité du conseil scientifique a été consacrée à la mise en place des comités d'experts spécialisés. Cette tâche prioritaire a freiné les autres domaines d'intervention du conseil. L'activité du conseil scientifique de l'InVS est difficile à apprécier globalement ; cette instance n'a en effet rédigé aucun rapport annuel, contrairement à l'obligation qui lui en est faite. Elle a toutefois communiqué des avis au conseil d'administration sur des points importants de la stratégie de l'Institut.

B – L'organisation interne

Dès avant la publication de la loi élargissant ses compétences à l'ensemble des produits de santé, l'Agence du médicament avait réfléchi à la nouvelle organisation à mettre en place. De ce fait, l'organigramme de l'AFSSAPS a pu être approuvé par le conseil d'administration du 21 juin 1999, soit à peine plus de trois mois après la création de l'agence. Par ailleurs, le conseil d'administration du 28 juin 2001 a approuvé une modification de l'organigramme entérinant l'éclatement de la direction de l'administration et des systèmes d'information créée en 1999. Enfin, ce n'est que le conseil d'administration du 31 mars 2002 qui s'est prononcé sur la mise en place d'un département des produits cosmétiques au sein de la direction des laboratoires et des contrôles.

L'organisation interne de l'InVS reste encore inspirée de celle du RNSP. Le découpage par secteurs d'intervention spécifiques est maintenu, correspondant à des approches épidémiologiques distinctes,

même si l'organigramme publié fin 2000 étoffe les fonctions de soutien et de management. Aucun organigramme n'a encore été approuvé par le conseil d'administration au motif que la situation n'est pas stabilisée.

L'AFSSA a mis en place, sur simple décision du directeur général du 21 octobre 1999, un organigramme provisoire. Les délais nécessaires à l'élection des représentants du personnel au conseil d'administration et donc à la réunion de cette instance délibérante ont été jugés incompatibles avec l'urgence annoncée de mettre en place une nouvelle configuration. L'organisation actuelle a été approuvée par le conseil d'administration du 24 novembre 2000 ; elle se situe dans la continuité de l'action menée par le directeur général en vue d'une intégration plus forte des laboratoires provenant de l'ancien CNEVA au sein de l'agence.

Toutes les agences sont dotées d'un directeur général chargé de la gestion et de la conduite générale de l'établissement. Le directeur général de l'AFSSAPS dispose, en outre, de pouvoirs liés à la mission de police sanitaire de l'agence.

Les missions qui sont confiées aux agences nécessitent une compétence scientifique forte. Toutefois, l'importance des moyens humains et financiers qu'elles ont à gérer implique également de solides compétences administratives. Cette double responsabilité peut être répartie entre le directeur général et son secrétaire général. Elle est, en tout état de cause, indispensable pour assurer un bon fonctionnement des agences.

III - La gestion

La gestion constitue le point faible des agences sanitaires qu'il s'agisse du recrutement des agents, du déploiement des systèmes d'informations ou de la gestion des marchés. Ces lacunes se répercutent sur la politique de communication et se traduisent par une sous-consommation des moyens budgétaires accordés.

A – Le personnel

Les différentes agences ont été créées en reprenant avec les attributions au moins une partie des personnels de services préexistants. Les situations initiales sont donc assez disparates du point de vue statutaire et pas toujours adaptées aux besoins de l'entité nouvellement créée.

Toutes les agences ont bénéficié de créations d'emplois très importantes pour pouvoir répondre à leurs missions nouvelles. Cependant, la plupart d'entre elles ont été freinées dans leurs ambitions par les difficultés qu'elles ont rencontrées à pourvoir les postes offerts, soit du fait du cadre juridique de ces recrutements, soit par insuffisance de compétences disponibles. La croissance continue des effectifs budgétaires ne rend donc pas compte des moyens dont elles disposent réellement.

Evolution des effectifs budgétaires autorisés

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
OPRI	181	181	206	225	225	
EFG	90	100	111	126	141	155
ANAES	127	127	128	146	176	221
AFSSAPS 382	556	616	714	833	882	931
AFSSA ³⁸³	471	479	550	583	623	656
InVS ³⁸⁴	50	70	100	140	155	209

Source : Source : agences sanitaires

A ces emplois budgétaires, s'ajoutent des personnels mis à disposition, des contrats sur conventions, des boursiers et des emplois sur contrats emploi-solidarité (CES ou CEC). Ces moyens complémentaires concernent principalement l'EFG et l'AFSSA où ils représentent respectivement plus de la moitié et 38 % des emplois budgétaires, du fait d'un nombre important de mises à disposition ; à l'InVS, 44 emplois sont rémunérés en 2002 sur conventions.

L'essentiel des emplois budgétaires est pourvu par des contractuels de droit public gérés dans un cadre qui ne répond pas aux besoins des agences.

La grande majorité des contractuels de l'OPRI relevaient d'une grille qui avait été celle de l'Institut national de physique nucléaire, mise en extinction en 1984. Elle a permis de rémunérer des personnels

382. pour les années 1997 et 1998, il s'agit des effectifs de l'Agence du médicament.

383. pour les années 1997 et 1998, il s'agit des effectifs du CNEVA.

384. pour les années 1997 et 1998, il s'agit des effectifs du RNSP.

scientifiques et techniques mais aussi des personnels administratifs qui ne pouvaient être des contractuels d'après le décret instituant l'OPRI.

Les deux décrets des 13 et 14 mai 1998 créant des quasi-statuts au profit des personnels contractuels de l'Agence du médicament et de l'EFG se sont très rapidement révélés obsolètes.

La grille d'emplois bâtie pour l'EFG a été conçue pour répondre de la manière la plus précise aux besoins de l'établissement mais elle a omis de définir les emplois administratifs d'encadrement, sur lesquels des fonctionnaires peuvent être détachés. En outre, d'autres catégories d'emplois sont apparues, comme les analystes programmeurs informaticiens et les techniciens d'études cliniques qui n'ont pu être positionnés sur cette grille.

L'AFSSAPS s'est heurtée à des difficultés semblables. En 2000, sur 833 emplois budgétaires ouverts, 783 étaient pourvus par des personnels permanents. Les principales lacunes concernent les personnels d'encadrement, pour lesquels les grilles indiciaires sont mal adaptées tout autant pour recruter un cadre extérieur (rémunération insuffisamment attractive) que pour faire accepter par des agents internes à l'agence des responsabilités d'encadrement.

A l'ANAES aussi, les effectifs réels sont très inférieurs aux emplois budgétaires, particulièrement pour les emplois d'encadrement pour lesquels plus de 20 % des emplois créés n'étaient pas pourvus en 2000. La grille de rémunération est défavorable aux agents ayant peu de diplômes mais une expérience importante. En outre, les démissions sont fréquentes ; sur 46 départs enregistrés au cours de la période 1997-2000, 37 sont dus à des démissions dont 20 concernent l'encadrement supérieur, les praticiens hospitaliers et les agents de catégorie A.

A ces difficultés de recrutement liées à l'absence d'un statut attractif, l'InVS ajoute le faible nombre en France de personnes dotées d'un niveau de qualification élevé dans des secteurs très spécialisés comme l'épidémiologie d'intervention et l'évaluation des risques sanitaires.

Seule l'AFSSA n'a pas jusqu'à présent rencontré de problèmes majeurs de recrutement, disposant d'un nombre limité de contractuels et d'un cadre de gestion favorable. En revanche, près de 15 % des effectifs réels de l'année 2001 étaient des agents mis à disposition gratuitement, essentiellement par le ministère de l'agriculture et la préfecture de police, situation qui limite les possibilités de redéploiement des personnels au sein de l'établissement.

Dans ce contexte, la plupart des recrutements des agences se font dans des conditions dérogatoires aux règles normalement applicables. Cette pratique ajoute à la disparité déjà très forte des situations héritées du passé et crée une opacité dans les rémunérations qui pèse sur le climat social de ces établissements. La tutelle a donc pris l'initiative d'élaborer un nouveau cadre de gestion commun aux contractuels de droit public de l'AFSSAPS, l'AFSSA, l'ANAES, l'EFG et l'InVS.

L'objectif serait d'organiser des déroulements de carrière cohérents par rapport aux corps de fonctionnaires comparables du ministère chargé de la santé et d'harmoniser les conditions de rémunération des personnels des agences, tout en les rapprochant des conditions du marché.

La mise en place de ce « statut » représente un effort financier important, qui pourrait atteindre 22 % de la masse salariale à l'AFSSAPS, 8 % à l'ANAES, et 10 % à l'EFG, selon les évaluations faites par le ministère chargé de la santé. La Cour ne peut qu'espérer que la publication du décret relatif à ces contractuels de droit public mette fin à l'importante déperdition d'énergie liée aux procédures de recrutement et de gestion du personnel dans les agences et facilite le déploiement de l'ensemble des missions qui leur sont confiées.

B – Les systèmes d'information

Les systèmes d'information constituent un outil crucial pour les agences compte tenu de la masse des informations qu'elles collectent et qu'elles traitent. Force est de constater qu'il s'agit dans tous les cas d'un secteur faiblement développé et fragile. Les difficultés à recruter des personnels dotés d'une compétence technique suffisante et entrant dans les grilles de rémunération de ces établissements sont souvent mises en avant pour justifier cette situation. Cette réalité ne doit pas masquer des causes plus structurelles comme la difficulté à concevoir, traiter et organiser les flux d'information générés par l'ensemble des missions de chaque établissement.

L'ancienneté des agences n'est pas un critère discriminant en la matière. Les outils informatiques se mettent progressivement en place à l'EFG. Le premier schéma directeur conçu au début de l'année 1996 n'a été que partiellement exécuté ; ont toutefois été mises en place une application de suivi des greffes d'organes comprenant un volet donneur et un volet receveur et une application afférente au registre national des refus. Ce schéma directeur a été actualisé en 1999. Certains des projets alors définis connaissent à nouveau quelques retards liés pour l'essentiel

aux difficultés de recrutement de compétences en matière de développement.

L'ANAES n'a pas élaboré de schéma directeur informatique. Ses projets, largement sous-traités, sont gérés dans l'urgence, sans analyse suffisante des besoins et sans cohérence d'ensemble. De ce fait, les développements ne sont pas menés à leur terme. Six projets ont ainsi été engagés pour informatiser la gestion de l'accréditation sans que l'Agence dispose actuellement d'un produit réellement opérationnel. La constitution des groupes d'experts-visiteurs se fait manuellement, à partir d'un tableur. La transmission des données d'auto-évaluation par les établissements de soins candidats à l'accréditation se fait par disquettes, procédure parfaitement inadaptée à la taille des fichiers transmis. De fait, leur volume a bloqué le logiciel installé en juillet 2001.

Consciente de la nécessité de disposer d'un outil informatique de qualité et des difficultés auxquelles elle devait faire face compte tenu de l'hétérogénéité des systèmes qui coexistaient jusqu'alors, l'AFSSAPS s'est dotée de moyens importants tant humains que financiers. Pourtant, elle n'est pas parvenue à définir et mener une politique cohérente sur plusieurs années. Le schéma directeur engagé à la fin de l'année 1998 n'a pas été finalisé, faute de consensus sur ses orientations principales. En 2000, seul un inventaire des besoins a été réalisé ; l'année suivante, l'Agence a eu comme priorité de répondre aux attentes exprimées par les directions plutôt que de définir un schéma d'ensemble. La situation extrêmement précaire constatée en 2001 avec la coexistence, au sein de l'établissement, de plus de 40 applications souvent anciennes et difficilement maintenues et d'une trentaine de développements réalisés par des utilisateurs devrait s'améliorer à partir de 2002 avec la mise en place d'une base de données unique et sécurisée des produits de santé commune aux diverses directions opérationnelles et la relance du schéma directeur informatique. Le recrutement de compétences techniques supplémentaires devra cependant être poursuivi sur plusieurs années.

Alors que le CNEVA n'avait aucune culture informatique, l'AFSSA a très rapidement établi un état des lieux à la fois lucide et raisonnable. Ce schéma directeur informatique reste toutefois à mettre en place, nécessitant un renforcement tant quantitatif que qualitatif des compétences informatiques.

« La participation de l'InVS à la mise en place, la cohérence et, en tant que de besoin, à la gestion des systèmes d'information », qui figure dans la loi est une condition essentielle au fonctionnement du réseau de santé publique sur lequel l'établissement public doit s'appuyer. En 1999 a été engagé un schéma directeur des technologies. Celui-ci, arrêté en 2001, est en cours de mise en œuvre, en particulier pour le développement

d'applications nécessaires à la réalisation de certains programmes d'activité. Le schéma directeur des systèmes d'information, nécessitant un lien étroit entre le développement stratégique des départements et les systèmes d'information, n'a pas été engagé ; cette lacune résulte à la fois de la nécessité de définir précisément les attributions respectives des différents départements et du service des systèmes d'information et de la difficulté à recruter une personne pour coordonner ce projet. Dans ce contexte de retard dans l'organisation de ses propres systèmes d'information, la participation active de l'InVS à la coordination informatique du réseau national de santé publique ne peut être espérée dans l'immédiat.

Il est urgent que les agences sanitaires renforcent leurs compétences dans ce domaine, cette carence des systèmes d'information constituant un obstacle à l'exercice effectif de certaines de leurs missions.

C – Le budget

Toutes les agences disposent d'une aisance financière certaine. Les ressources ne leur ont pas été comptées alors que leur montée en charge, trop lente, a limité les dépenses effectives.

1 – Les recettes

Les ressources des agences ont connu une croissance rapide : de 1998 à 2001, elles ont augmenté de 56 %, pour être portées à 228,1 M€ en 2001, contre 146,6 M€ en 1998.

Evolution des ressources des agences sanitaires

(BP - fonctionnement et investissement - en M€)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
OPRI	10,96	11,44	15,03	19,02	20,55	-
EFG	9,64	10,49	12,26	13,42	14,17	18,48
ANAES	14,64	18,20	20,37	24,74	28,29	31,82
AFSSAPS		61,26	69,74	77,14	85,87	77,62
AFSSA		34,94	53,25	57,82	61,06	61,37
InVS		10,27	15,81	17,62	18,17	23,96

Source : Source : agences sanitaires

Les agences sont financées par trois types de recettes : des subventions en provenance de l'Etat, de l'assurance maladie et, dans une moindre mesure, de collectivités publiques, de la Communauté européenne ou d'organisations internationales ; des ressources propres qui se répartissent entre taxes et redevances pour services rendus ; des produits divers. La part respective des subventions et des ressources propres est très variable selon les agences, ce qui s'explique par la nature différente des missions. Il n'en demeure pas moins que la logique qui préside aux choix faits par chaque organisme n'apparaît pas clairement.

2 – Les dépenses

Aucune agence ne consomme la totalité des crédits qui lui sont alloués tant en fonctionnement qu'en investissement. Ainsi, en 2000, après quatre années de fonctionnement, l'ANAES a eu un taux d'exécution de ses dépenses de fonctionnement de 60,7 %.

Deux raisons peuvent être invoquées pour expliquer cette situation : d'une part, la volonté des autorités de tutelle de ne pas entraver le déploiement des missions par des contraintes financières ; d'autre part, une montée en charge de ces structures plus lente que prévue.

La mauvaise exécution financière est la conséquence des difficultés de gestion précédemment exposées. Les opérations envisagées ne sont pas toujours réalisables. Des crédits de personnel sont ouverts en année pleine, alors que les recrutements, quand ils se concrétisent, n'interviennent qu'en cours d'année. Les projets de schémas directeurs ou d'applications informatiques, pour lesquels d'importants moyens sont prévus au budget primitif, se heurtent aux vicissitudes déjà mentionnées. Les opérations d'investissement qui sollicitent des compétences en terme de procédures de marchés publics sont encore plus difficiles à finaliser.

Cette sous-consommation a pour conséquence un gonflement des fonds de roulement disproportionné par rapport aux besoins des agences. En 2000, le fonds de roulement de l'AFSSAPS est proche du montant des dépenses de fonctionnement d'une année entière. En dépit de la réduction du montant de sa subvention en cours d'année, l'ANAES présente encore un ratio de 468 jours d'autonomie, celui de l'AFSSA est de 169 jours.

La mise en place envisagée par la tutelle de contrats d'objectifs et de moyens pour chaque agence devrait améliorer la prévision budgétaire et éviter cette accumulation de moyens financiers.

D – La politique de communication

La capacité des agences sanitaires à organiser leur communication est un élément essentiel de leur crédibilité. Cette communication est inégalement organisée.

Du fait des missions qui lui sont confiées, de l'actualité des dossiers traités mais aussi sans doute de la sensibilité personnelle de son directeur, l'AFSSA a dès sa création porté une grande attention à sa politique de communication.

La communication de crise est bien organisée à l'AFSSAPS, qu'il s'agisse des mesures de police sanitaire ou de résultats d'évaluation portant sur des risques plus généraux. Les autres domaines restent, en revanche, encore en retrait, bien que le développement de l'information sur le médicament, à partir des données dont dispose l'Agence, ait un rôle très important à jouer pour le bon usage du médicament. La constitution d'un référentiel du médicament, qui figurait pourtant déjà parmi les priorités de l'Agence du médicament, n'a toujours pas abouti ; le site internet de l'Agence ne répond au nom de l'AFSSAPS que depuis cette année. Enfin, le premier rapport public d'activité n'a été publié qu'en mars 2001, soit plus d'un an après la fin de l'année concernée. Il présente en outre des indicateurs assez disparates et incomplets.

L'ANAES n'a pas de connaissance précise des résultats de sa politique de diffusion des travaux d'évaluation. Certaines publications sont diffusées gratuitement, d'autres sont payantes. La gestion des ventes est particulièrement désordonnée ne permettant ni une comptabilisation fiable des recettes tirées de cette activité ni le suivi des impayés. L'Agence ignore le nombre de documents qui sont téléchargés gratuitement à partir de son site internet. Par ailleurs, les faiblesses du service informatique ont eu notamment pour conséquence un développement insuffisant de ce site. Datant de 1998, il ne dispose d'aucun moteur de recherche ; il devrait être refondu d'ici 2003, en vue de combler cette lacune et de mieux prendre en compte les attentes des utilisateurs.

E – La contractualisation des relations avec la tutelle

La mise en place de contrats d'objectifs et de moyens (COM) est présentée par la tutelle comme l'outil d'une meilleure maîtrise du développement des agences sanitaires, en ce qui concerne tant les missions que les moyens. La DGS y voit la possibilité de conforter son rôle d'animateur de la nouvelle organisation multicentrique de la santé publique.

Les deux contrats formalisés jusqu'à présent sont ceux de l'EFG et de l'InVS. Les projets relatifs aux autres agences sont encore embryonnaires.

Le COM de l'EFG signé en mars 2000 entre l'établissement et la tutelle couvre la période 2000 – 2002. L'élaboration de ce document contractuel a eu pour première conséquence une meilleure identification et une définition plus précise des actions à mettre en œuvre sur la période, même si des interrogations subsistent sur la cohérence et l'articulation entre les différentes actions. Le déploiement de ce COM devrait mobiliser d'importants moyens financiers et surtout humains supplémentaires, tant pour l'EFG lui-même que pour les hôpitaux.

L'élaboration du COM de l'InVS a été particulièrement laborieuse. Commencée en février 2000, elle ne s'est achevée qu'avec la signature du document en avril 2002. Celui-ci porte d'ailleurs les traces de ces retards puisqu'il ne couvre plus que la période 2002-2003.

La DGS a désormais mis au point une méthodologie d'élaboration de ces contrats d'objectifs et de moyens. Cette procédure type devrait faciliter leur généralisation aux autres agences sanitaires, en harmonisant les démarches et en définissant des critères d'analyse, de diagnostic et de suivi standardisés par des indicateurs. Cette démarche était d'autant plus nécessaire qu'elle constitue un élément du contrôle de gestion que le ministère en charge de la santé développe dans le cadre de la mise en œuvre de la loi organique du 1^{er} août 2001.

RECOMMANDATIONS

54. *Les agences sanitaires doivent renforcer leurs compétences administratives afin de déployer leurs missions dans un cadre juridique et financier assaini.*

55. *Toutes les agences doivent élaborer leur schéma directeur et mettre en place des applications informatiques qui en découlent dans les meilleurs délais.*

56. *La démarche de contractualisation entre la tutelle et les agences, engagée par certaines d'entre elles dans le cadre de contrats d'objectifs et de moyens, doit être généralisée.*

57. *La clarification des règles d'attribution et de suivi des subventions accordées est désormais prioritaire.*

58. *L'établissement d'un cadre statutaire commun pour les contractuels de droit public des agences actuellement en cours d'élaboration devra aboutir rapidement.*

Chapitre XI

Le contrôle interne et la gestion du risque dans le régime général d'assurance maladie

PRÉSENTATION

Dans toutes les branches de la sécurité sociale, les caisses doivent mener des contrôles pour vérifier que les prestations qu'elles versent le sont à bon escient. Dans la branche maladie, l'enjeu est particulièrement important et les actions à mener plus larges que dans d'autres branches.

En effet, les caisses doivent non seulement veiller à l'exactitude de la liquidation, mais aussi chercher à vérifier le bien-fondé des prescriptions et à influencer sur le comportement des acteurs de soins.

A partir du début des années 1990, elles ont cherché, d'une part, à moderniser le contrôle qu'elles réalisent en interne, d'autre part, à engager une politique de « gestion du risque », englobant les contrôles mais poursuivant aussi des objectifs plus ambitieux.

Dans ses rapports publics sur la sécurité sociale de septembre 1999 et de septembre 2000, la Cour a analysé l'état de la gestion du risque au plan national ainsi que son articulation générale. Elle a souhaité que les COREC prolongent et actualisent en 2001 ces enquêtes au plan local³⁸⁵.

Le présent chapitre synthétise ces travaux, d'une part, pour le contrôle interne dans les CPAM (I), d'autre part, pour les politiques régionales et locales de gestion du risque (II).

I - Le contrôle interne dans les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM)

Le contrôle interne a été introduit dans le code de la sécurité sociale par un décret du 10 août 1993 modifiant les dispositions relatives à la gestion financière des organismes du régime général.

Ces dispositions ont apporté trois éléments nouveaux. En premier lieu, elles mettent l'accent sur l'étroite collaboration qui doit exister entre le directeur et l'agent comptable. Ensuite, elles situent l'objectif de leur action commune dans la maîtrise des risques financiers et dans la fiabilisation a priori de tous les processus et procédures de l'organisme.

385. Caisses primaires concernées par ce contrôle : Saint-Quentin (02), Cantal (15), Corrèze (19), Haute-Garonne (31), Indre (36), Vienne (38), Loir-et-Cher (41), Roanne (42), Manche (50), Haute-Marne (52), Cambrai (59), Douai (59), Dunkerque (59), Lens (62), Strasbourg (67), Mulhouse (68), Lyon (69), Villefranche-sur-Saône (69), Haute-Saône (70), Saône-et-Loire (71), Savoie (73), Le Havre (76), Tarn-et-Garonne (82), Val-de-Marne (94), Guadeloupe (971), Martinique (972).

Enfin, elles autorisent la suppression des taux de vérification fixés au niveau national et permettent une généralisation des vérifications sélectives de l'agent comptable en fonction du risque financier.

Chaque branche a, par ailleurs, élaboré une instruction de contrôle interne, validée par les autorités de tutelle. Cette instruction est mise en œuvre par les caisses locales qui peuvent l'adapter pour tenir compte de leurs spécificités.

L'instauration d'un contrôle interne impliquait, de la part des caisses locales, à la fois un important investissement méthodologique et une appropriation des outils par les équipes de direction. En raison même de la lourdeur et de la complexité du projet, le développement du contrôle interne ne pouvait se concevoir sans une implication forte de la caisse nationale. Or, dans la branche maladie, malgré la constitution d'un comité national du contrôle interne et la diffusion d'instructions spécialisées (par exemple sur les sections locales mutualistes, les centres de traitements informatiques, SESAM-Vitale, la CMU...), les résultats sont restés insuffisants.

La CNAMTS a donc convenu, dans la convention d'objectif et de gestion signée avec l'Etat pour la période 2000-2003, de donner une nouvelle impulsion, d'une part, en mettant progressivement à disposition des caisses un référentiel national, des guides de procédure, des outils permettant d'assurer le suivi local du plan de contrôle interne et la remontée d'informations au niveau national ; d'autre part, en conduisant des expérimentations sur les modalités d'organisation du contrôle interne dans les caisses primaires.

Par rapport aux constats dressés lors des précédentes enquêtes, émanant aussi bien de la Cour, des COREC que de la caisse nationale, les contrôles menés en 2001 conduisent à quatre observations principales.

A – Une mise en œuvre laborieuse

Dans aucun des 26 organismes vérifiés, les contrôleurs n'ont dressé de constat de carence totale. En revanche, ils ont relevé qu'une majorité de caisses (15 sur 26) avait rencontré des difficultés méthodologiques, manifesté des réticences à mobiliser les moyens humains nécessaires ou mis l'accent sur d'autres priorités :

- certaines caisses présentent un retard important ou une rupture nette dans le processus de contrôle interne, soit que l'accent ait été mis en priorité sur les questions de production, soit qu'une mésentente entre directeur et agent comptable ait rendu le dispositif inopérant ;

- d'autres ont attendu la fin des années 90 avant d'entamer la mise en œuvre du contrôle interne. Il s'agit souvent de caisses dans lesquelles seuls l'agent comptable et ses services étaient à l'origine d'une démarche visant à faire évoluer leurs contrôles traditionnels vers une dynamique de contrôle interne. Dans ce contexte, la signature d'un protocole et la mise sur pied d'instances peut correspondre à un engagement du directeur dans le dispositif ;

- d'autres caisses, pour se mettre en conformité avec les orientations de la caisse nationale, ont signé des protocoles dès la parution de l'instruction de branche mais n'ont pas été en mesure de les appliquer en totalité, ni de les faire vivre. Les instances mises en place sont le plus souvent restées en sommeil jusqu'à la fin des années 90 ;

- d'autres, enfin, ont dû redéfinir ou repenser leur dispositif qui s'était avéré trop lourd, ou qui était perçu comme faisant partie du domaine exclusif de l'agent comptable, ce qui ne permettait pas l'implication de l'ensemble des services.

B – Des dispositifs hétérogènes

Les dispositifs de contrôle interne sont encadrés de façon variable.

1 – L'instance de pilotage

La plupart des caisses de l'échantillon ont constitué un comité de pilotage, distinct du comité de direction, autour du directeur et de l'agent comptable. Il s'agit là de la configuration minimale, à laquelle est associé, lorsqu'il existe, le responsable opérationnel, auditeur ou contrôleur interne.

Certaines caisses possèdent des comités de pilotage plus étoffés, comprenant, le plus souvent, le responsable de la gestion du risque et celui des vérifications, les chefs des services prestations et ressources humaines.

Cependant, d'autres caisses ont mis en avant leur taille modeste pour ne pas constituer de comité de pilotage et soumettent donc les questions relatives au contrôle interne au comité de direction.

Le médecin-conseil participe en général au comité, soit en tant que membre à part entière, soit au cas par cas, lorsque sont abordés des thèmes le concernant directement. Par exception, certaines caisses ne l'associent pas, ce qui peut poser des problèmes de coordination entre plan de contrôle interne et plan local d'actions de gestion du risque. Une

seule caisse a fait état d'un désintérêt manifeste du médecin conseil, pourtant membre de droit de son instance de pilotage.

Les représentants du centre de traitement informatique (CTI) ne sont jamais membres à part entière du comité de pilotage. A l'inverse, certaines caisses participent au comité de pilotage du contrôle interne du centre auquel elles sont rattachées.

S'agissant des outils d'aide à la décision ou de suivi, de nombreuses caisses estiment souffrir d'un manque de soutien méthodologique de la caisse nationale ou d'une inadaptation de leurs outils informatiques.

Les systèmes d'information ont aussi été très souvent critiqués et jugés inadaptés à des fonctions d'aide à la décision et de suivi. Ont été particulièrement citées les applications « PROGRES » (production et gestion des remboursements de santé) dont les paramètres de contrôle seraient trop limités, voire généreraient des réponses erronées, « IRIS » (Interface Réseau Information Service) qui générerait des signalements mais sans historique et sans indiquer la fréquence des anomalies et n'intégrerait pas de système de « reporting » qui permettrait de définir le profil du professionnel de santé, son coût ou celui de l'assuré.

Le groupe intercaisses des CPAM de la région Ile-de-France, qui avait entrepris la rédaction d'un plan de contrôle régional, a buté également sur les problèmes liés aux logiciels nationaux. Dans une note commune, il a listé les difficultés de mise en place de l'outil de paramétrage « GESPA » dédié à l'application « PROGRES », soulignant que les insuffisances de l'outil ne permettaient pas de garantir l'exhaustivité et l'intégrité des traitements³⁸⁶.

2 – La structure opérationnelle

La taille de l'organisme est déterminante. Elle se traduit par le nombre des agents spécialisés totalement ou partiellement dans le contrôle interne. Ainsi, certaines caisses ont pu constituer des cellules étoffées et très professionnelles.

Sur ce sujet, comme sur celui du comité de pilotage, le débat se pose en termes de visibilité et d'efficacité. Tous les types d'organisation sont concevables à condition qu'il ne s'agisse pas d'un choix par défaut. Dans certaines caisses, un seul agent remplira parfaitement ce rôle de

386. La CNAMTS a publié en septembre 2001 une circulaire relative au paramétrage du contrôle dans l'application « PROGRES » et à l'amélioration du module « Contrôle » avec laquelle était diffusée une bibliothèque enrichie de paramètres de contrôle, dont on peut attendre qu'elle réponde à ces critiques.

moteur et d'entraînement des services ; dans d'autres, il sera rapidement submergé par les travaux de rédaction des procédures ou d'audit ou de supervision qu'il sera seul à conduire.

A contrario, la constitution d'équipes étoffées peut présenter des effets pervers en exonérant la direction d'un effort d'information, de formation, de sensibilisation de l'ensemble du personnel, en particulier des techniciens. Il convient donc que les caisses s'interrogent régulièrement sur la pertinence de leur organisation.

S'agissant du rattachement hiérarchique de cette cellule, tous les cas de figure ont été décrits : rattachement au directeur, à l'agent comptable, à l'un ou l'autre en fonction de son statut de délégué de l'agent comptable ou du directeur et, enfin, à l'un et l'autre dans un souci de collaboration maximale. La solution choisie renseigne sur la place exacte concédée au contrôle interne dans une caisse et sur la qualité de la collaboration entre directeur et agent comptable.

3 – La mutualisation des compétences

La mutualisation des compétences avec d'autres organismes de la branche de la région ou hors de la région se développe. Il peut s'agir de l'élaboration d'un projet de protocole commun au directeur et à l'agent comptable ou bien d'un plan de contrôle régional constituant un socle minimal de contrôle commun, comme en région Ile-de-France, de la rédaction de procédures sur la gestion de la carte Vitale, du traitement des FSE³⁸⁷, de l'exploitation des signalements et des rejets « IRIS » en Auvergne, d'un projet de développement d'une base de données informatisée permettant de consulter les actions engagées par les différentes caisses, de l'évaluation de ces actions ainsi que leur suivi par les CPAM du Nord ou de la mutualisation de la fonction d'audit en régions Lorraine – Champagne-Ardenne.

387. Feuilles de Soins Electroniques.

C – Des problèmes méthodologiques récurrents

1 – L'analyse générale des risques

Il s'agit de l'étape initiale indispensable à la mise en place d'un dispositif de contrôle interne, ainsi que le rappelle l'instruction de branche de 1994. Mais, dès 1999, la CNAMTS constatait que l'analyse des risques n'était plus considérée comme une priorité dans les caisses qui, pour la plupart, avaient abandonné toute approche méthodologique et dont, au surplus, les travaux avaient souvent été restreints au champ des prestations.

L'état des lieux dressé par les COREC fait apparaître que les organismes ont cherché, en premier lieu, à remédier à la critique liée à la limitation du champ de l'analyse des risques aux prestations. Néanmoins, ce point continue à poser problème dans certaines caisses.

Les problèmes méthodologiques proprement dits sont, en revanche, loin d'être résolus partout. Quelques caisses semblent avoir instauré des méthodes efficaces mais, le plus souvent, la démarche d'identification des risques n'est ni permanente ni systématique.

Cette phase d'analyse est lourde et complexe. Or, si la caisse nationale a publié en 1999 une lettre circulaire (n°18/99) relative à l'évaluation des risques en matière d'invalidité et de rentes d'accidents du travail, elle n'a pas, semble-t-il, proposé de méthode générale ou traité d'autres activités.

2 – La formalisation des procédures

En avril 1999, la CNAMTS a diffusé un guide de formalisation des procédures³⁸⁸ que peu de caisses semblent utiliser : deux caisses l'ont mentionné, les autres n'ont pas paru s'y référer.

La formalisation des procédures peut, dans certains cas, se limiter à un exercice de style, théorique, sans conséquence directe sur les méthodes de travail des services concernés. Ainsi, dans une caisse, le responsable du service du contentieux ignorait totalement une étude de 1998 sur les indus préconisant des mesures pour réduire leur nombre et leur montant. Dans la même caisse, le plan de contrôle interne de 2000 prévoyait une procédure de contrôle des habilitations informatiques, lesquelles n'étaient

388. Lettre circulaire n°19/99 "Contrôle interne et formalisation des procédures".

toujours pas signées par le directeur au moment du contrôle du COREC, à l'automne 2001.

Les caisses semblent avoir du mal à utiliser des méthodologies qui sont certes complexes à mettre en œuvre et consommatrices de temps mais sans lesquelles il paraît difficile d'élaborer un dispositif raisonné de contrôle interne.

3 – La supervision

La supervision a pour objet de "vérifier sans refaire le travail, ou d'exercer en permanence un examen attentif des tâches qui sont réalisées".

A l'exception de trois ou quatre organismes, cette notion est encore mal appréhendée dans la plupart des caisses et, par conséquent, elle est souvent négligée dans les plans de contrôle interne. Les COREC ont fréquemment relevé que les procédures n'intégraient pas systématiquement les différentes notions d'autocontrôle, de supervision et de contrôle.

Souvent, le rôle de superviseur est reconnu mais sans être formalisé car la supervision est considérée comme une fonction naturelle du cadre ou de l'agent de maîtrise. Dans certains cas, les points de supervision n'ont pas été fixés, la caisse ayant voulu se donner une marge d'appréciation au préalable. En outre, les procédures qui incluent la supervision ne précisent pas toujours les personnes qui en sont chargées (parfois désignées sous le terme « l'encadrement »), ni sa fréquence, ni les supports sur lesquels elle doit s'exercer.

D – Des résultats difficiles à interpréter

La mesure des résultats du contrôle interne n'est pas toujours l'aspect le mieux suivi par les organismes ou alors les résultats sont d'interprétation incertaine.

Le plus souvent, les résultats sont mesurés en terme d'incidence financière des erreurs relevées ou évitées, en nombre et en pourcentage des anomalies par action, par agent liquidateur, par tiers, en nombre de dossiers invalidés.

Mais, même si les indicateurs sont souvent identiques d'une caisse à l'autre, le recueil n'est pas partout exhaustif. Souvent, il est procédé à un recueil distinct des résultats des actions de l'agent comptable et du directeur, ce qui est révélateur de l'absence d'intégration réelle de leurs plans de contrôle.

Enfin, l'évaluation des retombées financières est encore plus rare, au motif souvent de la complexité de l'exercice.

—SYNTHÈSE—

La mise en œuvre du contrôle interne au sein de l'assurance maladie a connu des améliorations : formalisation accrue, développement du champ, responsabilisation d'un nombre plus grand d'agents... Le développement de la mutualisation des expériences, voire des travaux de rédaction des procédures, constitue également un point très positif. Cette situation ne dispense toutefois pas la caisse nationale de prendre la totalité de la place qui lui revient dans l'accompagnement méthodologique des caisses locales.

L'évaluation et la mesure des résultats restent le point le moins achevé de ces dispositifs. Il est paradoxal de noter que les organismes ont consenti des efforts importants pour bâtir des plans d'actions de contrôle interne et se préoccupent finalement assez peu d'en mesurer le bon fonctionnement et l'efficacité.

De façon générale, cependant, le contrôle interne paraît peu abouti dans la plupart des caisses. Aucune ne présente de fonctionnement correct pour la totalité des aspects examinés dans le présent rapport.

Enfin, cette situation globalement plus favorable, reste fragile. Dans de nombreux organismes, c'est à l'initiative des agents comptables et de leurs services qu'ont été mises en place les démarches d'analyse, de rédaction de procédures, de suivi. Ils restent souvent les pivots du dispositif. L'engagement des directeurs est plus contingent. Il n'est pas certain que la pérennité des dispositifs soit assurée dans l'ensemble des caisses contrôlées.

—RECOMMANDATIONS—

59. Établir des protocoles et des plans de contrôle interne dans la totalité des CPAM et des CGSS.

60. Accentuer la mutualisation des compétences et les échanges d'expériences entre les organismes.

61. Diffuser largement, au sein de chaque organisme, les orientations du comité de pilotage du contrôle interne, les plans d'action et les bilans annuels.

62. Développer une méthode générale d'analyse des risques et l'analyse des résultats.

CETTE SECTION N'A PAS APPELE DE REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES

II - Les politiques régionales et locales de gestion du risque maladie

Depuis la création des unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) par l'ordonnance du 24 avril 1996 et leur installation effective en 1998, les actions de gestion du risque, auparavant mises en œuvre de façon cloisonnée par les organismes de base, doivent s'inscrire dans une politique régionale commune à l'ensemble des régimes d'assurance maladie. Les URCAM sont chargées de définir cette politique dans leur ressort territorial en adoptant, de manière concertée entre les caisses des différents régimes, membres de l'Union, un programme régional de gestion du risque (programme régional de l'assurance maladie ou PRAM), qu'elles mettent en œuvre conjointement avec les organismes de base, et de coordonner et d'évaluer les plans locaux des organismes de base.

La circulaire interrégimes des caisses nationales d'assurance maladie du 24 mars 1999 définit la gestion du risque comme « l'ensemble des actions et procédures conduisant à optimiser la réponse du système de soins aux besoins de santé ; à inciter la population à recourir, de manière pertinente, à la prévention et aux soins ; à amener les professionnels à respecter les critères d'utilité et de qualité des soins, ainsi que de modération des coûts, dans le cadre financier voté par le Parlement ».

Trois ans après la mise en place des URCAM, la Cour a souhaité compléter au niveau régional³⁸⁹ ses analyses précédentes sur la gestion du risque³⁹⁰.

389. Onze COREC ont participé à ce point particulier, examinant, dans chacune de leur circonscription, à la fois l'URCAM et deux ou trois caisses primaires ; au total, l'enquête a ainsi porté sur onze URCAM et 26 CPAM, soit 37 organismes.

390. Voir les rapports de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 1999 et de septembre 2000.

A – La programmation des actions

Retenant une définition de la gestion du risque dépassant la seule préoccupation de maîtrise des dépenses pour l'élargir à la santé publique et à la qualité des soins, la circulaire du 24 mars 1999 a distingué trois domaines d'intervention : études et évaluation du système de soins ; prévention et promotion de la santé ; contrôles individuels et collectifs du respect de la réglementation et des référentiels médico-administratifs par les professionnels de santé, les structures et les assurés.

Ces programmes doivent comporter des actions destinées à « diminuer l'apparition d'un risque médical, réglementaire ou financier, corriger la non-qualité observée et/ou sanctionner des responsables de dérives répétées ». Trois types d'actions correctives sont distinguées. Les actions comportementales visent « à modifier un comportement par une action personnalisée, incitative et/ou coercitive sur un ou plusieurs acteurs du système de soins (professionnels de santé, structures de soins, consommateurs de soins » et comprennent notifications d'indus, lettres et entretiens individuels, engagement de procédures juridiques... Les actions systémiques recouvrent les actions d'information, de communication et de formation qui s'adressent collectivement à un ensemble d'acteurs du système de soins. Enfin, certaines actions de vigilance accrue en amont de la prestation de santé (comme l'entente préalable) ou du remboursement du dossier (contrôle approfondi avant paiement, recherche d'éventuelles doubles facturations...) peuvent donner lieu à des non-paiements qui correspondent à des prestations pour lesquelles la caisse refuse a priori la prise en charge totale ou partielle.

Trois niveaux de programmation sont enfin retenus. Un niveau national, à travers les programmes nationaux interrégimes (PNIR) conjointement adoptés depuis 1999 par les trois caisses nationales ou centrales des régimes d'assurance maladie, puisque, comme le notait la Cour dans son rapport de septembre 1999, la création des URCAM a « incité les caisses nationales à chercher à définir désormais des priorités nationales susceptibles d'orienter l'action des Unions ». Le niveau régional, celui des PRAM déjà évoqués, qui doivent décliner un certain nombre des thèmes nationaux. Et, enfin, le niveau local, chaque organisme de base devant adopter un plan local dont l'URCAM vérifie la cohérence avec les priorités régionales.

1 – Les programmes régionaux

a) Le choix des thèmes

Préparé par le directeur de l'union, qui est assisté dans cette tâche par un comité technique composé des directeurs de l'ensemble des organismes adhérents à l'union, des médecins conseils régionaux et locaux ainsi que du directeur de l'ARH, le PRAM est voté par le conseil d'administration de l'URCAM et également soumis à l'avis de la conférence des présidents des organismes. Ce formalisme, qui entraîne une lourde charge de travail, est cependant jugé globalement nécessaire par les organismes de l'échantillon pour parvenir à un consensus entre tous les partenaires.

Les objectifs sont déterminés sur la base à la fois de l'état des lieux sanitaire de la région et des priorités de santé publique identifiées notamment par les conférences régionales de santé, auxquelles les URCAM participent, et de tableaux de bord de l'évolution des dépenses d'assurance maladie.

Parmi les trois catégories distinguées ci-dessus, les thèmes inscrits aux PRAM 2000 se répartissaient, pour l'ensemble des URCAM, dans la proportion moyenne suivante : près de 60 % pour les études et évaluations, 20 % pour les actions de santé publique et 20 % pour les contrôles.

b) La détermination de la contribution des organismes

Une fois le PRAM adopté, un programme régional de travail (PRT) détermine les modalités pratiques de répartition des responsabilités entre les organismes et les calendriers de mise en œuvre des actions. Jugeant les deux documents redondants, deux URCAM fusionnent PRT et PRAM en annexant directement au PRAM les fiches projets détaillant les modalités de mise en œuvre des actions. A ce stade prévisionnel, plusieurs URCAM paraissent éprouver des difficultés pour fixer avec précision les moyens requis pour la mise en œuvre des actions, et les présentent surtout sous la forme de mise à disposition de moyens en personnels estimés en vacations.

Les CPAM et les échelons régionaux et locaux du service médical du régime général sont chefs de projet dans 80 % des cas, la désignation de caisses des autres régimes étant beaucoup plus rare. En particulier, la faible implication des CMR, qui doivent mettre en œuvre leurs propres priorités nationales de gestion du risque, est souvent relevée.

Indépendamment des contributions qu'ils sont susceptibles d'apporter aux actions inscrites au PRAM, les échelons régionaux et locaux du contrôle médical de l'ensemble des régimes sont en principe, aux termes de l'article R 183-16 8° du code de la sécurité sociale, coordonnés par le directeur de l'URCAM. Les modalités de concours du service médical du régime général à l'activité de l'URCAM font l'objet d'une convention entre le directeur de l'union et le médecin conseil régional qui avait été signée, à une exception près, dans toutes les régions faisant partie de l'échantillon. La collaboration avec l'URCAM des services médicaux des autres régimes est moins importante et moins formalisée, et passe par des demandes ponctuelles.

2 – Les plans locaux

a) Le choix des thèmes

Les thèmes retenus dans les programmes locaux concernent très majoritairement les contrôles (81 % des projets en 1999, 72 % en 2001). Les professionnels de santé constituent la principale catégorie visée par des actions de contrôle de plus en plus effectuées selon une approche collective : pour les caisses, les programmes dirigés vers eux représentaient 70,5% du total en 2001, contre 17,2 % pour les structures de soins et 9,2 % pour les bénéficiaires. Parmi les professionnels de santé, les catégories privilégiées demeurent les médecins généralistes et les spécialistes, suivis des chirurgiens dentistes. Les postes de dépenses visés sont principalement les prescriptions, et en particulier la pharmacie, et les honoraires (et parmi ceux-ci, surtout les consultations et les visites, les actes chirurgicaux et les soins dentaires.)

Les caisses de l'échantillon développent cependant également des programmes relevant des autres catégories distinguées par la circulaire de mars 1999, et en particulier de la prévention et de la promotion de la santé, les études et évaluations du système de soins demeurant la catégorie la moins représentée au sein des programmes locaux, alors qu'ils sont majoritaires dans les actions nationales.

L'avis du directeur de l'URCAM, recueilli préalablement à l'adoption par le conseil d'administration des organismes considérés, sur les plans locaux permet de veiller à la cohérence globale des actions et leur bonne insertion dans les priorités retenues dans le PRAM.

b) L'affectation des moyens

De façon symétrique à ce qui a été décrit pour les URCAM, les plans locaux donnent lieu, une fois adoptés, à l'élaboration d'un

programme de travail interne qui définit les modalités de mobilisation des moyens et les conditions de concertation entre les services administratifs et médicaux, conformément à une circulaire de la CNAMTS du 28 avril 1998. Un tiers des caisses de l'échantillon s'affranchissent de ce formalisme dû à la séparation organique des services administratifs et médicaux, en fusionnant programme de travail et plan local.

La responsabilité des projets est répartie à peu près également entre les services administratifs et médicaux, même si cette répartition recouvre parfois des pratiques différentes : dans certaines caisses, les services médicaux sont plus fréquemment chefs de projet, alors que dans d'autres c'est l'inverse qui est observé. Au sein des services administratifs, c'est très massivement – et souvent exclusivement – l'unité de gestion du risque et de relations avec les professionnels de santé qui assume la fonction de chef de projet. La désignation pour jouer ce rôle de l'agence comptable ou du service des prestations, pourtant prônée au titre du développement de la « gestion du risque partagée » et jugée souhaitable par de nombreux directeurs pour sensibiliser l'ensemble des services aux enjeux de cette politique, reste exceptionnelle. Les raisons invoquées pour justifier cette situation tiennent à la charge de travail des services de liquidation, dont l'augmentation, semble-t-il, enregistrée récemment et la nécessité d'y faire face ont préempté une partie des moyens dédiés à la gestion du risque. Dans 11 des 20 caisses pour lesquelles ce type de renseignement a pu être obtenu, les COREC ont ainsi constaté une décade des personnels affectés aux fonctions générales de gestion du risque³⁹¹, qui englobent la mise en œuvre des plans locaux.

B – La mise en œuvre des actions

1 – La nature des actions engagées

Dans la mesure où les programmes régionaux portent principalement sur des études et évaluations du système de soins, ils débouchent majoritairement sur des actions systémiques de communication ou de sensibilisation et plus faiblement sur des actions comportementales. Au niveau national, 83 % des programmes régionaux

391. Ces fonctions sont décrites à travers cinq centres homogènes obligatoires (CHO) de la comptabilité analytique : relations administratives avec les professionnels de santé ; prévention et éducation sanitaire ; communication en GDR ; contentieux GDR ; formation GDR.

avaient ainsi donné lieu en 2000 à au moins une action systémique et 25 % à au moins une action comportementale³⁹².

En revanche, les programmes locaux, qui portent principalement sur des contrôles, donnent majoritairement lieu à des actions comportementales. Au niveau national, les anomalies détectées à l'occasion des contrôles – qui, en 2000, constituaient 96 % des anomalies décelées lors de la mise en œuvre des programmes locaux – avaient trait pour 69 % à l'activité des professionnels de santé (irrégularités dans la cotation ou la facturation de certains actes), pour 16 % à leurs prescriptions, pour 4 % à l'activité des structures et pour 8 % au comportement des consommateurs (notamment consommation abusive).

Les actions comportementales menées par les caisses primaires sont surtout constituées par des lettres et entretiens individuels et des notifications d'indus et, dans une moindre mesure, par l'engagement de procédures juridiques. Les indus notifiés et récupérés sont faibles et en décroissance sensible depuis 1997, date à laquelle ils étaient respectivement de 29,32 M€ et 16,10 M€ alors qu'ils étaient en 2000 respectivement de 15,82 M€ et 11,27 M€. Quant aux procédures juridiques, dont la Cour a déjà dénoncé la complexité et l'inefficacité³⁹³, les caisses sont nombreuses à les juger incertaines et improductives, et en particulier s'agissant des instances conventionnelles qui ne fonctionnent réellement que pour les professions d'infirmiers et de masseurs kinésithérapeutes.

2 – Le bilan des actions

a) La mesure de l'atteinte des objectifs et du résultat

L'évaluation des actions de gestion du risque suppose que leur soient assignés dès le départ des objectifs dont le degré d'atteinte est mesuré par des indicateurs eux aussi définis préalablement. Cette exigence n'est encore que très imparfaitement remplie pour les programmes mis en œuvre par les organismes vérifiés comme au vu du bilan dressé par la CNAMTS, pour l'ensemble du réseau. Les objectifs chiffrés restent rares : en 2000, ils ne concernaient que moins d'un tiers des programmes régionaux et seulement un sixième des programmes locaux. Si toutes les URCAM de l'échantillon déclaraient néanmoins définir des indicateurs de suivi pour chacune des actions des PRAM, en

392. Les programmes peuvent donner lieu à plusieurs types d'actions cumulatives.

393. Voir les rapports de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 1999 p. 261-262, et, pour les sanctions conventionnelles, de septembre 2000 p. 332-333.

revanche la moitié des CPAM admettaient ne pas procéder de façon systématique à cet exercice. Au demeurant, ces indicateurs sont très divers et se limitent souvent au respect de calendrier et au suivi de l'engagement des moyens. Les principaux indicateurs de résultat concernent en général les taux d'amélioration des pratiques (diagnostiques, thérapeutiques, préventives) dès lors qu'il existe des référentiels unanimement admis.

La nouvelle génération des contrats pluriannuels de gestion conclus pour 2000-2003 entre la CNAMTS et les caisses de base cherche à systématiser la démarche d'évaluation en retenant chaque année huit programmes de gestion du risque (trois nationaux, trois régionaux et deux locaux) pour lesquels l'atteinte des objectifs est mesurée par un score. Encore faut-il que les objectifs fixés soient raisonnablement ambitieux et que l'incitation à les atteindre soit réelle. Pour les quelques exemples examinés par les COREC, il n'est pas sûr que la première expérience conduite en 2001 réponde à ces conditions. Les objectifs restent souvent timides, définis généralement en termes de moyens et de respect des délais et affectant une même pondération de points à des actions de nature et de portée très différentes. Quant à l'intéressement éventuellement associé à leur atteinte, ses modalités n'ont pas encore été définies.

Une fois achevées, les actions de gestion du risque peuvent également faire l'objet d'une mesure d'impact comparant la situation observée après l'action avec une situation de référence qui peut être l'état antérieur à l'action ou l'état si l'action n'avait pas eu lieu. Ces études restent peu fréquentes, puisque le bilan 2000 dressé par la CNAMTS n'en recensait, là encore, que dans un tiers des cas pour les URCAM et dans 16 % des cas pour les CPAM. Pour une URCAM, il a été relevé que l'absence de constitution initiale d'un groupe témoin servant de référence avait contraint en fin d'action à renoncer à la mesure d'impact qui avait été pourtant initialement prévue.

Les résultats de la mesure d'impact peuvent être appréciés en termes financiers, auquel cas, en plus de l'impact financier direct obtenu par récupération d'indus ou non paiements de prestations présentées au remboursement, il faut pouvoir estimer les évolutions liées au changement de comportement induit par l'action en isolant les facteurs exogènes qui peuvent influencer sur les cibles de l'action. La Cour a déjà eu l'occasion, dans son rapport de septembre 1999, de souligner l'intérêt mais surtout la difficulté d'un tel calcul pour lequel les organismes ne disposent pas de véritable méthodologie.

b) La mesure du coût des actions

Le suivi des ressources consommées par la mise en œuvre des actions de gestion du risque inscrites aux PRAM et aux plans locaux reste défaillant. Ce constat est surtout valable pour les URCAM qui doivent agréger les contributions de plusieurs partenaires dotés de comptabilités analytiques hétérogènes. Ce n'est que depuis le début de l'année 2002 qu'a été mis en place un groupe de travail destiné à définir des règles de comptabilité analytique communes aux différents régimes en matière de gestion du risque. Des vacations déclaratives sont en général enregistrées, mais la diversité des pratiques des unions dans ce domaine rend toute comparaison hasardeuse. Surtout, elle interdit toute réflexion sérieuse sur le rapport coût/efficacité des actions.

Les CPAM, pour qui le suivi analytique du coût des projets devrait être plus aisé, même en dépit de la séparation organique avec l'échelon local du service médical, sont très peu nombreuses à aller au-delà du simple recensement des vacations en personnels, certaines reconnaissant d'ailleurs le caractère empirique de leur comptage. Seules deux caisses de l'échantillon déclaraient avoir mis en place une comptabilisation des coûts complets engendrés par les projets, dont il ressortait d'ailleurs pour 2000 une amplitude de coûts variant presque du simple au double entre les deux organismes (2,90 K€ contre 5,64 K€). Deux autres caisses ajoutaient aux frais de personnels les frais d'affranchissement. Là encore, cette insuffisance de suivi analytique interdit toute véritable comparaison de l'efficacité et du coût des actions.

SYNTHÈSE

L'enquête menée par les COREC confirme le constat fait par la Cour dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2000. Si la création des URCAM a insufflé une nouvelle dynamique aux politiques régionales de gestion du risque, cela s'est effectué au prix d'une complexité et d'un empilement de documents de programmation qu'il conviendrait de rationaliser. La lourdeur du fonctionnement des URCAM, due à leur caractère interrégime, ne paraît pas toujours compensée par une association significative des organismes autres que ceux du régime général aux politiques régionales de gestion du risque. L'intégration du contrôle médical à l'action des URCAM devrait également être renforcée. A ce titre, la Cour rappelle la recommandation qu'elle avait déjà formulée dans son rapport de 1999, tendant à « donner à une instance régionale les pouvoirs effectifs sur l'ensemble des services médicaux et des caisses de la région permettant de mettre en œuvre une

politique commune de gestion du risque couvrant le champ de l'hôpital et celui des soins de ville »³⁹⁴.

Dans un contexte de forte croissance des dépenses de soins de ville, l'amélioration de l'efficacité des actions de gestion du risque nécessite également la poursuite de l'effort d'investissement méthodologique, en particulier s'agissant de la mesure de l'impact des programmes et de leurs coûts afin d'identifier les actions les plus efficaces.

RECOMMANDATIONS

63. Simplifier le dispositif en donnant à une instance régionale les pouvoirs effectifs sur l'ensemble des services médicaux et des caisses de la région permettant de mettre en œuvre une politique commune de gestion du risque couvrant le champ de l'hôpital et celui des soins de ville.

64. Généraliser les mesures d'impact en améliorant leur méthodologie.

65. Conserver un équilibre entre les formes nouvelles de gestion du risque pour lesquelles le niveau régional est le plus pertinent, et les formes plus traditionnelles de contrôles, notamment individuels, qui doivent constituer l'essentiel des activités de contrôle des instances locales.

394. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 1999, recommandation 3 page 236.

Chapitre XII

L'administration des organismes

PRÉSENTATION

Ce chapitre est consacré à trois thèmes relatifs à l'administration des organismes de sécurité sociale.

Tout d'abord, il rend compte de deux points particuliers étudiés en 2001 par les COREC : la politique de subventions aux associations des caisses d'allocations familiales et la gestion par certains organismes de sécurité sociale de leurs actifs immobiliers. Ces deux points mettent en évidence certains défauts dans les procédures de décision et surtout d'évaluation et de contrôle des politiques menées.

Ensuite, un point est proposé de l'état d'avancement de la modernisation des systèmes d'information de l'assurance maladie.

I - La gestion immobilière des caisses locales du régime général et du régime agricole

Les caisses locales de sécurité sociale sont nombreuses (plus de 1 000) et disposent d'un patrimoine immobilier important³⁹⁵. Organismes de taille souvent modeste, elles ne peuvent consacrer que des moyens assez limités à la gestion immobilière. La Cour a donc souhaité évaluer l'organisation en ce domaine des deux principaux régimes de sécurité sociale par l'intermédiaire des COREC, qui ont contrôlé 52 organismes³⁹⁶. Ces contrôles ont été complétés par des contacts avec les caisses nationales et les administrations de tutelle.

395. Pour la seule branche maladie du régime général, les 129 CPAM occupent près de 2,8 millions de m² dans plus de 200 immeubles, dont 2,5 millions de m² en propriété, et les UGECAM possèdent plus de 1,1 million de m² occupés par des œuvres.

396. 10 CPAM, 10 CAF, 4 CRAM, 9 UIOSS, 13 caisses de MSA et 6 SCI liées à des caisses de MSA.

A – Le cadre juridique et l'organisation de la gestion immobilière dans le régime général et le régime agricole

1 – Le régime général

Le cadre juridique

Chaque organisme de sécurité sociale, local ou national, dispose de compétences étendues en matière d'immobilier à usage administratif. Le rôle des caisses nationales est central car l'ordonnance du 21 août 1967 leur a confié le contrôle des opérations immobilières et la gestion du patrimoine des organismes de base relevant de leur compétence. Ainsi pour la branche maladie, au moment où étaient effectués les contrôles des COREC (été et automne 2001), les opérations supérieures à 0,46 M€ ou de loyer annuel supérieur à 0,18 M€ devaient être approuvées par la commission des opérations immobilières de la CNAMTS, et les opérations inférieures à 0,46 M€ ou supposant le versement d'un loyer compris entre 19 056,13 € et 0,18 M€ devaient être, pour leur part, approuvées par le directeur de la caisse nationale.

L'Etat intervient également dans la gestion immobilière des organismes locaux de sécurité sociale, en particulier par la fixation des budgets immobiliers au niveau des caisses nationales et l'approbation des délibérations des conseils d'administration des caisses nationales et locales.

Au total, les caisses locales sont donc assez strictement encadrées pour les opérations importantes. Il convient toutefois de noter que leur champ d'action reste significatif car elles sont presque toujours à l'origine de ces opérations importantes, assument la responsabilité de leur mise en œuvre et ont pleine compétence pour les autres activités liées à l'immobilier (petits travaux, entretien, nettoyage...).

La mise à disposition d'une expertise technique

Compte tenu de la technicité des questions immobilières, les caisses nationales ont confié à l'UCANSS l'instruction technique des dossiers d'opérations immobilières à caractère administratif, ainsi qu'une mission de formation et d'information en matière immobilière. Les interventions de l'UCANSS ont été jugées très positives par la plupart des caisses du régime général contrôlées par les COREC.

Mais ce pôle de compétence, pourtant apprécié des caisses, a été complété par des pôles propres à telle ou telle branche. Ainsi, la CNAMTS a décidé la mise en place en 2001 et 2002 de douze pôles

régionaux de compétences immobilières (PRECI) composés chacun d'un ou deux experts immobiliers et installés dans les CRAM.

De même, la branche famille a décidé en mai 2000 la mise en place progressive dans les huit régions «CERTI » (centres informatiques) d'un pôle de compétence immobilière composé de deux gestionnaires de patrimoine et d'un responsable de marché.

Les investigations de la Cour montrent que les besoins d'assistance technique sont réels. Toutefois, une réflexion d'ensemble devrait être menée sur la cohérence et la rationalité de la répartition de cette mission entre l'UCANSS et les différentes branches.

2 – Le régime agricole

a) La structure juridique des organismes contrôlés et le rôle de la CCMSA³⁹⁷

Contrairement à l'organisation qui prévaut dans les branches du régime général, la CCMSA n'a été dotée par les textes d'aucun rôle d'animation ou de contrôle de la gestion immobilière des organismes de mutualité sociale agricole.

b) Le rôle de l'Etat

Pour les organismes définis aux articles L. 723-1 et L. 723-5 du code rural, les opérations immobilières sont soumises au contrôle de l'Etat. Il est également prévu, en application de l'article L. 153-3 du code de la sécurité sociale, l'approbation par l'autorité compétente de l'Etat, des budgets établis par les caisses, associations et groupements.

En ce qui concerne les SCI, si la participation directe ou indirecte des caisses dépasse la majorité des parts du capital social, il est prévu par l'article L. 723-7 III du code rural un contrôle des budgets par l'autorité de tutelle et l'approbation des comptes après leur examen par les COREC sous la surveillance de la Cour des comptes. En revanche, il n'est pas prévu par la loi, et notamment par l'article L. 152-1 du code de la sécurité sociale, de contrôle par l'Etat des délibérations de leurs conseils

397. Les organismes contrôlés dans le cadre de ce point particulier sont les caisses de mutualité sociale agricole proprement dites (telles que définies à l'article L. 723-1 du code rural), les associations et groupements d'intérêt économique constitués exclusivement entre organismes de mutualité sociale agricole (art. L. 723-5) et les sociétés civiles immobilières dans lesquelles les caisses de mutualité sociale agricole détiennent la majorité des parts sociales (art. L. 723-7-III).

d'administration. En conséquence, les délibérations relatives aux opérations immobilières de ces organismes ne font pas l'objet d'un contrôle a priori de l'Etat et échappent au champ d'application du décret n° 2000-1002 du 16 octobre 2000 relatif aux opérations immobilières des organismes de MSA.

B – La gestion immobilière des caisses locales

1 – Les moyens des services immobiliers

L'enquête a révélé des situations très diverses : au sein du régime général, la plupart des caisses disposent d'un service immobilier identifié, mais de taille très variable ; pour le régime agricole, sept des treize caisses de MSA contrôlées ne disposent pas, directement ou par l'intermédiaire d'un GIE, de véritable service immobilier, compte tenu de leur taille modeste.

Par ailleurs, dans la grande majorité des caisses contrôlées, la formation assurée aux responsables immobiliers et aux agents des services immobiliers est limitée. Ainsi, aucune formation n'a été recensée entre 1990 et 2000 dans près de 10 caisses du régime général et dans la plupart des caisses de MSA, et une formation supérieure à trois jours par agent entre 1990 et 2000 (c'est-à-dire supérieure à trois heures par an en moyenne par agent) a été assurée dans seulement quatre organismes (deux CPAM, une CAF et une UIOSS).

2 – L'adéquation des surfaces occupées

Pour les caisses du régime général, les références de surface utile maximale par agent selon leur niveau hiérarchique sont de l'ordre de 10 à 15 m² par poste pour une caisse locale. Pour la mutualité sociale agricole, la norme admise semble être également de l'ordre de 10 à 12 m² de surface utile par agent.

Or, les contrôles effectués montrent l'absence générale du respect de ces normes. Huit des organismes contrôlés seulement affichaient en 2000 une surface utile par agent inférieure à 15 m² (trois CAF, deux UIOSS, deux CRAM et une caisse de MSA) et vingt-neuf (soit plus de la moitié de l'échantillon) atteignaient ou dépassaient une surface utile par agent de 20 m² : huit CPAM, trois CAF, une CRAM, trois UIOSS (dont une au-dessus de 30 m²/agent : Guéret), onze caisses de MSA (dont deux au-dessus de 30 m² : Cahors et Guéret) et trois organismes membres d'une SCI (dont le Groupement informatique des caisses de MSA de l'Ouest -GIMSAO : 49 m²/agent).

Ces résultats traduisent une gestion insuffisamment rigoureuse des surfaces occupées, qui s'adaptent trop lentement à l'évolution des effectifs.

3 – L'entretien du patrimoine

Les opérations immobilières hors travaux (achats/constructions, ventes et prises en location) sont relativement rares pour chacun des organismes contrôlés : aucune n'a été enregistrée entre 1990 et 2000 dans 17 des 52 organismes contrôlés. En matière de travaux, en revanche, l'activité est très soutenue et les montants engagés peuvent être très élevés : toutes les caisses ont passé au moins un marché de travaux supérieur à 45 734,71 €(300 000 F) entre 1990 et 2000, et 11 organismes ont dépassé un total de 1,52 M€(10 MF) de travaux sur la décennie.

On note l'absence générale de connaissance précise des besoins en entretien de leurs immeubles et l'absence de programmation à moyen terme des travaux nécessaires. A ce titre, un progrès majeur a été réalisé au sein de la branche maladie du régime général avec le lancement en 1996 d'un projet de répertoire analytique du patrimoine (RAP) qui a permis, pour un coût modeste (environ 0,91 M€), le recensement exhaustif du patrimoine immobilier de la branche et l'évaluation du profil de vieillissement des immeubles et des travaux nécessaires. A partir de cette étude, dont les résultats ont été jugés très positifs par la majorité des CPAM et CRAM contrôlées, chaque caisse primaire devait présenter à la caisse nationale un plan de gestion immobilière (PGI) faisant apparaître les besoins immobiliers pour la période 2000-2003.

Par ailleurs, certains immeubles, souvent anciens et loués à des œuvres ou associations, font l'objet de travaux d'un montant sans rapport avec leur valorisation patrimoniale. Ainsi, le manoir de Vicomté, hébergeant un centre de vacances et appartenant à la CAF de Rennes, a-t-il fait l'objet de plus de 3,20 M€ de travaux entre 1990 et 2000, alors qu'un centre de vacances appartenant à la caisse de MSA de Beauvais a fait l'objet de 1,08 M€ de travaux entre 1993 et 1996 et a été vendu seulement 0,99 M€ en 2000.

De même, à titre d'exemple, la gestion de deux bâtiments anciens à usage majoritairement administratif s'est avérée particulièrement coûteuse : immeuble de Garges-les-Gonesses ayant appartenu à la CAF de Cergy-Pontoise, acheté 3,08 M€ en 1974 (montant des parts de la branche famille du régime général) et revendu 0,04 M€ en 2001 ; maison bourgeoise de Goderville qui a occasionné plus de 1,07 M€ de dépenses (travaux et coûts d'exploitation) pour la caisse MSA de Rouen entre 1990 et 2000 et a été vendue 0,23 M€ en 2000.

4 – Les autres dépenses immobilières

Les coûts de maintenance sont difficilement comparables d'une caisse à l'autre car les équipements à maintenir sont très variables et les petits travaux d'entretien, dans certaines caisses, ont visiblement été comptabilisés dans le même chapitre budgétaire. En revanche, les coûts de nettoyage sont clairement identifiés dans chacune des caisses contrôlées et leurs coûts au m² ne devraient pas substantiellement varier d'une caisse à l'autre. Or, des écarts importants apparaissent, les montants variant de 10,82 €/m² pour la CPAM d'Albi à 25,46 €/m² pour l'UIOSS d'Evreux et 30,34 €/m² pour la CRAM de Lyon (certains montants encore plus élevés ont été atteints pour des antennes de petite taille). De même, les dépenses de gardiennage, lorsqu'elles existent, sont en moyenne un peu supérieures à 0,76 €/m² dans les CPAM, mais atteignent près de 10,67 €/m² pour la CAF de Cergy-Pontoise ou la caisse de MSA de Reims.

Plus que les différences de nature des locaux (les locaux isolés de faible superficie sont plus coûteux à nettoyer et garder que les immeubles importants), les causes de ces variations semblent être l'internalisation ou l'externalisation des tâches (un certain nombre de caisses disposent, parmi leur personnel, d'agents de nettoyage, de gardiennage ou d'entretien dont les salaires et charges sociales représentent, en général, des montants plus élevés que la rémunération de services identiques assurés par des prestataires extérieurs) et des mises en concurrence insuffisantes entraînant des surcoûts non négligeables. L'exemple le plus visible de ces surcoûts entraînés par une mise en concurrence insuffisante est celui des assurances immobilières : leur coût moyen est de l'ordre de 0,91 €/m² pour les CPAM qui s'inscrivent dans le cadre du « Plan national assurance » mis en place par la CNAMTS en 1997, supérieur à 1,52 €/m² pour les CAF (avec un maximum de 3,66 €/m² pour la CAF d'Annecy), ainsi que pour les caisses de MSA (toutes les caisses de MSA contrôlées étaient assurées auprès de Groupama, mais la plupart sans concurrence, ce qui aboutissait à des montants de l'ordre de 2,29 €/m² pour celle de Beauvais, 3,05 €/m² pour celle de Guéret et 4,57 €/m² pour celle de Lons-le-Saulnier).

C – Les UIOSS du régime général et les SCI du régime agricole

1 – Les UIOSS (Unions immobilières des organismes de sécurité sociale)

L'article L. 216-3 du code de la sécurité sociale prévoit que « les organismes locaux et régionaux du régime général peuvent se grouper en unions ou fédérations en vue de créer des œuvres et des services communs ou d'assumer des missions communes ». Dans ce cadre, une quarantaine d'UIOSS, dotées d'un conseil d'administration, d'un directeur et d'un personnel propre, ont été créées pour organiser la gestion commune d'un bâtiment partagé par plusieurs caisses.

La création de ces Unions devait permettre la constitution de services immobiliers étoffés et compétents, mais l'existence de ces services n'a pas empêché les caisses membres de continuer à avoir des agents affectés à l'immobilier pour gérer leurs autres locaux, même lorsque ceux-ci sont de taille très modeste.

Le second avantage des UIOSS est en principe de permettre une mise en commun des moyens et une gestion plus rigoureuse de l'immeuble et de sa maintenance. Cet avantage, rappelé par cinq des neuf UIOSS contrôlées, est largement compensé par les conflits internes et lourdeurs de gestion signalés par six des UIOSS contrôlées et tenant en particulier à la difficulté de coordonner les intérêts des branches et à la non-concordance des calendriers budgétaires.

Par ailleurs, dans deux des neuf caisses contrôlées, les COREC ont relevé des conflits internes sérieux (Le Havre au début des années 1990 et Le Puy en 2000). Dans ces deux caisses, de même qu'à Lyon, la compétence de l'Union a été réduite à la gestion des seuls espaces communs, chaque caisse membre gérant en propre les locaux qu'elle occupe dans l'immeuble.

Le bilan semble donc contrasté, voire négatif, et on peut se demander s'il ne serait pas préférable de dissoudre l'ensemble des UIOSS (ou au moins celles qui n'apportent pas d'amélioration manifeste de la qualité de la gestion immobilière) et de les remplacer par une organisation plus souple des relations entre les caisses partageant les mêmes bâtiments.

2 – Les SCI liées à des caisses de MSA

Les SCI ont le plus souvent été créées pour des raisons fiscales au moment de la construction de l'immeuble devant abriter le siège de la

caisse. Bien qu'elles ne soient pas soumises au contrôle préalable de l'Etat, elles ne semblent pas être utilisées prioritairement pour échapper aux contraintes des marchés publics et au contrôle des pouvoirs publics. Elles n'ont pas de personnels ni de moyens propres et ne semblent pas avoir d'incidence sur la qualité de la gestion immobilière de la caisse de MSA. Elles s'inscrivent souvent dans un contexte juridique (coexistence de multiples organismes) qui gagnerait à être simplifié. Enfin, trois des cinq SCI locales contrôlées semblent ne plus avoir d'utilité propre dans la mesure où elles n'ont plus, ou ne vont bientôt plus avoir, d'impact fiscal direct.

RECOMMANDATIONS

66. Veiller à une gestion active des surfaces occupées par agent, en particulier en cas de réduction des effectifs, et à une mise en concurrence plus systématique des fournisseurs.

67. Faire en sorte que toutes les caisses puissent avoir accès à une expertise immobilière, en veillant à ce qu'il n'y ait pas de redondance des moyens entre l'UCANSS et les caisses.

68. Dissoudre les UIOSS du régime général et les SCI du régime agricole lorsqu'elles ne présentent qu'un intérêt limité.

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES PAGE 547

II - La politique des concours financiers accordés par les caisses d'allocations familiales aux associations

Les contrôles effectués par les COREC dans 31 caisses d'allocations familiales (CAF)³⁹⁸ ont mis en évidence une grande hétérogénéité dans le contenu et la mise en œuvre de la politique de

398 . Saint-Quentin (Aisne), Aube, Cher, Côtes-d'Armor, Montbéliard (Doubs), Valence (Drôme), Loiret, Manche, Morbihan, Cambrai, Roubaix – Tourcoing et Valenciennes (Nord), Calais (Pas-de-Calais), Puy-de-Dôme, Bayonne et Pau (Pyrénées-Atlantiques), Hautes-Pyrénées, Haut-Rhin, Villefranche-sur-Saône (Rhône), Saône-et-Loire, Rouen (Seine-Maritime), Somme, Tarn, Var, Vaucluse, Haute-Vienne, Vosges, Yonne, Essonne, La Réunion et Guadeloupe.

subventions aux associations. Certaines caisses y consacrent une part très limitée de leurs fonds propres, quand il ne s'agit pas d'un axe d'intervention privilégié ou quand les fonds disponibles sont réduits par des charges fixes importantes. Si d'autres ont développé une action volontariste d'aide aux associations, elles se heurtent parfois, soit au manque de structuration du tissu associatif local, soit à la difficulté du contrôle des subventions accordées.

A – Orientations générales suivies par les caisses en matière de subventions

Les aides octroyées par les caisses doivent respecter les objectifs fixés par la convention d'objectifs et de gestion de la branche famille pour les années 1997-2000 :

- favoriser la conciliation entre vie familiale, vie professionnelle, vie sociale et contribuer au développement de l'enfant ;
- améliorer le logement et l'environnement social des familles ;
- accompagner et soutenir les familles fragilisées.

Fixés par les conseils d'administration et inscrits, en règle générale, dans leur schéma directeur d'action sociale, les objectifs suivis par les caisses reprennent le plus souvent les orientations données par la caisse nationale.

En 2000, au niveau national, le total des dépenses par secteur d'intervention et rapporté au total des dépenses d'action sociale était ainsi réparti : petite enfance (38,1 %), temps libre (16,9 %), accompagnement social (17,7 %), logement (7,5 %), vie sociale (8,9 %), prestations supplémentaires (1,1 %), divers (0,8 %), pilotage d'action sociale (8,9 %).

La pondération respective de ces divers domaines d'intervention était très proche du niveau national dans la grande majorité des caisses de l'échantillon. Certaines caisses menaient toutefois une politique moins orientée en faveur de la petite enfance, du fait de la sociologie de la population locale et de l'existence de modes de garde traditionnels familiaux.

S'agissant des interventions laissées à l'initiative des caisses, elles privilégiaient l'octroi de subventions aux associations bénéficiant déjà d'aides accordées par d'autres partenaires, notamment pour les caisses les

plus petites, qui peuvent ainsi s'appuyer sur le contrôle exercé sur ces structures par les autres financeurs.

Parmi les caisses qui sont les plus actives dans le domaine de l'action sociale, on observe que seules cinq caisses ont défini et quantifié des objectifs pluriannuels par domaine, qui servent de ligne directrice à leurs interventions. Sept caisses portent une attention soutenue à la localisation des actions, soutiennent des projets d'intérêt intercommunal et favorisent le désenclavement des zones rurales. Quant aux actions nouvelles intéressant le soutien à la fonction parentale, telle l'émergence de la médiation familiale, elles sont développées par huit des organismes vérifiés. En revanche, le désengagement progressif de l'aide aux vacances, prévu par la convention d'objectifs et de gestion, ne s'effectue que très lentement.

Les contrôles se sont efforcés de vérifier la conformité des politiques suivies par les caisses à leur domaine d'intervention prioritaire : multiplicité d'organismes et d'institutions subventionnés ou, à l'inverse, concentration sur les actions prioritaires, importance du recours au partenariat, taux de rejet des demandes de subvention par la commission d'action sociale ou par le conseil d'administration.

- L'analyse sur les cinq dernières années des dix subventions les plus importantes a montré une grande stabilité des secteurs d'intervention dans quatorze des caisses de l'échantillon, liée pour une part à l'existence de contrats pluriannuels. Seules cinq d'entre elles s'efforçaient de renouveler systématiquement les partenariats et de contribuer ainsi à la vitalité et à la diversité du tissu associatif local.

Dans le souci d'assurer une meilleure gestion des fonds publics et de limiter le volume de leurs engagements, quinze organismes recherchent systématiquement des partenariats avec d'autres acteurs et financeurs de leur département.

Le désengagement à l'égard des associations œuvrant dans le domaine de la santé publique, secteur trop éloigné du champ de compétence des caisses, se fait de manière progressive, conformément aux orientations nationales de 1997. Toutefois, quatre des caisses de l'échantillon n'avaient pas encore amorcé ce désengagement en 2000.

D'une manière générale, la majorité de ces organismes accompagnent les projets qui leur sont présentés plus qu'ils ne les sollicitent ; du reste, les rejets de subventions sont assez rares.

B – Les modalités d'intervention et les critères financiers prévalant à l'attribution des subventions

La moitié des caisses d'allocations familiales de l'échantillon cherchent à encadrer assez strictement, dans un souci de rigueur, les critères d'attribution des subventions : existence d'indicateurs spécifiques (fragilité de la population, priorité de la CAF en terme d'actions) ; appréciation de la situation financière des associations, afin d'éviter d'accorder des aides à des structures présentant des risques d'insolvabilité ou à l'inverse des résultats excédentaires ; existence de critères de modulation des aides. En revanche, dans d'autres caisses, cet encadrement semblait beaucoup plus lâche, les seuls critères retenus étant ceux du domaine d'intervention, de la fourniture des justificatifs annuels demandés ou de l'existence d'autres financeurs.

Cependant, seules quatre caisses disposent d'un règlement intérieur des subventions à l'intention de leurs partenaires, mentionnant la nature des aides, les montants et les plafonds d'intervention, les critères et les modalités d'attribution.

Si la plupart des caisses recourent à des conventions pour les subventions les plus importantes, la pratique contractuelle n'en est pas moins apparue déficiente dans 14 des 31 caisses contrôlées. Dans ces caisses, en effet, les conventions passées précisent rarement les contreparties positives espérées de l'aide apportée pour les allocataires des CAF. Elles ne comprennent pas non plus de clauses de garantie en cas de cessation d'activité de l'association.

La part de la dotation d'action sociale des caisses de l'échantillon consacrée aux aides aux associations était très disparate, comprise entre 1,6 % et 44,5 %, pour une moyenne de l'ordre de 30 %. Ces pourcentages correspondaient à des montants s'échelonnant entre 62 046 € au minimum et 5 481 761 € au maximum. 18 CAF avaient engagé une politique active de subventionnement des associations tandis que 13 d'entre elles, compte tenu des montants qui y étaient consacrés, ne pesaient que de façon marginale sur la politique associative de leur ressort géographique.

Ces disparités importantes montrent la grande autonomie des conseils d'administration des caisses locales dans la définition et la mise en œuvre de la politique d'aide aux associations. Au sein de l'échantillon, dix-huit caisses, lorsqu'elles soutiennent financièrement des projets, le font en assurant une part prépondérante du financement. Dans les autres, en revanche, on observe un grand saupoudrage des subventions. En investissement, les caisses participent, en principe, à hauteur de 20 % des

dépenses subventionnables. Pour le fonctionnement, elles accordent des aides ponctuelles, de faible montant, notamment au démarrage des actions encouragées.

Le défaut de définition a priori, par les caisses, des taux d'intervention ne garantit pas une équité de traitement entre toutes les demandes, que les CAF mènent ou non une politique active d'aide aux projets associatifs, notamment pour les subventions de fonctionnement.

Les priorités retenues par les caisses sont très variables. Ainsi, l'acquisition de matériel informatique est considérée comme une priorité par certaines caisses qui ont même suscité des demandes des associations et qui financent les projets à 100 % (Puy-de-Dôme), tandis que d'autres ont rejeté toute aide, pour le même type d'acquisitions, au motif qu'elles n'entraient pas dans leur champ de compétence (Essonne).

Enfin, certaines caisses, notamment celles de Saint-Quentin ou des Hautes-Pyrénées, octroient des subventions minimales dans le but de créer un effet d'appel et de permettre à leurs agents d'acquérir une meilleure connaissance du tissu social, alors que d'autres caisses définissent des politiques ciblées sur des interventions importantes en direction d'un nombre très limité d'associations.

Le suivi budgétaire des subventions accordées fait apparaître un certain nombre de défaillances. Elles tiennent d'abord, une fois prise la décision de subventionner, aux délais de versement des aides. Ceux-ci paraissent raisonnables dans quelques caisses mais ils sont parfois supérieurs à 12 mois dans 11 des caisses contrôlées. Par ailleurs, les caisses sont rarement vigilantes sur le respect des délais limites pour l'utilisation des crédits, en dépit des instructions de la CNAF qui précisent qu'en matière d'investissement, les aides doivent être utilisées dans le délai de deux ans suivant leur notification, délai ramené à un an pour ce qui est des dépenses de fonctionnement. Le non-respect de ces délais devrait normalement conduire les caisses, dans un souci de bonne gestion budgétaire, à procéder à l'annulation totale ou partielle de la subvention. Les contrôles n'ont montré l'existence d'annulation de crédits au cours de l'année écoulée que dans sept des caisses de l'échantillon, la plupart des caisses se contentant, en cas de non-respect des délais, de suspendre temporairement les crédits dans l'attente d'une nouvelle demande de subvention.

C – La gestion et le contrôle des subventions

S'agissant des relations entre les caisses locales et les associations subventionnées, la CNAF n'a émis aucun texte à caractère normatif et s'est contentée de diffuser en 1999 un dossier établi par la commission d'action sociale. Ce dossier comporte quelques « recommandations pour éviter les risques ». Ainsi, il préconise entre la caisse et l'organisme subventionné la conclusion systématique d'une convention précisant le principe et le quantum de l'aide, ses modalités de versement, le suivi de son utilisation. On a vu plus haut que ces recommandations sont inégalement suivies. Tout en indiquant que les textes applicables aux rapports entre l'Etat et les associations bénéficiaires de financements publics sont transposables aux relations entre les caisses locales (organismes de droit privé) et les associations, ce document considère comme normale la représentation d'une CAF au sein du conseil d'administration d'une association qu'elle finance, les administrateurs concernés pouvant normalement prendre part aux délibérations du conseil lors des décisions relatives aux subventions ou à leurs conditions d'emploi.

Dans ce contexte, les situations locales sont très contrastées.

Onze caisses ont mis en œuvre des plans de contrôle des aides et des organismes subventionnés, avec les effectifs nécessaires, sur la base d'un plan de contrôle. A l'inverse, six caisses, qui assurent un contrôle *a minima* des subventions versées, prévoient de développer leur politique de contrôle en conformité avec les orientations de la dernière convention d'objectifs et de gestion.

Enfin, quatorze caisses n'exercent qu'un contrôle lacunaire des aides accordées aux associations, soit qu'elles n'aient pas développé de plan de contrôle, soit que leur application se soit avérée déficiente. Pour remédier à l'insuffisance des moyens qu'elle consacre au contrôle, la caisse de la Haute-Vienne avait recours à un cabinet d'expertise comptable. Cette solution reste inhabituelle et n'a d'ailleurs pas été observée dans d'autres caisses.

Les caisses procèdent aux contrôles sur pièces lors de l'instruction des demandes d'aides par les associations. Ces investigations sont apparues bien menées dans 14 organismes, qui procèdent, à l'occasion de chaque demande de subvention, à l'examen systématique des documents suivants : résultats de gestion, analyse du compte rendu financier, affectation des résultats.

Les contrôles sur place doivent porter à la fois sur la sincérité des comptes et sur l'existence du service rendu et de sa conformité. Ils ne sont correctement conduits que dans dix organismes de l'échantillon. Dans quinze caisses, on se contente de contrôles peu fréquents, à la portée réduite. Enfin, six caisses n'effectuent aucun contrôle sur place. Les contrôles sur place peuvent buter sur des difficultés, notamment lorsqu'il s'agit d'apprécier dans quelle mesure les bénéficiaires des subventions sont des ressortissants du régime général. Lorsque les actions subventionnées sont difficilement séparables, notamment au plan comptable, de leurs autres actions, les associations bénéficiaires font preuve d'une certaine réticence à ouvrir leurs livres de comptes. De même, le manque de professionnalisme des associations s'appuyant sur le bénévolat peut les conduire à présenter des documents comptables incomplets.

Les redressements opérés à l'issue des contrôles restent tout à fait exceptionnels. Les contrôles débouchent plutôt, pour l'ensemble des organismes, sur la suspension de la participation de la caisse, dans l'attente d'une clarification de l'état d'avancement des projets.

Outre l'utilisation de moyens informatiques plus performants, la création de postes mutualisés entre plusieurs organismes faciliterait sans doute l'exercice d'un contrôle plus dynamique. Ce serait une solution efficace pour les petites CAF qui n'ont pas les moyens de se doter d'un contrôleur de gestion. Le développement de ces postes mutualisés permettrait en effet d'assurer des contrôles sur place par des agents spécialement formés.

L'efficacité du contrôle des subventions versées peut être obérée par le rôle du conseil qui semble déboucher sur une « autocensure » des agents chargés des vérifications, dans la mesure où il s'agit le plus souvent des mêmes techniciens qui assurent les deux fonctions ; les contrôles s'avèrent alors peu efficaces ou parcellaires.

S'agissant de la représentation des caisses au sein des structures financées, les contrôles effectués n'ont pas montré l'existence, au sein des

caisses, de l'une des situations prohibées par l'article L. 231-6-1³⁹⁹ du code de la sécurité sociale. Dans neuf caisses, le rôle de veille et d'alerte des administrateurs présents dans les associations subventionnées, en cas de difficultés financières de ces dernières, a été mis en évidence.

S'agissant de la participation des administrateurs aux débats et aux votes des conseils d'administration sur les aides aux associations subventionnées par les CAF dans lesquelles ils exercent des responsabilités ou bien où ils ont la qualité de simples membres, dix CAF de l'échantillon énoncent le principe selon lequel les administrateurs ne peuvent être juges et parties. Pour certaines d'entre elles, l'application de ce principe a été concomitante au contrôle.

SYNTHÈSE

Au total, seulement la moitié des caisses contrôlées conduisent une politique efficace de subvention aux associations, volontariste, rigoureuse dans l'instruction et le suivi des dossiers et conforme aux priorités sociales définies par les orientations nationales.

RECOMMANDATIONS

69. Etablir des directives claires pour les caisses en vue de mettre un terme aux conflits d'intérêt possibles et à la confusion des responsabilités entre les caisses et les associations subventionnées.

70. Assurer une plus grande homogénéité du comportement des caisses dans la mise en œuvre de la politique d'aide aux associations, notamment par le respect effectif de la règle du recours à des conventions.

CETTE SECTION N'A PAS APPELE DE REPONSE DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES

399. L'article L. 231-6-1 du code de la sécurité sociale dispose : « Ne peuvent être désignés comme administrateurs ou perdent le bénéfice de leur mandat : (...) - 5° dans le ressort de l'organisme de sécurité sociale (...) b) Les personnes salariées ou non, exerçant les fonctions d'administrateur, de directeur ou de gérant d'une entreprise, institution ou association à but non lucratif, qui bénéficient d'un concours financier de la part de l'organisme de sécurité sociale, ou qui participent à la prestation de travaux, de fournitures ou de services ou à l'exécution de contrats d'assurance, de bail ou de location. »

III - Le point sur l'organisation du système SESAM Vitale

Les rapports de la Cour sur la sécurité sociale ont, à deux reprises, rendu compte du développement de SESAM Vitale : en 1998, par une analyse globale du système au moment où il entrait en phase opérationnelle et, en 2000, par une évaluation du volume des télétransmissions de feuilles de soins. La Cour a jugé nécessaire d'actualiser, cette année, ces données et d'approfondir son analyse de l'organisation du système et de son fonctionnement technique. Depuis 1998, le système a connu de nombreuses évolutions et d'autres sont en cours avec l'adhésion des organismes d'assurance maladie complémentaire, la dématérialisation des prescriptions et la perspective de l'insertion d'un volet d'information médicale dans la carte Vitale. Il convient d'apprécier ces évolutions en les replaçant dans le cadre général de l'informatisation des systèmes de santé et des quatre objectifs que l'Etat lui a assignés :

- IV. Faciliter la continuité des soins dans l'intérêt du malade, ce qui passe par la constitution et la structuration de dossiers de santé et l'échange d'éléments de ces dossiers entre les professionnels de santé.
- V. Améliorer la qualité des pratiques, en fournissant aux professionnels des aides en ligne et des systèmes d'aide à la prescription, voire au diagnostic, et de formation médicale continue.
- VI. Développer et enrichir les systèmes d'information destinés à mieux connaître et évaluer les motifs de recours aux soins, les pratiques et les coûts, connaître l'état de santé de la population et, in fine, favoriser la maîtrise de la gestion du risque maladie.
- VII. Gérer de manière plus rapide et moins coûteuse la chaîne de remboursement des soins par la télétransmission des feuilles des soins.

A – Le rappel des choix techniques et d'organisation

Ces objectifs entraînent un certain nombre de conséquences, notamment :

- l'enregistrement, sur des supports informatiques aisément accessibles aux professionnels de santé, des dossiers médicaux des bénéficiaires de l'assurance maladie (objectif n° 1), mais aussi des données administratives qui rendent compte de leurs droits à l'assurance maladie (objectif n° 4) ;

-
- la mise en place de systèmes de messagerie favorisant l'échange d'informations entre les professionnels de santé (objectif n° 1) ;
 - l'utilisation, par les professionnels de santé, de logiciels permettant de produire les feuilles de soins dématérialisées (objectif n° 4), sous une forme enrichie par rapport aux feuilles de soins papier afin d'alimenter les systèmes d'information et de pilotage (objectif n° 3) ;
 - des dispositifs qui garantissent la confidentialité des données médicales et la sécurité des flux échangés dans le cadre de la liquidation des prestations maladie dont le volume requiert des solutions d'une particulière robustesse.

La dématérialisation des feuilles de soins paraissait le meilleur point d'appui pour un développement rapide et maîtrisé de l'ensemble de l'informatisation. Selon les promoteurs du système, dès lors que les professionnels de santé se seraient équipés en informatique et auraient acquis la pratique des échanges dématérialisés, cela entraînerait leur adhésion aux autres objectifs, ainsi que le développement d'une offre de services qui y réponde. Trois constats principaux s'imposaient :

- la saisie à la source par les professionnels implique qu'ils soient dotés de systèmes qui leur permettent de réaliser cette saisie sans surcharge de travail.
- l'adhésion de tous les régimes d'assurance maladie obligatoire au projet implique que ces systèmes, une fois les feuilles de soins saisies par les professionnels, permettent leur acheminement et celui des factures destinées aux différents organismes.
- les feuilles de soins électroniques doivent avoir la même valeur probante que les feuilles de soins papier. Elles doivent donc être revêtues d'équivalents électroniques des signatures des assurés et des professionnels.

La prise en compte de ces exigences a conduit à préconiser que la signature soit assurée par des cartes à microprocesseur dont ont été dotés les assurés sociaux (carte Vitale) et les professionnels de santé (carte CPS). Afin d'alléger la charge de saisie, ces cartes hébergent également des données descriptives des assurés sociaux et de leurs ayants droits, d'une part, et celles des professionnels, d'autre part. Quant aux systèmes utilisés par les professionnels pour produire les feuilles de soins électroniques, ils doivent, soit être communs à tous, soit répondre à un

cahier des charges qui garantisse leur interopérabilité avec ceux des organismes qui doivent eux-mêmes être adaptés.

De plus, même si les autres objectifs n'étaient pas immédiatement réalisables, les dispositifs mis en place devaient être compatibles avec leur réalisation future. Afin de répondre à l'objectif de maîtrise du risque, la feuille de soins électronique doit identifier précisément le patient concerné et être enrichie par une codification précise des actes. L'objectif de continuité des soins implique, quant à lui, que tout praticien accède aisément à des informations médicales sur ses patients. A cette fin, la carte d'assuré social à vocation administrative (Vitale 1) nécessaire à la télétransmission des feuilles de soins doit devenir une carte de bénéficiaire abritant également des informations médicales (Vitale 2) ou permettant d'accéder à ces données stockées dans des bases de données. Ces adjonctions à la feuille de soins électronique et à la carte Vitale en font des documents sensibles dont la confidentialité doit être protégée.

L'objectif d'amélioration des pratiques, enfin, implique que les professionnels accèdent à des systèmes d'information médicale et échangent entre eux des données sur leurs patients en dehors du système SESAM. En conséquence, la carte CPS doit être un instrument de signature et d'authentification des professionnels de santé indépendant du système de dématérialisation des feuilles de soins, même s'il est utilisé par lui. En outre, il ne peut y avoir un système unique, car les systèmes utilisés par les professionnels pour la gestion des cabinets et des établissements où ils exercent doivent être adaptés aux besoins des différentes professions. Chacun doit, cependant, intégrer des fonctions de production et d'acheminement des feuilles de soins répondant aux spécifications énoncées par l'assurance maladie.

Ces considérations ont conduit à développer trois systèmes coordonnés :

- **le système CPS** de distribution et de gestion des cartes des professionnels de santé dont le développement et la gestion ont été confiés au GIP CPS au sein duquel l'assurance maladie coopère avec l'Etat, les ordres et les organisations représentatives des professionnels de santé.
- **le système Vitale**, de distribution et de gestion des cartes d'assurés sociaux et de bénéficiaires de l'assurance maladie.
- **le système SESAM**, dont la vocation est de produire des feuilles de soins électroniques sur les postes de travail des professionnels de santé et de les acheminer vers les organismes d'assurance maladie.

- Le développement et la gestion de ces deux derniers systèmes, habituellement réunis sous la dénomination « *SESAM Vitale* », relèvent spécifiquement de l'assurance maladie. Ils ont été confiés au GIE SESAM Vitale.

La sécurité des échanges est complétée par un réseau privé de type Intranet sécurisé, le réseau santé-social (RSS). Accessible aux seuls détenteurs d'une carte CPS, il doit assurer la protection, la traçabilité et la confidentialité des données, garantir les délais de transmission et offrir des services annexes. Le RSS a pris la forme d'une concession de service public attribuée à CEGETEL pour cinq ans, prenant effet en novembre 1998.

Le système global, constitué de SESAM Vitale et du système CPS, est dans un état intermédiaire de développement qui répond à l'objectif de dématérialisation et de télétransmission des feuilles de soins aux organismes d'assurance maladie obligatoire. Les développements qui permettront d'étendre la télétransmission aux organismes complémentaires, de dématérialiser les ordonnances, de répondre à l'objectif de continuité des soins et, enfin, de généraliser l'utilisation de la carte CPS à l'ensemble des échanges des professionnels de santé sont en cours. Il est prévu qu'ils deviennent progressivement opérationnels entre 2002 et 2004.

B – Les forces et les faiblesses du pilotage

Les structures mises en place par l'Etat, le GIE SESAM Vitale et le GIP CPS constituent un réseau dense et complet de concertation, de coordination et de pilotage. Leur composition montre que tous les acteurs sont associés à tous les niveaux. On relève toutefois quelques faiblesses qui appellent des adaptations.

Le GIP CPS a été, lors de sa création, chargé d'assurer à la fois la maîtrise d'ouvrage et la maîtrise d'œuvre du système CPS. Cette confusion des rôles a, sans doute, été utile au stade de développement initial du projet, dans un temps où, dans un domaine pionnier, la définition des objectifs et la recherche des solutions susceptibles de les satisfaire paraissaient difficilement séparables. Mais, le caractère excessivement technique des débats qu'elle a engendrés a nui à la clarté et à la qualité du dialogue entre les opérationnels et les instances de décision. La direction du groupement a engagé une réorganisation de sa structure et de ses modes de fonctionnement en vue de pallier cet inconvénient. L'effet en reste à vérifier. Par ailleurs, l'équilibre des pouvoirs entre les membres du GIP défini par la convention constitutive ne traduit pas la réalité. La CNAMTS, assurant plus de 80 % du

financement du groupement, peut chercher à imposer ses choix, comme l'ont montré les blocages constatés en 2001⁴⁰⁰.

La question, parfois posée, de la réunion du GIE et du GIP en un seul organisme ne paraît guère pertinente, car leurs missions sont de natures différentes. Ces missions étant mises en œuvre par le truchement de systèmes techniques de natures très proches, la coopération entre les deux organismes, déjà importante, doit être renforcée, certaines fonctions techniques, comme l'émission des cartes, pouvant même être regroupées.

Les instances décisionnelles doivent mieux prendre en compte les rigidités et l'inertie inhérentes à un système d'une grande complexité, mieux évaluer les enjeux, s'appuyer sur les besoins réels, plutôt que supposés, des utilisateurs et sur le vécu du système. Dans l'attente de la mutation vers Vitale 2, la montée en charge des télétransmissions doit s'opérer dans un cadre stable. La planification des évolutions réglementaires doit tenir compte des délais et des coûts de diffusion de l'innovation dans les multiples systèmes mis en œuvre par les professionnels et l'assurance maladie. Cet impératif de stabilité semble avoir été pris en compte par les instances du GIE : les opérations Vitale 1bis et Vitale 1ter doivent se faire sans changement des fondements techniques⁴⁰¹. Il convient d'étendre cette démarche au système CPS en stabilisant l'organisation définie dans le cadre du projet CPS 2000⁴⁰².

Enfin, les bénéficiaires de l'assurance maladie ont été peu associés au débat sur SESAM Vitale. Cette situation pouvait être légitime tant qu'était en jeu une carte à microprocesseur ne contenant que des informations administratives. L'adjonction future du volet d'information médicale justifierait que des moyens d'une meilleure écoute des attentes des citoyens soient mis en place.

400. En raison de désaccords avec la direction du GIP, la CNAMTS a retardé le versement de ses contributions, au point de conduire le groupement à la limite de la cessation de paiements.

401. Vitale 1 bis consiste à attribuer des cartes aux ayant droits des assurés âgés de 16 ans et plus. Vitale 1 ter introduit dans la carte un volet supplémentaire destiné aux données d'assurance maladie complémentaire.

402. Le projet CPS 2000 organise le GIP en une infrastructure de gestion de clé délivrant des certificats normalisés de signature, d'authentification et de chiffrement (cf. ci-après). Les organismes d'assurance maladie ont souhaité qu'il délivre également des certificats, dits «certificats d'attributs», pour les différents lieux d'exercice enregistrés dans les cartes, alors que l'utilité de tels certificats n'a pas été évaluée.

C – La sécurité

En matière de sécurité, les deux organismes, qui ont un rôle moteur, ont choisi d'adopter les normes usuelles.

1 – La sécurité des composants et des procédures

Le choix initial a été celui du «tout sur la carte », car il offrait a priori un niveau de protection supplémentaire, mais sans distinction entre les données personnelles sensibles, notamment médicales, qui justifient le niveau de protection le plus élevé, et des données techniques ou administratives. Cette option systématique présente des inconvénients. Elle a, ainsi, pour effet de rendre inopérante la fonction de chiffrement de la carte CPS⁴⁰³ et d'interdire aux médecins remplaçants d'émettre des feuilles de soins électroniques.

Dans un ordre d'idée voisin, la signature des « tickets électroniques »⁴⁰⁴ que l'assurance maladie envisage d'enregistrer dans la version future de la carte Vitale, n'a pas pour objet de les protéger contre les intrusions, que leur présence dans la carte suffit à garantir, mais de leur donner une valeur probante dont le besoin n'a pas été évalué.

Il conviendrait, sans remettre en cause les principes posés par les textes, de mettre en balance le degré de sensibilité des composants ou des données à protéger, le risque de tentative d'intrusion ou de détournement, notamment évalué par une analyse coût-avantage, et le coût et les contraintes techniques des différentes solutions de protection.

2 – La protection des feuilles de soins électroniques

Le dispositif de chiffrement utilisé pour la transmission des feuilles de soins électroniques est spécifique. Cette option, adoptée à la demande de la CNAMTS, avait pour objet de minimiser la charge d'adaptation de la version expérimentale de SESAM que celle-ci avait précédemment

403. Les systèmes de messagerie et les pratiques de fonctionnement imposent, lorsque les messages à chiffrer peuvent être reçus dans plusieurs lieux différents, situation fréquente pour les professionnels de santé, l'utilisation de clefs de chiffrement distinctes implantées sur les postes de travail de ces différents lieux. L'inscription de la clef de chiffrement dans la carte CPS n'est pas compatible avec ces usages.

404. Il s'agit des copies partielles des feuilles de soins, réduites aux données de remboursement, qui doivent se substituer aux « tickets papiers » actuellement délivrés par des professionnels, qui permettent aux patients de se faire rembourser en cas de dysfonctionnement du système SESAM.

mise en œuvre. Elle pose problème : d'une part, parce que le chiffrement est partiel afin de permettre aux intermédiaires auxquels font appel certains professionnels de santé de remplir leur office⁴⁰⁵ ; d'autre part, parce que, n'ayant pas fait l'objet d'une évaluation par la DCSSI, sa capacité de résistance aux tentatives de forçage est mal connue, bien que le GIE ait pris la précaution de le confiner dans les boîtiers lecteurs de carte, enceintes fortement sécurisées où il n'est pas accessible à des tiers. Cette incertitude est porteuse de doutes. Il conviendrait de la dissiper par une information plus claire sur les données chiffrées et le niveau sécuritaire du dispositif mis en œuvre puis, lorsque la diffusion de la carte CPS 2bis sera généralisée, d'adopter les dispositifs de signature et de chiffrement qu'elle héberge.

3 – La fiabilité des circuits

La sécurité et la robustesse des systèmes s'apprécient aussi par leur aptitude à maîtriser la complexité des circuits d'information et à assurer l'implication des acteurs qui les mettent en œuvre, notamment lorsqu'ils sont nombreux et dispersés. L'enquête a, à ce niveau, détecté deux importants facteurs de risque dont l'un est lié au GIP et l'autre au GIE.

En ce qui concerne le GIP, le risque tient à ce que les informations sur les professionnels, qui lui sont nécessaires pour établir les cartes CPS, lui sont fournies par une multiplicité d'autorités compétentes dont les fichiers ne sont pas concordants (fichiers des professionnels du ministère, des ordres et de l'assurance maladie). Cette dispersion conduit à des délais d'instruction des demandes de cartes (trois mois en moyenne) qui, s'ils étaient acceptables en phase de déploiement, ne le sont plus en fonctionnement courant, a fortiori dans l'hypothèse où la carte CPS acquerrait le statut de carte d'identité professionnelle.

Pour le GIE, le risque est lié aux difficultés de diffusion des évolutions du système SESAM dans les logiciels mis en œuvre par les professionnels de santé. Le choix d'homologuer les logiciels sur des critères uniquement techniques, sans y ajouter des critères d'évaluation de la capacité des éditeurs à assurer la pérennité et la maintenance de leurs

405. Il apparaît que les données non chiffrées sont l'identifiant du patient, celui du professionnel et le montant de la prestation. La disponibilité de ces informations en clair est nécessaire à la constitution des lots de feuilles de soins et à la gestion des réponses organismes auxquels ils sont envoyés. La nature de la prestation et l'exonération de ticket modérateur sont par contre chiffrées. Les intermédiaires disposent donc d'informations permettant d'établir des statistiques croisant professionnels, patients et montants des prestations.

produits, a pour effet une multiplication du nombre de logiciels en service (près de 300 produits édités par plus de 200 éditeurs), à son tour générateur de nombreuses défaillances des circuits de mise à jour. L'accumulation de ces défaillances est porteuse d'un risque de blocage.

Les deux organismes ont entrepris d'élaborer des solutions palliatives, avec le gestionnaire de formulaires électroniques, pour le GIP, et le projet de mise à jour en ligne des logiciels des professionnels de santé, pour le GIE. Il n'est pas certain que ces réponses techniques soient suffisantes. Des solutions organisationnelles, intervenant sur l'amont, devraient être mises à l'étude.

Pour le système CPS, il conviendrait, sans remettre en cause la responsabilité des instances ordinales dans l'identification des professionnels, d'assurer la mise en cohérence a priori des référentiels des autorités compétentes, reposant sur l'utilisation d'identifiants, de codes et de nomenclatures communs, d'une part, et sur des procédures d'échanges et de contrôle qui garantissent en permanence l'identité ou la cohérence des données des différents référentiels, d'autre part. Dans le même temps, il pourrait être envisagé d'automatiser les échanges entre ces référentiels et celui du GIP CPS dans le cadre d'un réseau sécurisé qui garantisse l'origine des données, leur intégrité et leur valeur probante.

SESAM Vitale pourrait s'inspirer des systèmes de déclarations administratives dématérialisées qui sont confrontés à des problèmes de même nature et qui sont parvenus à les surmonter : le transfert de données sociales (TDS) géré par la CNAVTS et le transfert des données fiscales et comptables (TDFC) géré par la DGI.

D – Les perspectives de Vitale 2

Les deux options essentielles de la carte Vitale 2, le contenu du volet de santé et l'adjonction d'un dispositif de signature autonome, restent à préciser. Leur définition est de la compétence de l'Etat. Il importerait que les décisions soient prises rapidement.

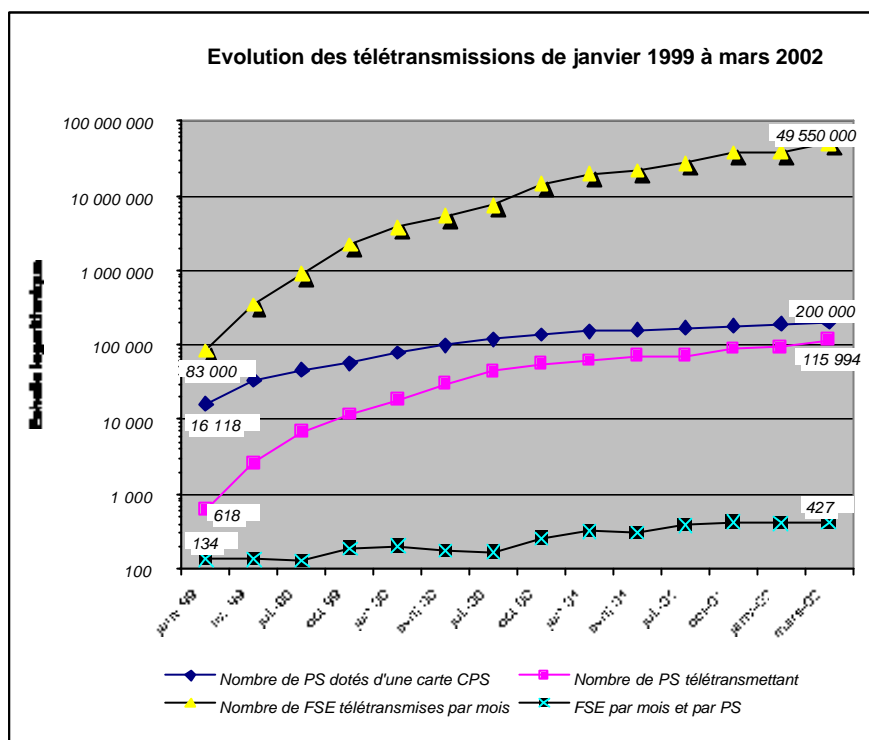
La mission pour l'informatisation des systèmes de santé propose de limiter le contenu du volet de santé aux données d'urgence définies par le projet européen CARDLINK, complétées par des pointeurs-adresses permettant d'accéder aux dossiers médicaux du porteur, enregistrés par ailleurs, et par ses dernières prescriptions. Cette proposition apporte une réponse au problème du degré de détail des données médicales à inscrire dans la carte et offre une solution pour la transmission des ordonnances dématérialisées entre les professionnels prescripteurs et les professionnels exécutants.

- L'adjonction d'un dispositif de signature autonome permettant aux porteurs de cartes d'accéder aux données du volet de santé et aux dossiers médicaux qu'il référencera. L'échéance de la mise en service de la carte Vitale 2, « individuelle », sa durée de vie et la libéralisation de l'accès des patients à leur dossier médical inclinent à soutenir cette option. Mais ce dispositif majorerait d'environ 40 % le prix de revient de la carte et d'environ 14 % la charge totale de gestion du système. Des modalités de financement sont à définir, l'assurance maladie étant réticente à l'assumer, au motif que ce dispositif n'est d'aucun intérêt pour la télétransmission des feuilles de soins.

Par ailleurs, l'intégration des données d'assurance maladie complémentaire, et par conséquent la multiplication des acteurs contribuant à l'alimentation de la carte Vitale, présentait a priori un risque potentiel de même nature que celui auquel est confronté le GIP. Le GIE s'oriente vers une solution qui le réduit. La carte Vitale 2 reste une carte de l'assurance maladie obligatoire offrant aux organismes complémentaires un espace d'enregistrement de leurs propres données qu'il leur appartient d'utiliser sous leur seule responsabilité. Cette option judicieuse présente l'inconvénient d'augmenter la fréquence des mises à jour. Il est à craindre que la multiplication des lieux où peut s'effectuer la mise à jour ne soit pas une réponse suffisante. Il serait important que les négociations conventionnelles permettent d'aboutir à la mise à jour des cartes Vitale sur les postes des professionnels de santé, de manière automatique, donc sans engager leur responsabilité.

E – L'évolution des télétransmissions

En mars 2002, 116 000 professionnels libéraux, sur les 200 000 environ dotés de cartes CPS, ont transmis près de 50 millions de feuilles de soins électroniques, soit près de 50 % du total des feuilles de soins. En juin 2000, 40 000 professionnels libéraux, sur 112 000 dotés de cartes CPS, avaient transmis 8 millions de feuilles. En un peu moins de deux ans, le nombre de professionnels télétransmettant a été multiplié par près de 3 et le nombre de feuilles de soins électroniques par plus de six. Le nombre de feuilles télétransmises par mois et par professionnel est ainsi passé de 204 à 427.



En 2000, la Cour prévoyait que le volume des télétransmissions atteindrait environ 18 millions de feuilles de soins à la fin de l'année. Cette prévision a été dépassée. Le nombre de télétransmissions a été de 19,5 millions en janvier 2001. La croissance s'est poursuivie à un rythme soutenu jusqu'en octobre (44 millions), elle est devenue presque nulle en fin d'année, avant de fléchir au début de 2002 (40 millions en février). Le fléchissement du début d'année est dû pour partie au passage à l'euro, mal préparé par certains éditeurs de logiciels, et pour partie à la grève des télétransmissions à laquelle ont appelé certains syndicats de médecins. On note ainsi que la proportion de médecins réalisant des télétransmissions, qui atteignaient 68,5 % en décembre 2001, décroît continûment au premier trimestre 2002 pour revenir à 61,8 % en mars, alors que, dans le même temps, la croissance continue pour toutes les autres professions.

La croissance des télétransmissions de la dernière année est, pour l'essentiel, imputable aux pharmacies dont le volume de télétransmissions est passé de 7 millions en mars 2001 à 31,2 millions en mars 2002, tandis que l'ensemble des autres professions passait de 10,5 à 18,3 millions.

Ces résultats sont inférieurs aux prévisions de l'assurance maladie. Par-delà les causes conjoncturelles de ralentissement de la période récente, trois facteurs contribuent à freiner le développement des télétransmissions : la non-prise en compte de certaines catégories de professionnels, les médecins remplaçants et les établissements de soins privés notamment ; la prise en compte tardive de certains types d'actes ; le développement insuffisant de dispositifs portables permettant la production des feuilles de soins électroniques lors des visites. La résolution rapide de ces problèmes est une condition indispensable à la réalisation des objectifs de développement affichés pour les années à venir.

F – Les charges de gestion

Les charges de gestion devraient, lorsque le système aura atteint son plein développement, se situer entre 0,23 et 0,30 Md€ par an sur la base des coûts unitaires actuels, soit à un niveau notablement supérieur au milliard de francs (0,15 Md€) auquel il a été souvent fait référence. Cet écart s'explique pour moitié par l'augmentation de charges liées à la carte Vitale 2 diffusée en un plus grand nombre d'exemplaires et à un coût unitaire plus élevé que celui de la carte Vitale 1.

Par référence à une situation théorique dans laquelle il n'y aurait pas de télétransmission des feuilles de soins, la dématérialisation de 80 % d'entre elles (hypothèse envisageable à échéance de 2004) laisse espérer des gains de productivité entraînant une réduction des charges de la liquidation qui pourrait atteindre, voire dépasser, 1 Md€ par an, dès lors que l'ajustement des moyens en personnels de liquidation des organismes sera effectif.

Cependant, en 1998, à la veille de la mise en service du système, les télétransmissions, dites « non sécurisées », réalisées par les pharmaciens, les laboratoires et les cliniques, représentaient environ 40 % du total des feuilles de soins, dont une part notable est désormais transmise par SESAM Vitale avec l'adhésion des pharmaciens au système. La réduction des charges qui pourrait résulter de SESAM Vitale est donc inférieure aux quelque 0,75 Md€ de différence entre les deux estimations ci-dessus. Il est toutefois probable qu'elle sera significative. En revanche, ce taux de 40 % était proche du maximum que l'on pouvait espérer atteindre dans ce contexte, le système de télétransmission utilisé n'étant guère utilisable par les autres professions de santé. SESAM Vitale était nécessaire, indépendamment des avantages qu'il apporte par ailleurs, pour aller vers une quasi généralisation de la télétransmission des feuilles de soins. Il conviendrait d'affiner les estimations pour apprécier plus

précisément les économies réalisées, en tenant compte de l'ensemble des coûts, y compris ceux liés à l'absence de télétransmission des ordonnances, d'une part, et aux erreurs de saisie des professionnels, d'autre part.

SYNTHÈSE

Après une gestation longue, le système SESAM Vitale est globalement parvenu à maturité en ce qui concerne ses structures de pilotage et gestion, ses options techniques et de sécurité et son aptitude à faire face à un large développement de la télétransmission des feuilles de soins. Pour SESAM Vitale 2, les orientations déjà retenues ou qui se dessinent paraissent, dans l'ensemble, apporter les garanties nécessaires à une évolution maîtrisée.

Des améliorations sont cependant nécessaires concernant, notamment, l'association des bénéficiaires de l'assurance maladie à la définition du contenu médical de la carte Vitale 2, l'évaluation des enjeux de sécurité, le chiffrement des feuilles de soins électroniques et la prise en compte de l'ensemble des professionnels émetteurs de feuilles de soins, ainsi que des actes qu'ils produisent. Des décisions restent à prendre sur l'organisation du volet médical de la carte Vitale 2 et la possibilité, pour les détenteurs, d'y accéder sans le truchement d'un médecin. Enfin, des facteurs de risque subsistent liés à la complexité du circuit d'émission des cartes CPS et aux difficultés de diffusion des évolutions de SESAM dans les logiciels des professionnels de santé. Il conviendrait que des solutions à l'ensemble de ces problèmes soient rapidement trouvées et mises en œuvre.

CETTE SECTION N'A PAS APPELE DE REPOSE DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES

QUATRIEME PARTIE

L'ACTIVITE DES COREC

Chapitre XIII

L'activité des Comités régionaux d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale (COREC)

PRÉSENTATION

Les inspecteurs vérificateurs des administrations déconcentrées de l'Etat (SRITEPSA pour l'agriculture, Trésor Public pour l'économie et les finances, DRASS pour les affaires sociales) ont, sous l'égide des comités régionaux d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale (COREC), vérifié en 2001 les comptes de l'exercice 2000 de 656 organismes de sécurité sociale (sur un total de 1 085) dont 235 ont fait l'objet d'un contrôle approfondi.

Les contrôles effectués par les COREC sous la surveillance de la Cour des comptes constituent la seule procédure de contrôle externe des organismes de sécurité sociale. L'association à ces procédures des services relevant de trois administrations différentes et les bonnes conditions dans lesquelles s'effectue leur collaboration avec la Cour doivent être soulignées.

I - L'activité des comités régionaux en 2001

Le nombre total d'organismes relevant de la compétence des COREC est stable (1 085 comme l'an dernier).

La diminution du nombre des organismes liée à des fusions de caisses, à l'œuvre au cours des dernières années, se poursuit (40 organismes ont disparu entre 1993 et 1997). Cela concerne plus particulièrement les caisses de mutualité sociale agricole et les organismes conventionnés du régime des travailleurs non salariés des professions non agricoles.

D'autre part, le champ de compétence des COREC s'élargit aux unions d'économie sociale, aux groupements d'intérêt économique et aux sociétés civiles immobilières auxquelles participent les caisses de mutualité sociale agricole à hauteur de 50 % des parts en capital et, d'autre part, des associations dont plus de la moitié des coûts de fonctionnement sont financés par ces caisses.

	1990	2000
Union des caisses nationales de sécurité sociale	1	1
Caisses régionales d'assurance maladie	17	17
Caisses primaires d'assurance maladie	129	129
Caisses d'allocations familiales	119	125
Unions pour le recouvrement des cotisations	105	106
Unions et fédérations d'organismes	122	124
Caisses générales de sécurité sociale et caisses prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon et de Mayotte	5	6
Total du régime général	498	508
Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM)	0	22
Régime agricole	97	145
Régime minier	29	23
Régimes des non-salariés non agricoles	293	257
Régimes spéciaux et particuliers	21	19
Régime du personnel des industries électriques et gazières	110	111
Total général	1 048	1 085

A – Les contrôles réalisés

Le nombre d'organismes contrôlés par les comités en 2001 a légèrement diminué par rapport à 2000 (respectivement 656 et 660). Le taux de contrôle est ainsi voisin de celui constaté l'an dernier (60,5 %, contre 60,8 %). Le taux de contrôle approfondi augmente sensiblement, 21,7 % contre 19,6 % en 1999, ce qui représente 22 contrôles approfondis supplémentaires.

Une part prépondérante des contrôles (47 %) a porté sur des caisses du régime général (48 % en 1999) et 23 % sur des caisses des régimes des travailleurs non salariés des professions non agricoles (22 % l'année précédente).

Au titre des points particuliers dont l'examen a été demandé par la Cour, ont été contrôlés, en 2001, 37 organismes pour la gestion du risque maladie dans les organismes de sécurité sociale et 53 caisses de différents régimes (régime général et régime agricole) pour la gestion immobilière des organismes de sécurité sociale.

Répartition par type de contrôle

	1996 (comptes 1995)		2000 (comptes 1999)		2001 (comptes 2000)	
Contrôles approfondis des comptes et de la gestion	253	33 %	213	32 %	235	36 %
Contrôles de conformité comptable	211	27 %	182	28 %	108	16 %
Contrôles de suivi des observations précédentes	306	40 %	265	40 %	313	48 %
Total des organismes contrôlés	770		660		656	

La répartition des contrôles entre les trois corps d'inspection (y compris contrôles conjoints) montre une certaine stabilité de l'activité des SRITEPSA, une légère progression de la contribution des inspecteurs du Trésor alors que la proportion des contrôles assurés par les DRASS baisse encore sur cette dernière campagne, même si elle occupe toujours la première place.

Le nombre des contrôles réalisés conjointement par des vérificateurs de deux ou trois corps de contrôle poursuit sa hausse régulière : 24,4 % des contrôles effectués en 2001, contre 22,3 % en 2000 et 5,8 % en 1994. L'essentiel des contrôles conjoints reste le fait des inspecteurs du Trésor et de ceux des DRASS : ils ont conduit ensemble 126 contrôles, contre 115 au cours de la campagne 2000 et 108 en 1999.

Répartition des contrôles faits en 2001 par corps de contrôle

	Régime général	Régime agricole	Régime des Mines	Régime des non-salariés non agricoles	Autres régimes spéciaux	URCAM	Régime EDF-GDF	Total	
Trésor	96	8	3	53	6	3	35	204	31 %
DRASS	119	0	3	67	4	9	19	221	34 %
SRITEPSA	1	66	0	4	0	0	0	71	11 %
Trésor + DRASS	84	0	5	27	3	2	5	126	19 %
Autres contrôles conjoints	8	23	1	2	0	0	0	34	5 %
Total	308	97	12	153	13	14	59	656	

Nombre de contrôles conjoints effectués en 2000 et 2001 par corps de contrôle

	TRESOR + DRASS		TRESOR + SRITEPSA		DRASS + SRITEPSA		TRESOR + DRASS + SRITEPSA		TOTAL DES CONTRÔLES CONJOINTS	
En 2000	115	78,2 %	21	14,3 %	4	2,7 %	7	4,8 %	147	100 %
En 2001	126	78,7 %	24	15,0 %	7	4,4 %	3	1,9 %	160	100 %

B – Les avis émis

Au cours de la campagne 2001, les comités ont formulé 347 avis favorables contre 342 en 2000, 212 avis favorables assortis de recommandations (185 en 2000), 36 avis favorables avec réserves (47 en 2000) et 59 avis défavorables contre 83 pour la campagne 2000.

Comme en 2000, près de la moitié des avis rendus par les comités (47 %) ont comporté des recommandations, des réserves ou étaient défavorables. On remarquera, toutefois, une baisse sensible du nombre d'avis favorables assortis de réserves ou d'avis défavorables, c'est-à-dire des avis les plus sévères, compensée par une augmentation du nombre des avis favorables avec recommandations.

	1996	2000	2001
Contrôles approfondis	253	213	235
Avis favorables	98 38,7 %	76 35,7 %	80 34,1 %
Avis favorables avec recommandations	107 42,3 %	83 38,9 %	98 41,7 %
Avis favorables avec réserves	26 10,3 %	23 10,8 %	28 11,9 %
Avis défavorables	22 8,7 %	31 14,6 %	28 11,9 %
Sursis à statuer	0	0	1 0,4 %
Contrôles de conformité comptable	211	182	108
Avis favorables	153 72,5 %	111 61,0 %	71 65,7 %
Avis favorables avec recommandations	35 16,6 %	41 22,5 %	23 21,3 %
avis favorables avec réserves	5 2,4 %	12 6,6 %	0
Avis défavorables	17 8,0 %	16 8,8 %	14 13,0 %
Sursis à statuer et sans avis	1 0,5 %	2 1,1 %	0
Contrôles de suivi	306	265	313
Avis favorables	201 65,7 %	155 58,5 %	196 62,6 %
Avis favorables avec recommandations	72 23,5 %	61 23,0 %	91 29,1 %
Avis favorables avec réserves	5 1,7 %	12 4,5 %	8 2,6 %
Avis défavorables	27 8,8 %	36 13,6 %	17 5,4 %
Sursis à statuer et sans avis	1 0,3 %	1 0,4 %	1 0,3 %
Non contrôlés	283	425	429
Total	1 053	1 085	1 085

Source : L'année est celle des contrôles ; ces contrôles portent sur les comptes de l'année n-1

L'appréciation du nombre d'avis défavorables doit être, cette année encore, relativisée, compte tenu du problème spécifique des caisses mutuelles complémentaires et d'action sociale (CMCAS) du régime des industries électriques et gazières (52 en 2001). Ces 52 avis défavorables portent en effet, à nouveau, sur la prise en charge indue des forfaits hospitaliers et des suppléments pour chambre individuelle.

La campagne 2002 devrait être l'occasion d'enregistrer les effets de l'accord du 23 janvier 2001 entre les entreprises et les organisations syndicales qui, après plusieurs années de blocage, a dégagé les voies et moyens nécessaires au redressement des comptes de ce régime et à la

cessation des irrégularités systématiquement enregistrées dans la gestion de certaines prestations.

Hormis les CMCAS, sept caisses (13 lors de la campagne 2000) ont fait l'objet d'avis défavorables : quatre à la suite de contrôles approfondis et trois dans le cadre de contrôles de suivi. Trois de ces caisses relèvent du régime général, trois des régimes des non-salariés des professions non agricoles et une caisse des régimes spéciaux ou particuliers.

Il faut distinguer deux types de caisses : celles à l'égard desquelles les comités ont renouvelé sans succès leurs critiques et celles pour lesquelles les comités ont formulé un premier avis défavorable.

1 – Certains organismes n'ont pas tenu compte des avis défavorables renouvelés à leur encontre par les comités

L'Union départementale des mutuelles guadeloupéennes (UDMG) et la mutuelle des travailleurs indépendants de Martinique (MUTIM) ont fait l'objet d'avis défavorables récurrents du COREC des Antilles-Guyane. Leur situation très dégradée tant en ce qui concerne leur gestion comptable et budgétaire que du point de vue du recouvrement des cotisations et du paiement des prestations, ne s'est pas redressée en 2000.

En janvier 2001, se fondant sur une mauvaise gestion caractérisée et le non-respect du dernier plan de redressement, la Caisse maladie régionale Antilles-Guyane (CMR) a signifié à l'UDMG son intention de dénoncer la convention les liant, si différentes mesures n'étaient pas mises en œuvre, notamment la séparation physique, comptable et bancaire des régimes obligatoires et complémentaires.

L'UDMG a ainsi amorcé sa réorganisation fonctionnelle et structurelle. Une commission de gestion comprenant trois administrateurs a été mise en place. Cependant, le COREC a jugé que les manquements relevés en 2000 restent suffisamment graves pour motiver un avis défavorable : l'exécution budgétaire reste déficitaire ; la politique de recouvrement contentieux ne s'est pas sensiblement améliorée, les obligations prises à l'occasion des trois plans de redressement consentis ces dernières années ne sont pas respectées ; les soldes de certains comptes sont très incomplètement justifiés.

Le contrôle approfondi des comptes de l'exercice 2000 de la MUTIM s'est conclu par un avis défavorable comme celui de l'année précédente. Les vérificateurs du COREC avaient formulé 43 observations dans leur rapport préliminaire. Des réponses satisfaisantes ont pu être

apportées par l'organisme sur un certain nombre de sujets. Le COREC a fondé son avis défavorable sur :

- la situation de la comptabilité qualifiée de « secteur sinistré » : le comptable recruté en octobre 1999 a assuré l'enregistrement des opérations comptables de l'exercice 2000. Démissionnaire en mai 2001, il n'avait toujours pas été remplacé en septembre. En conséquence, les opérations n'étaient pas saisies au jour le jour, les procédures comptables étaient ignorées, notamment l'émission d'ordres de recettes ou de paiements ;
- les carences persistantes, relevées depuis plusieurs exercices, en matière d'organisation, de formation, de gestion comptable, financière et de trésorerie ;
- l'absence de budget (en 2000 et 2001) qui constituait un manquement aux règles élémentaires qui président à une gestion saine et transparente.

Des critiques spécifiques ont été adressées sur la gestion de certaines CMCAS.

Pour les comptes 1999-2000, certaines caisses avaient fait l'objet d'un procès-verbal de carence par les COREC accompagné d'un avis défavorable en l'absence de transmission dans les délais réglementaires des documents de synthèse comptables à la Trésorerie générale et à la DRASS. En réponse à une intervention de la Cour sur ce sujet, le comité de coordination des CMCAS se limite à rappeler que les caisses locales sont tenues de se conformer à la réglementation en vigueur.

L'absence de comptes transmis dans les délais concerne notamment les CMCAS n° 616, Le Chesnay (Yvelines)⁴⁰⁶, n° 621 Pantin (Seine-Saint-Denis) pour laquelle un procès-verbal de carence avait été établi en 2000 et réitéré pour les comptes de l'exercice 2000/2001 lors du contrôle approfondi et n° 609 Saint-Mandé⁴⁰⁷ (Val-de-Marne).

Le contrôle approfondi réalisé sur les comptes 2000/2001 de la CMCAS de La Réunion a permis de constater que plusieurs observations devenues récurrentes, relatives, pour l'essentiel, à l'insuffisance du suivi des comptes de tiers, à l'absence de régularisations d'avances accordées aux adhérents depuis plusieurs années et au non-respect du principe des

406. Contrôle approfondi des comptes 1998/1999, contrôles de conformité des comptes 1999/2000 et 2000/2001.

407. Contrôles de conformité comptable des comptes sur les exercices 1999/2000 et 2000/2001.

droits constatés (charges liées aux prestations non rattachées à l'exercice), subsistent.

Pour la CMCAS des services centraux n° 657, l'avis défavorable a été également motivé par la reconduction d'observations antérieures (non- production des comptes annuels au 30 juin, insuffisante maîtrise des charges de gestion administrative, non-concordance entre l'inventaire des immobilisations et la comptabilité, absence d'inventaire physique des biens et des régularisations comptables nécessaires) et par de nouvelles recommandations (insuffisante justification de certains comptes, défaillance du suivi et de la récupération des prestations indues).

Par ailleurs, la gestion comptable du risque « accidents du travail » de l'entreprise « AIR FRANCE » déjà mentionné dans le précédent rapport a fait l'objet, pour les mêmes motifs (l'absence d'une comptabilité séparée), d'un nouvel avis défavorable pour l'exercice 2000. L'entreprise a mis en place une application comptable visant à répondre aux prescriptions réglementaires en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2001.

2 – D'autres organismes sont appelés à prendre les mesures appropriées à la suite d'un premier avis défavorable

L'exercice 2000 et le premier semestre 2001, au sein de la CPAM de Haute-Corse, ont été marqués par un conflit majeur entre le directeur et l'agent comptable qui a conduit le conseil d'administration à mettre fin à leurs fonctions et à nommer un directeur et un agent comptable intérimaires.

L'avis défavorable concerne aussi bien la comptabilité que la gestion. En matière comptable, il a été reproché à l'organisme un manque de justification des charges à payer sur frais de déplacement, un suivi insuffisant des créances prescrites et des créances douteuses, des difficultés d'ajustement entre la comptabilité générale et les comptabilités auxiliaires du recouvrement reflétant un manque de coordination entre l'agence comptable et le service contentieux ainsi qu'un suivi irrégulier des indus perçus par les professionnels de santé. Il a également été reproché à l'organisme de ne pas avoir mis en œuvre de dispositif de contrôle interne.

La vérification des comptes 1998, 1999 et 2000 de la fédération des œuvres sociales du Sud-Est, chargée de la gestion d'établissements sanitaires et médico-sociaux, a abouti à un avis défavorable en raison de l'absence de régularisation d'opérations anciennes sur les comptes de tiers, des irrégularités répétées dans l'application des procédures de passation et du suivi insuffisant des marchés et contrats par le siège.

En matière de marchés, le comité a relevé que, dans le cadre de la politique de déconcentration de la gestion aux établissements, des délégations ont été accordées aux directeurs et aux responsables financiers de ces structures mais le siège n'a développé aucune action de formation et d'information. Le recensement des contrats et des prestations des fournisseurs dépassant le seuil rendant obligatoire la passation d'un marché a fait ressortir que le siège n'exerçait aucun contrôle quant au respect de la réglementation des marchés. La fédération n'a développé aucune politique d'achat et de remise en concurrence des prestataires de services. Certaines obligations réglementaires n'ont pas été respectées : transmission pour avis des dossiers à la commission consultative des marchés des organismes de sécurité sociale (CCMOSS), approbation par le conseil d'administration de certains avenants. Des défaillances ont été notées dans les dossiers contrôlés : documents contractuels sujets à caution (présence, par exemple, de deux actes d'engagement comportant deux dates différentes et divergents dans leur rédaction) ; avenant ayant pour objet « la mise au point de l'offre » signé le lendemain de la signature d'un acte d'engagement consécutif à un appel d'offres restreint ; changement de la composition des lots en cours de procédure ; mauvaise analyse des offres ; dépassements fréquents du seuil de passation des marchés.

L'examen des comptes d'un organisme conventionné, chargé de gérer l'assurance maladie des travailleurs non salariés des professions non agricoles, la Mutuelle de la famille de Roubaix—Tourcoing, s'est conclu par un avis défavorable au motif que trois recommandations formulées lors du contrôle des comptes 1998 n'avaient pas été suivies d'effet. L'avis défavorable a également été fondé sur de nouvelles observations, notamment : l'absence de suivi statistique sur l'origine des indus ; la signature des bordereaux d'ordonnancement par un agent non habilité ; l'absence de plan de contrôle interne sur les opérations comptables ; la nécessité de maîtriser le déficit de gestion ; l'obligation de justifier toutes les dépenses et d'en interdire le règlement lorsqu'elles ne sont pas motivées.

En ce qui concerne les CMCAS, il convient de souligner l'accroissement du nombre d'organismes présentant un fonctionnement défaillant.

Ainsi, certains organismes ont fait pour la première fois l'objet d'un procès-verbal de carence accompagné d'un avis défavorable motivé par l'absence des documents comptables annuels de synthèse.

Pour d'autres caisses, les contrôles ont mis en évidence l'absence de plan de contrôle interne, de renouvellement ou de formalisation des délégations de signature, la mauvaise tenue de la comptabilité

(comptabilité non tenue en droits constatés, imputations comptables erronées, absence de visa des pièces comptables, incapacité à présenter certaines pièces justificatives, non-conservation des états de développement des soldes, absence de suivi régulier des comptes de tiers), l'absence d'inventaire physique des biens, le manque de rigueur dans le suivi des immobilisations, l'insuffisante réduction des délais de paiement des prestations ou la sécurisation des applications informatisées.

La situation de l'URSSAF des Deux-Sèvres, dont la gestion depuis trois ans souffrait de nombreuses et sérieuses irrégularités, semble maintenant en cours de redressement, avec le changement de directeur et la nomination d'un nouvel agent comptable.

CETTE SECTION N'A PAS APPELÉ DE RÉPONSE DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES

II - L'animation du réseau

L'animation du réseau des COREC est assurée par un comité de pilotage qui réunit, outre le président de la chambre de la Cour des comptes chargée de la sécurité sociale, le directeur général de la comptabilité publique, le directeur de la sécurité sociale, le directeur des exploitations, de la politique sociale et de l'emploi au ministère chargé de l'agriculture.

La nouvelle instruction interministérielle régissant les travaux des Comités d'examen des comptes a été adoptée par le Comité de pilotage le 6 avril 2001. Une partie des travaux de l'année 2001 a été consacrée à informer les inspecteurs vérificateurs des nouvelles procédures de contrôle et des objectifs poursuivis. A cet effet, des magistrats de la Cour ont effectué des visites dans deux COREC installés en 2001 (Ile-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur) et dans huit autres comités.

Le travail d'animation a porté également sur l'élaboration d'outils d'aide au contrôle pour les sujets de vérifications qui figureront au prochain rapport public, sur la préparation d'un guide de contrôle spécifique aux organismes agricoles et sur la refonte du manuel général de vérification ainsi que sur l'organisation de sessions de formation à vocation générale (sensibilisation des vérificateurs des trois corps de contrôle au nouveau plan comptable unique des organismes de sécurité sociale) et spécifique (les politiques régionales de gestion du risque, chapitre XI, section 3).

La Cour, au-delà des aspects qu'elle rend publics dans le présent rapport, fait une exploitation méthodique des travaux de vérification des

COREC. Elle porte à la connaissance des organismes concernés, des caisses nationales et des administrations de tutelle les enseignements qu'elle tire de ces contrôles et leur demande de la tenir informée des progrès accomplis dans la correction des anomalies qu'elle a relevées. Elle informe également chaque année les COREC et les vérificateurs des résultats de leurs contrôles par un rapport d'activité synthétique.

CETTE SECTION N'A PAS APPELE DE REPOSE DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES

CONCLUSION

S'agissant des comptes sociaux, l'année 2001 est paradoxale : bien que l'excédent des comptes du régime général ait été le plus fort enregistré depuis 1990, leur situation reste fragile.

Les comptes du régime général sont excédentaires de 1,1 Md€ en 2001, après 0,7 en 2000, 0,5 en 1999 et - 1,4 en 1998. L'amélioration s'est donc amplifiée en 2001. La progression des recettes a contribué, comme en 2000, à conforter la capacité de financement du régime général, en raison d'une croissance de 6,3 % de la masse salariale du secteur privé.

L'appréciation exacte de la situation des comptes sociaux est cependant rendue plus délicate par l'insuffisante fiabilité des comptes en droits constatés, dont témoigne l'ampleur des opérations exceptionnelles enregistrées en 2001, qu'il s'agisse de la réévaluation des produits à recevoir comptabilisés en 1999 et 2000 ou de la provision correspondant à la dette de l'Etat au titre du FOREC (2,2 Md€). En outre, en 2001, plus encore que les années précédentes, les modifications substantielles dans les règles d'affectation de recettes entre branches, liées pour l'essentiel aux modalités choisies pour financer la réduction du temps de travail, retirent une partie de leur signification aux soldes des branches et entravent la lisibilité des comptes.

L'amélioration constatée en 2001 est fragilisée par le net redémarrage des dépenses, notamment d'assurance maladie, interrompant ainsi un cycle de modération engagé en 1995, et par l'affaiblissement des dispositifs de régulation les concernant.

Sur cinq ans, de 1997 à 2001, le poids des dépenses de la branche famille s'est constamment réduit par rapport au PIB, contribuant ainsi au respect des objectifs de la programmation pluriannuelle des finances publiques. D'autre part, les dépenses de retraites, en raison de l'effet des réformes décidées en 1993 et de l'évolution favorable du nombre de retraités, ont connu une évolution modérée. Mais, cette tendance, comme chacun le sait, va s'inverser brutalement dans les prochaines années.

Ainsi, l'augmentation du poids de l'ensemble des dépenses de sécurité sociale dans le PIB observée en 2001 (20,3 % de la richesse nationale contre 20,1 % l'année précédente) résulte principalement de l'accélération de la croissance des dépenses de la branche maladie qui, passant de 114,2 Md€ en 2000 à 119,6 Md€ en 2001, ont progressé de 4,7 %. La progression a même atteint 5,6 % pour les dépenses retracées dans l'ONDAM, qui ont dépassé de plus de 2,8 Md€ l'objectif initialement voté par le Parlement.

L'année 2001 confirme, à cet égard, les analyses pessimistes que la Cour avait faites en 2000 et 2001. La période est caractérisée par une contradiction de plus en plus grande entre le volontarisme dans la fixation des objectifs et l'incapacité à mettre en oeuvre des dispositifs de régulation dans le domaine des soins de ville comme dans celui des dépenses hospitalières. Tout au plus peut-on souligner que, s'agissant de la politique du médicament, même si les dépenses ont fortement crû en 2001, le début du réexamen des conditions de prise en charge des médicaments et une action plus significative sur les prix devraient, à terme, contribuer à modérer les dépenses. En dépit de quelques mesures structurelles qui n'ont pas commencé à porter vraiment leurs fruits (formation des médecins, médicaments génériques...), les outils d'une maîtrise réaliste des soins de ville restent à construire.

En tout état de cause, l'écart croissant entre les objectifs fixés et la faiblesse des moyens d'action sur les comportements explique l'ampleur des dépassements de dépenses et limite la portée du vote du Parlement dans le cadre de la LFSS.

Le ralentissement de la croissance économique, le renversement de la courbe démographique et l'accélération attendue de la croissance des dépenses de retraites, la croissance persistante des dépenses de santé, sont autant de facteurs qui laissent présager des difficultés accrues dans le maintien de l'équilibre des comptes sociaux. S'agissant des dépenses de santé, la maîtrise des dépenses remboursées requiert une relance des actions de régulation tant à long terme (information, formation, prévention, restructuration hospitalière) qu'à moyen terme (maîtrise renforcée des dépenses pharmaceutiques, optimisation de la dépense hospitalière, généralisation des accords de bonne pratique). Si cette rénovation de la régulation devait échouer, un réexamen des modalités de prise en charge des dépenses de santé par la collectivité serait alors inéluctable.

*

* *

Sur la gestion de la dépense hospitalière, le rapport met en évidence trois constats principaux.

Il souligne, tout d'abord, la difficulté persistante dans la mise en place d'un système d'information efficace et partagé, et l'extrême lenteur des progrès enregistrés dans la connaissance de l'organisation et du fonctionnement du système hospitalier. En témoignent le faible développement de la comptabilité analytique, l'utilisation trop limitée des

données du PMSI et la conception restrictive de la procédure d'accréditation mise en œuvre par l'ANAES.

Comme pour tout service public, il devrait être possible, pour le service public hospitalier, d'apprécier la qualité du service rendu à l'utilisateur et de mesurer le coût de ce service pour la collectivité. Sur ces deux points, les études doivent être conduites rapidement avec l'ampleur et la transparence nécessaires.

Deuxième observation, relative à la modestie des restructurations. Le constat est celui d'un foisonnement d'outils de conception et de mise en œuvre de la planification, dont l'articulation est mal assurée. Les SROS, les cartes sanitaires, le régime des autorisations, le projet d'établissement, les contrats d'objectifs et de moyens et les différentes formules de coopération doivent gagner en cohérence afin de constituer les outils efficaces d'une politique de restructuration hospitalière. Il est, du reste, frappant que la majorité des établissements hospitaliers ne soient pas dotés d'un projet d'établissement. La préparation des SROS de troisième génération doit s'accompagner d'une rationalisation du dispositif.

On peut retirer de l'évolution du nombre de lits par discipline et des redéploiements de moyens le sentiment que l'offre de soins s'est légèrement restructurée ces dernières années. Toutefois, il n'existe pas de bilan fiable des effets de ces recompositions. L'évolution observée paraît cependant insuffisante au regard tant des besoins sanitaires de la population que de l'utilisation optimale des moyens publics consacrés à l'hospitalisation. On peut craindre que la restructuration ne soit dictée à l'avenir par les seules considérations démographiques, en particulier la pénurie de certaines catégories de personnels médicaux ou non médicaux. En outre, l'organisation universitaire pèse d'un poids trop lourd sur l'offre de soins hospitaliers, qu'il s'agisse de la répartition des médecins entre disciplines ou entre établissements.

Troisième observation, relative aux ARH. La création des ARH en 1997 a permis d'unifier progressivement le pilotage du système hospitalier à la fois public et privé, en associant, dans une structure souple, l'Etat et l'assurance maladie. Le bilan des ARH est positif, mais tout le parti possible n'a pas été tiré de ces institutions nouvelles. Elles ont permis une modernisation incontestable des méthodes de travail et des modes d'exercice de la tutelle, notamment au plan budgétaire. Mais leur action se heurte à deux limites : d'une part, l'insuffisante déconcentration de certains outils de régulation des dépenses hospitalières et, d'autre part, l'intervention persistante de l'administration centrale dans les procédures d'allocation des moyens.

RÉPONSES DES MINISTRES

ET

**DE LA CAISSE NATIONALE DE
L'ASSURANCE MALADIE DES
TRAVAILLEURS SALARIES
(CNAMTS)**

*REPONSE DU MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITE*

ET

*DU MINISTRE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE
ET DES PERSONNES HANDICAPEES*

Le FOREC

S'agissant de la politique de financement de la sécurité sociale et des allègements de charges, le Fonds de réforme des cotisations patronales permet d'identifier précisément le coût de la politique des allègements de cotisations et son mode de financement.

Dès lors qu'il est admis que les exonérations de cotisations sociales doivent faire l'objet d'une compensation au profit de régimes de sécurité sociale, le FOREC constitue un élément de transparence car il permet de vérifier dans quelle mesure et selon quelles modalités cette exigence est respectée.

La Cour souligne dans son rapport, à propos d'autres mécanismes d'exonération, l'intérêt qu'il y aurait à mieux connaître leur coût. Le FOREC répond à cette demande en permettant une appréciation directe, pour l'ensemble des régimes, du coût de la majeure partie des exonérations liées à la politique de l'emploi.

Une des questions qui se pose alors est l'adéquation entre le niveau des recettes et celui des dépenses du FOREC. Une adéquation annuelle exacte ne peut évidemment pas être atteinte. Toutefois, ceci ne décrédibilise pas en soi l'outil puisque des dotations budgétaires ne permettraient pas mieux d'ajuster les dépenses et les recettes. En fait, dans tous les cas, l'ajustement ne peut se réaliser que dans un cadre pluriannuel.

Les errements constatés dans la gestion du FOREC et dans la compensation des exonérations à l'égard des régimes de sécurité sociale au cours des années passées ne sauraient non plus à eux seuls justifier la suppression de cet instrument de clarté. Les principes qui ont présidé à la création du FOREC ne sont pas en cause, c'est leur non-respect qui mérite un regard critique.

Une suppression éventuelle du FOREC et un transfert de ses recettes actuelles aux différentes caisses pour compenser les pertes de cotisations actuellement financées par le fonds reste une solution envisageable. Toutefois, étant donné la complexité d'une telle mesure dans une phase de montée en charge des allègements de cotisations et de la nécessité de respecter le principe de la séparation des financements des régimes et des branches, une telle suppression apparaît pour le moins prématurée et de nature, en définitive, à obscurcir les relations entre l'Etat et la sécurité

sociale. Elle nécessite une expertise des ministères concernés, afin de garantir la compensation à la sécurité sociale de ces exonérations dans le respect du cadre fixé par la loi de 1994.

L'assiette des cotisations sociales

Les observations formulées rejoignent les préoccupations du Gouvernement, notamment sur la complexité de l'assiette et les multiples dérogations à son universalité. Nous partageons donc très largement les analyses de la Cour sur l'état de l'assiette sociale.

Son universalité et son adéquation avec les rémunérations effectives doivent être garanties, pour des raisons tant d'équité que de rendement du prélèvement social. L'utilisation des dispositifs de minoration d'assiette peut amener les entreprises à développer des dispositifs de rémunération indirecte au détriment des salaires, ce qui n'est pas aussi sans conséquence sur le niveau de la protection sociale des salariés.

L'importance des sommes en jeu justifie une évaluation systématique et régulière des dispositifs en œuvre. C'est pourquoi nous sommes très favorables aux propositions consistant à développer études et évaluations en la matière.

L'idée d'une publication en annexe de la loi de financement de la sécurité sociale d'un état de ces dispositifs et d'une évaluation de leur impact sur les recettes doit être étudiée. Elle suppose que des instruments d'évaluation soient mis au point reposant essentiellement sur l'exploitation des données recueillies par les organismes de recouvrement. En application de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion qui la lie à l'Etat depuis le début de cette année, l'ACOSS devrait être en mesure d'en fournir une partie assez rapidement. Cet objectif apparaît donc réalisable à moyen terme.

S'agissant des dispositifs dont l'objectif est de simplifier les procédures de calcul des cotisations, des mesures de simplification doivent être prises. Un examen général des assiettes forfaitaires, souvent anciennes, sera prochainement engagé pour harmoniser et rationaliser, lorsque cela sera possible, des dispositifs souvent très hétérogènes.

Surtout, ainsi que le souhaite la Cour, le régime des frais professionnels et des avantages en nature va être profondément modernisé par la publication très prochaine de deux nouveaux arrêtés et d'une circulaire refondant, simplifiant et adaptant les règles en vigueur aux évolutions que connaissent les entreprises en la matière. La nécessité d'une telle réforme repose sur le constat, partagé par les employeurs, les salariés et les organismes de recouvrement, de dispositifs trop complexes, impliquant une gestion difficile pour les entreprises et des contrôles lourds et mal compris.

Cette réforme, en cours d'ultime finalisation, intègre en particulier l'objectif d'un champ le plus large possible d'évaluations au forfait des frais déductibles ou de valorisations des avantages en nature, meilleure méthode

pour simplifier la tâche des intervenants et alléger les risques et les coûts du contentieux. Elle prend aussi en compte, pour les déductions de frais et le cas échéant pour les avantages en nature, les réalités de la vie des entreprises qui ne sont pas appréhendées dans l'actuel dispositif, et notamment la mobilité professionnelle croissante, l'utilisation des outils des nouvelles technologies de l'information et de la communication ou encore la diffusion des pratiques de télétravail.

Le statut des cotisations à l'AGFF doit également être éclairci en fonction de l'objet réel de ladite contribution et dans le respect de la cohérence globale du statut social de la protection sociale d'entreprise.

Le statut social des contributions des employeurs au financement de prestations de dépendance est relativement clair dans la mesure où l'assurance dépendance entre dans le champ de la prévoyance. S'agissant des cotisations, les contributions des employeurs au financement de prestations de dépendance doivent donc être juridiquement prises en compte pour l'appréciation du plafond d'exonération prévu au 5^{me} alinéa de l'article L. 242-1 du CSS. Par contre, les contributions à l'assurance dépendance sont assujetties à CSG et CRDS dès le 1^{er} euro en application de l'article L. 136-2 du CSS après abattement de 5 % pour frais professionnels.

La Comptabilité

Ainsi que le fait observer la Cour des comptes, la sous-évaluation par l'ACOSS des produits à recevoir 2000 et celle moins importante pour 2001 ont des conséquences non négligeables sur l'interprétation des soldes des comptes. Aussi l'ACOSS s'est-elle engagée à mettre en œuvre avant la clôture des comptes 2002 un outil d'évaluation qui devrait permettre de limiter les risques d'erreurs d'estimation. Pour les comptes 2001, nos services ont demandé à l'ACOSS de modifier ses méthodes d'évaluation des produits à recevoir en tenant compte des encaissements de cotisations. Ils seront très attentifs au respect de l'engagement pris par l'ACOSS de mettre en œuvre l'outil informatique permettant d'améliorer l'évaluation des produits à recevoir, de même qu'ils le sont s'agissant du calcul des provisions sur cotisations ou sur prestations notamment en assurance maladie.

S'agissant de l'organisation comptable relative aux comptes de la sécurité sociale, la Cour constate des difficultés et retards dans la mise en place de la mission comptable permanente des organismes de sécurité sociale et du Haut conseil de la comptabilité des organismes de sécurité sociale. Elle compare les moyens mis en œuvre par les ministères chargés de la sécurité sociale pour appliquer les réformes comptables relatives aux comptes de la sécurité sociale et ceux engagés par le ministère de finances pour appliquer les principes de droits constatés aux comptes de l'Etat.

Cette situation que soulève la Cour sur la mise en place des nouvelles structures ne reflète nullement un manque d'intérêt des ministères chargés de la sécurité sociale pour les sujets comptables. Les ministres souhaitent

notamment accélérer la mise en place du Haut conseil de la comptabilité des organismes de sécurité sociale, qui a été indûment retardée.

Par ailleurs, il convient de rappeler que :

- le principe des droits constatés a été mis en œuvre dès le 1^{er} janvier 1996 dans le régime général et au 1^{er} janvier 1997 dans tous les autres régimes, soit à peine plus de deux ans après la décision prise en juin 1994 et notifiée aux caisses en octobre 1994. ;
- la Mission interministérielle de réforme de la comptabilité des organismes de sécurité sociale (MIRCOSS) créée sur l'initiative du ministère de l'emploi et de la solidarité, malgré ses faibles moyens (trois personnes), a mis 18 mois pour élaborer un plan comptable et des normes comptables appliquées depuis le 1^{er} janvier 2002, ainsi que le souligne la Cour des comptes.

En ce qui concerne les moyens en présence, il existe en effet une réelle disparité entre ceux que le ministère des finances peut mettre en œuvre pour gérer ses propres dossiers et les moyens affectés aux services chargés de suivre les comptes sociaux. Il s'agit pour nous d'un sujet lié à la modernisation de l'Etat.

Toutefois, il est aussi nécessaire de rappeler la différence fondamentale d'organisation institutionnelle entre la sécurité sociale et l'Etat. La sécurité sociale regroupe de nombreux organismes au moins partiellement indépendants. Les normes comptables existent dans le plan comptable unique des organismes de sécurité sociale et n'ont pas nécessité la mise en œuvre de structures lourdes au niveau central de l'administration. La méthode utilisée par nos services, la MIRCOSS et la Mission comptable permanente des organismes de sécurité sociale, qui s'appuie fortement sur les différents acteurs concernés, présente l'avantage de faire évoluer les pratiques comptables avec le consensus de l'ensemble de ces acteurs. En ce sens, elle diffère de la méthode administrative, retenue pour la comptabilité de l'Etat, qui n'aurait pas permis d'associer les organismes de sécurité sociale. Elle n'aurait eu que peu de chance d'être acceptée et les réformes n'auraient pu être mises en œuvre dans des délais aussi brefs.

Enfin, nous partageons la préoccupation de la Cour des comptes sur le nécessaire rapprochement des comptes de l'Etat et de ceux de la sécurité sociale. C'est pourquoi nous aurions été favorables à ce que nos services puissent être associés aux travaux du comité des normes.

*REPONSE DU MINISTRE DE LA SANTE, DE LA
FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES*

L'ONDAM

La Cour constate l'écart entre les engagements pluriannuels de dépenses pris dans le cadre du pacte de stabilité européen et les évolutions constatées ainsi que le dépassement récurrent de l'ONDAM au cours des dernières années. Elle souligne que la crédibilité de l'objectif est la première condition d'une régulation efficace et constate l'échec des dispositifs de régulation comptable mis en place, notamment celui des lettres clés flottantes, pour les professionnels de santé libéraux.

Je partage ce constat. Je considère que l'ONDAM doit être fixé de manière réaliste et au cours d'un débat qui permet au Parlement de prendre en compte les éléments médicaux d'évolution des dépenses. La régulation doit, quant à elle, s'appuyer sur la responsabilisation de l'ensemble des acteurs, les professionnels mais aussi les assurés sociaux. Elle doit proscrire les dispositifs de maîtrise comptable et utiliser des outils médicalisés visant à améliorer la qualité et l'efficacité des soins et construits en partenariat avec les professionnels, ce qui suppose qu'une relation de confiance soit rétablie avec eux. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 doit être l'occasion d'entamer ce travail de réforme.

La politique hospitalière

Je souhaite promouvoir l'excellence de l'hôpital public et privé. La réalisation de cette politique passe nécessairement par la modernisation de la gestion des hôpitaux. Je partage donc la plupart des constats et des recommandations de la Cour, dont je salue le travail très minutieux.

Le pilotage de la politique hospitalière

Les administrations compétentes

La Cour souligne tout d'abord la nécessité de conforter le rôle stratégique de la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) en déconcentrant davantage les procédures relatives à la gestion du secteur hospitalier. La réflexion qui s'engage au sein de mes services dans la perspective de la mise en place des agences régionales de santé poursuit ce but. Elle aura notamment pour objet de proposer les transferts de compétences susceptibles d'améliorer la coordination et l'efficacité de l'action publique, au plus près des besoins des personnes. Cette réflexion rejoint également la préoccupation de la Cour de clarifier les responsabilités des préfets, des directeurs départementaux et régionaux

des affaires sanitaires et sociales, et des directeurs régionaux de l'hospitalisation (ARH).

Sans attendre la mise en œuvre de cette importante réforme, j'ai demandé à la DHOS de poursuivre et d'amplifier les efforts accomplis pour structurer et appuyer l'action des ARH et veiller à la cohérence de leurs pratiques. En 2003, ces efforts passeront, notamment, par l'amélioration des comptes rendus de campagne en cohérence avec l'accroissement des marges de manœuvre données aux agences par la globalisation des crédits et la réduction des enveloppes «fléchées». Je demande dans ce but à la DHOS de poursuivre ses travaux en vue du développement des outils informatisés de recueil des informations sur la politique budgétaire des agences (outil GEODE).

Le cadre juridique de la planification hospitalière

Je partage l'analyse de la Cour concernant les limites et le caractère essentiellement quantitatif des outils disponibles pour mettre en œuvre les objectifs de restructuration, améliorer l'organisation de l'offre hospitalière et suivre les recompositions effectives. La combinaison carte sanitaire/schéma régional d'organisation sanitaire (SROS)/autorisation, telle qu'elle résulte du droit actuel, se révèle effectivement impropre à recomposer l'existant et à répondre de manière évolutive et adaptée aux besoins de santé repérés sur les différents territoires.

Une remise à plat de ses dispositifs s'impose. Elle sera partie intégrante du plan «hôpital 2007».

L'accréditation

L'attention de la Cour est appelée sur la finalité essentiellement organisationnelle de la procédure d'accréditation. L'évaluation de l'acte médical lui-même relève d'autres méthodes (évaluation des pratiques professionnelles, recertification professionnelle) qui restent à développer et dont la procédure d'accréditation s'assurera qu'elles sont mises en œuvre par l'établissement de santé.

Je considère que l'accréditation est un élément essentiel à la promotion de l'excellence. Je partage donc le souci de la Cour d'assurer une montée en charge rapide de la procédure d'accréditation, en s'appuyant sur l'expérience accumulée par l'ANAES. Dans le cadre du plan «hôpital 2007» notamment, des décisions sur l'évolution de la procédure seront annoncées au cours des mois à venir.

L'évolution de l'offre de soins hospitaliers

La mise en œuvre de la planification hospitalière

S'agissant des trois fonds spécifiques d'aide à la restructuration du tissu hospitalier (FIMHO, FASMO-FMES et FMCP), la Cour note qu'ils ont connu une évolution qui les a éloignés de leur objectif initial, centré sur l'appui financier aux opérations de restructuration hospitalière.

Une clarification des missions des différents fonds ainsi qu'une simplification de leurs modalités de fonctionnement sont nécessaires afin de mieux répondre aux grands enjeux de la recomposition hospitalière et de la rénovation du patrimoine hospitalier. Dans ce but, j'ai demandé à mes services d'étudier les conditions permettant de répondre à la recommandation de la Cour d'une accélération de l'utilisation des fonds. De nouvelles dispositions devraient être inscrites dans le PLFSS pour 2003.

Le personnel médical hospitalier

La Cour suggère de confier aux directeurs d'ARH la gestion des publications de postes et la nomination de tous les praticiens hospitaliers. Je souscris, sur le fond, à une gestion de proximité des personnels médicaux. La DHOS réfléchit, à ma demande, aux formes de déconcentration les plus appropriées. Les mesures d'incitation destinées à valoriser les carrières des différents corps de médecins hospitaliers ainsi que le dispositif de postes à recrutement ou maintien prioritaires sont trop récents pour pouvoir encore être mesurés avec pertinence, même si un premier bilan sera dressé à l'automne. Quoiqu'il en soit, les difficultés de démographie médicale sont plus globales que l'aspect purement hospitalier, ainsi que l'ont souligné les rapports Nicolas et Duret I et II.

L'évolution de l'offre hospitalière

Je partage le constat de la Cour sur le manque d'informations sur l'impact des restructurations hospitalières. J'ai donc demandé à mes services de mettre en place un observatoire sur les re compositions de l'offre de soins dès octobre 2002, pour diffuser des références juridiques et des études, des orientations stratégiques et des outils qui ont fait leur preuve et favoriser les échanges d'expériences entre acteurs des re compositions, tout en rendant compte de l'évolution en temps réel de la re configuration du champ hospitalier. Ces travaux compléteront l'enquête en cours sur le suivi des SROS de deuxième génération en matière de périnatalité, d'urgences et de cancérologie. Les obstacles juridiques identifiés conduisent à envisager une large simplification des dispositions relatives aux coopérations, afin de les faciliter.

Par ailleurs, un travail est en cours sur la méthodologie de l'évaluation des SROS, avec les ARH et les fédérations d'établissements. Comme la Cour le suggère, je souhaite qu'une véritable cohérence entre allocation des ressources et SROS soit organisée et que des outils de suivi aux niveaux central et régional soient mis en place (indicateurs de performance, convergence entre les systèmes d'information, modalités de retour d'information au niveau national), de manière que les effets financiers du SROS soient prévus et fassent ensuite l'objet d'un suivi régional et national.

Enfin, la Cour met plusieurs fois en exergue la nécessité d'articuler davantage le SROS avec la médecine de ville et le secteur médico-social en remédiant à l'insuffisante coordination entre les intervenants et au cloisonnement des financements. Je souhaite effectivement qu'une orientation forte en ce sens soit donnée pour les prochains SROS et pour préparer la création des agences régionales de santé.

Le financement des dépenses hospitalières

L'allocation de ressources aux établissements de santé par les ARH

La Cour critique le manque de transparence dans la péréquation des dotations régionales de dépenses hospitalières et souligne le risque d'inefficacité de cette politique de correction des inégalités en raison des retards pris dans la restructuration du tissu hospitalier.

La réforme de la tarification que j'ai décidée devrait réduire ce risque : le financement des hôpitaux dépendant alors plus directement de leur activité réelle qu'aujourd'hui.

Par ailleurs, comme le souligne également la Cour, les agences régionales de l'hospitalisation doivent disposer d'une visibilité et d'une marge de manœuvre maximales sur les moyens qui leurs sont alloués. Dans ce but, j'ai demandé à la DHOS de limiter au strict nécessaire les crédits préaffectés par l'administration centrale (crédits « fléchés »), dès la fin de campagne 2002. Pour autant, je souhaite que l'action de santé publique de l'hôpital soit renforcée. Les crédits préaffectés, indicateurs de moyens, seront remplacés par des objectifs de santé public et des indicateurs de résultats. Cette évolution rendra plus efficace la politique du gouvernement dans ce domaine.

Enfin, comme le rappelle la Cour, cette politique suppose en contrepartie la production régulière par les ARH de comptes rendus de campagne détaillés, supports d'une évaluation des résultats obtenus.

La tarification à la pathologie

La Cour évoque les retards pris par ce chantier important et complexe.

Je souhaite que ce chantier avance plus rapidement et de manière plus opérationnelle qu'aujourd'hui. J'ai décidé d'engager dès 2004 la généralisation progressive d'une tarification à l'activité. Pour atteindre cet objectif, une mission spécifique sera chargée, sous ma responsabilité, de conduire en 2003 les premières simulations et de préparer le dispositif opérationnel permettant de lancer la généralisation.

Les activités hospitalières en relation avec les soins ambulatoires*Les alternatives à l'hospitalisation complète*

Je souhaite, comme la Cour, que ce type d'hospitalisation puisse effectivement prendre toute sa place dans le système de soins.

A la suite des résultats d'une enquête de la CNAMTS sur les indications, qui est en cours d'exploitation, la place potentielle de la chirurgie ambulatoire sera mieux définie et fera l'objet de recommandations aux ARH. Ces recommandations seront intégrées dans une réflexion plus globale sur le contenu et le positionnement des plateaux techniques de chirurgie, obstétrique, anesthésie et urgences, en perspective des prochains SROS.

Concernant l'hospitalisation à domicile, un projet de décret visant à limiter l'effet « désincitatif » du taux de change est à l'étude.

La prise en charge des urgences médicales

De manière générale, je partage le constat de la Cour selon lequel une meilleure prise en charge des urgences suppose une organisation plus efficace de la médecine de ville autour des patients et une meilleure coopération entre celle-ci et l'hôpital.

Concernant la participation des médecins généralistes à la permanence des soins, j'ai demandé au docteur Charles Descours, ancien sénateur, de présider un groupe comprenant l'ensemble des parties prenantes, et notamment le Conseil de l'ordre et les syndicats de médecins libéraux, en vue de me rendre des propositions opérationnelles en octobre 2002.

Par ailleurs, la place des différents intervenants dans la chaîne des urgences préhospitalières donne lieu depuis avril 2001 à un travail interministériel avec le ministère de l'intérieur, la fédération des sapeurs pompiers, les SAMU et les ambulanciers. Un projet de circulaire est en cours de cosignature avec le ministère de l'intérieur.

Enfin, s'agissant des services d'urgences, j'ai demandé à mes services de réunir les intervenants concernés pour travailler sur l'ensemble de la chaîne des soins en vue de permettre que se mette en place une véritable gestion en flux des urgences, ce qui suppose également des relais efficaces en aval des urgences à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital.

Le médicament

La Cour souligne à juste titre la forte croissance des dépenses de médicaments à l'hôpital, due principalement à l'effet de structure représenté par l'apparition de nouvelles molécules.

Je juge nécessaire de financer ces innovations afin de permettre aux patients de bénéficier de meilleurs traitements. Pour cela, il est indispensable de mettre en œuvre une véritable politique du médicament à l'hôpital afin de réduire les gaspillages.

Cette politique passe d'abord par l'amélioration du système d'information. J'ai demandé à la DHOS d'accélérer ses travaux en cours. Ensuite, et comme le recommande la Cour, j'ai demandé à mes services de me faire des propositions pour développer l'évaluation indépendante des médicaments en vue de l'établissement de listes de molécules reconnues équivalentes.

Par ailleurs, il me paraît indispensable d'aider les établissements à réformer leur politique d'achat. Cela nécessite de développer les audits des hôpitaux et de mettre en place des référentiels de gestion. Je prendrai prochainement des mesures fortes dans cette direction.

Les conditions de fonctionnement des agences sanitaires

La Cour note que le conseil d'administration de l'ANAES comporte seulement deux représentants de l'Etat, contre 23 membres représentant les professionnels de santé. La Cour suggère un rééquilibrage au profit de l'Etat pour faire évoluer la « conception prudente » que l'ANAES a, pour l'instant, de ses missions.

Je ne souscris pas à cette analyse, l'action résolue des pouvoirs publics au sein de l'ANAES ne passant pas par le nombre de ses représentants au conseil d'administration mais dépendant plutôt de la capacité des directions concernées à piloter la stratégie de l'ANAES et à la traduire précisément dans les contrats d'objectifs ; les considérations ayant prévalu en leur temps pour responsabiliser l'ensemble des professionnels, demeurant valides.

Le service de santé des armées

L'intégration du Service de Santé des Armées (SSA) dans le régime de la dotation globale a été réalisée au 1^{er} janvier 2002. Il faut tout d'abord préciser que la dotation globale de fonctionnement versée par l'assurance maladie ne constitue qu'une partie du financement du SSA : les missions du SSA exercées pour les besoins propres des armées continuent d'être financées par l'Etat. Le calcul de la dotation globale est assis sur le volume de prestations réalisées au profit des assurés sociaux et non sur les coûts de fonctionnement global du SSA. Le déficit évoqué par la Cour pour 2001 provient essentiellement de la diminution de l'activité du SSA pour le besoin des armées et l'assurance maladie ne peut être sollicitée pour le couvrir. A l'inverse, si l'évolution de la démographie médicale et soignante du SSA venait réduire l'activité réalisée au profit des assurés sociaux, la dotation globale devrait être réduite en conséquence, la pérennisation du financement de structures en sous-activité relevant de la responsabilité des armées.

Il est souhaitable que ces évolutions, lourdes de conséquences en termes sociaux et sanitaires, soient anticipées au mieux et c'est pourquoi je souhaite que mes services et ceux du ministère de la défense se rapprochent pour mettre en place les dispositifs d'information nécessaires.

REPONSE DU MINISTRE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE

ET

DU MINISTRE DELEGUE AU BUDGET ETA LA REFORME BUDGETAIRE

Les observations formulées par la Cour rejoignent dans leur majorité les préoccupations du ministère. Tel est le cas, en particulier, des analyses et des recommandations relatives au pilotage de la politique hospitalière, à la mise en place de la tarification à la pathologie ou aux conditions de fonctionnement des agences sanitaires.

Le financement de la sécurité sociale

La Cour rappelle qu'en 2001 l'équilibre du FOREC n'a pu être réalisé que grâce à la comptabilisation de treize mois de recettes. Elle ajoute que, pour l'avenir, l'équilibre annuel du FOREC nécessitera des ajustements permanents des ressources affectées qui rendront l'évolution d'une année sur l'autre peu lisible.

En cohérence avec l'analyse de la Cour, le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie constate que le FOREC n'a été ni une garantie efficace de compensation à la sécurité sociale du coût des allègements de charges ni un facteur de clarification du financement de la sécurité sociale. L'existence de ce fonds a, au contraire, constitué une des principales sources d'opacité du financement de la sécurité sociale. Dès lors, il y a lieu de se demander si l'existence du FOREC est encore justifiée.

La présentation des comptes en droits constatés

Comme le souligne la Cour, la présentation des comptes 2001 en droits constatés a été perturbée par les décisions du Gouvernement sur la créance détenue par les régimes sur le FOREC au titre de l'année 2000 et par des erreurs d'évaluation des produits à recevoir de 2000 sur la CSG et les cotisations. Afin d'obtenir une image plus fidèle des comptes, la Cour neutralise donc ces opérations purement comptables.

Le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie partage la préoccupation de la Cour et, conformément à la convention d'objectifs et de gestion Etat-ACOSS 2003-2005, veillera à la mise en place de la base AROME qui doit permettre d'affecter les encaissements des URSSAF à l'exercice dont ils relèvent. Il estime par ailleurs qu'une coopération entre la Mission de modernisation comptable de l'Etat et la Mission comptable permanente des organismes de sécurité sociale sera d'autant plus fructueuse que les réformes de la comptabilité de l'Etat et des organismes de sécurité sociale doivent répondre au même impératif de transparence et de sincérité des comptes.

Les mécanismes de régulation des dépenses de santé

La Cour observe que l'amélioration du résultat du régime général en 2001, sans précédent depuis 1990, a été fragilisée par la vive progression des dépenses de santé (+ 5,6 % dans le champ de l'ONDAM). Elle dresse le constat d'échec des procédures de régulation créées par les lois de financement de la sécurité sociale successives : les mécanismes destinés à agir à court terme n'ont jamais joué et la mise en place de ceux susceptibles d'agir à long terme a enregistré des retards. Elle relève par ailleurs que la répartition des tâches entre les caisses d'assurance maladie, qui ont reçu délégation pour gérer l'ensemble des dépenses d'honoraires des professionnels de santé et des remboursements des transports sanitaires, et l'Etat, qui conserve la responsabilité dans le domaine des médicaments, des dispositifs médicaux et des indemnités journalières, ne donne pas pleine satisfaction.

Le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie partage les préoccupations de la Cour et considère qu'un nouveau dispositif de régulation associant d'une façon équilibrée industriels, professionnels de santé et patients doit être mis en place.

Le pilotage de la politique hospitalière

La Cour juge positif le bilan des ARH mais estime que tout le parti possible n'a pas été tiré de ces institutions : le fléchage national des crédits, la distribution de crédits hors dotation régionale et l'assouplissement de la contrainte budgétaire depuis 2000 ont porté atteinte à l'efficacité des diverses méthodes d'allocation des ressources que les ARH ont développées pour améliorer la productivité des établissements de soins et contribuer à la recomposition de l'offre de soins hospitaliers. Elle plaide donc pour une plus grande déconcentration de certains outils de régulation des dépenses hospitalières.

Le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie est favorable à la réduction des crédits dont l'affectation est décidée au niveau national et à la responsabilisation accrue des ARH afin de mettre en cohérence la politique d'allocation budgétaire avec les recompositions hospitalières. L'efficacité de la gestion en administration centrale d'enveloppes émietées vers de nombreux bénéficiaires n'est pas avérée et mobilise des moyens humains importants.

Ainsi, la gestion des fonds d'intervention, tels que le FIMHO, le FMES et le FMCP, pourrait être déconcentrée aux ARH dans un souci de mise en cohérence des politiques de restructuration. Comme le souligne la Cour, la question d'une fusion du FIMHO et du FMES mérite d'ailleurs d'être posée, tant pour éviter la multiplication de procédures lourdes et coûteuses que pour restaurer le principe du financement par l'assurance maladie des dépenses d'investissement des hôpitaux. De manière identique, la gestion des praticiens hospitaliers devrait, elle aussi, être déconcentrée car les conditions de la planification hospitalière sont étroitement dépendantes des évolutions de la démographie médicale.

Enfin, le financement de certaines dépenses hospitalières hors ONDAM, par le FMES ou par l'Etat au titre du protocole du 14 mars 2000 pour le remplacement des personnels absents, n'est pas justifié : ces dépenses ont vocation à être intégrées dans l'ONDAM. Au demeurant, les importantes mesures budgétaires des établissements de santé contredisent la politique de restructuration menée par les ARH depuis 1996.

La Cour estime par ailleurs que le foisonnement des outils de conception et de mise en œuvre de la planification dont l'articulation est mal assurée a permis seulement des restructurations de l'offre hospitalière modestes, au regard des besoins sanitaires de la population comme de l'utilisation optimale des moyens publics. Le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie partage ce constat et estime, comme la cour, que le poids des préoccupations universitaires dans la détermination de l'offre constitue un frein majeur aux restructurations. Il souligne par ailleurs qu'une réflexion sur l'organisation de l'AP-HP apparaît comme l'un des enjeux importants de la politique hospitalière, en raison tant de son poids dans

l'ONDAM (10 % des dépenses hospitalières) que de son exemplarité dans le monde de l'hôpital public.

La tarification à la pathologie

La Cour identifie deux obstacles à la mise en œuvre de cette réforme majeure : la mesure du coût des missions de service public et l'intégration des honoraires des médecins libéraux au calcul des points ISA.

Le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie partage cette analyse. En effet, ce nouveau mode de tarification doit s'appliquer dans les mêmes conditions aux établissements publics et aux établissements privés, ce qui suppose qu'il recouvre des charges comparables. De ce fait, les honoraires médicaux doivent être intégrés au calcul des points ISA, mais, au-delà, devraient être placés dans une enveloppe limitée de crédits comme les dépenses des hôpitaux publics. Le mode de rémunération des médecins des secteurs public et privé devrait être uniformisé, sauf à maintenir une situation inégalitaire entre des établissements dont l'activité serait alors rémunérée sur les mêmes bases. De même, les surcoûts relatifs aux missions de service public des hôpitaux ne peuvent pas être totalement expliqués par les charges directes de ces missions, comme le souligne la Cour : une partie de l'écart trouve sans doute son origine dans les différences juridiques, organisationnelles et sociologiques qui séparent les secteurs public et privé.

Ces obstacles doivent donc être levés préalablement à la mise en œuvre de la tarification à la pathologie, sauf à ajouter à la confusion en instaurant un système unique de tarification qui recouvrirait des situations contrastées et dissimulerait des coûts de structures et des modes de rémunération différents.

Les conditions de fonctionnement des agences sanitaires

Comme le recommande la Cour, une clarification des champs de compétence respectifs des diverses agences paraît indiquée. Elle devrait concerner non seulement les agences, mais également les directions concernées du ministère chargé de la santé. Le domaine de la santé environnementale semble particulièrement concerné, compte tenu du nombre important d'intervenants qu'il mobilise : direction générale de la santé (sous-direction gestion des risques des milieux), AFSSAPS, AFSSA, INERIS, IRSN (né du regroupement de l'ISPN et de l'OPRI) et, désormais, AFSSE.

Sur le plan de la gestion, le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie partage le constat de la Cour quant au niveau excessif des fonds de roulement et la sous-consommation budgétaire de plusieurs agences. Les contrats d'objectifs et de moyens devraient permettre d'équilibrer leur gestion budgétaire. Ceux de l'EFG et l'InVS ont d'ores et déjà été formalisés. Un contrat d'objectifs et de moyens liant l'Etat et l'AFSSAPS doit être élaboré pour la période 2003-2005. Conformément à la démarche retenue pour les autres agences sanitaires, la négociation du contrat sera fondée sur

les conclusions de l'audit de l'agence que réalisent actuellement l'IGF et l'IGAS. Les premières conclusions de cet audit sont attendues pour le mois de septembre 2002.

Enfin, la Cour considère à juste titre que l'établissement d'un cadre statutaire commun pour les contractuels de droit public recrutés par les agences constitue une évolution importante. Ce statut, qui doit être finalisé dans de brefs délais, permettra, en effet, de garantir une plus grande cohérence des déroulements de carrière entre les personnels des agences et ceux du ministère chargé de la santé. En harmonisant les conditions de recrutement entre les diverses agences, il facilitera la mobilité des personnels. L'élargissement du champ d'application de ce décret à d'autres agences renforcera sa portée. Ces avantages auront, comme le relève la Cour, un coût budgétaire important qui pourra toutefois être étalé sur deux exercices.

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)

Observations sur les dépenses d'assurance maladie et leur régulation

Le constat incontestable que dresse la Cour des dépassements systématiques des enveloppes financières fixées par le Parlement et le Gouvernement pour couvrir les dépenses d'assurance maladie de tous les secteurs de soins (soins de ville, hôpital, cliniques privées, médico-social) met en évidence la nécessité d'une réforme du système de régulation du système de soins. Dans cette perspective, l'assurance maladie, par sa politique de gestion du risque, a pour objectif de participer à une optimisation médicalisée des dépenses et contribue à la définition du contenu médical des dépenses dont l'objectif est présenté annuellement au vote du Parlement.

S'agissant plus particulièrement des soins de ville et, en leur sein, de l'activité des professions de santé libérale, la CNAMTS a, comme la Cour le souligne, choisi en 2001 de n'élaborer qu'une partie du rapport d'équilibre prévu à l'article L.162-15-3 du Code de la sécurité sociale. Ce choix résulte non seulement du caractère tardif de la fixation par le Gouvernement du montant de l'objectif des dépenses déléguées mais surtout des enseignements tirés de la première année d'application du dispositif de régulation des dépenses instauré par la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2000. A été ainsi confirmé le caractère déstabilisant pour la politique conventionnelle, et donc pour la capacité des syndicats de professionnels à souscrire des engagements, des mesures tarifaires unilatérales que les caisses pouvaient prendre au vu de l'évolution des dépenses. La situation des masseurs-kinésithérapeutes est, à ce titre, significative : la baisse unilatérale de la valeur de leurs lettres clés a eu pour conséquence de suspendre dans la pratique toutes relations conventionnelles avec cette profession, et en particulier de freiner l'action commune qu'auraient dû développer ensemble

caisses et syndicats de masseurs-kinésithérapeutes pour accompagner la réforme de la nomenclature inscrite dans l'avenant du 5 août 2000.

S'agissant de l'option médecin référent, on dénombre 6 419 médecins référents au 15 avril 2002, soit plus de 10 % des généralistes conventionnés. Quant aux assurés qui choisissent de passer contrat avec l'un de ces généralistes, leur nombre continue de croître depuis 1998 au rythme de 30 000 par mois environ pour atteindre 1,2 million d'assurés au 15 avril 2002. Le succès de cette option ne doit pas se mesurer au seul nombre des médecins généralistes qui y adhèrent car elle n'a pas pour ambition de devenir un modèle unique d'exercice généralisé à toute la profession. Le doublement du montant du forfait par patient n'avait pas en soi pour objectif de multiplier le nombre de médecins référents mais de valoriser l'accroissement des engagements souscrits par ces médecins. Cette option illustre ce que la loi du 6 mars 2002 va permettre d'instiller dans l'ensemble des conventions nationales avec les différentes professions de santé, rompant ainsi avec le caractère monolithique des conventions et offrant aux professionnels la possibilité d'opter pour des dispositifs qui améliorent l'efficacité des soins tout en correspondant à la diversité de leurs aspirations et modes d'exercice.

Les accords de bon usage des soins qui s'inscrivent dans cette même finalité vont pouvoir s'étendre en couvrant de nouveaux champs de l'activité médicale, comme l'a prévu d'ores et déjà l'accord conclu avec les médecins généralistes ainsi que les autres professions. Il en va de même des contrats de bonne pratique qui n'ont pu être conclus avant 2002, faute de parution du décret nécessaire.

L'ensemble de ces dispositifs contractuels, porteurs d'une volonté d'optimisation médicalisée de dépenses, continuera d'être complété par les dispositifs de contrôle, désormais mieux ciblés, des caisses et de leur service médical. Cette dernière dimension de la politique de gestion du risque rend indispensable la restauration rapide par les pouvoirs publics d'une instance habilitée à sanctionner le non-respect par un professionnel des référentiels, sauf à rendre vains les contrôles opérés par les caisses et l'opposabilité des références établies par les agences compétentes.

Sur ce point, il importe que les caisses nationales puissent sans ambiguïté être commanditaires de travaux auprès des agences, comme l'ANAES, qu'elles financent pour une large part et à qui il appartient de fixer des recommandations de bonne pratique qui concilient l'objectif médical et l'objectif économique. La nécessité de l'élaboration par la communauté scientifique, selon une méthode validée, de référentiels et de protocoles de soins, prend en effet une acuité accrue à mesure que l'on entend développer une régulation médicalisée du système de soins.

Les agences régionales de l'hospitalisation

La création des ARH en 1996, en même temps qu'elle consacrait le niveau régional comme cadre de pilotage de la politique hospitalière comme le souligne la Cour, confortait également un risque de morcellement de l'approche du système de soins, obstacle au développement de complémentarités, notamment entre le secteur hospitalier et la médecine de ville.

Si les ARH ont constitué une solution innovante de partenariat entre l'assurance maladie et l'Etat, celle-ci n'a résolu :

- ni les modalités de préservation de l'autonomie et de l'identité de chacune des composantes des GIP, difficulté accrue par le mode de représentation de l'assurance maladie ;
- ni les garanties quant à l'adéquation aux missions exercées des moyens dévolus aux agences par chacun de ses membres. Ces questions revêtent d'autant plus d'importance pour l'assurance maladie qu'elle consacre des moyens très importants à ces agences, ainsi qu'il en ressort notamment des bilans annuels effectués par la direction du service médical de la CNAMTS.

En outre, la CNAMTS partage le constat que dresse la Cour sur les limites de la portée de la réorganisation hospitalière réellement opérée par les agences jusqu'alors.

Les clarifications sur le mode de fonctionnement des agences sont en outre essentielles pour la conduite de la politique arrêtée par l'assurance maladie en 2001, politique qui définit les actions prioritaires sur lesquelles doivent être mobilisées les ressources de l'assurance maladie conformément aux priorités de santé publique exprimées par les pouvoirs publics, à l'instar des enquêtes d'évaluation des besoins en matière de chirurgie ambulatoire, d'imagerie médicale et d'insuffisance rénale chronique.

Ces travaux, comme ceux portant sur la chimiothérapie ambulatoire programmés pour 2003, sont autant d'éléments d'évaluation pour l'élaboration des prochains schémas d'organisation sanitaire.

Ils mettent en évidence, s'il en était besoin, la nécessité d'une approche complémentaire des secteurs de soins hospitaliers et ambulatoires et montrent ainsi les atouts de l'assurance maladie pour cette approche globale qui doit s'exercer au-delà de sa participation aux ARH. Les exemples de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique et des urgences cités par la Cour font apparaître les spécificités de ces activités, aux confins des secteurs de la ville et de l'hôpital, et la nécessité d'une complémentarité de leur action.

C'est bien dans cet esprit que les négociations conduites en 2002 ont permis d'améliorer la prise en charge des actes de petite urgence en cabinet de ville et reconnu pour la première fois l'astreinte assurée par le médecin

généraliste dans le cadre des gardes médicales, en lien avec le Conseil national de l'ordre des médecins.

Cette voie mérite d'être poursuivie dans le cadre des relations partenariales avec les médecins, comme sont aujourd'hui engagées des actions expérimentales, dans le cadre du FAQSV, sur les centres de régulation des appels ou les maisons de garde médicale par exemple.

Le contrôle interne et la gestion du risque

La CNAMTS s'est engagée dans la refonte des outils méthodologiques mis à la disposition des caisses, sachant que la réussite du contrôle interne au sein de l'assurance maladie passe nécessairement par une appropriation par chaque caisse de la nouvelle approche de l'analyse de risque, en fonction de leur environnement local.

Par ailleurs, soulignant l'apport des URCAM en termes de développement et de cohérence de la politique de gestion du risque, la Cour n'en relève pas moins certains défauts, notamment de complexité et d'articulation entre les compétences respectives des organismes qui composent ces unions, de quelque régime qu'ils relèvent.

Conscient de la nécessité de parfaire l'efficacité de son action, le régime général a engagé, en mobilisant l'ensemble de ses composantes, une réflexion sur la nécessaire reconfiguration de son réseau qui doit permettre, en matière de gestion du risque comme dans d'autres domaines, la qualité de service notamment, de concilier une amélioration sensible de la performance collective et le maintien ou le développement d'une proximité plus à même de répondre aux besoins des assurés et de déconcentrer les relations avec les professionnels de santé.

La gestion immobilière des caisses

Comme l'a constaté la Cour, la CNAMTS s'est dotée de pôles de compétences immobilières au niveau régional, qui permettent un suivi strict du patrimoine de l'assurance maladie, tant qualitativement que quantitativement.

La caisse nationale encourage l'ensemble de ses organismes – notamment les caisses primaires – à se doter de véritables schémas directeurs immobiliers visant aux regroupements et aux restructurations patrimoniales aussi souvent que cela est possible. Les ventes d'immeubles ont été nombreuses dans la période 2000-2002.

Par ailleurs, la caisse nationale a invariablement invité ses organismes à organiser une mise en concurrence auprès des entreprises, même dans les cas où le montant des travaux ne donnait pas lieu à passation de marchés. Au-delà, la nécessité d'un appel d'offres constitue évidemment une règle intangible.

Même si les critiques portées sur les unions immobilières sont globalement justifiées, les UIOSS présentent un bon bilan en termes de ratios de gestion (consommation de fluides, électricité, impôts et taxes, assurances etc).

Sauf à mettre en place une autre alternative juridique de gestion en commun qui pourrait entraîner les mêmes inconvénients, principalement en termes de qualité de relations entre les caisses, l'autonomie de chaque organisme composant les UIOSS pourrait induire des opérations de relogement très onéreuses au travers de la construction ou de l'acquisition d'immeubles.

Le système SESAM-VITALE

La Cour note que la diffusion du système SESAM-VITALE est désormais telle qu'elle a dépassé les prévisions faites par la Cour elle-même et constitue maintenant une modalité irréversible de transmission des feuilles de soins à l'assurance maladie. Pour autant, le système SESAM-VITALE appelle des évolutions :

- dans son organisation, et la CNAMTS a proposé au Conseil de surveillance de SESAM-VITALE, qui regroupe l'ensemble des partenaires impliqués dans ce projet, de s'atteler à une redéfinition de ses modalités d'organisation et de gestion ;
- dans ses finalités et son contenu, en sorte d'intégrer au fur et à mesure les avancées technologiques. C'est ainsi que s'est progressivement dégagé un consensus sur l'opportunité de s'orienter vers le système SESAM-VITALE « en ligne » profitant des technologies internet ;
- de ses partenariats, en sorte de démultiplier les avantages acquis des premières années de fonctionnement et de faciliter son appropriation et utilisation par les professionnels : c'est dans cette perspective que les caisses nationales et les conseils nationaux de l'ordre des différentes professions de santé se sont engagés en vue d'une utilisation partagée de la CPS.

RÉPONSES DES ADMINISTRATIONS

ET DES ORGANISMES

CHAPITRE I**LES RESSOURCES DE LA SECURITE SOCIALE EN 2001****IV – L’assiette des cotisations sociales***REPOSE DE L’ASSOCIATION GENERALE DES
INSTITUTIONS DE RETRAITE DES CADRES (AGIRC)*

L’AGIRC tient à réaffirmer la spécificité des régimes complémentaires conventionnels obligatoires aux plans national et interprofessionnel, gérés paritairement par les partenaires sociaux dans le cadre d’une mission d’intérêt général et qui, à ce titre, ne sauraient relever des lois de financement de la sécurité sociale.

Le régime de retraite des cadres applique strictement le principe de l’assiette réelle correspondant aux rémunérations effectives et n’a retenu dans aucun cas les forfaits appliqués dans le régime général. Il n’est pas davantage concerné, compte tenu de la population qu’il couvre, par les exemptions de cotisations. A la différence du régime de l’ARRCO, il n’a donc pas eu à pâtir de ce type de minorations d’assiette, qui aurait été préjudiciable au renouvellement de ses ressources.

Au chapitre des anomalies concernant la définition de l’assiette cotisable, l’AGIRC ne peut que déplorer le contentieux actuel diligenté par certaines URSSAF tendant à voir soumises à cotisations les aides sociales, et spécialement les bourses d’études octroyées, sélectivement et dans le cadre de la politique sociale du régime, par les institutions de retraite de cadres à leurs ressortissants.

En ce qui concerne l’évaluation des pertes de recettes, le régime de retraite des cadres a la préoccupation, légitime pour un régime autofinancé, que le développement des dispositifs d’intéressement, de participation ou d’épargne salariale ne se fasse pas aux dépens du renouvellement de l’assiette cotisable, risque particulièrement avéré, compte tenu de sa population spécifique et de son assiette différentielle.

S’agissant du plafond d’exonération applicable aux contributions des employeurs, il ne semble pas exact de dire qu’il a toujours été fixé de manière à couvrir les cotisations affectées aux retraites complémentaires.

Il paraît, en effet, évident qu’il n’a pas pris en compte le renchérissement continu du financement de la retraite qui s’est traduit par une augmentation régulière des contributions principalement destinée à compenser l’allongement de l’espérance de vie. A cet égard, l’intégration dans l’assiette cotisable des 20 % de cotisations correspondant au pourcentage d’appel (125 %) et non génératrices de droits, récemment

confirmée par la Cour de cassation, illustre ce décalage, qui aboutit maintenant, comme l'indique le rapport, à des réintégrations systématiques pour des salaires dépassant à peine la moitié de la tranche C.

Au plan de la gestion administrative, il convient aussi de souligner les difficultés liées au recouvrement des contributions sociales que les institutions sont tenues de prélever sur les arrérages qu'elles versent à leurs allocataires, difficultés dues à l'hétérogénéité des règles applicables, qu'il s'agisse des populations concernées, des assiettes à retenir, des taux différenciés ou des cas d'exonération, et génératrices de coûts de gestion non négligeables.

CHAPITRE IV
LES RELATIONS FINANCIERES ENTRE
L'ETAT ET LA SECURITE SOCIALE

III – La situation réciproque Etat-sécurité sociale
(trésorerie, créances et dettes)

REPONSE DE L'AGENCE CENTRALE DES
ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE (ACOSS)

La Cour indique que l'ACOSS a abandonné le recouvrement direct des produits qui relèvent de la responsabilité d'une autre entité.

Il convient de noter que l'ACOSS a sorti des recettes du recouvrement direct ce qui, d'une part, ne relevait pas du financement du régime général et n'a donc pas à figurer en compte de classe 7 dans la comptabilité et, d'autre part, les produits dont le recouvrement ne relève pas de sa responsabilité.

Concernant le premier point, le fait de sortir certains produits pour compte de tiers de la comptabilisation de la classe 7 n'a pas automatiquement conduit à abandonner le recouvrement. A cet effet, la direction de la sécurité sociale a autorisé la création d'une nouvelle pièce comptable « Etats de recettes », pour distinguer ces opérations comptabilisées en classe 4 mais dont l'agent comptable reste responsable du recouvrement.

Concernant le deuxième point, il convient de noter que des conventions ont été passées entre chaque caisse nationale et l'ACOSS pour préciser les responsabilités de chacun en matière de recouvrement afin de mettre fin aux dérives rencontrées non seulement dans les procédures de recouvrement, mais également dans les comptes, c'est-à-dire :

- l'émission de titres de recettes par l'ACOSS qui n'avait aucun droit juridique pour recouvrer ces recettes et aucun élément de vérification sur la liquidation. Ainsi, l'agent comptable prenait en charge ces titres alors qu'il n'avait aucun recours juridique en cas de non-paiement ;
- des montants différents enregistrés dans les comptes de l'ACOSS et ceux des caisses nationales, ce qui portait atteinte à la clarté des comptes. Cette situation était liée au calendrier de clôture, celui-ci conduisant l'ACOSS à comptabiliser un produit à recevoir alors que les caisses nationales comptabilisaient le produit liquidé ;
- des notifications de produits par l'ACOSS qui n'étaient pas prises en compte par les caisses nationales pour ces recettes précises, puisqu'elles étaient elles-mêmes à l'origine de la liquidation de

ces produits. L'agent comptable prenait naturellement en charge le montant liquidé par son ordonnateur ;

- des modalités différentes de comptabilisation entre les caisses nationales et l'ACOSS, l'exemple le plus flagrant étant le RMI qui était comptabilisé, à la CNAF, en compte de tiers, puisqu'il consiste à couvrir des prestations pour le compte de l'Etat, et, à l'ACOSS, en classe 7, alors qu'il ne constitue pas, au sens des comptes, un financement du régime général.

Il n'en demeure pas moins que, pour ces opérations qui deviennent ainsi des transferts financiers, l'ACOSS joue son rôle en matière de gestion de trésorerie, soit :

- évaluer, avec les acteurs concernés, les dates auxquelles les sommes sont attendues sur le compte de l'ACOSS ouvert à la Caisse des dépôts et consignations ;
- rappeler ceux-ci à leurs obligations en cas de défaillance.

Ainsi, cette réforme, qui a été mise en œuvre dans le cadre du nouveau plan comptable, n'est pas un abandon de travaux qui étaient effectués auparavant, mais a bien pour objet la clarification des comptes et une plus grande cohérence dans les procédures de recouvrement dont les agents comptables sont personnellement et pécuniairement responsables dans les établissements publics.

*REPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE
NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE
DES PROFESSIONS LIBERALES (CNAVPL)*

Je constate que, dans le passage relatif aux transferts de l'Etat vers la sécurité sociale, il n'est pas fait mention de l'obligation de l'Etat de procéder au remboursement des cotisations exonérées dans le cadre du dispositif de l'Aide aux Chômeurs, Créateurs et Repreneurs d'Entreprises (ACCRE).

En effet, en vertu de la loi n° 95-116 du 4 février 1995 et de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, l'exonération des douze premiers mois de cotisations accordée par nos sections professionnelles dans les régimes d'assurance vieillesse de base et invalidité-décès doit donner lieu à compensation intégrale par le budget de l'Etat.

Or, jusqu'à ce jour, et malgré les demandes réitérées de la CNAVPL auprès du ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, les sections professionnelles de l'organisation n'ont obtenu aucun remboursement des exonérations de cotisations qu'elles ont accordées. Il convient d'ailleurs de préciser que la direction de la sécurité sociale a souligné le bien-fondé de la demande de la CNVAPL lors de la réunion de

son conseil d'administration le 21 mars 2002, mais elle a évoqué l'existence d'une interprétation divergente de la part du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie.

CHAPITRE V

L'ORGANISATION COMPTABLE ET LES COMPTES

II – Les provisions dans différentes caisses de sécurité sociale

REPONSE DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE (ACOSS)

Les problèmes dans l'estimation des produits à recevoir au moment de la clôture des comptes

En dehors de l'erreur de centralisation sur l'exercice 2000 qui a conduit l'ACOSS à réorganiser les procédures d'envoi et de validation des données dans les URSSAF afin de supprimer ce type de risque, l'exercice de prévision des produits à rattacher à l'année achevée, compte tenu du fait générateur et des dates de clôture, reste soumis à un aléa important. Celui-ci dépasse les erreurs habituelles que l'on constate, s'agissant des prévisions mensuelles effectuées par l'ACOSS, du fait de la volatilité particulière des cotisations perçues en janvier. C'est sur ce mois, en effet, que portent les cotisations liées aux primes de fin d'année, ainsi que les régularisations effectuées spontanément par certaines entreprises. Notons, à ce propos, qu'alors même que les prévisions propres de l'ACOSS se sont révélées appréhender de manière correcte les conséquences du ralentissement de fin d'année (sur les encaissements URSSAF hors déductions au titre des exonérations des six premiers mois de l'année, l'écart entre les prévisions effectuées au moment de l'estimation des produits à recevoir et les réalisations est seulement de l'ordre de 30 M€), le mois de janvier est celui sur lequel l'erreur est la plus grande.

Il convient, à ce titre, de rappeler que la prévision économique d'assiette salariale n'est jamais réalisée dans les organismes d'analyse économique (INSEE, DARES...) sur un pas inférieur au trimestre et qu'elle comporte néanmoins des erreurs d'appréciation importantes. Seule l'ACOSS, dans cet environnement, mène un exercice sur pas mensuel pour les besoins de suivi de sa trésorerie et de la loi de financement. Les risques supplémentaires liés aux salaires versés en décembre seront réduits lorsque des travaux d'analyse complémentaires seront menés, conjointement avec les instituts économiques, sur les éléments de salaires versés seulement sur ce mois. Ce travail est inscrit dans le programme d'études de l'ACOSS.

L'aléa qui a affecté les calculs initiaux des produits à recevoir pour les années 1998, 1999 (quand bien même l'écart a posteriori s'est révélé faible pour cette année) et 2000 était de l'ordre de ± 450 M€. La nouvelle procédure utilisée à partir de l'exercice 2001 ayant permis d'effectuer le calcul des

produits à recevoir un mois plus tard, l'amplitude de cet aléa a diminué et peut être estimée sommairement à environ ± 300 M€

La mesure a posteriori des produits à rattacher effectivement à l'année précédente

La connaissance de cet élément permettra d'expliquer le résultat d'un exercice comptable sans pour autant le modifier. En effet, le fait générateur retenu implique des résultats comportant une large part d'estimation, ces résultats comptables devenant définitifs à la clôture. Pour cette estimation, l'ACOSS ne dispose pas, en effet, jusqu'ici d'outil permettant d'apprécier de manière exacte ces montants. La centralisation des écritures détaillées des comptes cotisants (base AROME) rendra possible, entre autres, ce calcul ainsi qu'une analyse fine des régularisations intervenues d'un exercice sur l'autre. En outre, dans le cadre de la mise en oeuvre du Plan comptable unique des organismes de sécurité sociale, chaque compte comptable a été subdivisé en «exercice courant» et «exercices antérieurs». Si la base AROME et les nouveaux éléments comptables dont l'ACOSS disposera autoriseront bien un rapprochement extra-comptable entre les produits à recevoir qui ont été comptabilisés et les produits effectivement à rattacher, le gain en termes d'amélioration de l'estimation des produits à recevoir restera limité comparativement aux incertitudes mentionnées au paragraphe précédent.

Au total, il convient d'insister sur le fait que la fragilité de l'estimation des produits à recevoir est inhérente à la production rapide de comptes en droits constatés à partir du moment où le fait générateur retenu est la période de versement de salaires et que celle-ci n'est connue que beaucoup plus tardivement par la branche du recouvrement : il conviendrait d'ailleurs de parler de sous-estimation (surestimation) des PAR plutôt que d'erreur. Tout sera fait par l'ACOSS pour améliorer son expertise conjoncturelle sur les encaissements, les produits et les assiettes (cf. convention d'objectifs et de gestion, deuxième partie) mais il restera toujours un aléa important sur le montant des PAR. Celui-ci est évidemment encore plus important au niveau des organismes locaux, comme au niveau détaillé de la nomenclature comptable.

Dans ces conditions, c'est effectivement le calcul des produits à rattacher à l'exercice (par le moyen de la base AROME et des comptes comptables «exercices antérieurs») qui permet, seul, d'avoir une vision économique des évolutions de produits et de solde d'une année sur l'autre en s'appuyant sur la date de leur exercice de rattachement. Les calculs menés à ce jour indirectement ont conduit à fournir une estimation des produits à rattacher effectivement à l'exercice précédent sous forme de fourchette. C'est sur ces bases que les versions révisées des comptes nationaux en droits constatés peuvent alors s'appuyer.

Les provisions

Le rapport mentionne à la fois la « robustesse » de la méthode utilisée, basée sur le critère d'ancienneté de la créance, et les « aléas sérieux » qui l'affectent. Une note de l'ACOSS du 12 décembre 2000 montre pourtant que les montants provisionnés - en 1995 en l'occurrence - sont proches des montants qu'il convenait d'évaluer pour être cohérent avec le recouvrement ultérieur des créances. Les principales limites de la méthode touchaient, en fait, à l'application uniforme du même taux de provisionnement à toutes les branches et à l'utilisation des chiffres de la dernière année pour l'extrapolation future du recouvrement (au lieu de les mesurer sur une année « moyenne »). Ces deux points font l'objet des travaux du groupe chargé de l'adaptation des méthodes de provisionnement.

Par ailleurs, la restriction du champ du provisionnement aux seules créances qui sont parvenues au stade de la contrainte pose de nouvelles difficultés :

- les créances qui ne sont pas parvenues encore au stade de la contrainte ne sont en aucun cas des créances dont le recouvrement est certain ; elles ont, en effet, une probabilité non négligeable d'atteindre le stade de la contrainte (en particulier s'il s'agit de nouvelles créances d'un cotisant dont toutes les créances antérieures sont déjà douteuses) puis de devenir irrécouvrables. Cette définition conduira à ce que toutes les créances douteuses auront commencé par être non douteuses. Cela amènera finalement à un sous-provisionnement au regard des risques réels de non-recouvrement des créances constatées dans les URSSAF ;
- ce changement dégrade fortement les possibilités d'amélioration de la répartition des provisions entre les différents attributaires. En effet, si les comptes permettent d'évaluer de manière assez détaillée les flux qui affectent le stock de créances (pour chaque attributaire par le biais des produits, charges et encaissements, mais aussi par exercice grâce aux chiffres de la gestion « statistique »), la seule information sur les créances douteuses est contenue dans un compte global.

Au total, l'ACOSS fera des propositions sur la base de simulations de différentes méthodes de calculs à la Mission comptable permanente d'ici la fin de l'été pour l'arrêt de la méthode de provisionnement pour l'exercice 2002.

De manière plus générale, il conviendrait (« pour mesurer l'impact de ces augmentations de produits à recevoir sur les comptes de chacune des caisses, il faut tenir compte de l'évolution des provisions sur les cotisations à recevoir et des reprises de provisions ») de ne pas faire de lien entre les estimations de produits à recevoir et celles sur les provisions. Certes, ces deux éléments sont les seuls à relever de méthodes estimatives et les aléas qui

les affectent peuvent, dans certains cas, se compenser. Mais ils sont néanmoins relativement indépendants, les dotations aux provisions rendant compte de dépréciations sur des créances anciennes, alors même que les produits à recevoir sont liés à un fait générateur mal mesuré au moment de l'arrêt des comptes.

CHAPITRE VI

LE PILOTAGE DE LA POLITIQUE HOSPITALIERE

I – Les administrations compétentes

*REPONSE DU DIRECTEUR GENERAL
DE L'ADMINISTRATION GENERALE DU
MINISTERE DE L'INTERIEUR, DE LA SECURITE
INTERIEURE ET DES LIBERTES LOCALES*

Les agences régionales de l'hospitalisation

La Cour souligne la complexité de la répartition des compétences entre les ARH et les autorités préfectorales sur deux points particuliers : d'une part, la responsabilité des contrôles des établissements de santé et, d'autre part, la gestion des carrières des directeurs d'établissements et des praticiens hospitaliers.

Elle préconise que soient clarifiées les responsabilités respectives des préfets et des ARH.

La Cour propose également de revoir les missions assignées aux services déconcentrés de l'Etat pour concentrer leur action sur les missions essentielles et développer, au sein des agences, des compétences spécialisées en matière de contrôle de gestion et de gestion des ressources humaines.

Ces analyses n'appellent pas d'observation particulière de ma part.

L'existence de plusieurs « donneurs d'ordre », aux plans national et régional, s'agissant des contrôles en matière sanitaire et médico-sociale n'est effectivement pas sans susciter des difficultés relatives, en particulier, à la charge de travail des services de l'Etat. En effet, les programmes de contrôle des ARH sont réalisés par les DRASS.

C'est pourquoi, à tout le moins, une meilleure régulation des demandes de contrôles émanant du niveau national et la détermination de priorités me semblent tout à fait souhaitables.

La Cour évoque par ailleurs la création des comités techniques régionaux et interdépartementaux

A cet égard, s'agissant, de manière plus générale, de l'organisation territoriale de l'Etat, j'observe que la création de ces derniers témoigne de la sollicitation croissante de l'échelon régional de l'Etat, au-delà du strict champ de coordination défini par la charte de la déconcentration de 1992.

Dans le cadre des orientations fixées par le ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales, mes services ont engagé une

réflexion sur une meilleure articulation des compétences entre les échelons régional et départemental.

*REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE
MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES*

Au travers de ses observations, la Cour aborde plusieurs points sur lesquels la CNAMTS souhaite faire les remarques suivantes :

- Tout d'abord, des travaux sont en cours pour évaluer de quelle manière les concours de l'assurance maladie peuvent être réajustés au regard de l'augmentation de 24 % des subventions versées par l'Etat en 2001.

La Cour souligne que, dans le fonctionnement quotidien des agences, les services de l'Etat éprouvent souvent des difficultés à maintenir à niveau leurs effectifs. Par contre, globalement, l'assurance maladie rencontre moins de difficultés à respecter ses engagements, à l'exception des CRAM interrégionales.

En effet, 5 CRAM sont dans cette situation (Normandie, Bourgogne-Franche-Comté, Nord-Est, Alsace, Nord-Picardie). Au-delà du cas particulier de la CRAM Nord-Picardie, les autres caisses régionales ont eu l'occasion d'exprimer les difficultés nées de la couverture de deux régions ARH. Des travaux engagés sur la refonte de la comptabilité analytique des Caisses régionales permettront, à partir de 2002, de mieux identifier les coûts de fonctionnement des CRAM affectés aux ARH et d'en mesurer l'impact.

Par ailleurs, les bilans annuels effectués par la direction du service médical de la CNAMTS dans le cadre de la préparation de la loi de financement de la sécurité sociale permettent d'évaluer les moyens mobilisés par le service médical dans le cadre de son concours aux ARH avec ventilation des principales anomalies constatées et des actions correctives proposées aux directeurs d'ARH ainsi que leur impact en termes de décisions finales.

- En second lieu, la Cour évoque le positionnement de la CNAMTS sur le secteur de l'hospitalisation, au travers des termes de la lettre CAB/DIR du 27 juin 2001.

De nombreux travaux ont été initiés associant CRAM, DRSM et services de la CNAMTS.

Il s'agit tout d'abord de mobiliser les ressources du réseau assurance maladie sur les enquêtes d'évaluation des besoins en matière de chirurgie ambulatoire, d'imagerie médicale et d'insuffisance rénale chronique dans le cadre des deux plans nationaux annoncés par le ministre de la santé en 2001.

Il s'agit ensuite en 2003 de la réalisation d'une enquête nationale sur la chimiothérapie ambulatoire qui est la poursuite des travaux engagés par la

CNAMTS sur la prise en charge des personnes atteintes de pathologies cancéreuses (enquête nationale de la radiothérapie).

Ces travaux s'inscrivent dans l'objectif d'évaluation des besoins de la population en vue de la construction des prochains schémas d'organisation sanitaire. Leur ambition est de permettre à la fois une évaluation de la situation sur le plan des bonnes pratiques et sur le plan organisationnel, mais aussi sur le plan économique et financier.

Un second champ d'action porte sur la mutualisation des compétences au sein du réseau, sur les contrats d'objectifs et de moyens des établissements de santé et sur l'articulation entre les soins de ville et l'hôpital.

Le troisième volet concerne le positionnement de l'assurance maladie au sein des agences en termes d'investissement et de cohérence.

En troisième lieu, la Cour émet le souhait d'une professionnalisation des agents chargés des contrôles et de la nécessité de développer des audits au sein des structures. La CNAMTS partage cette préoccupation, ce qui la conduit à engager une réflexion sur la constitution d'un outil d'audit de la performance des établissements de santé permettant d'évaluer les structures à partir de leur positionnement au travers des SROS, d'analyser leur santé économique et financière et de s'assurer des bonnes pratiques médicales et d'une organisation adaptée aux standards existants.

Aujourd'hui, au stade du cahier des charges, son développement sera réalisé en 2003 pour le rendre opérationnel après test sur le terrain en 2004.

- Enfin, la Cour souligne la nécessité de mieux prendre en compte les secteurs non hospitaliers dans l'élaboration des SROS de troisième génération en 2003.

L'articulation entre le secteur des soins de ville et le secteur hospitalier devient un enjeu majeur de la bonne organisation graduée, coordonnée et cohérente de la prise en charge des malades.

La CNAMTS, avec l'appui d'un groupe constitué de trois directeurs d'URCAM et de médecins conseils régionaux, a en charge de proposer une méthode de programmation de domaines d'investigation à expertiser en commun entre URCAM et ARH et inscrit respectivement dans le PRAM de l'URCAM et dans le PRT de l'ARH.

Les premiers thèmes retenus devraient faire l'objet des premiers travaux en 2003 dans les trois régions choisies.

Par ailleurs, les thèmes choisis dans le cadre des enquêtes nationales (chirurgie ambulatoire, chimiothérapie cancéreuse, insuffisance rénale chronique, imagerie médicale) couvrent à la fois le champ du secteur ambulatoire et le champ de l'activité hospitalière.

*REPOSE DE L'AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION DE BOURGOGNE*

Au-delà des moyens traditionnels de contrôle et plus largement d'audit visant à développer des pratiques de bonne gestion dans les établissements de santé, les ARH sont actuellement dépourvues de moyens pour mener à bien cette mission d'audit, tant sur le plan des moyens humains (les services de l'Etat comme ceux de l'assurance maladie n'étant pas formés et préparés à cette démarche) que sur le plan du budget des ARH, dont la faiblesse ne permet ni de recruter des experts au sein des équipes rapprochées ni de faire appel à des sociétés extérieures pour réaliser ces audits. Or, ces audits sont indispensables pour évaluer la situation médico-économique réelle des établissements et en déduire la politique de recomposition qui doit s'imposer. L'ARH de Bourgogne partage pleinement les remarques de la Cour sur la nécessité de mettre en place un contrôle de gestion sur les établissements de santé.

II – Le cadre juridique de la planification hospitalière

*REPOSE DE L'AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION DE BOURGOGNE*

Les instruments actuels de la planification, la carte sanitaire et le SROS, mériteraient d'être adaptés pour mener à bien une véritable politique de recomposition. En particulier, la carte sanitaire est devenue un instrument obsolète qui ne permet plus de réellement appréhender les besoins de la population en matière de soins hospitaliers. Il conviendrait que la carte et le SROS ne forment plus qu'un seul et même document de planification dans lequel, à partir de l'appréciation des besoins, des orientations en matière de réorganisation de l'offre seraient données, tout en se référant aux normes nationales fixées en termes de fourchette (minimum – maximum) afin de laisser aux ARH une certaine marge de manœuvre dans la mise en œuvre de ces normes en fonction des caractéristiques propres de la région et des établissements de santé.

La fusion de la carte sanitaire et du SROS permettrait ainsi de superposer plusieurs découpages (secteur sanitaire, bassins de vie, zones de coopération) de manière à n'en faire plus qu'un.

Par ailleurs, le régime des autorisations, tel qu'il existe actuellement (renouvellement décennal), n'est pas adapté pour conduire une politique active de recomposition. L'ARH devrait être en mesure de pouvoir procéder au renouvellement de manière beaucoup plus régulière (cinq ans) qui soit en cohérence avec la durée de validité du SROS. Par ailleurs, la faisabilité financière des demandes devrait être prise en compte comme un argument

dans les autorisations, de manière à orienter les établissements sur les activités qu'ils doivent en priorité assurer ou développer.

III – Le système d'information sur l'hôpital

REPONSE DU CENTRE HOSPITALIER DE MULHOUSE

Le centre hospitalier de Mulhouse n'utilise pas les points ISA pour la répartition interne de ses moyens budgétaires. Il s'agit d'une position de principe : le recueil des informations du PMSI s'effectue selon un découpage particulier (les unités médicales), puis la valorisation en point ISA intervient sur la totalité du séjour. Dans ces conditions, il n'est pas possible de transposer en interne le mode d'allocation budgétaire externe, les centres de responsabilité ne constituant pas, à l'instar des établissements, des entités homogènes et substituables entre elles.

Pour autant, le centre hospitalier de Mulhouse est engagé dans une politique de contractualisation interne et de développement de la comptabilité analytique. Les budgets sont négociés par centres de responsabilité depuis 1986 sur la base d'indicateurs d'activité traditionnels enrichis, depuis 1995, de données médicalisées issues du PMSI.

IV – L'accréditation

REPONSE DE L'AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE (ANAES)

Le champ de la procédure

Cette question importante nécessite d'apporter quelques informations complémentaires au constat exprimé par la Cour.

L'agence et ses instances (dont le conseil d'administration associe les fédérations de l'hospitalisation et la tutelle) n'ont pas écarté du champ de l'accréditation l'évaluation de la qualité des soins.

En effet, si l'accréditation n'est pas en charge de l'évaluation des compétences individuelles des professionnels qui assurent les soins donnés aux patients, elle a pour objet de promouvoir une amélioration continue de la qualité des soins au travers de l'amélioration de l'organisation et des pratiques professionnelles, dans une approche centrée sur une prise en charge multiprofessionnelle du patient.

L'ensemble des modèles d'accréditation développés au plan international (USA, Australie, Canada en particulier) présente le même positionnement sur cette question, confirmé par la responsabilité distincte

confiée à d'autres organismes ou sociétés professionnelles que les agences d'accréditation pour exercer respectivement ces missions de contrôle des compétences (structures équivalentes à l'Ordre des Médecins en France, aidée par les « collèges » qui regroupent les généralistes et les spécialistes).

Les dispositions de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ont confirmé l'intérêt de ces thématiques en intégrant dans un cadre législatif des dispositions professionnelles, ce qui corrobore et réaffirme les références du manuel d'accréditation.

Pour ce qui concerne l'évaluation des pratiques professionnelles cliniques, le constat de la Cour est intéressant, mais mérite d'être nuancé :

D'ores et déjà le manuel comporte des références qui permettent à l'établissement de favoriser l'évaluation des pratiques professionnelles (OPL 15, QPR4).

Si l'accréditation ne porte pas sur l'évaluation de la qualité technique ou de la pertinence des actes cliniques, elle s'assure que l'établissement a mis en œuvre des actions d'évaluation portant sur les actes communément réalisés et/ou estimés à risque. Elle précise également des thèmes cliniques qui devront faire nécessairement l'objet d'analyse, comme la prise en charge de la douleur, les soins palliatifs, les interactions médicamenteuses, les effets indésirables, la prévention des infections...

Ces pratiques ne sont pas généralisées, même si en terme de faisabilité, l'ANDEM, en son temps, avait collaboré avec plus de 300 établissements sur la qualité de la tenue du dossier du malade et son évaluation.

C'est dans la perspective d'une médicalisation de la démarche que M. Bernard KOUCHNER, alors ministre délégué à la santé, a demandé en 2001 un rapport sur cette question importante ouvrant sur des perspectives réalistes et crédibles d'une interface constructive entre procédure d'accréditation et évaluation des pratiques professionnelles. On notera à cet égard, qu'actuellement seule la médecine libérale se voit appliquer une démarche établie par une loi pour développer, sur la base du volontariat, l'évaluation des pratiques professionnelles, en ayant confié la mise en œuvre à des organisations professionnelles : les unions régionales des médecins libéraux (URML).

Tenant compte de ces remarques légitimes en 2002, notamment celles de la Cour, l'ANAES développera une expérimentation courte en 2003 en vue de la renforcer et de la généraliser ensuite. L'évaluation des pratiques professionnelles sera prise en compte dans la procédure d'accréditation.

Cette expérimentation est attendue par les autres pays. Ils n'ont pas retenu cette option mais sont très intéressés pour analyser les orientations françaises en la matière.

La montée en charge de l'accréditation

Nous souhaiterions nuancer les propos de la Cour. En effet, après une phase expérimentale conduite en 1998, le manuel d'accréditation a été disponible dès février 1999, après avis des instances de l'ANAES, soit à peine 15 mois après leur installation et la réunion du premier groupe de travail constitué pour l'élaboration des référentiels.

La formation des experts-visiteurs a démarré, dès septembre 1998, avec la première session de formation de 73 experts-visiteurs. A fin 1999, 179 experts-visiteurs avaient été formés par l'Agence.

Enfin, le lancement effectif de la procédure est intervenu en juin 1999, suite à la publication du dernier « vecteur » réglementaire attendu par l'agence fixant la composition du dossier d'engagement de la procédure d'accréditation (arrêté du 6 mai 1999 publié au Journal Officiel du 2 juin 1999). Ces délais seraient intéressants à comparer avec les autres pays mettant en œuvre l'accréditation.

Les premières visites d'accréditation (hors phase expérimentale) ont eu lieu en décembre 1999 suite à l'engagement des premiers établissements en juin 1999, à l'issue de la publication de l'arrêté sus visé.

Par ailleurs, le Collège de l'accréditation, désigné par le ministre, a été nommé à la fin de l'année 1999.

La montée en charge progressive de l'accréditation s'explique de différentes manières, et notamment par le fait que l'ANAES réponde à une demande exprimée par les établissements de santé. Or, en 1999, 2000 et 2001, l'ANAES a répondu à toutes les demandes des établissements. L'ANAES n'a pas autorisé pour obliger les établissements à accélérer leur procédure d'accréditation. Des réunions interfaces ANAES/DHOS/ARH ont été organisées pour favoriser l'engagement de tous les établissements de santé dans la procédure.

Il n'en demeure pas moins que la question de la Cour relative à l'objectif d'accréditer 3 000 établissements de santé d'ici 2006 est une question pertinente et légitime. Dès 2001, la direction générale et le conseil d'administration ont prévu une étude permettant, après avoir visité 200 établissements, d'adapter le « process ».

Il s'agissait, par cette étude, d'analyser pour permettre une évolution de la procédure et d'atteindre les objectifs fixés, rejoignant en cela le constat de la Cour et des instances de l'agence. Les résultats de cette étude ont été présentés au Conseil d'administration de juin 2002.... ».

Les recommandations ont été formalisées à partir de ce constat pour :

- renforcer la communication relative aux finalités de la procédure afin d'en améliorer la cohérence de perception ;
- renforcer et structurer le rôle des chefs de projets ;
- renforcer les responsabilités des experts visiteurs (qui, seuls, ont vu les établissements) ;
- spécifier le rôle du Collège de l'accréditation (pour assurer la cohérence et l'équité et être la structure de recours) ;
- renforcer l'appui managérial et organisationnel du processus d'accréditation (évolution des référentiels, management opérationnel du service des démarches d'accréditation, informatisation, indemnisation des experts visiteurs...).

Ceci va dans le sens des recommandations finales de la Cour et a, d'ores et déjà, permis de simplifier certaines étapes de la procédure.

Les conséquences de l'accréditation

L'ANAES est chargée de mettre en œuvre l'accréditation. Tel qu'indiqué dans le manuel d'accréditation (cf. p.12) l'accréditation se différencie d'autres démarches telles que la planification, les procédures d'autorisation, l'allocation des ressources relevant de la compétence des ARH qui disposent de leurs propres outils en la matière. Ainsi qu'indiqué (p. 13 du manuel d'accréditation), les résultats des procédures d'accréditation pourront être pris en compte dans ces processus de décision. Les échanges réguliers de l'ANAES avec les ARH, la DHOS et les fédérations des établissements de santé montrent que la réflexion doit être poursuivie en ce domaine.

Conformément à ce qui est indiqué ci-dessous, la démarche de l'accréditation trouve sa légitimité non pas dans « une simple forme d'assurance qualité » mais dans la promotion d'une démarche d'amélioration continue de la qualité des établissements de santé, qui constitue un changement culturel profond dans le mode d'appréhension de la dimension qualitative par les professionnels de santé. De plus, cette légitimité s'appuie sur une dimension transversale, multiprofessionnelle et globale de tous les processus qui participent à la prise en charge du patient, donc vise à une qualité globale des soins apportés. Cette démarche initiale devra naturellement évoluer et permettre d'accompagner une évolution culturelle et professionnelle des organisations et des pratiques de soins.

Au total, nous souscrivons ainsi aux recommandations finales de la Cour. Plusieurs points d'amélioration ont déjà été mis en œuvre. Nous avons toujours affirmé que l'accréditation était une démarche évolutive dont l'objectif est spécifique mais ne peut pas régler tous les problèmes de fonctionnement des Etablissements de santé. L'accréditation a été mise en

place dans un milieu professionnel dynamique mais qui n'avait pas de connaissance et d'expériences organisationnelle et culturelles de ce type.

CHAPITRE VII

L'EVOLUTION DE L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERS

I – La mise en œuvre de la planification hospitalière

REPOSE DE L'AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE BOURGOGNE

Le projet d'établissement

Conformément à la réglementation en vigueur, les projets d'établissement sont, pour l'instant, individuels et approuvés par l'ARH établissement par établissement. Or, si l'ARH souhaite mettre en place une politique active de recomposition, il est nécessaire que celle-ci se traduise dès la réflexion des projets d'établissement qui doivent devenir de véritables projets interétablissements, sur le plan tant médical qu'administratif, social, de gestion ou de l'informatique. Il est important que les textes évoluent pour permettre à plusieurs établissements devant coopérer (au sein d'un groupement de coopération sanitaire, d'un syndicat interhospitalier, d'une communauté d'établissements, d'une zone de coopération) de ne présenter qu'un seul et même projet, puis dans un second temps de négocier avec l'ARH un seul contrat d'objectifs et de moyens. Il faut passer d'une logique individualiste à une logique interétablissements.

Les outils juridiques de la recomposition hospitalière

Si les textes prévoient de nombreuses modalités juridiques de coopération, il est à constater que, dans la pratique, aucune n'est réellement satisfaisante, et de nombreuses difficultés juridiques (notamment sur le plan de la responsabilité juridique, mais aussi sur les problèmes de statuts différents) restent non résolues à ce jour. Or, ces difficultés peuvent être un frein à la coopération hospitalière.

REPOSE DE L'AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE RHÔNE-ALPES

Pour ce qui concerne les coopérations interrégionales, il peut être utile de rappeler que le centre hospitalier d'Oyonnax a entamé, au sein du département de l'Ain, depuis le milieu des années soixante-dix, un processus de rapprochement, particulièrement difficile, avec l'hôpital voisin de Nantua. La création d'un syndicat interhospitalier entre ces deux établissements en 1976, puis sa consolidation au cours des années quatre-vingt, a pu aboutir, après la suppression des activités de chirurgie et d'obstétrique de Nantua en 2001, à la fusion des deux établissements au 1^{er} janvier 2002.

La création de l'agence a donc permis de rendre effectif un projet qui stagnait depuis de nombreuses années.

Il aurait été illusoire, alors que les obstacles à franchir étaient nombreux pour aboutir à cette fusion, d'entreprendre parallèlement une démarche de coopération avec un troisième établissement.

Toutefois, sans attendre la naissance du nouveau centre hospitalier du Haut-Bugey, les deux agences de Rhône-Alpes et de Franche-Comté ont souhaité qu'une réflexion soit initiée sur les complémentarités envisageables entre les deux ensembles hospitaliers.

Ainsi, dès le mois de mai 2001, les représentants des communautés médicales et des équipes de direction concernées ont entrepris de travailler à la définition d'un projet concerté de coopération.

Toutefois, l'état de vétusté et de désorganisation de l'hôpital d'Oyonnax impose, pour des raisons de sécurité et d'efficacité impératives, de prévoir la reconstruction de l'établissement.

De son côté, le centre hospitalier de Saint-Claude termine des travaux importants d'aménagement et de restructuration qui rendraient délicat l'abandon ou la sous-utilisation des locaux actuels.

Par ailleurs, la présence du site de Nantua et l'association de l'hôpital de Moret au centre hospitalier de Saint-Claude rendent difficile le choix d'un site acceptable par tous dans un délai proche.

L'agence Rhône-Alpes entend donc procéder par étapes en confortant le développement des coopérations. Un site viabilisé ayant été mis à disposition par la communauté de communes d'Oyonnax, elle souhaite favoriser, dans les délais les plus courts, la reconstruction de l'hôpital d'Oyonnax, tout en promouvant une collaboration étroite avec Saint-Claude, notamment sur le plan médical. Dans un deuxième temps, ces collaborations pourront donner lieu à la mise en place d'une structure juridique commune qui pourra enfin œuvrer, en dernier lieu, à la répartition progressive et complémentaire des activités sur les différents sites, en attendant leur éventuelle réunion.

REPOSE DU CENTRE HOSPITALIER D'ALENCON

L'appartenance des établissements à des régions administratives différentes est source de difficultés. Toutefois, les centres hospitaliers d'Alençon et de Mamers ont su en venir à bout par :

- l'association dans une même communauté d'établissement ;
- la création d'une fédération médicale interhospitalière ;
- l'exercice multisite des praticiens hospitaliers.

Cette coopération s'est également concrétisée par la mise en place d'une antenne décentralisée du service mobile d'urgence et de réanimation.

Pour le développement de ces coopérations, il serait souhaitable que la réglementation autorise (ce qui n'est pas actuellement le cas) la participation de plein exercice d'un établissement hospitalier à la communauté d'établissement d'une autre région, y compris avec un renforcement de la régionalisation.

REPONSE DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER D'AMBERT

Dès 1990, mon prédécesseur avait contracté avec un consultant pour la réalisation d'un « plan directeur » qui, malgré son titre, allait au-delà d'une simple approche patrimoniale et contenait nombre de développements relevant d'un projet d'établissement tel que la réglementation l'a ultérieurement défini. Un « projet d'établissement 1993-1997 » a été réalisé et présenté aux instances.

La direction départementale de l'action sanitaire et sociale du Puy-de-Dôme ayant demandé des modifications, les instances de l'établissement ont approuvé un document amendé, à la durée de réalisation allongée jusqu'en 1998. Ce document, bien que transmis à la tutelle, n'a jamais été suivi de réponse et, à ma connaissance, aucun des projets d'établissements présentés par divers hôpitaux du Puy-de-Dôme n'a été officiellement autorisé ou rejeté.

Les principaux axes d'évolution que le projet visait se sont donc réalisés - pour ceux qui ont été concrétisés - « au fil de l'eau », c'est-à-dire année après année au terme de chaque campagne budgétaire, et ce avec des résultats malgré tout tangibles :

- diminution de lits en gynécologie-obstétrique ;
- diminution de capacité en chirurgie ;
- augmentation de capacité en moyen séjour ;
- création d'une unité psychiatrique (unité de soins médico-psychologiques) ;
- création d'une hospitalisation de jour médico-chirurgicale ;
- création de postes médicaux...

Toutes ces modifications de fonctionnement se sont faites sans bouleversement du « squelette » des bâtiments.

REPONSE DU CHU DE NÎMES

Il convient de préciser que le conseil d'administration a adopté le projet médical du CHU de Nîmes par délibération du 17 décembre 1993.

Sur cette base, le conseil administration a adopté le projet d'établissement par délibération du 14 octobre 1994. Le projet d'établissement a été approuvé par arrêté préfectoral du 21 avril 1995.

Le projet médical a été actualisé au cours de l'année 1997 et adopté par le conseil d'administration par délibération du 22 novembre 1997.

Parallèlement, et dès le 5 juin 1997, a été lancée la procédure de contractualisation avec l'agence régionale de l'hospitalisation du Languedoc-Roussillon.

Par courrier du 15 janvier 1998, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation déclarait surseoir à l'approbation de la délibération du 22 novembre 1997, en précisant que l'examen du projet médical actualisé serait réalisé en vue de son approbation dans le cadre de la procédure de contractualisation en cours depuis le 5 juin 1997.

Parallèlement à l'actualisation du projet médical et à l'initialisation de la procédure de contractualisation, le CHU de Nîmes procédait au lancement du chantier de l'opération Carémeau en avril 1997. Vaste opération de restructuration inscrite au plan directeur, elle a pour objet la construction d'un nouvel établissement permettant de regrouper la totalité des lits actifs du CHU de Nîmes sur un même site de 100 000 m², à l'abri des inondations.

La procédure de contractualisation avec l'ARH s'est achevée le 28 juin 2000, date de signature du contrat d'objectifs et de moyens d'une durée de trois ans.

Ce contrat reprend les orientations stratégiques définies par le projet actualisé et vaut son approbation pour une durée de cinq ans.

La procédure d'élaboration des nouveaux projet médical, projet d'établissement et contrat d'objectifs et de moyens sera donc lancée tout à fait logiquement au début de l'année 2003, coïncidant avec la fin du chantier de l'opération de Carémeau et avec le terme du projet médical approuvé et du contrat d'objectifs et de moyens.

REPONSE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE-HÔPITAUX DE PARIS

Si l'ordonnance du 24 avril 1996 a bien conservé à l'AP-HP un statut spécifique, elle l'a toutefois adapté pour tenir compte, notamment, de la création des agences régionales de l'hospitalisation. La volonté du législateur a été de concilier le rôle de l'ARH avec la situation particulière de l'AP-HP que justifient sa taille, le maintien de son unicité en tant que CHU et le souci de l'Etat d'exercer sur elle une tutelle directe.

En conséquence, l'organisation est la suivante (article L 716.3 II du code de la santé publique) : le directeur de l'agence régionale est membre du conseil de tutelle et les compétences de l'ARH en matière de contrats d'objectifs et de moyens, d'approbation des délibérations du conseil d'administration et d'allocations de ressources sont exercées par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, du budget et de l'intérieur, après avis de la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation.

Ces dispositions spécifiques n'empêchent aucunement les redéploiements de moyens entre l'AP-HP et les autres établissements d'Ile-de-France. En effet, des transferts d'enveloppe sont opérés entre l'ARH et l'AP-HP à chaque campagne budgétaire, en fonction des conventions qui sont signées entre établissements après visa du directeur de l'ARH, dans la mesure où elles entraînent des transferts de moyens (application du SROS psychiatrie notamment : reprise des activités de psychiatrie de secteur par l'hôpital Paul Brousse).

L'ordonnance du 24 avril 1996 donne au directeur de l'ARH la mission de planification et d'autorisation des équipements et des activités sur chacun des hôpitaux de l'AP-HP. L'AP-HP s'inscrit dans les orientations du SROS définies par l'ARH.

Comme l'ensemble des établissements d'Ile-de-France, l'AP-HP participe de manière importante à la politique nationale de réduction des inégalités dans l'accès aux soins, tout en assurant la mise en œuvre des priorités gouvernementales en matière de santé publique et de promotion de la qualité et de la sécurité des soins. Depuis 1996, le taux de progression du budget de l'AP-HP est inférieur d'environ 1 point chaque année par rapport au taux d'évolution national et un différentiel de 0,30 % au profit du reste de l'Ile-de-France est appliqué depuis 1998. Pour respecter cette double contrainte, l'AP-HP a dû dégager plus de 1,5 MdF (0,23 Md€) d'économies de gestion.

L'AP-HP a mis en œuvre, en cinq ans, des restructurations très importantes du tissu hospitalier :

- la fermeture de quatre hôpitaux : Broussais, Boucicaut, Laënnec et Saint-Lazare dans le cadre de l'ouverture de l'hôpital européen Georges Pompidou ;
- la restructuration et la reconstruction de l'hôpital Bretonneau ;
- la restructuration de l'hôpital Rothschild ;
- la fermeture d'un certain nombre de services : pédiatrie à La Pitié, obstétrique et gynécologie à l'Hôtel-Dieu.

L'ensemble de ces opérations a conduit à redéployer 7 820 emplois qui ont permis, outre les opérations déjà citées, de financer les priorités

internes que constituent les activités de périnatalité, les urgences et la remise à niveau d'un certain nombre d'autres activités.

*REPONSE DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER
INTERCOMMUNAL POISSY - SAINT-GERMAIN-EN-LAYE*

Il n'a effectivement pas été possible de regrouper sur un seul site l'accueil des urgences, compte tenu de leur nombre (94 000 par an) et de l'inadaptation des locaux sur un site comme sur l'autre pour prendre en charge un tel volume d'activité.

Par contre, depuis 1997, date de la fusion juridique, beaucoup d'opérations ont été réalisées, modifiant profondément la configuration de chacun des deux sites ; pour ne citer que les principales :

- quatorze services et deux départements ont fusionné, avec, à la tête de chacun, un responsable unique au lieu de deux auparavant ;
- dix activités ont été transférées d'un site sur l'autre afin d'assurer leur regroupement ou leur synergie en vue d'un meilleur ratio efficacité/qualité ;
- fermeture du bloc opératoire (sept salles) de Saint-Germain-en-Laye la nuit et le week-end, ce qui a diminué de moitié les gardes des chirurgiens et des anesthésistes ;
- instauration d'une seule garde médicale (au lieu de deux) en ORL et en ophtalmologie ;
- regroupement des grossesses pathologiques, de la gynécologie, de l'orthogénie, de la neurologie, de la diabétologie, de l'ORL, des urgences traumatologiques lourdes, de la stérilisation sur un seul site au lieu de deux.

La mise en place d'une direction commune a permis la fusion juridique des deux hôpitaux avec l'instauration d'instances décisionnelles et consultatives uniques (conseil d'administration, commission médicale d'établissement, CTE notamment) et la mise en service d'instruments de pilotage désormais communs (budgets unifiés, marchés renégociés, information médico-économique unifiée, trésorerie hospitalière unique).

Tout cela a permis l'élaboration d'un nouveau projet médical restructurant en profondeur les deux établissements.

A la requête du corps médical en commission médicale d'établissement, le conseil d'administration, dans sa séance du 9 juillet 2002, a demandé qu'une réflexion soit rapidement menée concernant l'avenir du

centre hospitalier sur un site unique, avec l'aide d'une mission d'appui du ministère de la santé.

En effet, face aux problèmes rencontrés dans le domaine de la démographie médicale et paramédicale (difficultés de recrutement, repos de sécurité, réduction du temps de travail), dans le domaine financier et dans celui de la mise en place des nouvelles mesures de sécurité (vigilances diverses), certains « doublons consommateurs de moyens » ne pourront être supprimés que par le regroupement en un lieu unique (accueil des urgences, par exemple).

Des modifications fondamentales ont été apportées depuis 1997 aux deux anciens établissements. Leur mise en place a été le fruit d'un travail considérable ; il a fallu le faire admettre, que ce soit aux autorités politiques, au corps médical, à l'ensemble du personnel ou à la population, tout cela sans mouvements sociaux.

La dynamique nouvelle issue de la fusion a été reconnue récemment par l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé dans son rapport d'accréditation du centre hospitalier intercommunal de Poissy - Saint-Germain-en-Laye de novembre 2001 : « La dynamique nouvelle issue de la fusion des deux structures a permis d'élaborer un projet médical organisant la complémentarité des sites et visant à la valorisation des pôles d'excellence de chacun d'eux dans le respect des axes définis par le schéma régional d'organisation sanitaire. Le projet de soins complète judicieusement les axes de la politique médicale énoncée, basée sur la sécurité et la qualité de la prise en charge des patients, par la mise en place d'indicateurs de qualité des soins pertinents et reconnus. »

IV – Les hôpitaux du service de santé des armées

REPONSE DU MINISTERE DE LA DEFENSE ET DES ANCIENS COMBATTANTS

Le ministère de la défense et des anciens combattants reconnaît que la suspension du service national, conjuguée à la très forte attraction du secteur civil, engendre un sous-effectif qui ne permet pas actuellement, et pour plusieurs années, l'utilisation optimale de l'ensemble de ses hôpitaux d'instruction des armées (HIA). Mais, soucieux de préserver le dispositif de formation des équipes médicales susceptibles d'intervenir en opérations extérieures conformément aux engagements internationaux de la France et une capacité d'accueil sans préavis d'un nombre important de blessés graves provenant des théâtres extérieurs, d'attentats, d'accidents ou de catastrophes naturelles, et avec la préoccupation également de préserver la participation du service de santé des armées (SSA) au dispositif sanitaire national, il estime que le dispositif actuel doit être conservé, même au prix d'un surcoût, car il

est plus facile et plus rapide de recruter ou d'accueillir quelques médecins et paramédicaux de plus que de créer, ex nihilo, une structure hospitalière complémentaire.

Les propositions de la Cour d'une meilleure intégration des HIA dans le dispositif sanitaire d'ensemble sont favorablement accueillies par le ministère. Elles ont déjà trouvé localement des débuts d'application et la direction centrale du SSA travaille, dans cet esprit, à la rédaction des textes d'application de la loi de modernisation sociale de 2002.

CHAPITRE VIII
LE FINANCEMENT DES DEPENSES HOSPITALIERES

**I - L'allocation des ressources aux
établissements de santé par les ARH**

*REPOSE DE L'AGENCE REGIONALE
DE L'HOSPITALISATION DE BOURGOGNE*

La détermination des dotations régionales

Bien qu'il ne soit pas question de remettre en cause le système de péréquation mis en place en 1997, qui repose sur une bonne logique de réduction des inégalités, le système tel qu'il existe actuellement ne semble pas assez pertinent pour permettre de réduire de manière significative les inégalités de moyens entre les régions.

D'une part, la modélisation utilisée est d'une très grande complexité et difficilement explicable aux acteurs de terrain qui, souvent, ne comprennent pas, au regard des chiffres de différentes régions, que certaines régions comme la Bourgogne ne bénéficient pas d'une péréquation plus importante. D'une manière générale, le système manque de transparence et il serait nécessaire de montrer les différences entre les régions en valeur absolue et non en pourcentages (par exemple, le coût par habitant).

D'autre part, les critères utilisés sont discutables, notamment en ce qui concerne l'indice comparatif de mortalité et les flux de population. Une région considérée comme sous-dotée est, a priori, une région qui « exporte » plus de patients qu'elle n'en « importe », compte tenu de ses moyens limités. Or, les régions de ce type sont pénalisées par le système de péréquation.

Par ailleurs, il est nécessaire que le système de péréquation prenne en considération les caractéristiques géographiques du territoire. Ainsi, la région Bourgogne est celle qui compte le nombre d'établissements le plus important rapporté à la population hospitalisable. Ce grand nombre d'établissements s'explique par l'étendue du territoire et la localisation à la périphérie de la région des centres urbains, qui supposent le maintien d'une certaine offre de proximité de manière à garantir l'accessibilité aux soins, dans un souci également d'aménagement du territoire. Or, ces établissements, qui présentent un faible niveau d'activité avec des services de soins de courte durée de taille modeste, sont sources de multiplication des coûts fixes inhérents aux structures hospitalières et, donc, pèsent sur l'enveloppe régionale. La comparaison de la région Bourgogne avec la région Poitou-Charentes (moitié moins d'établissements) par le rapporteur illustre

parfaitement cette problématique. Le système de péréquation doit prendre en compte les besoins propres de chaque région identifiés dans le SROS.

Enfin, le mécanisme de péréquation accélérée pour les trois dernières régions ne devrait pas être reconduit, dans la mesure où il tend à maintenir, voire à aggraver, les inégalités dans les autres régions situées juste derrière ces régions (dont la Bourgogne) qui ne bénéficient pas, de ce fait, d'une péréquation suffisante pour se rapprocher de la moyenne nationale.

La politique budgétaire régionale : la péréquation entre les établissements

Sans vouloir remettre en cause le système de péréquation infrarégional qui s'avère nécessaire pour réduire les inégalités entre les établissements, le système des rebasages en fonction des données PMSI atteint toutefois ses limites dans une région sous-dotée où il est extrêmement difficile de diminuer la base budgétaire des établissements sans une aide parallèlement en crédits non reconductibles, sous peine de voir apparaître le phénomène de reports de charges.

Les contrats d'objectifs et de moyens

La négociation des contrats avec les établissements se révèle être une démarche très pédagogique, tant pour les établissements que pour les services de l'agence, et mérite d'être poursuivie.

En revanche, il est difficile pour l'agence de s'engager sur l'octroi de moyens financiers sur trois à cinq ans, alors que celle-ci n'a pas connaissance des moyens qui lui seront alloués les années suivantes.

Enfin, il convient d'être prudent dans la comparaison entre le nombre de contrats signés dans chaque région, tant leur contenu, notamment en termes d'engagements financiers, est disparate.

REPONSE DE L'AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE RHÔNE-ALPES

La constitution des marges de manœuvre régionales

Le rapport relève l'ajout par l'agence aux prélèvements liés à la valeur du point ISA d'un prélèvement de 0,50 % sur la base budgétaire de l'ensemble des établissements.

Il peut être utile de compléter l'observation en ajoutant que la seule possibilité en Rhône-Alpes de financer le SROS implique de réaliser des gains de productivité, la péréquation nationale n'apportant que des gains marginaux.

Cet effort a été demandé de manière uniforme à l'ensemble des établissements à hauteur de 0,5 % de leur base budgétaire, sachant que les plus performants en sont les principaux bénéficiaires en retour.

Ce prélèvement permet de constituer une marge nationale d'intervention qui est affectée au financement des priorités du SROS, et en particulier au renforcement des centres hospitaliers « pôles de référence ». Ceux-ci constituent le maillage essentiel du réseau hospitalier en Rhône-Alpes après les CHU et leurs dotations ont de la difficulté à suivre l'évolution de leur activité.

La constitution de la marge régionale est complétée par un prélèvement sélectif sur les établissements les moins performants de la région, selon leur positionnement dans l'échelle du PMSI. Ce prélèvement reste affecté au secteur concerné (CHU, non CHU, psychiatrie) pour participer à la redistribution des moyens entre les établissements.

Le relâchement de la contrainte au niveau national

Au titre du relâchement de la contrainte au niveau national, la Cour mentionne le versement d'une aide nationale dérogatoire de 12 M€ pour accompagner le programme d'investissement prévu dans le contrat d'objectifs et de moyens passé avec les Hospices civils de Lyon.

Il convient de souligner que la place des Hospices civils de Lyon dans le paysage sanitaire national, l'ampleur de l'effort de modernisation à conduire et l'importance des opérations d'investissement à mener (la seule construction de l'hôpital mère-enfant représente un coût estimé à 13 M€) justifient une intervention de niveau national qui ne peut être analysée comme un relâchement de la contrainte sur l'établissement. Il s'agit, au contraire, d'un aménagement temporaire afin d'en garantir le résultat, c'est-à-dire favoriser la mutation entreprise par l'établissement.

En effet, ce soutien, réalisé sous forme d'un portage financier consistant en un prêt relais de 2002 à 2004 inclus, compense transitoirement l'essentiel des prélèvements opérés sur les Hospices civils de Lyon pendant la durée du contrat (PMSI et péréquation).

Il donnera lieu à remboursement au terme du contrat, de 2005 à 2009, à partir des ressources internes issues de la réorganisation des fonctions administratives, logistiques et techniques et de l'optimisation de l'organisation médicale par réduction du nombre de sites.

Comme le rappelle le contrat d'objectifs et de moyens passé avec les Hospices civils de Lyon, ce dispositif imposera à l'établissement de maintenir un niveau important d'efforts de gestion pour compenser les réductions de base budgétaire provoquées par les prélèvements régionaux.

D'une manière plus générale, on peut faire observer que toute pression budgétaire significative sur un hôpital rencontre rapidement la limite des effectifs à rémunérer, puisque ceux-ci représentent au moins 70% de la dépense. Réclamer des gains réels de productivité aux établissements nécessiterait donc de poser la question du maintien des effectifs en place, ce qui suppose une grande détermination. Les prélèvements opérés par l'agence sur les Hospices civils de Lyon occasionnent de manière répétée ce type de questionnement de la part du directeur de l'établissement à l'égard de l'agence.

REPONSE DU DIRECTEUR DU CHU DE LYON

L'aide exceptionnelle de 12 M€ accordée par la DHOS est inscrite dans le contrat d'objectifs et de moyens, signé en janvier 2002. Ce contrat s'appuie notamment sur un projet médical ambitieux, sur des restructurations qui permettront une optimisation de l'utilisation des ressources, sur un management axé sur l'amélioration des performances et sur le développement de la gestion de proximité.

L'objectif des Hospices Civils de Lyon en sollicitant cette aide exceptionnelle ponctuelle n'est pas de contourner la contrainte budgétaire mais de ramener celle-ci à un niveau supportable tant que les effets positifs des restructurations engagées ne seront pas concrétisés. La preuve de cette volonté est inscrite dans le contrat d'objectifs et de moyens qui formalise les engagements des Hospices Civils de Lyon. Ces engagements consistent notamment à :

- rembourser cette aide exceptionnelle qui présente donc un caractère purement ponctuel et dont le versement est échelonné sur trois ans ; c'est pour cette raison d'ailleurs qu'elle a été qualifiée de « portage financier » ;
- à affecter au groupe 4 « amortissements, frais financiers et provisions » un montant de 11,2 M € (en base budgétaire) - provenant des gains de productivité générés par les restructurations prévues dans le projet d'établissement ainsi que 3,5 M € provenant de la mise en place d'un progiciel de gestion intégré.

Ce portage financier peut être analysé comme une mesure de correction du système actuel d'allocation des ressources mais il est « vertueux » puisqu'il s'appuie sur un projet d'établissement très restructurant et générateur de gains de productivité majeurs.

Il permet de corriger une pression budgétaire temporairement trop forte car, en raison des choix de l'ARH (qui dispose de marges d'action limitées), les Hospices Civils de Lyon doivent subir deux prélèvements budgétaires annuels très lourds :

- l'un est relatif au prélèvement PMSI de 5 % sur le niveau de la surdotation, soit 2,9 M€ par an ; sans contester le principe de ce prélèvement, on peut, toutefois, en souligner la rigidité car il ne tient pas compte, notamment, de la structure actuellement très dispersée du CHU qui est génératrice en elle-même de surcoûts ;
- l'autre consiste en un abattement de 0,5 % de la base budgétaire, ce qui correspond à une réduction des moyens de 4,9 M€ par an.

En conclusion, il est important de bien intégrer que l'aide ponctuelle dont bénéficient les Hospices Civils de Lyon ne réduit en rien les efforts de gestion dans lesquels ils se sont engagés de façon très volontariste dans le cadre d'un projet d'établissement et d'un contrat d'objectifs et de moyens exemplaire.

REPOSE DU CENTRE HOSPITALIER DU HAVRE

En 1998, 1999 et 2000, les diminutions de la base budgétaire ont été respectivement de 0,76 M€, 0,46 M€, 0,46 M€ et les GVT non financés d'environ 1,52 M€ retirant donc de la base successivement 2,29 M€, 1,98 M€, 1,98 M€. Pour respecter ces diminutions d'autorisations de dépenses, il aurait fallu diminuer les effectifs, en 1998, d'environ 70 postes et, en 1999, de 60 postes à chaque fois en année pleine.

Malgré les redéploiements massifs et les efforts d'économie budgétaire, cela n'était pas possible. C'est pourquoi la tutelle, ayant reconnu l'erreur d'appréciation de départ et les difficultés budgétaires, a alloué une augmentation de crédits encadrés de 6,10 M€ à la fin de l'année 2000. Un protocole a été d'autre part signé le 4 juillet 2002 pour rétablir l'équilibre financier de l'établissement.

Pour ce qui est du service de psychiatrie cité, l'opération n'a consisté qu'à regrouper en un même service de médecine les anxio-dépressifs admis de façon dispersée dans les différents services de médecine polyvalente de façon qu'ils soient mieux pris en charge, sachant que les services de psychiatrie étaient pleins. La transformation juridique a été autorisée dans le cadre du projet d'établissement délibéré le 7 mars 2000 par la Commission exécutive de l'Agence régionale de l'hospitalisation de Haute-Normandie du 7 novembre 2001, reconnaissant par-là même le bien-fondé de cette organisation des soins.

Cette opération n'a pas eu d'incidence sur la valeur du point ISA du fait que, si les charges ne sont pas prises en compte, l'activité n'est pas valorisée.

REPOSE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE - HÔPITAUX DE MARSEILLE

Face à un secteur hospitalier privé majoritaire et de qualité qui se réserve les activités productives de points ISA, l'AP-HM supporte toutes les charges de service public. Face au désengagement de la médecine de ville tel qu'il est signalé par la Cour et malgré la tentative d'un centre d'accueil et de premiers soins à l'hôpital Nord (citée par la Cour), l'AP-HM voit sa vocation de CHU perturbée par un accueil de type hôpital ou clinique de proximité, voire de simple médecine libérale.

De ce fait, l'AP-HM se trouve confrontée à un renchérissement mécanique de la valeur de son point moyen ISA qui justifie des réfections financières et donc, d'année en année, des fermetures de lits dans les secteurs où il devient impossible d'assurer la sécurité des patients.

Ainsi, se trouve entretenue une spirale de déclin à laquelle l'AP-HM entend mettre fin par une réflexion approfondie en cours dans le cadre du projet d'établissement et du SROS de troisième génération, en collaboration avec l'ARH.

REPOSE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE – HÔPITAUX DE PARIS

Le traitement budgétaire réservé à l'AP-HP par les administrations centrales du fait de son statut particulier n'est pas plus favorable que celui réservé aux établissements sous tutelle de l'agence régionale de l'hospitalisation.

En effet, le taux d'évolution de la dotation budgétaire d'Ile-de-France est calculé selon le dispositif de péréquation décrit pour l'ensemble des établissements de la région : AP-HP et non AP-HP. Dans ce cadre, l'AP-HP est traitée comme les autres. Dans un deuxième temps, un prélèvement supplémentaire de 0,30 % est opéré à partir de l'AP-HP au profit des établissements non AP-HP.

En matière de répartition des moyens par hôpital, la procédure interne de l'AP-HP n'est en rien comparable à celle de l'agence régionale de l'hospitalisation qui distingue un budget de reconduction et des moyens nouveaux. A l'AP-HP, les hôpitaux se voient attribuer des autorisations de dépenses différenciées et non un taux d'évolution global, dans la mesure où le budget de l'AP-HP est unique et que les budgets des hôpitaux sont des sections d'un seul budget qui ne couvrent pas l'ensemble des moyens budgétaires alloués à l'institution, mais seulement ceux dont la gestion est déconcentrée.

Avec un taux d'évolution moindre et des contraintes plus importantes en matière d'innovations médicales liées à son caractère hospitalo-universitaire, l'AP-HP assume sa part de la politique de réduction des inégalités hospitalières et rien ne permet d'affirmer que le régime dérogatoire de l'AP-HP conduit à reporter le poids des ajustements budgétaires sur les établissements hors AP-HP.

III – La tarification à la pathologie : bilan des deux premières années de l'expérimentation

REPONSE DU DELEGUE GENERAL DE LA FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE

La Cour souligne les faiblesses du système actuel de financement des établissements de santé, publics et privés. Je partage cette analyse. Aujourd'hui, il paraît indispensable de faire évoluer rapidement ce système vers un mode centré sur l'activité. L'objectif est d'impulser une nouvelle dynamique de gestion fondée sur un mécanisme d'allocation budgétaire plus équitable et d'engager les hôpitaux dans une véritable démarche de modernisation, reposant sur des outils de gestion performants (comptabilité analytique, système d'information...) et de nouvelles techniques de management.

Si les intérêts d'une telle réforme ne font pas de doute, plusieurs questions se posent quant aux modalités pratiques de mise en œuvre. A cet égard, j'appelle l'attention de la Cour sur deux points :

En premier lieu, il convient d'adopter une démarche pragmatique afin d'engager cette réforme dans les meilleurs délais. Les difficultés d'ordre politique soulignées par le rapport, relatives notamment à l'intégration des honoraires médicaux et l'évaluation des missions de service public, rendent très difficile - pour ne pas dire illusoire - la mise en place rapide d'une tarification à la pathologie aux coûts complets. C'est pourquoi le principe de réalité conduit à proposer l'instauration d'une tarification partielle, aux coûts variables, limitée aux dépenses directement rattachables à l'activité (dépenses médicales, pharmaceutiques et hôtelières, à l'exclusion des charges de personnel et des frais de structure). Ce système est simple, lisible, réaliste. Il constituerait un puissant levier pour favoriser l'implication du corps médical dans la gestion hospitalière. En outre, il peut constituer un système-étape avant l'instauration éventuelle d'une tarification à coûts complets.

Par ailleurs, il ne me paraît pas souhaitable d'appliquer un tarif « fixé à l'avance, égal pour tous les établissements et déterminé à partir de l'analyse des coûts », comme indiqué dans le rapport. Une telle mesure serait, à mon sens, non seulement contestable sur le plan juridique au regard de la liberté d'entreprendre, mais également inopportune sur le plan économique, car difficilement compatible avec l'objectif de la réforme qui vise à améliorer les performances des établissements de santé au travers d'une concurrence saine. C'est pourquoi il serait plus judicieux, me semble-t-il, de proposer un barème de base de tarification national, prévoyant « des règles du jeu » communes et opposables à tous. Ces tarifs de base seraient adaptables à chaque établissement dans le cadre d'une négociation avec les autorités de tutelle.

IV – La participation des assurés sociaux aux dépenses d'hospitalisation

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES

La Cour a reproduit les principales données concernant le ticket modérateur et le forfait journalier hospitaliers fournies par la Direction des statistiques et des études de la CNAMTS confirmant le montant des forfaits journaliers hospitaliers à 6,75 Md€ en 2000 et celui des tickets modérateurs hospitaliers à 0,76 Md€ en 1998.

Toutefois, si, effectivement, 85 % environ des assurés sont exonérés du ticket modérateur, il n'existe pas de données permettant d'analyser la dispersion des sommes payées par les patients au titre du ticket modérateur et au titre du forfait journalier hospitalier.

Le ticket modérateur, d'un montant plus élevé pour les soins en ville, contribue en fait à adresser les plus nécessiteux à l'hôpital. C'est notamment le cas pour les consultations et l'accueil des urgences. Toutefois, l'environnement du plateau technique de l'hôpital fait que les types de soins sont plus lourds qu'en ville.

La CNAMTS ne dispose pas d'éléments chiffrés permettant de mesurer les éventuelles distorsions de comportements dues au système actuel : recours plus tardif à l'hospitalisation en raison de son coût pour les patients mal couverts, recours à des soins hospitaliers de préférence à des soins de ville...

Toutefois, ces éléments relatifs aux comportements des assurés devront tenir compte de l'impact du volet complémentaire de la couverture maladie universelle.

La CNAMTS avait réalisé en 1987 une étude qui a été actualisée en 1994 et qui visait, dans un but de simplification administrative et de gain de

gestion, à modifier les règles d'exonération du ticket modérateur et du forfait journalier et à proposer une autre forme de participation des assurés aux frais d'hospitalisation dans les établissements sous dotation globale.

Les hypothèses envisagées consistaient à supprimer le ticket modérateur actuel et l'ensemble des participations des assurés seraient transformées en forfait journalier.

Différents scénarios avaient été établis selon deux types de participation fixés au niveau national :

- une contribution ou participation forfaitaire journalière pour toute personne séjournant à l'hôpital ;
- une contribution ou participation forfaitaire journalière associée à un forfait d'admission.

A partir du constat que :

- les règles d'exonération sont nombreuses et lourdes à gérer ;
- compte tenu des relais souvent assurés par les organismes complémentaires, l'effet incitateur du ticket modérateur à une moindre compensation ne joue pas.

En outre, depuis la mise en œuvre de la loi du 27 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle, s'ajoute l'effet de cette couverture complémentaire qui permet la prise en charge du ticket modérateur et du forfait journalier.

Une participation forfaitaire à la seule charge du malade engagerait celui-ci à une plus grande responsabilisation.

Cependant, la mise en place de cette participation forfaitaire soulève deux difficultés : le calcul de celle-ci du fait de l'insuffisante connaissance des entrées, des journées avec ou sans ticket modérateur et son évolution annuelle (la révision pourrait intervenir en fonction de l'évolution du plafond des cotisations ou de la progression des dépenses de santé).

Il convient en tout état de cause que soit réexaminé le dispositif actuel du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier qui est inéquitable pour les assurés et complexe dans sa gestion en examinant les conditions d'une autre forme de participation des assurés sans qu'il y ait de charges supplémentaires pour l'assurance maladie.

Par ailleurs, la Cour renouvelle son constat des inégalités régionales en matière d'attribution des affections de longue durée. Ce constat paraît uniquement basé sur la variation des taux de refus émis par les médecins conseils. Or, ce critère, pris de manière isolée, est à relativiser. Il faut, en effet, tenir compte du niveau de la demande, elle aussi très variable selon les habitudes et les régions.

Quoi qu'il en soit, la direction du service médical met en place une démarche qualité sur l'ensemble du champ de l'attribution des prestations, dans l'objectif d'une certification. Le champ de l'attribution des affections de longue durée est concerné au premier chef et la démarche confortera l'harmonisation des données sur l'ensemble du territoire.

CHAPITRE IX**LES ACTIVITES HOSPITALIERES EN RELATION
AVEC LES SOINS AMBULATOIRES****I - Les alternatives à l'hospitalisation complète***REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE
MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES*

La Cour relève un développement plus important de la chirurgie ambulatoire dans les établissements privés que dans les établissements publics ou PSPH.

L'argument du taux de change pour expliquer la relative faiblesse du développement de la chirurgie ambulatoire n'est pas suffisant si ne sont pas pris en compte les effets organisationnels internes des établissements et si les patients n'ont pas les capacités psycho-sociales pour supporter une prise en charge de type ambulatoire.

C'est pourquoi les trois Caisses nationales, en accord avec la DHOS, ont décidé d'engager en 2002 une enquête sur l'ensemble du territoire et l'ensemble des structures pratiquant la chirurgie, afin de mesurer, d'une part, le potentiel de substitution possible entre la chirurgie traditionnelle et la chirurgie ambulatoire et, d'autre part, les coûts induits par le développement de cette activité.

II – La prise en charge des urgences médicales*REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE
MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES*

La Cour des comptes développe plusieurs orientations propres à améliorer l'articulation entre soins de ville et soins hospitaliers dont certaines appellent des commentaires :

L'évolution des activités aux frontières des secteurs de la ville et de l'hôpital

Sur les urgences, l'analyse de l'évolution de l'activité des urgences hospitalières sans examiner l'ensemble des conditions de prise en charge des urgences et d'organisation des gardes et astreintes tant au sein des établissements qu'en médecine de ville ne permet pas de mesurer l'ampleur de la problématique de ce secteur.

C'est sur la base de ce constat que les partenaires de la convention nationale des médecins généralistes ont décidé, au travers de deux avenants conventionnels de 2000 et 2002, d'une part, d'améliorer la prise en charge des actes de petite urgence par une modification de la nomenclature et, d'autre part, de créer les conditions d'une meilleure organisation des astreintes en secteur libéral, en lien avec le Conseil national de l'ordre des médecins et la DHOS.

Ceci participe à l'effort global pour mieux traiter en amont la demande de recours aux urgences et tenter de limiter autant que possible le recours aux plateaux techniques hospitaliers, tout en responsabilisant l'ensemble des acteurs de la chaîne de prise en charge.

Favoriser l'orientation par les centres de régulation

Cette préconisation apparaît également dans la circulaire CNAMTS de mai 2002 relative à l'organisation de la permanence des soins.

Il convient de préciser qu'une enveloppe de 9,5 M€ a été débloquée dans le cadre du budget du FAQSV pour favoriser en 2002 la participation des médecins libéraux à la régulation au sein des centres 15.

Le FAQSV ayant vocation à financer l'innovation et n'étant par ailleurs ni un fonds extensible ni un fonds pérenne permettant notamment de prendre en charge de manière durable des rémunérations de professionnels, une solution de financement doit être impérativement et rapidement recherchée. Ce financement durable permettrait d'une part de donner une visibilité aux professionnels qui s'engagent dans cette activité et aux financeurs qui les soutiennent mais aussi de donner une base juridique aux expériences conventionnelles de 1987 qui continuent de fonctionner de manière satisfaisante mais sans encadrement juridique et avec comme seule source de financement possible les fonds d'action sanitaire et sociale des caisses.

Comme le souligne la Cour, dans ce domaine, les modalités de financement de la participation des médecins libéraux aux centres 15 doivent être clarifiées.

La CNAMTS partage le souhait de la Cour de voir mener une réflexion rapidement sur le statut du médecin libéral intervenant au sein du centre 15, sur le partage des responsabilités entre structure hospitalière et professionnel libéral ainsi que sur le niveau de rémunération des libéraux qui doit être harmonisé sur le territoire.

S'agissant de ce dernier point, une comparaison des rémunérations horaires des médecins libéraux et des médecins hospitaliers reste difficile. En effet, si la rémunération de 3€ de l'heure, consentie dans certaines expériences par l'assurance maladie aux médecins libéraux, peut apparaître élevée à première vue, en réalité elle tient compte, d'une part, du reversement de ces praticiens aux associations de libéraux auxquelles ils sont rattachés et,

par ailleurs, des charges de fonctionnement de leur cabinet qui continuent à leur incomber durant le temps de régulation.

Assurer la permanence des soins et les gardes libérales

La remarque de la Cour sur les expériences qui sont actuellement développées pour renforcer la permanence des soins pour lesquels les médecins perçoivent des rémunérations complémentaires doit être nuancée. Ainsi, les médecins intervenant au sein des maisons médicales sont souvent rémunérés à l'acte pour leur seule activité soignante, conformément à la NGAP.

Il convient de préciser que, dans le cadre du FAQSV, une enveloppe de 8 M€ a été dégagée en 2002 au titre du financement d'une maison de garde par région.

La solution envisagée, certes opportune, reste a priori encore théorique en 2002.

Typologie des dispositifs

La Cour recense trois types de dispositifs :

- les centres d'accueil et de premiers soins (CAPS) ;
- les maisons médicales de garde ;
- les médecins correspondants du SAMU (MCS) intervenant en milieu rural.

Il convient de préciser que les MCS répondent à une préoccupation particulière, autre que celle des CAPS ou des maisons médicales de garde. En effet, les MCS ont été mis en place pour organiser la prise en charge des urgences vitales dans les zones « blanches », distantes de plus de trente minutes du SMUR.

Un tel dispositif fonctionne dans l'Orne, la Meuse et la Nièvre avec des modalités de rémunération très différentes : ainsi, selon les cas, l'astreinte du MCS n'est pas toujours rémunérée. L'expérience de la Nièvre est particulièrement intéressante puisque autorisée dans le cadre de la procédure Soubie (ancien article L 161-31 du CSS), elle est soumise à une évaluation rigoureuse susceptible de produire des enseignements utiles pour l'avenir. Pour autant, compte tenu de la dimension de l'expérience, aucun véritable enseignement ne pourra être recherché avant 2004.

III – Le médicament à l'hôpital

*REPONSE DE L'AGENCE FRANÇAISE DE SECURITE
SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTE (AFSSAPS)*

Les moyens d'action des hôpitaux : l'action sur les prix

L'analyse conduite par la Cour mène à la conclusion qu'il faudrait généraliser la mise en concurrence des « molécules brevetées équivalentes ». Cette démarche, qui vise des molécules non génériques, est susceptible de présenter un risque pour la santé publique.

En effet, l'AFSSAPS a pour responsabilité de séparer les notions d'équivalence thérapeutique, de bioéquivalence et de génériques et de rappeler, comme cela a déjà été fait pour le cahier des équivalents thérapeutiques proposés par la sécurité sociale, le danger d'assimiler trop rapidement deux médicaments proches en les considérant comme génériques. Deux médicaments, même proches, ne sont pas des génériques et ne sont pas automatiquement substituables.

Ainsi, chaque médicament a son rapport « bénéfice-risque » qui lui est propre, même au sein d'une même classe. Il faut être prudent dans les jugements « d'équivalence », cette évaluation devant prendre en compte l'expérience clinique et surtout le suivi au cours des années postérieures à la mise sur le marché.

Dès lors, deux molécules princeps, à moins de partager la même DCI, ne peuvent donc pas être considérées comme équivalentes et être purement et simplement mises en concurrence.

En revanche, l'appel d'offres sur performance en DCI, qui mettrait en concurrence un princeps et ses génériques, ne pose aucune difficulté de santé publique.

Les moyens d'action des hôpitaux : le bon usage des médicaments

L'AFSSAPS tient à préciser que le bon usage d'un médicament est déjà défini lors de l'octroi de son autorisation de mise sur le marché qui précise, dans le résumé des caractéristiques des produits, les indications retenues, les contre-indications et les effets indésirables, les risques d'interactions médicamenteuses et les précautions d'emploi. L'absence de références médicales obligatoires ou de protocoles thérapeutiques qui, en général, font très largement référence à l'AMM, ne permet pas de conclure à l'absence d'encadrement.

Une évaluation médico-économique insuffisante

L'évaluation des médicaments en vue de leur AMM est effectuée de façon approfondie, professionnelle et détaillée par l'AFSSAPS lorsqu'il

s'agit d'une procédure nationale ou d'une procédure de reconnaissance mutuelle dont la France est pays rapporteur, par les autres agences nationales de l'Union européenne ou par l'EMA dans les autres cas. Les AMM ne sont octroyées qu'après évaluation du rapport bénéfice-risque.

En ce qui concerne l'évaluation post-AMM, il convient de distinguer la pharmacovigilance, qui procède du même système d'évaluation et dont le fonctionnement, s'il doit être mis en cause, doit être argumenté sur des lacunes précisément identifiées, et l'évaluation post-AMM médico-économique, encore peu développée en France mais qui pourrait être un des outils pour une réévaluation régulière par la Commission de la transparence de l'ASMR des médicaments.

Le classement en réserve hospitalière

- Le classement en réserve hospitalière d'un médicament, effectué sur la base de l'avis rendu par le groupe de travail « conditions de prescription et de délivrance », se fait exclusivement sur des critères de santé publique. Le fait que ce classement ait pour conséquence de permettre la rétrocession de ces produits n'en fait pas une décision économique pour privilégier un circuit de distribution par rapport à un autre, mais une décision de santé publique ayant des conséquences sur la distribution.

Le projet de décret sur la rétrocession, en cours d'élaboration par la DGS, permettra à l'avenir de séparer les deux décisions. L'inscription dans une catégorie de prescription restreinte (réserve hospitalière, prescription hospitalière, prescription initiale hospitalière, etc) restera basée sur l'avis du groupe de travail CPD. Les médicaments classés en réserve hospitalière ne pourront plus être rétrocedés. Les médicaments classés en prescription hospitalière, catégorie qui n'existait pas et qui prendra la place d'une partie de l'actuelle RH, seront ou non rétrocedés en fonction d'une décision prise par le ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale.

- Le recours à la réserve hospitalière aujourd'hui, et à la prescription hospitalière demain, est notamment justifié lorsque, après évaluation du dossier, le rapport bénéfice-risque est jugé satisfaisant (parfois pour une indication précise), mais nécessite encore un suivi précis des patients qui vont être traités par ce nouveau produit. Ce suivi est, en effet, plus facile à effectuer lorsque les prescriptions sont concentrées à l'hôpital, ce qu'actuellement seul le statut de réserve hospitalière permet d'obtenir.

*REPONSE DU DIRECTEUR GENERAL DE
LA CONCURRENCE, DE LA CONSOMMATION
ET DE LA REPRESSION DES FRAUDES*

Le constat effectué par la Cour sur la situation du médicament à l'hôpital, et notamment sur les causes de l'accélération des dépenses qu'il induit pour l'assurance maladie, est largement partagé.

Il convient néanmoins de noter que des mesures sont récemment intervenues pour améliorer les conditions de mise en concurrence dans les marchés publics d'achat de médicaments par les établissements hospitaliers.

L'institution récente, au sein de chaque établissement de santé, d'une Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (CMDMS – décret n° 2000-1316 du 26 décembre 2000), chargée de participer à la définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux, à l'élaboration de recommandations en matière de prescriptions et de bon usage et à l'établissement de listes de médicaments et dispositifs dont l'utilisation est recommandée, a vocation à rationaliser la procédure des achats de médicaments.

D'autre part, la modification par le nouveau code des marchés publics de la procédure de création de groupements de commandes, qui peuvent désormais être institués par conventions entre établissements hospitaliers et donner lieu à la désignation d'un coordinateur mandaté pour signer et exécuter le marché au nom de l'ensemble des membres, devrait contribuer à renforcer la position des acheteurs face aux laboratoires.

Enfin, la prochaine mise à disposition des acheteurs hospitaliers d'un guide de l'achat des produits pharmaceutiques, élaboré par le Groupe permanent d'étude des marchés d'équipement et de fourniture des centres de soins et de laboratoires (GPEM/SL), devrait favoriser la professionnalisation de la fonction d'achat dans le domaine du médicament à l'hôpital.

Il n'en demeure pas moins que la dérive des dépenses soulignée par le rapport résulte, pour l'essentiel, de la prescription à l'hôpital de molécules innovantes commercialisées par les laboratoires à des prix très élevés par rapport à ceux de molécules plus anciennes sous brevet ayant des indications et des effets comparables, notamment quand celles-ci sont délivrées en ville.

Cette situation est la conséquence économique de la position de monopole dont bénéficient les laboratoires sur des spécialités qui concernent des pathologies très lourdes menaçant le pronostic vital et pour lesquelles les traitements connus aboutissent à des situations d'échec thérapeutique, dans un contexte de forte demande des patients vis-à-vis de progrès même mineurs. La mise en place de la procédure d'autorisation temporaire d'utilisation (ATU), dont le rapport souligne, à juste titre, l'impact sur la mise précoce sur le marché de molécules très coûteuses, témoigne de la

volonté de répondre à tout prix à la demande croissante des associations de malades. Ainsi, la procédure d'ATU accélère la croissance du marché hospitalier, sans qu'aucun établissement puisse procéder aux prescriptions sur le fondement d'évaluations médico-économiques fiables justifiant le prélèvement ainsi opéré sur la dépense sanitaire globale. A cet égard, la recommandation n° 51 visant à revenir à la conception classique des ATU, mérite d'être mise en œuvre sans délai.

De ce point de vue, les restrictions que la Cour propose d'apporter au régime des ATU et de la rétrocession doivent être appréciées de façon globale au regard de l'ensemble du circuit de distribution des médicaments. Les laboratoires justifient le niveau de prix imposé aux établissements hospitaliers à la faveur de leur monopole et en l'absence d'évaluation aboutie par la nécessité de dégager des financements destinés à la recherche et au développement de spécialités innovantes dans un contexte de raréfaction des molécules réellement innovantes et de dépenses de développement croissantes et marquées par l'incertitude quant à leur efficacité et à leur innocuité.

La limitation de la réserve hospitalière de droit à ce qui est objectivement nécessaire et l'encadrement de la rétrocession doivent être encouragés si cela permet au Comité économique des produits de santé d'étendre le contrôle médico-économique aux médicaments prescrits à l'hôpital et pris en charge par l'assurance maladie dans les conditions équivalentes à celles régissant l'inscription en ville. A cet égard, la réserve hospitalière de fait, par laquelle les laboratoires pharmaceutiques limitent les possibilités de mise en concurrence, pourrait être utilement prise en compte dans la tarification des produits inscrits en ville.

Les gains financiers attendus de la restriction de la réserve hospitalière proposée par le rapport ne sont toutefois pas certains. La limitation de la réserve hospitalière risque de se traduire par une augmentation des prescriptions par les médecins de ville et de réduire l'avantage tarifaire tiré de l'inscription en ville dans un cadre de prix administrés. Les conditions de restriction de la réserve hospitalière et des conditions de rétrocession doivent donc être examinées à la lumière de ces conséquences sur le volume des prescriptions et la rigidité des prix induite par l'inscription en ville.

Il en ressort qu'une meilleure articulation des dispositions régissant la régulation des marchés hospitaliers et de ville doit être trouvée. Elle ne peut cependant se traduire par la simple réglementation du prix des médicaments à l'hôpital, mais passer par une meilleure évaluation des médicaments préalablement à leur inscription à l'hôpital et par une plus grande transparence dans les prix pratiqués à l'étranger ou des prix des molécules comparables.

L'évolution des dépenses de médicament à l'hôpital constitue un enjeu essentiel dans la réflexion sur la maîtrise des dépenses de santé. Les

réformes qui doivent intervenir dans ce domaine, notamment pour rationaliser les conditions de prescription, d'achat et de délivrance des spécialités les plus coûteuses, doivent intervenir dans le cadre d'une réflexion globale sur le niveau des dépenses que la collectivité est prête à consacrer à la santé et à l'innovation.

*REPOSE DE LA DIRECTRICE GENERALE
DE L'INDUSTRIE, DES TECHNOLOGIES
DE L'INFORMATION ET DES POSTES*

La Cour dresse un état de la situation présente du médicament à l'hôpital, soulignant notamment le coût très élevé des médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU) et la croissance des dépenses du médicament à l'hôpital qui progressent plus vite qu'en ville.

Je souhaiterais faire part à la Cour de la problématique spécifique de l'industrie pharmaceutique en France et en Europe. Nous essayons d'œuvrer au maintien d'une présence industrielle forte de ce secteur sur le territoire national (usines de production et laboratoires de recherche et développement). La création du groupe de travail « G10 médicaments » est née d'une étude faite par la Commission européenne qui constatait que l'industrie pharmaceutique perdait en compétitivité par rapport à l'industrie américaine ; la récente délocalisation aux Etats-Unis du secteur recherche de Novartis en est l'illustration.

La mise en exergue des failles d'un système de régulation complexe conduit la Cour à faire un certain nombre de recommandations, et j'attache une attention toute particulière au rôle d'observateur que pourrait jouer le Comité économique des produits de santé dans la fixation du prix des médicaments sous ATU.

CHAPITRE X
LES CONDITIONS DE FONCTIONNEMENT
DES AGENCES SANITAIRES

REPONSE DE LA DIRECTION DES RELATIONS DU TRAVAIL

L'Office de protection contre les rayonnements ionisants (OPRI)

Il est exact que l'OPRI a disparu avant que le redressement indéniable, opéré après la disparition du Service central de protection contre les rayonnements ionisants (SCPRI), n'ait été mené à son terme. Le rapport fait état des missions mal assumées en matière d'information des professionnels de santé comme en matière d'études et de recherches ; on pourrait y ajouter l'incapacité de l'OPRI à mettre en place, depuis 1999, le système de centralisation - prévu par des textes conçus en collaboration avec l'OPRI - des données relatives à l'exposition des travailleurs (dosimétrie).

Comme cela a été signalé dans un courrier d'observations sur le relevé de constatations provisoires sur les comptes et la gestion de l'OPRI, le projet a subi plusieurs retards, préjudiciables à l'effectivité de la bonne application de la réglementation relative à la radioprotection des travailleurs. La première cause de ces retards se situe dans le manque de professionnalisme dans la passation des marchés publics. La seconde cause résulte de la sous-estimation originelle, par une direction médicale, des conditions de maîtrise technique d'un projet informatique sensible.

Le recoupement des compétences

L'émiettement - et, par voie de conséquence, le recoupement - des compétences en matière de veille sanitaire se complique au fil des créations de nouvelles agences. La phase actuelle apparaît plutôt comme celle où l'enchevêtrement des attributions croît plus vite que ne se développe le potentiel global d'expertise.

Alors que la Cour a, par ailleurs, souligné la difficulté à coordonner le système éclaté de gestion des risques professionnels, cette évolution accroît la difficulté de maîtrise de l'expertise en santé et sécurité au travail par le ministère chargé du travail pourtant responsable, *in fine*, de cette politique publique.

La création de l'IRSN nécessite de clarifier les frontières en matière de surveillance de la santé des travailleurs exposés aux rayonnements ionisants entre cet établissement public dont le caractère industriel et commercial est source de difficultés potentielles et l'Institut de veille sanitaire (InVS).

La création de l'AFSSE en charge de la sécurité sanitaire environnementale nécessite encore plus de clarifier les rôles respectifs de l'InVs et l'AFSSE en ce qui concerne la veille scientifique, notamment sur les effets des produits chimiques et biologiques qui sont les principaux responsables du risque sanitaire en milieu professionnel. Elle implique également une clarification des rôles entre les « opérateurs » existants tels que l'INRS, l'INERIS et l'AFSSE, avec le souci non seulement d'éviter des recouvrements mais aussi des lacunes d'expertise.

REPONSE DE L'INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE (InVS)

S'agissant des recouvrements de compétences entre agences, il est à noter qu'un Comité de liaison réunit l'InVS et l'AFSSA, deux à trois fois par an, pour évoquer et faire avancer les dossiers communs ou complémentaires. Ceci n'empêche pas un certain chevauchement de compétences dans le domaine de la santé humaine, et tout particulièrement l'épidémiologie nutritionnelle, qu'il sera nécessaire de clarifier. Des rencontres régulières du même type seront bientôt organisées avec l'AFSSE, en cours de création, et l'ANAES à partir des sujets communs (iatrogénie, évaluation des programmes de santé...) dans le cadre de la préparation de son contrat d'objectifs et de moyens.

S'agissant du Conseil scientifique de l'InVS, celui-ci s'est réuni régulièrement et a fourni un appui à la direction générale dans la conduite des choix stratégiques de développement. S'il n'a pas rédigé de rapport annuel, il a, en revanche, établi chaque année des avis au conseil d'administration et produit un bilan de fin de mandature.

S'agissant de l'organisation de l'InVS, et donc de son organigramme, si celle-ci est fondée sur des départements thématiques inspirés du RNSP, leur nombre et leurs missions sont élargis pour correspondre aux nouvelles missions de l'Institut. Par ailleurs, les services sont des entités qui viennent en appui de l'activité de surveillance et d'observation de l'état de santé de la population. Leur capacité a été renforcée.

S'agissant des recrutements à l'InVS, il faut souligner que, en dépit de l'absence de statut, l'Institut conduit une politique active de recrutement qui a permis d'embaucher 68 personnes du 1^{er} janvier au 30 juin 2002.

CHAPITRE XI**LE CONTRÔLE INTERNE ET LA GESTION DU RISQUE DANS
LE RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE MALADIE****II – Les politiques régionales et locales
de gestion du risque maladie***REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE
MALADIE DES PROFESSIONS INDEPENDANTES*

La CANAM considère qu'une éventuelle « faible implication » des CMR dans les programmes de travail des URCAM n'est pas la conséquence des priorités nationales propres au régime maladie des professions indépendantes.

Ces priorités nationales en matière de gestion du risque sont définies annuellement, conformément aux dispositions de la circulaire interrégimes du 22 mars 1999 relative à la coordination de la gestion du risque par les URCAM prévoyant notamment que « afin de préserver la possibilité de présenter des thèmes propres à chaque régime, les caisses du régime AMPI réservent les ressources nécessaires à la réalisation de quatre actions nouvelles par an ».

Ces priorités nationales n'épuisent pas les ressources disponibles dans les CMR pour la conduite d'actions de gestion du risque. C'est ainsi que, au vu du bilan national 2000 de gestion du risque, il apparaît que :

- 25 % des actions engagées par les CMR sont des actions relevant des priorités nationales fixées par la caisse nationale ;
- 38 % des actions engagées par les CMR sont des actions relevant des priorités régionales dans le cadre de l'URCAM. Ces actions comprennent les actions prévues par le programme national interrégimes et les actions à l'initiative de l'URCAM ;
- 33 % des actions engagées sont des actions menées à l'initiative des seules CMR ;
- 4 % des actions relèvent du programme de travail de l'agence régionale de l'hospitalisation.

Malgré l'existence de priorités nationales, les CMR disposent donc encore des ressources nécessaires pour engager des actions ne relevant pas directement du programme de travail des URCAM.

Au-delà de l'existence des priorités nationales de gestion du risque du régime, le niveau d'implication de nos organismes régionaux dans le

programme de travail des URCAM doit être évalué en tenant compte du niveau quantitatif des ressources disponibles au sein des CMR et des services médicaux en particulier, un nombre non négligeable de ces services ne comprenant que deux ou trois praticiens conseils. L'efficacité des actions réalisées dans le cadre du programme de travail de l'URCAM ne dépend en rien de l'association du régime des professions indépendantes qui couvre moins de 5 % de la population et dont les moyens humains sont très faibles. En revanche, la possibilité laissée à la CANAM d'impulser quatre actions nationales par an enrichit la palette des actions validées proposées au choix des URCAM qui ont parfois repris à leur compte les prototypes mis au point par le régime (étude des prescriptions médicamenteuses dangereuses, contrôle des prescriptions héparines de bas poids moléculaire, par exemple).

CHAPITRE XII**L'ADMINISTRATION DES ORGANISMES****I – La gestion immobilière des caisses locales
du régime général et du régime agricole***REPONSE DE LA DIRECTION DES EXPLOITATIONS,
DE LA POLITIQUE SOCIALE ET DE L'EMPLOI
DU MINISTERE DE L'AGRICULTURE, DE L'ALIMENTATION,
DE LA PECHE ET DES AFFAIRES RURALES*

Les professionnels de la création d'entreprise conseillent fréquemment de dissocier l'immobilier d'entreprise de l'entreprise proprement dite. La création d'une structure juridiquement indépendante, généralement une société civile immobilière (SCI), pour financer les locaux et les mettre ensuite à la disposition de l'entreprise, est le plus souvent justifiée par la préoccupation de protéger le patrimoine immobilier professionnel d'éventuelles poursuites de créanciers de l'entreprise, de faciliter la transmission du patrimoine de l'entreprise séparément de la vente du fonds de commerce, d'assurer à l'exploitant des revenus fonciers complémentaires et, enfin, de bénéficier de certains avantages fiscaux. C'est, bien sûr, ce dernier aspect qui a motivé la constitution de SCI par les caisses de mutualité sociale agricole, constitution expressément autorisée par l'article L. 723-7-III du code rural.

L'intérêt financier est le suivant : les associés versent à la SCI un loyer, qui doit correspondre à la valeur locative de l'immeuble. Le bénéfice de la SCI, constitué essentiellement de ces loyers, déduction faite des charges, et notamment des intérêts d'emprunts, est réparti entre les associés en proportion de leurs parts dans le capital social. Ce bénéfice constitue pour les associés un revenu foncier imposable.

Ces loyers sont le plus souvent inférieurs aux montants des remboursements d'emprunt et des intérêts. En raison de la dégressivité des intérêts, les associés de la SCI devront par la suite payer des impôts fonciers de manière croissante au fil des années (le remboursement des intérêts déductibles diminuant), alors que les bénéfices sont utilisés au remboursement de l'emprunt.

Mais les avantages fiscaux sont dépendants du régime choisi par la SCI.

En cas de SCI transparente, les associés sont traités fiscalement comme s'ils étaient directement propriétaires des locaux correspondant à

leurs droits sociaux. S'il s'agit d'une SCI non transparente, les bénéfices de la SCI sont imposés au nom personnel de chaque associé.

Les frais d'acquisition des immeubles par la SCI ne sont pas déductibles, à moins que la SCI n'opte pour l'impôt sur les sociétés.

Enfin, la SCI exerçant une activité civile n'est donc pas, en principe, assujettie à la TVA. S'agissant de locaux à usage professionnel, elle peut opter pour l'application de la TVA sur les loyers encaissés. Cette option lui permet non seulement d'économiser le droit de bail, mais encore de récupérer la TVA grevant l'immeuble, y compris celle applicable aux investissements.

La complexité de ces dispositifs fiscaux nécessite de réaliser un bilan financier de chacune des SCI auxquelles participent les caisses de mutualité sociale agricole. C'est au vu de ce bilan qu'il pourra éventuellement leur être recommandé de dissoudre les sociétés civiles devenues neutres fiscalement.

Néanmoins, cette dissolution suggérée par la Cour, qui propose, dans un souci de simplification des structures de gestion immobilière, que la propriété des immeubles soit transférée aux organismes qui les occupent, n'est pas sans effet financier. Chacun des organismes de mutualité sociale agricole étant propriétaire de son patrimoine, cette opération aura des effets sur le bilan desdits organismes et un coût pour ceux qui procéderont au rachat des parts sociales. Leur capacité financière à procéder à ce rachat doit également faire l'objet d'une évaluation.

REPONSE DE LA CAISSE CENTRALE DE MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE

La gestion immobilière des organismes

les moyens des services immobiliers

La taille des CMSA et leur volonté d'optimiser leurs coûts de gestion sont les principales raisons de l'absence d'un service immobilier dédié, ces fonctions étant le plus souvent réparties entre un secteur « moyens généraux » pour l'exécution et un agent de direction pour le management, sans que cette organisation ait des incidences négatives sur la qualité de la gestion opérée.

De plus, le catalogue des sessions de formation offertes par l'ASFOSAR (organisme de formation des caisses) à ces deux catégories de personnels comporte des modules consacrés notamment aux marchés publics, qui ont connu une fréquentation notablement accrue avec l'entrée en vigueur de la réforme du code.

On signalera l'existence, au sein de la Caisse centrale, d'une direction des affaires juridiques et institutionnelles (DAJI) à laquelle les Caisses

peuvent s'adresser pour obtenir des informations et des conseils sur les questions juridiques relatives à l'immobilier.

En dehors du recours à des consultants ou sociétés de conseils, à réserver à des hypothèses le justifiant, l'accès à une taille suffisante, la mise en commun de moyens ou la mise en réseau de ressources, qui sont des objectifs expressément mentionnés dans le plan stratégique et la convention d'objectifs et dont la CCMSA est la garante, constituent la meilleure réponse possible, en vue de parvenir à confier la gestion de ces dossiers à des responsables clairement identifiés et dotés du professionnalisme nécessaire.

L'adéquation des surfaces occupées

Elles varient selon les modes d'organisation du travail (localisation des archives «vivantes», équipement des postes de travail), l'effort de proximité (taux d'occupation des locaux décentralisés, un nombre significatif d'agents devant, de par leurs missions de terrain, pouvoir y disposer de plusieurs postes de travail), les pratiques en matière de travail à temps partiel, l'appel à de la main d'œuvre temporaire.

Elles varient aussi selon la destination des locaux (il existe par exemple, au sein des MSA elles-mêmes, plusieurs catégories de services médicaux accueillant du public).

Ce handicap n'empêche pas que - plus fréquemment en MSA qu'ailleurs - la recherche d'optimisation de l'utilisation des surfaces se traduise par la présence de locaux mis en location commerciale (les efforts de la MSA de la Creuse, expressément citée par la Cour pour l'importance des surfaces rapportée au nombre d'agents, méritent d'être relevés).

L'entretien du patrimoine

La MSA n'échappe pas à la diversité des situations rencontrées, liée à la richesse de son histoire au plan local.

Comme cela a été souligné, chaque caisse gère en toute autonomie le patrimoine dont elle dispose.

Pour autant, l'existence de missions de conseil et d'audit général, relevant de la direction de la coordination du réseau, peut donner à l'échelon central l'occasion de détecter parmi toutes ces situations celles qui deviendraient préoccupantes et d'user ensuite de son pouvoir d'incitation.

Par ailleurs, constatant l'accélération du processus, sinon de vieillissement du moins d'obsolescence d'un parc immobilier de bureaux, la CCMSA a souhaité que la mise en place du Plan comptable unique des organismes de sécurité sociale (PCUOSS) soit l'occasion de réajuster sa durée d'amortissement, en la ramenant à 25 ans au lieu de 50, opération conduite sur les exercices 2001 ou 2002 pour la très grande majorité des organismes.

L'essentiel des observations formulées, pour la MSA comme pour les caisses des autres régimes, porte sur les coûts de maintenance et de réhabilitation d'immeubles mis à la disposition d'associations ou d'œuvres.

Il convient d'observer que les exigences en matière de mise aux normes d'établissements à caractère sanitaire ou social ont été très fortement accrues au cours de la période considérée, conduisant le propriétaire à devoir engager, sans délais, des travaux importants et coûteux, sauf à entraîner l'interruption de l'activité concernée, entrant le plus souvent dans les priorités du plan d'ASS de la caisse.

En revanche, une approche à plus long terme a parfois conduit à remettre en cause cette priorité, ou ce mode d'intervention, conduisant alors, en l'absence de perspective de parvenir à l'équilibre financier, à son abandon et à une revente de l'immeuble dans les conditions du marché, sans que les mises aux normes entraînent une plus-value.

Tel est le cas pour le centre de vacances de la MSA de Beauvais, vendu à un prix compris dans la fourchette d'estimation des Domaines. De même, la transformation de la Maison bourgeoise de Godreville en centre social n'ayant pas donné les résultats attendus en terme de fréquentation, le conseil a estimé économiquement préférable de s'en séparer.

Les SCI liées à des caisses de MSA

S'il est opportun de s'interroger sur l'intérêt que représente aujourd'hui chacune des SCI du régime agricole et la conduite d'une politique globale de simplifications des structures, cette question n'appelle pourtant pas de réponse uniforme.

Parfois, l'objectif de la constitution d'une SCI était principalement d'ordre fiscal, et un seul organisme se retrouve détenteur de l'essentiel des parts. On ne voit alors effectivement aucune raison de faire perdurer au-delà de l'indispensable une situation génératrice de complexités.

Mais la cogestion de la SCI a pu obéir à d'autres considérations. Il s'agissait parfois de conserver la propriété ou la maîtrise d'un patrimoine immobilier mis à disposition d'une structure bénéficiant par ailleurs d'une certaine autonomie de gestion. L'objectif pouvait être aussi de permettre la cogestion lorsque ce bien constitue lui-même le support d'activités communes ou d'une politique concertée (informatique, constitution d'entreprises de taille suffisante, mise en commun de moyens, action sanitaire et sociale). Dans de telles hypothèses, l'opportunité de prolonger cette cogestion ou d'y mettre un terme se trouve bien évidemment corrélée à celle de poursuivre ou pas l'objectif dont elle constitue l'un des supports.

*REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE
DES ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF)*

Les observations de la Cour sont reprises, pour l'essentiel, dans la nouvelle stratégie immobilière de la CNAF, arrêtée par la Commission d'administration générale en mai 2000.

La gestion du patrimoine

Le patrimoine de la branche famille est, comme le souligne la Cour, extrêmement diversifié, tant dans sa nature que dans son ancienneté ou dans son niveau d'entretien. Il se compose d'un peu plus de 900 immeubles. Compte tenu de cette situation, le conseil d'administration de la CNAF a décidé de mettre en œuvre une stratégie immobilière dont les objectifs répondent à des impératifs économiques et fonctionnels et qui s'assignent comme finalité la pérennité du patrimoine, la garantie de son développement et la maîtrise des coûts.

Cette gestion patrimoniale va s'appuyer sur un diagnostic de l'ensemble des immeubles. Un appel d'offres est en cours dans la perspective d'un démarrage de l'opération en début 2003. Il sera l'occasion de fiabiliser, entre autres éléments, la description des locaux au regard de leur utilisation et la mesure des surfaces.

Les contrats d'objectifs et de gestion 1997/2000 et 2001/2004 ont rappelé aux CAF la nécessité de s'interroger sur la pertinence des gestions directes et, si nécessaire, d'examiner l'opportunité d'un désengagement au profit d'un autre partenaire. Les critères justifiant un éventuel maintien sont cités explicitement par la caisse nationale.

Le développement des compétences en matière de gestion immobilière

La mise en œuvre d'un logiciel de gestion sera accompagnée d'une formation dans chacune des caisses.

Par ailleurs, la mise en place, dans les régions, d'experts de la gestion du patrimoine permettra une meilleure diffusion de l'information, une meilleure assistance et un meilleur accompagnement des responsables locaux, particulièrement pour les petits organismes.

La CNAF s'est elle-même dotée de compétences nouvelles depuis 2002 avec le recrutement d'un architecte, responsable de l'animation du réseau des experts régionaux.

Enfin, il faut rappeler ici la formation technique à la gestion de patrimoine, assurée par l'UCANSS et dont la qualité est reconnue, même si sa lourdeur (formation en alternance sur deux ans) ne permet pas à toutes les caisses de l'envisager.

La coopération entre les organismes

La CNAF désire se positionner, d'une part, en amont des opérations immobilières et, d'autre part, de manière complémentaire au rôle de l'UCANSS. Elle est chargée d'arrêter le plan immobilier et, dans ce cadre, réalise une analyse en terme d'opportunité et de priorisation des choix. Pendant la phase active de l'opération, son rôle est davantage en assistance au maître d'ouvrage.

Les conseillers régionaux de gestion du patrimoine devraient également servir d'intermédiaires dans la transmission d'informations entre les caisses locales, la CNAF et l'UCANSS. Les experts régionaux aideront les caisses à construire les plans de maintenance des bâtiments. Au fil de leur expérience, ils mutualisent les enseignements qu'ils peuvent en tirer. Ce sont des généralistes de la gestion de patrimoine immobilier.

La direction de l'expertise de l'UCANSS fournit des préconisations relatives au programme technique, recommandations en matière de choix des matériaux ou des techniques utilisées, respect des normes et règlements en vigueur.

Depuis la mise en œuvre du plan immobilier 2001/2004 et dans le cadre des dossiers d'un montant significatif (environ 500 000 €), la CNAF a mis en place des conventions tripartites signées par la CAF, l'UCANSS et la CNAF et qui déterminent le rôle respectif des différents acteurs pendant le déroulement de l'opération immobilière. Ces conventions fixent la responsabilité de chaque partenaire, les points de contrôle obligatoires UCANSS ou CNAF, la liberté laissée à la caisse, le coût de l'opération et le planning retenu. Ces conventions ont un triple objectif : simplification, maîtrise des dossiers sur l'aspect technique et financier et, enfin, détermination claire du rôle de chacun en évitant toute redondance.

L'avenir des Unions immobilières

Pour ce qui concerne l'avenir des Unions immobilières, il faut noter que la difficulté liée à la non-conjonction des plans immobiliers des différentes branches est estompée par une réunion de coordination des caisses nationales relative aux projets communs.

L'intérêt des UIOSS est très diversifié et la configuration des locaux de certains organismes très imbriquée rend quasiment impossible la séparation de l'Union. La stratégie des deux dernières décennies a consisté à privilégier, chaque fois que possible, une sortie des Unions immobilières. Cependant, le nombre de constructions de nouveaux sièges est très réduit et l'institution privilégie plutôt la création d'unités décentralisées.

La cession de l'immeuble de Garges

En ce qui concerne l'immeuble de Garges, la valeur domaniale de ce bien immobilier a été établie à 2,97 M€ le 1^{er} mars 1991, puis à 2,38 M€ le 28 mars 1994, à 1,62 M€ le 13 janvier 1995 et à 0,87 M€ le 10 août 1995.

En 1999, la société FONDS INVEST, possédant 63 % des lots de copropriété, a été mise en liquidation judiciaire. Elle n'a donc plus honoré ses obligations de règlement des charges de 1995 à 1999, obligeant les autres copropriétaires, dont la CAF, à supporter des charges exceptionnelles pour compenser sa défaillance (charges supplémentaires CAF estimées à 1,66 M€ le 30 novembre 1999).

En janvier 1998, dans le cadre du dispositif « zone franche urbaine », la ville de Garges-les-Gonesse a mandaté un cabinet d'audit, le cabinet « Expertise et Valorisation Foncière ». De cet audit a découlé la décision de revendre l'ensemble des parts de copropriété à une seule société qui entreprendrait une restructuration d'ensemble de l'immeuble.

Compte tenu de la dégradation rapide et importante de cet immeuble, la commission d'administration générale de la CNAF a donné son accord, le 26 septembre 2000, pour une vente dans les conditions évoquées afin de mettre un terme à la responsabilité supportée par la CAF sur un immeuble dont elle n'avait plus la maîtrise.

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES

- La caisse nationale a toujours été particulièrement attentive aux problèmes de surfaces et exigeante en termes de justification pour les demandes de locations complémentaires.

En ce qui concerne les aliénations d'immeubles sous-occupés ou désaffectés, l'introduction dans la convention d'objectifs et de gestion du emploi du produit des ventes pour le financement des opérations immobilières constitue une mesure incitative forte.

La caisse nationale encourage l'ensemble des organismes - notamment les Caisses primaires - à se doter de véritables schémas directeurs immobiliers visant aux regroupements et aux restructurations patrimoniales aussi souvent que cela est possible. Les ventes d'immeubles ont été nombreuses dans la période 2000-2002.

- Sur l'observation d'une mise en concurrence plus systématique des fournisseurs, la caisse nationale a invariablement invité ses organismes à organiser une mise en concurrence auprès des entreprises, même dans les cas où le montant des travaux ne donnait pas lieu à passation de marchés. Au-delà, la nécessité d'un appel d'offres a toujours constitué une règle intangible

- Dans la branche maladie, l'UCANSS intervient sur les opérations immobilières importantes (constructions de sièges, réhabilitations lourdes) ou celles qui comportent une forte technicité.

Son équipe pluridisciplinaire de spécialistes apporte une véritable plus-value à l'étude et au contrôle des dossiers.

Les PRECI - Pôles régionaux de compétences immobilières - dont s'est dotée la branche doivent s'inscrire dans un cadre qui complète le rôle de l'UCANSS, suivant deux directions principales :

- en amont de l'opération, leur caractère de structure de proximité facilite la réalisation de l'étude d'opportunité ou de faisabilité et leur permet d'assister l'organisme maître d'ouvrage dans l'élaboration de son programme fonctionnel, la rédaction du programme technique incombant toujours à l'UCANSS ;
- en aval, la présence du pôle sur le terrain le conduit à assurer très naturellement une fonction d'assistance à la maîtrise d'ouvrage dans ses rapports avec la maîtrise d'œuvre et les entreprises, en tant que de besoin, pendant la réalisation des travaux.

Il n'y a donc ni doublon ni redondance, encore moins concurrence, mais complémentarité avec le rôle et la mission de l'UCANSS.

Le carcan budgétaire dans lequel sont enfermées les opérations immobilières condamne peu ou prou les organismes à vivre ensemble au prix d'opérations de réhabilitation lourde, ou d'extension quand elles sont possibles, d'aménagement et de restructuration quand l'une des composantes est autorisée à se reloger à l'extérieur. Dans ces conditions, la dissolution des UIOSS, surtout si elle devait être envisagée globalement, paraît difficile, sauf à envisager des solutions du type copropriété, mais la mise en œuvre de ce nouveau support juridique poserait d'autres problèmes en matière de moyens.

REPONSE DE L'UNION DES CAISSES NATIONALES DE SECURITE SOCIALE (UCANSS)

Les normes de surface

Celles-ci ont été diffusées par la Caisse nationale de sécurité sociale sur la base d'instructions datant de 1956, 1966 et 1967. Pour ce qui concerne l'UCANSS, aucune norme n'a été diffusée, l'UCANSS orientant son action en ce domaine sur la mise au point d'une méthodologie. C'est ainsi qu'en 1995 a été publié un guide d'aménagement de l'espace bureaux indiquant de quelle manière évaluer les surfaces nécessaires en fonction de l'environnement de travail et de la géométrie des locaux.

Les actions de gestion et de connaissance du patrimoine

L'UCANSS a, dans les années 1980, réalisé, en partenariat avec les organismes nationaux, une enquête systématique sur les consommations de chauffage/climatisation des organismes.

En 1990, elle a soumis aux organismes nationaux des cahiers des charges pour la réalisation de diagnostics techniques permettant une remontée sur une base nationale, complétée par l'analyse de l'offre de services des principaux bureaux de contrôle permettant d'offrir des diagnostics complets.

Cette démarche proposée par l'UCANSS va au-delà de la simple remise en l'état de l'enveloppe extérieure, puisqu'elle concerne également l'ensemble des équipements, les temps de retour des travaux et l'évaluation des qualités des immeubles.

Ces informations vont au-delà du recensement du répertoire analytique du patrimoine, qui peut être considéré comme une étape dans la connaissance d'un patrimoine.

En ce qui concerne le répertoire analytique, les offres de services de l'UCANSS ont été écartées par la CNAMTS qui a réalisé un système de remontée d'informations n'intégrant pas le concept plus avancé développé par l'UCANSS.

La CNAF a demandé une information sur les possibilités des logiciels du marché et les différents aspects de gestion du patrimoine.

L'articulation entre la direction de l'expertise immobilière de l'UCANSS et les pôles régionaux de compétences mis en place par la CNAMTS

Alors que les pôles régionaux de la branche maladie sont constitués, selon les informations obtenues, d'un spécialiste des marchés et de deux généralistes et ont vocation à aider les organismes pour les dossiers d'aménagement de locaux, de maintenance de certains ouvrages ne requérant pas de connaissances trop spécialisées, la direction de l'expertise immobilière de l'UCANSS est une unité pluridisciplinaire d'experts couvrant l'ensemble du domaine immobilier dans ses différentes composantes. Elle conseille aussi bien sur des questions faisant intervenir des analyses multicritères intertechniques en conception globale que sur des points particuliers concernant des technologies avancées.

Bien que la CNAMTS ait développé ses pôles régionaux sans coordination avec l'UCANSS, il serait utile que ceux-ci œuvrent en relation avec la direction de l'expertise immobilière concernant le conseil sur les questions très techniques, l'orientation sur les types d'ouvrages et la qualité des matériaux à mettre en place et la mise à niveau des connaissances au regard des évolutions technologiques et réglementaires.

Les pôles régionaux de la CNAF ont été conçus dès l'origine en complémentarité avec les services de l'UCANSS.

C'est ainsi que la direction du réseau de la CNAF est en relation avec la Direction de l'expertise immobilière de l'UCANSS en vue de coordonner les actions de chacun et éviter les doublons.

La démarche de partenariat contractuel entre la CNAF et l'UCANSS pourrait être généralisée.

GLOSSAIRE

AAH	Allocation aux adultes handicapés
ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
AFEAMA	Aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée
AFSSA	Agence française de sécurité sanitaire des aliments
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AFSSE	Agence française de sécurité sanitaire pour l'environnement
AGED	Allocation pour la garde d'enfant à domicile
AGFF	Association pour la gestion du fonds de financement
AGIRC	Association générale des institutions de retraite des cadres
ALD	Affection de longue durée
AMEXA	Assurance maladie des exploitants agricoles
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
AP-HM	Assistance publique – Hôpitaux de Marseille
AP-HP	Assistance publique – Hôpitaux de Paris
API	Allocation de parent isolé
APJE	Allocation pour jeune enfant
APL	Aide personnalisée au logement
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARRCO	Association des régimes de retraite complémentaire
ARS	Allocation de rentrée scolaire
ASA	Allocation spécifique d'attente
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
ATU	Autorisation temporaire d'utilisation

AVPF	Assurance vieillesse des parents au foyer
BAPSA	Budget annexe des prestations sociales agricoles
BMAF	Base mensuelle d'allocations familiales
CADES	Caisse d'amortissement de la dette sociale
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAMAVIC	Caisse mutuelle d'assurance vieillesse des cultes
CANAM	Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles
CANCAVA	Caisse autonome nationale de compensation des assurances vieillesse artisanale
CANSSM	Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines
CATS	Cessation anticipée des travailleurs salariés
CCA	Chef de clinique assistant
CCMOSS	Commission consultative des marchés des organismes de sécurité sociale
CCMSA	Caisse centrale de mutualité sociale agricole
CEPS	Comité économique des produits de santé
CGI	Code général des impôts
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale
CMCAS	Caisse mutuelle complémentaire et d'activité sociale
CMO	Contrat d'objectifs et de moyens
CMR	Caisse mutuelle régionale
CMU	Couverture maladie universelle
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNBF	Caisse nationale des barreaux français
CNRACL	Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales

CNAVPL	Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales
CNEVA	Centre national d'études vétérinaires et alimentaires
CNIS	Conseil national de l'information statistique
CoDAMU	Comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires
COG	Convention d'objectifs et de gestion
COREC	Comité régional d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale
COTRIM	Comité technique régional de l'information médicale
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPD	Conditions de prescription et de délivrance
CPS	Carte professionnelle de santé
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CRC	Chambre régionale des comptes
CRDS	Contribution au remboursement de la dette sociale
CREDES	Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé
CRPCEN	Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires
CRRA	Centre de réception et de régulation des appels
CSG	Cotisation sociale généralisée
CSMF	Confédération des syndicats médicaux de France
CSS	Code de la sécurité sociale
C3S	Contribution sociale de solidarité des sociétés
CTI	Centre de traitement informatique
DARES	Direction de l'animation de la recherche, de l'emploi et des statistiques
DCSSI	Direction centrale de la sécurité des systèmes d'information
DDASS	Direction départementale de l'action sanitaire et sociale
DGAS	Direction générale de l'action sociale

DGCCRF	Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes
DGCP	Direction générale de la comptabilité publique
DGF	Dotation globale de fonctionnement
DGI	Direction générale des impôts
DGS	Direction générale de la santé
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DIM	Département d'information médicale
DPN	Diagnostic prénatal
DRASS	Direction régionale de l'action sanitaire et sociale
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
EFG	Etablissement français des greffes
ETP	Equivalent temps plein
EHPAD	Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
EPS	Etablissement public de santé
EPSI	Etablissement public de santé interhospitalier
ERSM	Echelon régional du service médical
FAAS	Fonds additionnel d'action sociale
FAQSV	Fonds d'aide à la qualité des soins de ville
FASMO	Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé
FASTIF	Fonds d'action sociale pour les travailleurs immigrés et leurs familles
FCAT	Fonds commun d'accidents du travail
FCATA	Fonds commun d'accidents du travail agricole
FCOSS	Fonds de compensation des organismes de sécurité sociale
FIMHO	Fonds d'investissement pour la modernisation des hôpitaux

FIVA	Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante
FMES	Fonds pour la modernisation sociale des établissements de santé
FNAH	Fonds national pour l'amélioration de l'habitat
FNAL	Fonds national d'aide au logement
FMPC	Fonds de modernisation des cliniques privées
FNH	Fonds national de l'habitat
FOPIM	Fonds de promotion de l'information médicale et micro-économique
FOREC	Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales
FRR	Fonds de réserve des retraites
FSI	Fonds spécial d'invalidité
FSV	Fonds de solidarité vieillesse
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GIE	Groupement d'intérêt économique
GIP	Groupement d'intérêt public
GIR	Groupe Iso Ressources
GHM	Groupe homogène de malades
GVT	Glissement-vieillesse-technicité
HAD	Hospitalisation à domicile
HCL	Hospices civils de Lyon
HEGP	Hôpital européen Georges Pompidou
HIA	Hôpital d'instruction des armées
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
IGAS	Inspection des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
InVS	Institut de veille sanitaire
IR	Impôt sur le revenu

IPSN	Institut de protection et de sûreté nucléaire
IRSN	Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire
ISA	Indice synthétique d'activité
LFI	Loi de financement initiale
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MARTHE	Mission d'appui à la réforme de la tarification pour l'hébergement en établissement
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MCU-PH	Maître de conférence universitaire – praticien hospitalier
MG France	Médecins généralistes de France
MIRCOSS	Mission interministérielle de réforme de la comptabilité des organismes de sécurité sociale
MRIICE	Mission régionale et interdépartementale d'inspection, de contrôle et d'évaluation
MSA	Mutualité sociale agricole
MUTIM	Mutuelle des travailleurs indépendants de la Martinique
NICE	National institute for clinical excellence
NTIC	Nouvelles technologies d'information et de communication
ODD	Objectif des dépenses déléguées
ODAC	Organismes divers d'administration centrale
ODSV	Objectif de dépenses de soins de ville
OMIT	Observatoire du médicament et de l'innovation thérapeutique
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
OPRI	Office de protection contre les rayonnements ionisants
OQN	Objectif quantifié national
ORL	Oto-rhino-laryngologiste
ORGANIC	Organisation autonome nationale de l'industrie et du commerce
PCG/T	Primary care group/trust

PEE	Plan d'épargne entreprise
PEI	Plan d'épargne interentreprise
PGI	Plan de gestion immobilière
PIB	Produit intérieur brut
PMA	Prestation médicalement assistée
PMCT	Poids moyen du cas traité
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNIR	Programme national interrégimes
POSU	Pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences
PPESV	Plan partenarial d'épargne salariale volontaire
PRAM	Programme régional de l'assurance maladie
PRH	Programme régional d'hospitalisation
PRT	Programme régional de travail
PSPH	Participant au service public hospitalier
PU-PH	Professeur des universités - praticien hospitalier
RAP	Répertoire analytique du patrimoine
RH	Réserve hospitalière
RMI	Revenu minimum d'insertion
RMO	Référence médicale opposable
RSA	Résumé de sortie anonymisé
RNSP	Réseau national de santé publique
RSS	Réseau santé-social
RTT	Réduction du temps de travail
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SASV	Service de l'allocation spéciale vieillesse
SAU	Service d'accueil et de traitement des urgences
SCI	Société civile immobilière
SIH	Syndicat interhospitalier
SMIC	Salaire minimum interprofessionnel de croissance

SMR	Service médical rendu
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SNIP	Syndicat national de l'industrie pharmaceutique
SNIREP	Système national interrégimes des établissements privés
SRITEPSA	Service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricole
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSA	Service de santé des armées
SSR	Soins de suite ou de réadaptation
TCA	Taxe sur convention d'assurance
TDFC	Transfert de données fiscales et comptables
TDS	Transfert de données sociales
TMM	Taux moyen du marché monétaire
UCANSS	Union des caisses nationales de sécurité sociale
UDSMG	Union départementale des mutuelles de la Guadeloupe
UFR	Unité de formation et de recherche
UGECAM	Union pour la gestion des établissements de caisse d'assurance maladie
UIOSS	Union immobilière des organismes de sécurité sociale
UNEDIC	Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce
UPATOU	Unité de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
URHIF	Union régionale de l'hospitalisation de l'Ile-de-France
USLD	Unité de soins de longue durée
URML	Union régionale de médecins exerçant à titre libéral
URSSAF	Union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales