

Chapitre XII

**Les établissements de santé et médico-
sociaux du régime général d'assurance
maladie : un impératif d'équilibre
financier, une stratégie à refonder**

PRÉSENTATION

En 2000, les établissements sanitaires et médico-sociaux créés par les caisses locales de la branche maladie du régime général ont été rattachés à treize unions pour la gestion des établissements des caisses de l'assurance maladie (UGECAM). Ces dernières, qui disposent chacune de la personnalité morale et ont un statut proche de celui des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), sont regroupées sous le label de « groupe UGECAM », piloté par une direction nationale de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

Depuis leur création, ces unions ont ouvert de nouvelles structures. Elles gèrent ainsi aujourd'hui 238 établissements, emploient près de 14 000 personnes et perçoivent près de 1,1 Md€ de recettes annuelles.

Dans son rapport sur la sécurité sociale pour 2008⁵⁶¹, la Cour avait tiré un bilan contrasté de la création des UGECAM et souligné notamment le caractère inabouti de leur découpage géographique, les difficultés à financer les surcoûts salariaux par rapport aux établissements comparables et un pilotage insuffisant par la CNAMTS.

Après avoir examiné l'an dernier l'offre de soins du régime des mines⁵⁶², la Cour a souhaité analyser l'évolution récente des activités sanitaires et médico-sociales des UGECAM. En application de l'article R. 134-3 du code des juridictions financières, elle s'est attachée à cette fin le concours de la mission « risques et audit » de la direction générale des finances publiques (DGFIP) pour le contrôle de six UGECAM⁵⁶³.

La Cour a constaté que l'offre sanitaire et médico-sociale gérée par les UGECAM connaissait un mouvement de recomposition et d'expansion pour sa composante médico-sociale, sans parvenir à l'équilibre économique malgré la permanence des concours financiers de la CNAMTS (I). Au-delà d'un indispensable retour à l'équilibre dans des conditions de financement normalisées, il convient de reconsidérer la stratégie de développement de l'offre de soins de l'assurance maladie et de faire évoluer son cadre de gestion vers le droit commun (II).

⁵⁶¹ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2008*, chapitre XII : la situation des UGECAM, p. 401-405, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁵⁶² Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2016*, chapitre XIII : la caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines : une survie artificielle, une suppression à organiser, p. 541-569, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁵⁶³ UGECAM Nord-Est, Aquitaine, Île-de-France, Centre, Auvergne-Limousin-Poitou-Charentes, Provence –Alpes-Côte d'Azur-Corse.

I - Une offre de soins structurellement déficitaire

En 2016, les UGECAM regroupaient 238 établissements, dont 82 à caractère sanitaire (7 337 lits et places pour 696 M€ de chiffre d'affaires) et 156 à caractère médico-social (7 335 places pour 306 M€ de chiffre d'affaires).

Les activités des établissements des UGECAM

76 établissements sanitaires ont une activité exclusive de soins de suite et de réadaptation. En 2015, ils représentaient 8 % de l'activité dans ce domaine des établissements publics et privés non lucratifs et 5 % de celle de l'ensemble du secteur. Les six autres établissements sanitaires ont des activités de soins de longue durée, de médecine (consultations de médecine ambulatoire ou soins) ou de psychiatrie.

Les établissements médico-sociaux sont orientés vers la prise en charge du handicap des enfants et des adolescents (handicap moteur, psychique, polyhandicap, troubles du comportement et autisme). Les UGECAM sont par ailleurs le principal opérateur de la réadaptation professionnelle des travailleurs handicapés et ont accueilli à ce titre en 2015 un tiers des stagiaires formés en France.

Si l'activité se réduit dans le champ sanitaire, elle se renforce en revanche dans le champ médico-social, en dépit de déficits chroniques des unions, pour partie masqués par les concours de la CNAMTS, du fait notamment de coûts salariaux élevés.

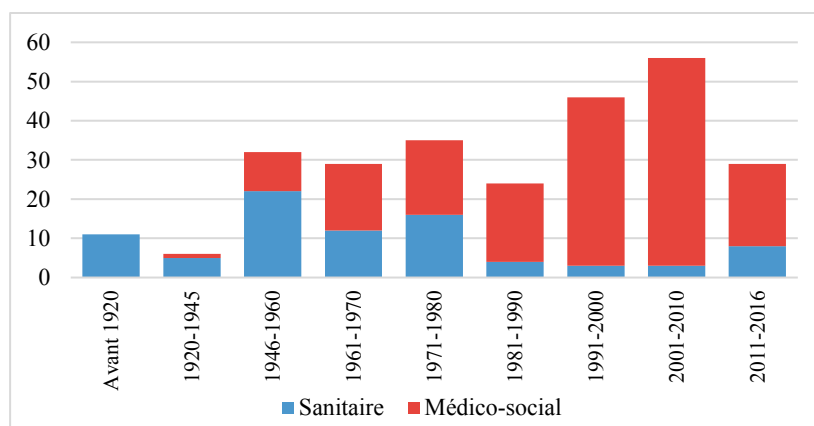
A - Une offre dispersée dont le volet sanitaire se réduit et la composante médico-sociale se développe

Les établissements sanitaires et médico-sociaux des UGECAM sont issus d'initiatives qui se sont succédé dans le temps. Ils connaissent des évolutions différenciées : entre 2006 et 2015, le nombre de lits et places des établissements sanitaires a baissé de 7 %. En revanche, le nombre de places à caractère médico-social a augmenté de 26 %.

1 - Des établissements majoritairement hérités d'initiatives anciennes et fortement dispersés

Les établissements des UGECAM ont été créés, pour les deux tiers d'entre eux, avant la création de ces dernières, par des initiatives des caisses locales d'assurance maladie. Pour autant, 86 établissements ont été créés depuis 2000, essentiellement dans le secteur médico-social.

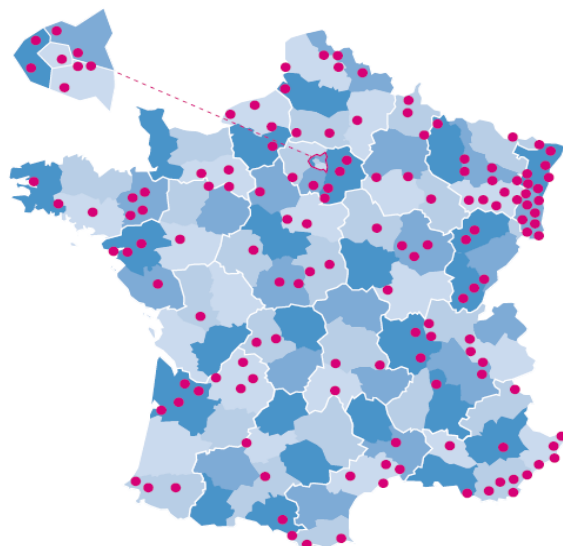
Graphique n° 48 : chronologie des créations d'établissements



Source : Cour des comptes à partir des données de la base FINESS des établissements sanitaires et médico-sociaux.

Il résulte de ces initiatives locales un maillage territorial très inégal. De manière spécifique, la densité très élevée d'établissements en Alsace est liée à la mise en place d'assurances sociales par Bismarck à la fin du XIX^{ème} siècle.

Dans certaines régions, les établissements des UGECAM représentent une part non négligeable de l'offre de soins. Ainsi, en matière de soins de suite et de réadaptation, les UGECAM Alsace et Nord-Est ont une part de marché de 17 % dans la région Grand-Est. En Provence-Alpes-Côte d'Azur, l'UGECAM est l'acteur de référence : ses établissements sont présents dans cinq des six départements et ont assis leur position d'établissements d'aval par des rapprochements géographiques et des partenariats avec les principaux centres hospitaliers.

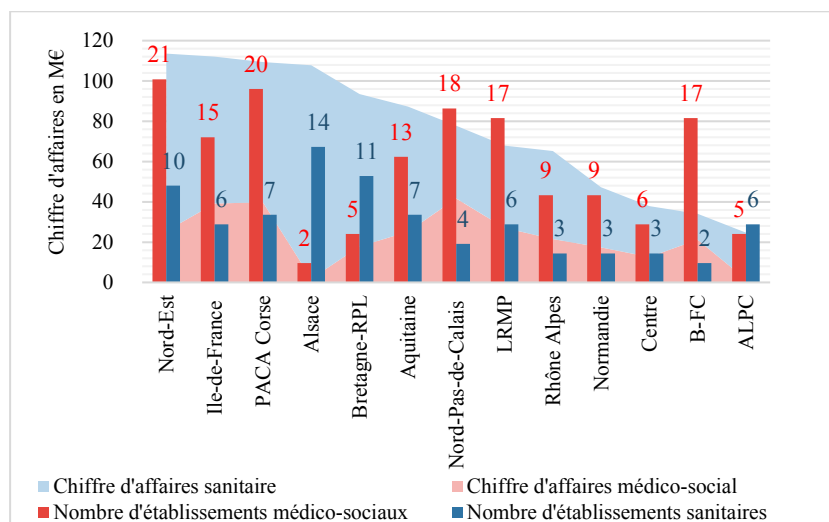
Carte n° 11 : implantation des établissements des UGECAM (2014)

Source : CNAMTS.

Les UGECAM présentent de ce fait de fortes disparités :

- les quatre unions les plus importantes (Alsace, Nord-Est, Île-de-France, PACA-Corse) ont des recettes d'activité supérieures à 100 M€ par an, des capacités sanitaires comprises entre 645 et 1 131 lits et plus de 1 300 emplois (exprimés en équivalent temps plein, ETP) ;
- quatre unions (Normandie, Bourgogne-Franche-Comté, Centre et Auvergne-Limousin-Poitou-Charentes) sont de petite taille, avec un chiffre d'affaires annuel compris entre 30 et 46 M€ et moins de 400 lits au regard d'une moyenne de 573 lits par union ;
- les cinq autres unions (Bretagne-Pays de Loire, Aquitaine, Nord-Pas-de-Calais, Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées et Rhône-Alpes) ont une taille intermédiaire, avec un chiffre d'affaires compris entre 64 et 93 M€ et 450 à 920 lits.

Graphique n° 49 : établissements et chiffre d'affaires par UGECAM (2016)



Note de lecture : Bretagne-RPL : Bretagne-Région Pays-de-Loire ; LRMP : Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées ; B-FC : Bourgogne-Franche-Comté ; ALPC : Auvergne-Limousin-Poitou-Charentes.

Source : CNAMTS.

2 - Une offre sanitaire en recul, mais laissant subsister des établissements trop petits, mal situés et insuffisamment spécialisés

Depuis leur création, les UGECAM ont recentré leur offre sanitaire sur les soins de suite et de réadaptation et le développement d'alternatives à l'hospitalisation complète. Depuis 2006, elles ont ainsi fermé 540 lits, soit 7 % de leurs capacités sanitaires, par désengagement des activités de médecine, obstétrique et dans une moindre mesure, de psychiatrie, par transferts d'établissements à d'autres opérateurs et par regroupement de huit établissements en trois entre 2014 et 2016.

Les établissements de soins de suite et de réadaptation offrent pour la très grande majorité d'entre eux des soins spécialisés en orthopédie et en neurologie. À ce titre, ils ont développé des expertises reconnues en matière de prises en charge spécialisées de pathologies sévères, comme les soins et la rééducation des amputés, des grands brûlés et des blessés

médullaires⁵⁶⁴ ou sur des filières rares, comme la nutrition infantile⁵⁶⁵ ou l'addictologie⁵⁶⁶. En revanche, une quinzaine d'établissements consacrent une part majoritaire de leur activité à des soins polyvalents et n'ont pas de technicité dans un domaine particulier.

L'activité sanitaire évolue pour s'inscrire davantage dans une logique de parcours de soins conformément à l'objectif fixé par la convention d'objectifs et de gestion (COG) de l'assurance maladie avec l'État pour les années 2014 à 2017. Ainsi, une orientation nationale de développement de l'activité de neurologie a été fixée dans le projet du « groupe UGECAM », afin de renforcer la filière post-AVC⁵⁶⁷ et d'anticiper sur le recul attendu des besoins d'hospitalisation complète en orthopédie.

Le développement d'alternatives à l'hospitalisation complète est un autre axe prioritaire de la COG. En 2015, les UGECAM avaient ainsi développé une prise en charge en hospitalisation à temps partiel, à hauteur de 18,3 % des journées réalisées, deux fois plus importante que la moyenne nationale (9,7 %). Les UGECAM Nord-Est, Nord-Pas-de-Calais, Alsace et PACA-Corse ont une activité particulièrement élevée en ce domaine⁵⁶⁸.

Ces évolutions d'activités se heurtent cependant à la faible dimension des établissements qui demeurent en grande majorité de petite taille. Pour 65 % d'entre eux, ils comprennent moins de 100 lits et pour un quart, moins de 50 lits. Les résultats obtenus dans la certification par la Haute Autorité de santé sont satisfaisants, mais la pérennité des équipes médicales n'est pas acquise, compte tenu des difficultés de recrutement dans les territoires urbains comme ruraux et du vieillissement des équipes de certains établissements isolés.

Les UGECAM cherchent ainsi à regrouper leurs établissements pour mieux utiliser leurs réserves foncières ou mutualiser certaines fonctions entre des établissements proches. Le mouvement reste cependant lent et les résultats encore modestes.

⁵⁶⁴ Le centre de Coubert (Seine-et-Marne) est le seul centre de rééducation et de soins cutanés des grands brûlés en Île-de-France. L'établissement pédiatrique de Montreuil (Seine-Saint-Denis) est spécialisé dans les soins post-réanimation néonatale et celui de La Tour de Gassies (voisin de Bordeaux) dans la rééducation des blessés médullaires.

⁵⁶⁵ Par exemple, la MECS Tza-Nou dans le Puy-de-Dôme.

⁵⁶⁶ Comme le centre de l'Escale à Rennes.

⁵⁶⁷ Les patients pris en charge à ce titre en UGECAM Normandie, Rhône-Alpes et PACA-Corse ont ainsi augmenté de plus de 20 % entre 2014 et 2015.

⁵⁶⁸ Les journées en hospitalisation partielle représentaient respectivement 49 %, 48 %, 27 % et 25 % de leur activité en 2015.

Seuls trois regroupements ont permis de constituer des centres de taille importante tout en s'accompagnant d'une baisse de capacités. Ainsi, le « pôle gériatrique rennais » (323 lits), qui regroupe un centre de soins de suite et de réadaptation polyvalent et un centre spécialisé, a été constitué avec une diminution nette de capacité par rapport aux établissements regroupés, qui avaient déjà connu des réductions graduelles. Le nouveau centre du Val-Rosay (355 lits en Rhône-Alpes) a absorbé trois petits établissements, avec une réduction de capacités de 103 places. Trois sites pédiatriques de l'union d'Île-de-France ont été regroupés en 2017 sur un seul site, à Montreuil, ce qui pourrait permettre une économie annuelle de 1,5 M€.

L'UGECAM Aquitaine projette pour sa part de transférer les lits du service de soins de suite et de réadaptation polyvalent de Châteauneuf, mal situé, dans une aile du centre de La Tour de Gassies près de Bordeaux. Deux opérations de regroupement sur un même site d'un SSR et d'un EHPAD sont en préparation dans les UGECAM Centre et Aquitaine, par reconstruction complète du nouvel ensemble dans l'agglomération orléanaise et par transfert de l'EHPAD sur le site du SSR de Lormont (dans l'agglomération bordelaise).

La transformation d'établissements sanitaires en établissements médico-sociaux reste l'exception. Ainsi, un établissement de soins de suite et de réadaptation de l'UGECAM Nord-Est est en cours de reconversion en structure d'hébergement pour adultes handicapés, eu égard aux surcapacités en soins de suite des différents opérateurs locaux.

3 - Une dynamique de développement de l'offre médico-sociale insuffisamment encadrée

À partir de 1990, les UGECAM ont créé de nombreuses structures médico-sociales pour répondre aux nouveaux besoins qui se faisaient jour : unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale des personnes cérébrolésées, services à domicile adossés aux établissements d'hébergement pour enfants et adultes handicapés. Elles ont ouvert notamment de nouveaux établissements pour personnes handicapées⁵⁶⁹. Ainsi, l'UGECAM Bourgogne-Franche-Comté a augmenté de 92 % ses capacités dans le domaine médico-social entre 2006 et 2015, après avoir repris cinq anciennes structures associatives et ouvert six établissements.

⁵⁶⁹ Établissements pour enfants avec des troubles du comportement (ITEP) et pour enfants déficients moteurs ou mentaux (IME), pour adultes handicapés (MAS et FAM).

Depuis 2015, les UGECAM ont pour priorité de répondre aux appels à projets des agences régionales de santé (ARS) sur la prise en charge des personnes handicapées et de celles qui connaissent des troubles du comportement. En particulier, elles se positionnent sur le champ de l'autisme, pour ouvrir des places d'hébergement et en unité d'enseignement, ou obtenir l'agrément dans la mesure où certains de leurs établissements accueillent déjà des enfants autistes.

L'extension de l'offre médico-sociale par création de structures nouvelles au gré des opportunités l'a ainsi emporté sur la transformation et l'adaptation des structures existantes. Ainsi, l'UGECAM PACA-Corse ouvrira prochainement un établissement d'hébergement pour personnes handicapées sur le territoire de la Haute-Corse, alors qu'elle ne dispose d'aucune autre implantation en Corse.

Bien que le « groupe UGECAM » soit ainsi un acteur majeur du secteur privé non lucratif dans le champ sanitaire et médico-social, son positionnement et son développement ne résultent d'aucune orientation d'ensemble fixée en fonction d'une appréciation des besoins et exprimée sous forme d'objectifs de capacités par segment d'activités, par territoire et dans le temps. Ce défaut de planification stratégique de moyen terme apparaît très préjudiciable au regard des déficits récurrents des unions.

B - Des déficits pour partie masqués

Le manque de fiabilité des comptes statutaires des UGECAM nécessite de les retraiter afin d'apprécier leur situation financière.

Des comptes peu fiables

Depuis 2009, les UGECAM ont engagé des travaux de fiabilisation en vue de faire certifier leurs comptes annuels par un commissaire aux comptes, à partir des exercices 2016, 2017 ou 2018 selon les unions. Les principaux retraitements et corrections comptables sont liés à l'application de durées d'amortissement de droit commun, moins longues que celles jusque-là pratiquées. De manière discutable, la CNAMTS a repoussé à 2016 ou 2017, selon le cas, l'intégration aux comptes des établissements et, partant, des UGECAM, des corrections les plus significatives. Les comptes des établissements transmis aux autorités de tarification au titre des exercices antérieurs à 2016 ou 2017 ne reflètent donc pas leur situation financière de manière fidèle.

Parallèlement à leurs comptes statutaires, les unions retracent depuis 2012 dans des comptes retraités l'incidence des retraitements et corrections. La CNAMTS fait appel à un cabinet extérieur pour fiabiliser ces comptes retraités et établit à partir de ces derniers des comptes agrégés du « groupe UGECAM ». Ces derniers ne sont disponibles qu'à partir de courant juillet de l'année suivante, au lieu du 15 mars pour ceux de la branche maladie, et les opérations réciproques entre unions n'y sont pas éliminées, à la différence des comptes combinés de la branche.

Les UGECAM connaissent des déficits récurrents et toujours importants en 2016, alors que la COG 2014-2017 a fixé pour objectif un retour à l'équilibre d'ici à 2017 pour chacune des UGECAM. Ces déficits ne reflètent eux-mêmes que partiellement la situation économique déséquilibrée des unions. En effet, celles-ci continuent à bénéficier de concours financiers de la CNAMTS.

1 - Des déficits récurrents

Depuis trois ans, le « groupe UGECAM » dégagne chaque année un déficit compris entre 10 et 20 M€ (11,5 M€ en 2014, 20,1 M€ en 2015, 10,3 M€ en 2016).

Cette situation reflète un résultat d'exploitation constamment négatif, dont l'incidence sur le résultat net est atténuée selon les années par les produits financiers procurés par une trésorerie excédentaire et par des produits exceptionnels issus de cessions de biens immobiliers⁵⁷⁰.

⁵⁷⁰ Ainsi, le résultat net positif du « groupe UGECAM » de l'exercice 2013, malgré un résultat d'exploitation négatif, résulte de la cession d'un immeuble à Boulogne par l'UGECAM Île-de-France. Le résultat net 2017 devrait être amélioré par la cession des anciens sites de l'établissement de Valmante à Marseille (pour près de 41 M€).

**Tableau n° 88 : résultats du « groupe UGECAM »
(comptes agrégés 2012-2016)**

En M€

	2012	2013	2014	2015	2016
Produits d'exploitation	1 029,6	1 046,8	1 051,0	1 048,4	1 055,3
<i>Dont recettes d'activité</i>	<i>957,8</i>	<i>975,9</i>	<i>983,9</i>	<i>985,5</i>	<i>998,9</i>
Charges d'exploitation	1 040,1	1 054,4	1 068,1	1 070,7	1 070,9
Résultat d'exploitation	-10,5	-7,6	-17,2	-22,3	-15,7
<i>En % des recettes d'activité</i>	<i>-1,0 %</i>	<i>-0,7 %</i>	<i>-1,6 %</i>	<i>-2,1 %</i>	<i>-1,6 %</i>
Résultat financier	5,0	5,7	4,6	4,0	3,2
Résultat exceptionnel	4,1	8,1	1,5	-1,4	2,5
Résultat net	-1,4	6,1	-11,5	-20,1	-10,3
<i>En % des recettes d'activité</i>	<i>-0,1 %</i>	<i>0,6 %</i>	<i>-1,2 %</i>	<i>-2,0 %</i>	<i>-1,0 %</i>

Source : CNAMTS.

À deux exceptions près (Île-de-France, Normandie), toutes les UGECAM ont enregistré un déficit d'exploitation au titre de 2016.

La situation des établissements, dont les comptes sont consolidés au niveau de chaque union, diverge entre les secteurs sanitaire et médico-social. Les établissements sanitaires concentrent la plus grande partie des déficits. Huit établissements de soins de suite et de réadaptation, souvent de grande taille, relevant d'UGECAM importantes (Alsace, Nord-Est, PACA-Corse, Île-de-France, Bretagne-Pays-de-Loire et Aquitaine) mais aussi d'une petite union (Rhône-Alpes), concentrent à eux seuls près des deux tiers des déficits. Les établissements médico-sociaux, dont les concours de droit commun de l'assurance maladie sont plus dynamiques, ont longtemps dégagé un excédent d'exploitation. En 2014 et 2015, ce dernier s'est cependant mué en des déficits d'exploitation (respectivement de 0,18 M€ et de 1,8 M€), avant de réapparaître en 2016 (4,2 M€).

2 - Des déficits pour partie occultés par les concours financiers de la CNAMTS

À partir des ressources affectées au financement du risque maladie (prestations et frais administratifs liés à leur gestion), la CNAMTS accorde aux UGECAM trois concours financiers qui viennent améliorer leur résultat d'exploitation :

- des dotations du fonds national de gestion administrative (FNGA) finançant, pour l'essentiel, une partie du coût du dispositif d'intéressement du personnel des UGECAM ;

- des dotations du fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS) prennent en charge les coûts liés aux restructurations (mesures de formation-requalification, indemnités de licenciement, notamment) ;
- les frais de fonctionnement de la direction nationale du « groupe UGECAM » ne sont pas refacturés par la CNAMTS aux UGECAM.

Bien qu'encadrés par les conventions d'objectifs et de gestion de l'assurance maladie avec l'État et en baisse pour l'un d'eux⁵⁷¹, ces apports réduisent substantiellement l'ampleur de leurs déficits, comme le montre le tableau ci-après.

Tableau n° 89 : résultat net du « groupe UGECAM » corrigé des concours de la CNAMTS (2013-2016)

En M€

	2012	2013	2014	2015	2016	Cumul 2012-2016
(1) Résultat net	-1,4	6,1	-11,5	-20,1	-10,3	-37,2
(2) Résultat d'exploitation	-10,5	-7,6	-17,2	-22,3	-15,7	-73,1
Dotation du FNGA	17,0	18,8	15,2	12,4	12,2	75,5
Dotation du FNASS	1,9	1,7	2,5	1,7	3,5	11,2
Frais de la direction nationale *	1,0	1,0	1,0	1,2	1,3	5,6
(3) Sous-total des concours CNAMTS	19,9	21,5	18,7	15,2	17,0	92,4
Résultat d'exploitation corrigé (2) – (3)	-30,4	-29,0	-35,9	-37,5	-32,7	-165,5
<i>En % des recettes d'activité</i>	-3,2 %	-3,0 %	-3,6 %	-3,8 %	-3,3 %	-3,4 %
Résultat net corrigé (1) – (3)	-21,3	-15,3	-30,3	-35,3	-27,3	-129,6
<i>En % des recettes d'activité</i>	-2,2 %	-1,6 %	-3,1 %	-3,6 %	-2,7 %	-2,6 %

* Estimation Cour des comptes établie en multipliant le nombre de collaborateurs de la direction nationale du groupe par le coût salarial moyen des agents de la CNAMTS.
 Source : CNAMTS.

Ainsi, entre 2012 et 2016, les déficits d'exploitation réels des UGECAM, sans prise en compte des concours de la CNAMTS, sont plus du double de ceux affichés. Ils s'élèvent, en cumul, à 165,5 M€ (contre 73,1 M€). Les déficits globaux, soit 129,6 M€, sont quant à eux près de quatre fois plus élevés que ceux comptabilisés (37,2 M€). Encore ce dernier montant ne tient-il pas compte de l'absence de rémunération des

⁵⁷¹ Sur la COG 2014-2017, l'enveloppe du FNGA s'élève à 55 M€ (contre 77 M€ pour 2010-2013) et celle du FNASS à 7,5 M€ (même montant pour 2010-2013).

avances que la CNAMTS accorde aux UGECAM pour financer une part prépondérante de leurs investissements immobiliers⁵⁷².

En effet, les UGECAM ne sont pas autorisées à emprunter. Elles remboursent à la CNAMTS par prélèvement sur les dotations aux amortissements des biens concernés les avances sans intérêt qu'elle leur accorde⁵⁷³. Ces avances leur ont permis d'investir de 117,9 M€ à 153,8 M€ par an entre 2012 et 2015, alors que leur capacité d'autofinancement était comprise entre 44,6 M€ et 57,8 M€. Fin 2016, les unions étaient endettées à ce titre à l'égard de la CNAMTS à hauteur de 730,3 M€.

**Une suppression des concours de la CNAMTS aux UGECAM
non mise en œuvre**

La COG 2010-2013 avait prévu de « créer les conditions de la réussite » de la modernisation des établissements de l'assurance maladie « en appliquant le droit commun en matière de financement et de gestion ».

Ainsi, elle prévoyait qu'« en ce qui concerne les frais de siège et le coût de l'intéressement, la suppression de ces financements directs pourra intervenir soit lors de la mise en place de la tarification à l'activité pour les établissements sanitaires, soit progressivement avant l'arrivée de la T2A, sous réserve du basculement réel à l'euro des sommes en jeu sur les dotations des établissements ». Aucune de ces évolutions n'est cependant intervenue à ce jour et la dotation du FNGA a été maintenue pour un montant en réduction.

En outre, la COG 2010-2013 disposait que « tout nouvel investissement, à compter de 2010, donne lieu à facturation aux UGECAM par la CNAMTS de ces frais, au taux de refinancement de l'ACOSS à la Caisse des dépôts et consignations » et que « dans la perspective d'un financement complet du Groupe UGECAM par l'activité des établissements, il est nécessaire de prévoir que les établissements financent à terme (...) la direction nationale du Groupe (...) ». Ces orientations n'ont pas été mises en œuvre.

⁵⁷² Sur la COG 2014-2017, l'enveloppe de nouvelles avances s'élève à 200 M€ (même montant pour 2010-2013).

⁵⁷³ Ce mode de remboursement est permis par le fait que les dotations aux amortissements constituent une charge comptable sans sortie de trésorerie.

Dans le contexte d'un report à 2017 de la réforme du financement du secteur des soins de suite et de réadaptation, mais aussi de difficultés financières croissantes des UGECAM, la COG 2014-2017 n'a pas repris l'objectif de normalisation des relations financières entre l'assurance maladie et les UGECAM porté par la précédente convention.

3 - Une situation financière préoccupante

Bien que pour partie masqués par les concours de la CNAMTS, les déficits récurrents des UGECAM viennent réduire leurs capitaux propres (118,8 M€ au total au 31 décembre 2015⁵⁷⁴), amputent leur trésorerie, encore positive cependant (232,7 M€ au 31 décembre 2015) et limitent leur capacité à effectuer de nouveaux investissements à même d'assurer l'attractivité de leur offre sanitaire et médico-sociale.

Quatre UGECAM connaissent une situation financière de plus en plus difficile. L'UGECAM Alsace doit faire face aux annuités de remboursement à la CNAMTS des avances qui ont financé ses importants projets immobiliers. Les UGECAM Centre, Auvergne-Limousin-Poitou-Charentes et Rhône-Alpes sont de petites structures qui ne disposent pas d'une assise financière suffisante et sont en risque de trésorerie majeur. Devant le risque de cessation de paiement de l'UGECAM Rhône-Alpes, fortement endettée à la suite de la création du nouvel établissement du Val-Rosay (voir *supra*) qui n'a pas encore trouvé son équilibre économique, la CNAMTS a dû étaler le remboursement des avances qu'elle lui a accordées (85,9 M€ restant à rembourser fin 2015) et a renoncé à reprendre les produits de cession exceptionnels attendus en 2017 (à hauteur de 8,5 M€).

Dans l'éventualité où d'autres UGECAM connaîtraient des difficultés de trésorerie, la CNAMTS serait également amenée à différer le remboursement des avances non rémunérées qu'elle leur accorde, voire à annuler une partie d'entre elles, au-delà de celles qui l'ont été à ce jour pour un autre motif⁵⁷⁵. Bien que les UGECAM aient une comptabilité distincte

⁵⁷⁴ Après rattrapage dans le cadre de la fiabilisation des comptes des UGECAM des amortissements insuffisants sur les biens immobilisés avant 2010. Dans les comptes statutaires des UGECAM, leurs capitaux propres s'élèvent à 262 M€ à la même date.

⁵⁷⁵ Dans le cadre de la fiabilisation des comptes des UGECAM, la CNAMTS a renoncé au remboursement de 48 M€ d'avances dites « non remboursables » car ayant servi à financer des investissements non amortissables (terrains). La perte correspondante pour la CNAMTS a été intégrée directement à ses capitaux propres, sans impact sur son résultat et celui de la branche maladie du régime général.

de celle de la branche maladie du régime général⁵⁷⁶, cette dernière supporterait alors une partie des risques financiers liés à leur activité.

C - Des coûts salariaux structurellement élevés qui affectent l'équilibre économique des UGECAM

La COG 2014-2017 a fixé un objectif d'équilibre économique de chaque UGECAM à horizon 2017. Depuis 2014, la direction nationale du groupe UGECAM suit le plan de retour à l'équilibre élaboré par chaque UGECAM. Les mesures mises en œuvre visent à dynamiser les recettes, notamment celles issues de la facturation des chambres particulières, et à maîtriser les charges.

Au-delà du manque de taille critique de certains établissements, sinon de certaines UGECAM elles-mêmes, l'effort de redressement se heurte au niveau des coûts salariaux propre à l'application aux personnels des unions de la convention collective nationale du personnel des organismes de sécurité sociale négociée par l'UCANSS. Au cours de la période récente, les augmentations salariales ont ainsi absorbé une grande partie des efforts de réduction des charges d'exploitation.

1 - Une convention collective nettement plus coûteuse que celle des autres opérateurs

La convention collective UCANSS induit d'importants écarts de coûts salariaux unitaires par rapport à la convention collective de la fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP), qui couvre généralement les établissements du secteur privé non lucratif. À titre d'illustration, les comparaisons sur des emplois-types font ainsi apparaître des différences de coût unitaire de plus de 9 000 € par an en début de carrière et d'environ 25 000 € par an en fin de carrière pour les personnels infirmiers.

⁵⁷⁶ De ce fait, les résultats des UGECAM ne concourent pas à celui de la branche maladie du régime général.

Tableau n° 90 : comparaison des coûts salariaux annuels UCANSS - FEHAP (brut chargé – situation au 1^{er} janvier 2017)

En €

Métier	Convention collective	Coût annuel selon l'ancienneté			
		Aucune	10 ans	20 ans	30 ans
Infirmier	UCANSS	49 848	59 002	68 156	77 637
	FEHAP	40 505	44 555	48 606	52 656
	Écart	23 % 9 343	32 % 14 447	40 % 19 550	47 % 24 981
Aide-soignant	UCANSS	36 721	43 423	50 125	56 337
	FEHAP	29 805	32 786	35 767	38 747
	Écart	23 % 6 916	32 % 10 637	40 % 14 359	45 % 17 590
Agent de service hospitalier	UCANSS	34 237	40 939	47 641	53 853
	FEHAP	28 640	31 504	34 368	37 231
	Écart	20 % 5 597	30 % 9 435	39 % 13 274	45 % 16 621

Source : CNAMTS et FEHAP.

Sans que cela puisse être imputé uniquement à ces écarts de coûts salariaux, les charges de personnel des UGECAM absorbent près de 4 points de chiffre d'affaires de plus que la moyenne des établissements de soins de suite et de réadaptation privés à caractère non lucratif.

Tableau n° 91 : parts comparées des charges de personnel dans le chiffre d'affaires des établissements UGECAM et privés à caractère non lucratif de SSR en 2014

En %

	Moyenne des ESPIC	Moyenne des établissements UGECAM
Titre I : charges de personnel	69,8	73,5

Source : données DREES et CNAMTS.

2 - Une dynamique salariale de la convention collective qui absorbe les gains d'efficience

Les mesures de maîtrise des dépenses de personnel, premier poste de dépenses des UGECAM, ont été ciblées sur les fonctions support, qui représentent un quart des effectifs. Un objectif de non-remplacement d'un départ à la retraite sur deux sur la période 2014-2017 a été fixé, soit 227 départs potentiels et une moindre dépense de 13 M€ par an.

Toutefois, les résultats sont d'ampleur limitée puisque la masse salariale (794 M€ en 2015) a augmenté de près de 3 % entre 2012 et 2015 (soit +19,7 M€). De fait, la dynamique salariale propre à l'application de la convention UCANSS absorbe les économies permises par les réductions d'effectifs dans les fonctions supports. Les mesures collectives de revalorisation salariale dont ont bénéficié les personnels de la sécurité sociale en 2012, 2013 et 2015 ont un impact cumulé en année pleine de plus de 20 M€ sur les charges de personnel des UGECAM. Entre 2014 et 2015, l'augmentation de la masse salariale induite par l'augmentation du coût moyen par ETP de 1,15 %, soit 9 M€, excède l'économie de 6,2 M€ permise par la baisse des effectifs (-0,78 % en ETP moyens annuels).

En outre, les économies réalisées sur la masse salariale ont été pour partie compensées par le développement de la sous-traitance (+5,5 M€ entre 2012 et 2015) et de l'intérim (+6,8 M€).

*

**

Les UGECAM, en tant qu'opérateurs de soins, se sont recentrées sur les soins de suite et de réadaptation et repositionnées, dans une logique de développement, sur des activités médico-sociales identifiées comme relais de croissance. Néanmoins, malgré les mesures d'efficience engagées, elles connaissent des déséquilibres économiques structurels en raison de leurs charges d'exploitation, notamment de personnel, élevées, et pour partie masqués par la persistance des concours financiers de la CNAMTS. Il importe dès lors de faire du retour à l'équilibre réel une priorité de premier rang de la prochaine COG 2018-2021 de l'assurance maladie avec l'État, tout en reconsidérant la stratégie de développement de l'offre de soins de l'assurance maladie déployée par les UGECAM.

II - Un retour à l'équilibre et une réorganisation à mettre en œuvre sans délai

Alors que les deux dernières COG 2010-2013 et 2014-2017 avaient fixé des objectifs d'efficience accrue aux UGECAM et, pour la dernière d'entre elles, un objectif d'équilibre de chaque UGECAM en 2017, ces intentions n'ont été que partiellement concrétisées. Le retour au droit commun en matière de financement avec la suppression des concours de la CNAMTS et une anticipation des évolutions tarifaires vers des coûts moyens, qui accroîtront la contrainte de financement sur des établissements aux coûts unitaires structurellement élevés doivent conduire à des efforts de redressement accrus pour parvenir à un équilibre réel des comptes sur la durée de la prochaine COG 2018-2021.

Il convient par ailleurs de mettre à profit cette période pour réorienter la stratégie des UGECAM d'une augmentation globale de l'offre de prise en charge de l'assurance maladie par création de nouvelles capacités médico-sociales vers une gestion de droit commun d'établissements qui, à terme, ne devraient plus appartenir à la sphère de la sécurité sociale.

A - Des conditions de financement qui se resserrent

Les conditions de financement des UGECAM sont appelées à se resserrer au cours de la période couverte par la prochaine COG de la branche maladie avec l'État pour les années 2018-2021. D'une part, cette nouvelle convention a vocation à mettre fin à l'anomalie manifeste que constituent les concours financiers de la CNAMTS, c'est-à-dire du risque maladie, à ses propres établissements sanitaires et médico-sociaux, au rebours du devoir d'exemplarité qui s'impose à elle. D'autre part, les conditions tarifaires de droit commun des principaux domaines d'activité de ces établissements seront moins favorables à l'avenir.

1 - Une normalisation indispensable des relations financières avec l'assurance maladie

La CNAMTS a engagé des démarches visant à clarifier la situation économique et financière des unions. Ainsi, les durées d'amortissement des biens immobilisés des UGECAM ont été alignées sur les durées usuelles pour tous les nouveaux investissements réalisés depuis 2010, ce qui a conduit à accroître leurs charges annuelles d'amortissement et à accélérer les remboursements d'avances à la caisse nationale. En outre, la réduction de la dotation annuelle du FNGA de la CNAMTS contraint les UGECAM à assumer depuis 2015 une partie de l'intéressement de leurs personnels (3,8 M€ sur 14,7 M€ en 2015 et 1,5 M€ sur 13,4 M€ en 2016).

Par ailleurs, conformément à la COG 2014-2017, les projets d'investissement que soumettent les UGECAM à la direction nationale du « groupe UGECAM » prennent désormais en compte un coût théorique d'emprunt en vue d'apprécier leur équilibre économique.

Cependant, cette lente normalisation des conditions financières de l'activité des UGECAM demeure partielle et inaboutie. En effet, la CNAMTS maintient des concours financiers importants en leur faveur.

Ces concours n'ont pas de justification autre que d'opportunité. Ils font peser sur le budget de gestion administrative de l'assurance maladie, et donc sur la gestion du risque maladie, des surcoûts qui devraient relever exclusivement des financements de droit commun des établissements de santé et médico-sociaux. En outre, ils leur confèrent des avantages injustifiés au regard des autres établissements des secteurs concernés.

À l'exception, le cas échéant, de la dotation du FNASS visant à accompagner les restructurations d'établissements, la prochaine COG de la branche maladie avec l'État pour les années 2018-2021 devrait organiser la suppression effective des concours financiers de la CNAMTS aux UGECAM. Elle imposera une indispensable vérité des coûts et, chaque fois que nécessaire, des mesures de redressement pour en assumer la charge dans des conditions de droit commun.

2 - Une adaptation nécessaire aux nouvelles règles tarifaires

Les contraintes de financement des établissements sanitaires et médico-sociaux de l'assurance maladie sont appelées à se renforcer.

En effet, les modalités de financement des établissements de soins de suite et de réadaptation et médico-sociaux s'inscrivent de plus en plus dans une logique de convergence des tarifs vers des coûts moyens nationaux ou régionaux. Or, comme précédemment souligné, les établissements des UGECAM présentent des coûts salariaux unitaires plus élevés que ceux des autres établissements du secteur privé non lucratif en raison de l'application à leur personnel de la convention collective des agents du régime général de sécurité sociale.

Dans le cadre de la réforme de la tarification des établissements de soins de suite et de réadaptation, il est prévu de remplacer les dotations annuelles de financement, fixées sur une base historique et dépourvues de lien avec l'activité réalisée par chaque établissement, par des dotations fixées en référence à l'activité valorisée aux coûts moyens nationaux⁵⁷⁷. Selon les premières simulations du ministère de la santé, alors que l'ensemble des paramètres n'étaient pas stabilisés, les établissements des UGECAM connaîtraient à ce titre une baisse globale de leurs dotations (de l'ordre de 2,5 M€, soit -0,6 %), avec des effets variables selon les établissements (de -3,8 % à +5,5 %).

Dans le secteur médico-social, la prise en compte croissante des coûts moyens régionaux tous opérateurs confondus dans le calcul des dotations, au lieu des charges à financer par établissement, est de nature à entraîner une contrainte accrue de financement. Dès lors, des efforts accrus d'efficacité devront aussi être déployés dans les établissements médico-sociaux de l'assurance maladie et le développement de leurs capacités réexaminé à la lumière de ces évolutions tarifaires. Dès à présent, les derniers contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des UGECAM Île-de-France et Aquitaine avec les ARS prévoient que les créations de nouvelles places seront financées à enveloppe constante, le cas échéant par redéploiement d'autres places.

⁵⁷⁷ Au terme d'une phase de transition (2017-2022), les recettes des établissements dépendront principalement de leur activité moyenne des trois dernières années (part « socle » de la dotation) et de l'année en cours (part « activité »), exprimée en nombre de séjours auxquels seront appliqués les tarifs de la classification médico-économique.

Sans attendre que ces évolutions tarifaires aient atteint leur plein effet, il importe d'engager par des mesures d'efficacité renforcées un rapprochement des coûts des établissements des UGECAM avec les coûts moyens des établissements du secteur privé non lucratif ayant une activité comparable.

B - Des efforts à intensifier

Sans méconnaître les démarches menées par les UGECAM sous la coordination de la direction nationale du groupe pour dégager des économies ou des ressources supplémentaires sur la période 2015-2017, l'objectif de retour à l'équilibre de toutes les UGECAM en 2017 prévu par la COG 2014-2017 apparaît hors d'atteinte, malgré l'engagement d'un « plan d'équilibre renforcé » fin 2016 et les recettes exceptionnelles attendues de cessions de biens immobiliers.

Afin de ramener l'offre de soins de l'assurance maladie à l'équilibre réel, dans des conditions de financement de droit commun, et en anticipant les conséquences des évolutions tarifaires, il importe d'accentuer les efforts de redressement, par le renforcement du pilotage de la direction nationale de la CNAMTS, par la mobilisation des marges d'efficacité internes aux établissements encore inexploitées et par le développement des mutualisations d'activités entre unions et en leur sein.

1 - Un pilotage national du groupe UGECAM à renforcer

Le dispositif de pilotage national des UGECAM assuré par la caisse nationale, bien que renforcé dans ses moyens et ses outils depuis 2012, demeure incomplet, au regard de l'objectif d'équilibre économique assigné à chaque UGECAM par la COG 2014-2017 et des enjeux d'une banalisation du financement des établissements.

Le modèle d'organisation qui prévaut depuis la création des UGECAM est celui d'un fonctionnement décentralisé d'organismes autonomes et de taille hétérogène, dont les directeurs sont néanmoins nommés par le directeur général de la CNAMTS.

En 2008, la CNAMTS a créé une direction nationale, chargée d'orienter et de piloter la gestion des UGECAM. Ses moyens d'action se sont longtemps limités à la validation des projets immobiliers des UGECAM, après une instruction visant à apprécier leur pertinence au regard des orientations stratégiques de la COG et des hypothèses économiques qui les sous-tendent. Avant 2012, elle n'était dotée d'aucun dispositif de remontée infra-annuelle fiabilisée d'informations de gestion sur l'activité et les finances des unions. Une charte de gouvernance imposée par ces dernières la contraignait à solliciter l'accord du directeur de l'union avant tout contact avec un agent ou toute visite sur place.

À partir de 2012, la CNAMTS a renforcé les moyens de la direction nationale, qui était dotée en 2016 de 18,7 emplois permanents (exprimés en équivalent temps plein). Cette dernière a entrepris de faire fonctionner en réseau les unions, regroupées sous le label « groupe UGECAM », autour de projets communs à caractère structurant (déploiement de systèmes d'information partagés, instauration d'une certification des comptes, mise en œuvre d'une comptabilité analytique et organisation des processus-métier comme la facturation et l'admission). Elle a mis en place une instance collégiale de décision réunissant les directeurs d'UGECAM, qui suit les chantiers communs et a fixé des orientations stratégiques en matière de qualité des prises en charge et d'organisation des fonctions support dans un projet de groupe en 2014.

Pour la première fois, la COG 2010-2013 a assigné des objectifs opérationnels aux UGECAM. Toutefois, ces derniers n'ont alors pas été déclinés dans des contrats pluriannuels de gestion (CPG) passés par la CNAMTS avec chacune des unions, comme c'est le cas pour les caisses d'assurance maladie. Cette déclinaison, qui marque un réel progrès, est intervenue seulement cinq années plus tard, pour l'application de la COG 2014-2017. Au sein des objectifs alors fixés en 2015, ceux relatifs au redressement économique (démarche de plan d'équilibre et taux-cible de marge brute) ont une place cependant limitée (14 %). De surcroît, la cible de marge brute assignée aux UGECAM pour leurs investissements (4,5 % en 2015) apparaît peu élevée, nettement inférieure en tout état de cause au taux de 8 % exigé lors de l'examen des investissements hospitaliers⁵⁷⁸.

⁵⁷⁸ Voir Cour des comptes, *Communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale*, la dette des établissements de santé, avril 2014, disponible sur www.ccomptes.fr.

Il importe dès lors de renforcer très significativement la capacité d'impulsion et d'action du niveau national pour intensifier les efforts de redressement économique des UGECAM et de leurs établissements. Cette orientation va dans le sens d'une plus grande intégration des fonctions clefs, dont un aboutissement pourrait être l'intégration juridique et fonctionnelle des établissements sanitaires et médico-sociaux au sein d'une seule et même entité rattachée à l'assurance maladie.

La fusion des UGECAM en un groupe unique : une fausse solution

La création d'une personne morale unique, absorbant les 13 unions, qui regrouperait leur patrimoine et leur trésorerie et deviendrait seul employeur et pouvoir adjudicateur, permettrait une unité d'action stratégique et de gestion et un changement de dimension dans la recherche de synergies entre les différentes composantes du réseau. Les actuelles unions deviendraient les services territoriaux de cette nouvelle entité.

S'il permettrait ainsi de rationaliser l'organisation et la gouvernance, un tel scénario n'apporterait toutefois pas de réponse à la question des surcoûts de rémunération liés à l'application de la convention collective du régime général, ni à celle, plus fondamentale, de la légitimité aujourd'hui de l'assurance maladie à intervenir directement dans le champ sanitaire et médico-social.

2 - Des restructurations d'établissements à mener à bien

Au regard des caractéristiques des établissements sanitaires, dont la majorité sont de petite taille, parfois mal situés et dont une quinzaine dans le domaine des soins de suite et de réadaptation ne dispensent pas de prises en charge spécifiques, comme de l'ampleur du déséquilibre de certains établissements, des restructurations plus fortes apparaissent indispensables. La prochaine COG de la branche maladie avec l'État pour les années 2018-2021 devrait donner la priorité au redressement des établissements les plus lourdement déficitaires et à la réorganisation de l'offre existante au bénéfice de structures disposant d'une taille permettant des mutualisations et une meilleure insertion dans la filière de soins.

Les démarches de restructuration et relocalisation engagées jusqu'ici devraient être amplifiées. En lien avec l'ARS du ressort et après analyse de l'impact de la dotation modulée à l'activité pour les services de soins de suite et réadaptation, la situation de chaque établissement devrait être examinée. Les projets d'établissement devraient être revus au regard des cas de sous-dimensionnement, des besoins de rapprochement des

bassins de vie avec le développement de l'hospitalisation de jour dans le cadre du virage ambulatoire, et de la capacité à recruter et à fidéliser le personnel médical et paramédical.

Par ailleurs, les actions de redressement spécifiques aux quelques établissements de soins de suite et de réadaptation à l'origine de près des deux tiers du déficit des établissements devraient être renforcées. Les plans d'actions mis en place fin 2016 dans chacun de ces établissements avec un suivi par la direction nationale constituent un point d'appui à renforcer.

Enfin, il conviendrait d'adopter l'ensemble des mesures permettant de compenser les coûts salariaux unitaires élevés par une productivité accrue. À cette fin, les marges d'efficience dans l'organisation interne des établissements devraient être plus activement mobilisées. Ainsi, les cycles de travail des établissements seraient à réexaminer au regard de la logique d'organisation de la continuité des soins. Il en va de même des accords locaux d'aménagement du temps de travail et des usages de chaque union. En outre, une trajectoire d'effectifs cibles définie établissement par établissement par chaque union et harmonisée par la direction nationale de groupe aurait vocation à être fixée. Ces effectifs cibles pourraient utilement être adossés à un référentiel commun de protocoles médicaux et de prise en charge par activité de soins ou de rééducation, comme l'UGECAM Île-de-France l'a engagé. Sur ce point, la direction nationale de groupe pourrait fixer à chaque union des objectifs d'alignement du niveau des effectifs sur les établissements les plus efficaces.

3 - Des mutualisations d'activités à développer

Un renforcement des démarches de mutualisation entre UGECAM des fonctions support, étendue à certaines expertises métier, apparaît d'autant plus nécessaire que les inégalités de taille entre unions n'ont pas été réduites, malgré les orientations de la précédente COG.

Une recomposition territoriale des UGECAM qui n'a pas abouti

Les périmètres des treize UGECAM, définis à leur création en 2000, ne recouvrent aujourd'hui ni la carte des anciennes régions, ni celle résultant de la réforme territoriale adoptée en 2015. La COG 2010-2013 avait prévu une recomposition territoriale des UGECAM « étayée par des critères quantifiables auxquels seraient affectées des valeurs cibles minimales : chiffre d'affaires, nombre d'établissements, nombre d'équivalents temps plein, nombre de journées réalisées ». Cette orientation est cependant demeurée lettre morte.

Si les UGECAM de taille plus importante disposent de fonctions de pilotage relativement étoffées, les sièges des UGECAM Nord-Est, Aquitaine et Centre-Auvergne-Limousin-Poitou-Charentes ne comportent pas de direction de la performance (budget-contrôle de gestion), ni de direction de la stratégie médicale. Les UGECAM ayant un faible volume d'activité, qui sont généralement en difficulté financière et disposent d'une trésorerie réduite, ne peuvent financer le recrutement de certaines compétences pourtant nécessaires au pilotage de leurs établissements (contrôleur de gestion, médecin-conseil).

Une recomposition du périmètre des UGECAM qui privilégierait un renforcement de leur taille permettrait d'envisager des regroupements conséquents. À titre d'illustration, un scénario fondé sur un critère de chiffre d'affaires minimal de 90 M€ ramènerait le groupe de treize à sept UGECAM. Dans l'hypothèse d'un seuil de chiffre d'affaires de 120 M€, elles pourraient être regroupées en cinq entités.

Jusqu'en 2012, le « groupe UGECAM » a laissé aux unions une forte autonomie dans leurs choix d'organisation. Le modèle dominant a été celui d'une forte déconcentration des fonctions support dans les établissements. En 2014, une orientation commune de renforcement des capacités de pilotage des sièges et de mutualisation des services supports de gestion du personnel (contrats, paie) et comptables sous l'autorité des sièges a été fixée au titre des objectifs d'efficience et de développement du contrôle interne posés par la COG de la branche maladie. La création de services support mutualisés se heurte cependant à la dispersion géographique des établissements, lieu d'affectation des agents concernés, qui diffère en fonction des unions.

Certaines actions de mutualisation ont été engagées. S'agissant des achats qui pourraient être mutualisés (soit un enjeu de l'ordre de 100 M€ par an), les UGECAM adhèrent progressivement depuis 2015 aux marchés inter-branches passés par l'UCANSS et aux marchés-cadres de la CNAMTS. En l'absence de moyens de gestion à la direction nationale, les procédures sont préparées par des unions référentes pour le compte de

l'ensemble du réseau, en fonction des compétences disponibles. En outre, chaque union conduit depuis 2015 une mutualisation des services des ressources humaines et une harmonisation des processus de gestion en son sein. À moyen terme, la gestion du personnel des unions sera adossée aux plateformes mutualisées de paie de l'assurance maladie.

Une extension des mutualisations entre UGECAM permettrait de réaliser des gains d'efficience en simplifiant encore davantage une gestion administrative aujourd'hui fragmentée et de poursuivre le non-remplacement d'un départ en retraite sur deux dans les fonctions supports (personnels administratifs et logistiques des sièges et des établissements), qui représentent un quart des effectifs. Par ailleurs, certaines compétences rares et onéreuses, comme les médecins-directeurs de la stratégie médicale ou dans un autre domaine les économistes de la construction gagneraient à être mutualisées à un niveau plus large que le ressort des actuelles UGECAM.

La réflexion pourrait aussi porter sur le regroupement au sein des UGECAM d'autres structures de soins gérés par la sécurité sociale.

Un regroupement envisageable avec d'autres structures de soins de l'assurance maladie

Une recherche de mutualisation accrue pourrait conduire à regrouper d'autres structures de soins éparses, fruits d'initiatives locales anciennes et non coordonnées, qui relèvent de certaines CPAM⁵⁷⁹. Il s'agit de 29 centres de soins et œuvres sanitaires (dont 19 centres dentaires⁵⁸⁰, quatre centres de santé⁵⁸¹, deux centres de soins infirmiers et quatre structures particulières⁵⁸²), qui employaient 536 emplois à temps plein (ETP) pour un

⁵⁷⁹ Ne seraient pas concernés les 67 centres d'examen de santé qui mènent des actions de prévention, en particulier l'examen périodique de santé gratuit (article L. 213-3 du code de la sécurité sociale). Voir Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2009*, chapitre IX : les centres d'examen de santé, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁵⁸⁰ En 2016, les centres dentaires avaient 336 ETP et 40,1 M€ de recettes d'activité. Les quatre principaux d'entre eux relèvent des CPAM du Rhône, de Paris, de la Loire et du Haut-Rhin et employaient 53 % des ETP de ce type de centres.

⁵⁸¹ En 2016, ils employaient 106 ETP pour 11,2 M€ de recettes d'activité. Ils relèvent des CPAM du Val-de-Marne (Choisy, Saint Maur) et de Paris (Réaumur) et de la caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France (Stalingrad).

⁵⁸² Comme le centre d'orthodontie de la CPAM de Paris.

chiffre d'affaires de 60 M€ en 2016. Ces structures ne se présentent globalement à l'équilibre, même si certaines peuvent connaître un déficit, qu'après avoir mobilisé 7,1 M€ de subventions de la CNAMTS (dont 1,3 M€ de subventions d'équilibre).

C - Mettre un terme à l'expansion de l'offre de soins et adopter un cadre de gestion de droit commun

Au-delà des efforts visant à parvenir à un équilibre réel des UGECAM dans des conditions de financement de droit commun, il importe de réexaminer le bien-fondé de la stratégie poursuivie par les UGECAM d'expansion globale de l'offre de soins de l'assurance maladie et, plus fondamentalement encore, celui de la gestion directe d'établissements sanitaires et médico-sociaux par cette dernière.

1 - Mettre fin à la stratégie d'expansion

La stratégie des UGECAM visant à développer les activités d'offreur de soins de l'assurance maladie dans le secteur médico-social tout en réduisant progressivement ses capacités dans le domaine sanitaire apparaît peu pertinente.

En raison du rattachement de leurs personnels à la convention collective nationale de l'UCANSS, près de trois quarts des charges d'exploitation ont une dynamique supérieure à celle des autres établissements privés non lucratifs, surcoûts qui se retrouvent *in fine*, pour l'essentiel, à la charge de l'assurance maladie, principal financeur des établissements sanitaires et médico-sociaux.

Le développement des capacités médico-sociales laisse subsister des établissements sanitaires qui ne présentent pas de technicité particulière et dont la gestion directe par l'assurance maladie ne peut être justifiée par aucune considération technique ou financière. Il a par ailleurs été porté par certaines des plus petites UGECAM qui n'avaient pas la taille critique suffisante pour s'engager dans un développement accéléré. Les UGECAM Bourgogne-Franche-Comté et Auvergne-Limousin-Poitou-Charentes ont ainsi quasiment doublé leur nombre de places entre 2006 et 2015.

Tandis que l'ouverture de capacités médico-sociales en réponse à des appels à projets d'ARS n'apporte pas en soi de justification, ni de cohérence à son intervention en tant qu'offreur de soins, l'assurance maladie ne s'appuie que de façon très marginale sur les établissements sanitaires des UGECAM dans le cadre de la gestion du risque. La principale réalisation a été portée par l'UGECAM Provence-Alpes-Côte d'Azur-Corse, qui a mis en place une plateforme de régulation des transports sanitaires et permis un développement du covoiturage et des modes de transport alternatifs à l'ambulance classique, et ainsi diminué les frais de transports sanitaires à la charge de l'assurance maladie.

La stratégie de développement de l'offre de soins de l'assurance maladie menée par les UGECAM apparaît ainsi peu convaincante et coûteuse pour les finances sociales. Elle devrait être abandonnée dans le cadre de la prochaine COG de la branche maladie du régime général avec l'État pour les années 2018 à 2021 en faveur d'un retour rapide à l'équilibre réel des établissements, accompagné de l'ouverture d'une réflexion visant à désengager l'assurance maladie de la gestion directe d'établissements sanitaires et médico-sociaux.

2 - Préparer la transition vers une gestion de droit commun

Alors que leur gestion directe par l'assurance maladie n'a pas de justification autre qu'historique, une gestion de ses établissements sanitaires et médico-sociaux dans les cadres de droit commun applicables à la sphère de l'économie sociale et solidaire permettrait d'améliorer leur viabilité économique en leur donnant la possibilité de procéder à leurs nouveaux recrutements sous la convention collective du secteur privé non lucratif.

Trois modalités, non exclusives les unes des autres, seraient envisageables à cet égard pour concrétiser une évolution de cette nature.

Certains établissements ou groupes d'établissements pourraient être rendus autonomes en les constituant en des personnes morales distinctes des actuelles unions. Cette perspective pourrait notamment concerner les établissements ou groupes d'établissements dotés d'atouts particuliers, comme une taille critique suffisante, une expertise reconnue dans certains domaines ou un équilibre structurel d'exploitation.

D'autres établissements, notamment ceux qui ne disposent d'aucune technicité particulière, pourraient être adossés à d'autres opérateurs présents sur les territoires concernés dans le cadre de cessions et transferts au cas par cas des autorisations administratives.

Comme la Cour l'a évoqué s'agissant de l'avenir de l'offre de soins du régime des mines⁵⁸³, pourrait par ailleurs être mise à l'étude la création d'une fondation d'utilité publique détachée de la branche maladie du régime général. Cette structure pourrait intégrer tout ou partie des établissements et s'ouvrir, le cas échéant, à d'autres partenaires publics ou privés à caractère non lucratif, souhaitant renforcer leur présence sur certains segments de l'offre de soins ou sur certains territoires.

La constitution de ce nouvel opérateur de taille importante au sein de la sphère de l'économie sociale et solidaire permettrait de maintenir l'unité de l'offre de soins qui y serait transférée. Elle rendrait possible une gestion de groupe intégrée favorable aux économies d'échelle et mutualisations de moyens et d'activités sans avoir, au-delà d'une période de transition, le handicap de coûts élevés du fait d'un rattachement à l'assurance maladie. Elle permettrait aussi d'envisager une stratégie de développement autour de certains segments d'activité à conditions comparables avec celles des autres opérateurs privés à caractère non lucratif des secteurs concernés.

Quels que soient les scénarios d'évolution envisagés, s'appliqueraient aux salariés en fonction des dispositions du code du travail⁵⁸⁴ qui prévoient le maintien ou la reprise des contrats de travail avec conservation à titre individuel de l'ancienneté, de la qualification, de la rémunération et des avantages acquis. Cependant, la pyramide des âges des agents des UGECAM⁵⁸⁵ permettrait la mise en œuvre rapide de nouveaux recrutements sous de nouvelles conditions conventionnelles mieux à même de garantir la pérennité des établissements.

⁵⁸³ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2016*, chapitre XIII : la caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines : une survie artificielle, une suppression à organiser, p. 541-569, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁵⁸⁴ Articles L. 1224-1, L. 1224-2, L. 1224-3 et L. 1224-3-1 du code du travail.

⁵⁸⁵ Au 31 décembre 2016, 24,3 % des agents des UGECAM ont 55 ans et plus.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les UGECAM ont été créées en 2000 pour séparer l'activité d'opérateur de soins de l'assurance maladie de ses activités assurantielles, et restructurer les établissements hérités des initiatives locales en les insérant dans les schémas de planification sanitaire et médico-sociale.

Dix-sept ans après leur création, cet objectif de restructuration s'est mué en un glissement de l'offre du secteur sanitaire en rétraction vers le secteur médico-social en fort développement, et une augmentation globale des capacités et des établissements du « groupe UGECAM ».

Bien que reconnus pour leur expertise sur certaines prises en charge spécialisées et avancés dans le développement de prises en charge ambulatoires, les établissements sanitaires de l'assurance maladie présentent dans leur ensemble des résultats fortement déficitaires, sous l'effet en particulier de la situation de quelques grands établissements. Alors qu'une majorité d'établissements demeurent encore trop petits, les regroupements engagés demeurent limités et ne se sont pas traduits à ce jour par un redressement des établissements concernés. La mise en place de la dotation modulée à l'activité pour les soins de suite et de réadaptation est, dans les premières projections, globalement défavorable au « groupe UGECAM » et en particulier à ses grands établissements.

Afin d'augmenter leur activité et leurs recettes, les UGECAM développent leur offre médico-sociale. Cependant, cette expansion intervient au coup par coup, en fonction des appels à projet des ARS, sans vision stratégique à l'échelle du « groupe UGECAM ». Compte tenu de coûts salariaux nettement plus élevés que ceux des autres opérateurs du secteur non lucratif, sous l'effet de l'application à leurs personnels de la convention collective des organismes du régime général de sécurité sociale, le resserrement prévisible des conditions de financement de droit commun du secteur médico-social est susceptible de les placer dans une impasse financière à une échéance plus ou moins rapprochée.

Le regroupement des unions dans un « groupe UGECAM » en 2008 a été suivi, avec retard, de la mise en œuvre de modalités plus construites de pilotage et de suivi de l'activité et de la situation financière des unions et du lancement de projets d'intérêt commun. Contrairement à l'orientation fixée par la convention d'objectifs et de gestion (COG) de la branche maladie pour les années 2010 à 2013, le périmètre géographique des UGECAM n'a pas été rationalisé et laisse ainsi perdurer des unions dépourvues d'une taille critique suffisante, au détriment de leur capacité à piloter leurs établissements.

Les plans d'équilibre pilotés par la direction nationale n'ont pas empêché une forte dégradation des résultats des UGECAM entre 2012 et 2015. Malgré une réduction de leur déficit en 2016, l'objectif de retour à l'équilibre de toutes les UGECAM d'ici à 2017 fixé par la COG 2014-2017 ne sera pas atteint. Si deux unions ont retrouvé un équilibre d'exploitation en 2016, quatre autres connaissent une situation financière très difficile. Un résultat à l'équilibre du « groupe UGECAM » pris dans son ensemble en 2017 ne pourrait lui-même être obtenu que grâce à des produits exceptionnels issus de la cession de biens immobiliers.

De plus, ces déficits, mesurés encore imparfaitement par une comptabilité en voie de lente fiabilisation, ne tiennent pas compte des soutiens financiers qu'accorde la CNAMTS aux UGECAM, sous la forme notamment d'une contribution à la couverture de certaines dépenses de personnel et d'avances non rémunérées au financement de leurs investissements. Pourtant prévue par la COG 2010-2013, la normalisation des conditions de financement n'a pas été mise en œuvre.

Sur la période 2012-2016, en prenant en compte le soutien financier de la CNAMTS, les déficits d'exploitation, en cumul, auraient été plus du double de ceux comptabilisés (165,5 M€ contre 73,1 M€). Les déficits globaux, quant à eux, auraient été près de quatre fois plus élevés que ceux comptabilisés (129,6 M€ contre 37,2 M€).

Dans ces conditions, il importe que la prochaine COG qui liera la branche maladie du régime général à l'État sur la période 2018-2021 prévoie une normalisation des conditions de financement des UGECAM, avec la suppression des concours financiers de la CNAMTS, et un retour à l'équilibre réel de chacune des unions en renforçant le pilotage national, en accentuant les réorganisations des établissements sanitaires et en amplifiant les mutualisations.

Au-delà, il convient de reconsidérer la stratégie d'expansion globale de l'offre de soins de l'assurance maladie par le développement de capacités médico-sociales au regard du handicap structurel que représente l'application de la convention collective de l'UCANSS aux agents de ses établissements sanitaires et médico-sociaux.

Compte tenu de l'absence de synergies véritables entre la gestion du risque et la gestion directe d'établissements de soins par l'assurance maladie, il convient aussi, plus fondamentalement, comme la Cour l'a déjà proposé pour l'offre de soins du régime des mines, de mettre à profit la période couverte par la prochaine COG pour faire évoluer le cadre de gestion de ces établissements vers le droit commun. Il s'agit ainsi d'examiner les possibilités d'autonomisation de certains établissements ou

groupes d'établissements, de transfert à d'autres acteurs privés non-lucratifs ou la création d'une fondation d'utilité publique regroupant tout ou partie des établissements, ces différentes voies d'évolution n'étant pas exclusives les unes des autres.

En vue de la prochaine COG qui couvrira la période 2018-2021, la Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

- 54. normaliser les conditions de financement des UGECAM en mettant fin aux concours dérogatoires au droit commun de la CNAMTS ;*
 - 55. organiser un retour rapide des UGECAM à un équilibre financier durable, en accentuant la réorganisation des établissements sanitaires, en optimisant l'organisation du travail et en renforçant le pilotage national ainsi que les mutualisations d'activités ;*
 - 56. mettre un terme à l'expansion de l'offre de soins de l'assurance maladie et engager la transformation du cadre de sa gestion vers le droit commun.*
-