

COUR DES COMPTES

LA
SÉCURITÉ SOCIALE

SEPTEMBRE 2005

	Pages	Réponses
<i>Introduction générale</i>	3	
<i>Première partie – La situation des comptes sociaux en 2004</i>	5	367
CHAPITRE I		
LES DEPENSES DE LA SECURITE SOCIALE	7	367
I. L'évolution des dépenses de la sécurité sociale depuis quatre ans	9	
II. Les dépenses de l'assurance maladie	12	
A. Les problèmes de définition des périmètres, de construction et de suivi des objectifs de dépenses	13	
B. Les limites des méthodes de régulation des dépenses des établissements de santé	30	
C. L'évolution des dépenses	41	
D. Les dépenses de radiologie et de biologie	53	
<i>Synthèse</i>	66	
<i>Recommandations</i>	67	
III. Les dépenses de la branche accidents de travail et maladies professionnelles	68	
A. L'objectif de branche	68	
B. L'évolution des dépenses du régime général en 2004	70	
C. Les problèmes de fond	74	
<i>Synthèse</i>	78	
<i>Recommandations</i>	79	
IV. Les dépenses de la branche retraite	80	
V. Les dépenses de la branche famille	83	

	Pages	Réponses
A. Les mesures nouvelles de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004	83	368
B. L'évolution des dépenses	84	
CHAPITRE II		
LES RESSOURCES DES REGIMES DE SECURITE SOCIALE	89	
I. Présentation des évolutions sur quatre ans	91	
II. Les évolutions des ressources	93	
A. Les mesures de la loi de financement qui affectent les ressources	93	
B. Les ressources des régimes de base en 2004	94	
C. Les ressources du régime général	94	
III. Les organismes qui concourent au financement de la sécurité sociale	95	
A. Le fonds de solidarité vieillesse (FSV)	95	
B. Le budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA)	100	
C. Le fonds de réserves des retraites	101	
IV. Le recouvrement des ressources	102	
A. Les ressources recouvrées par les URSSAF et les CGSS	102	
B. Les impôts et taxes affectés aux organismes de sécurité sociale recouverts par l'Etat	105	
C. Les versements de l'Etat à la sécurité sociale au titre des prestations et exonérations de cotisations sociales	106	
D. Les créances des organismes de sécurité sociale sur l'Etat	108	
<i>Recommandations</i>	<i>114</i>	

	Pages	Réponses
CHAPITRE III		
LES RESULTATS ET LE FINANCEMENT DES SOLDES	115	
I. Les résultats financiers	117	
A. Les résultats financiers du régime général	117	
B. Les résultats des régimes obligatoires de base	119	
II. Les transferts de compensation entre régimes	120	
III. Le financement du solde du régime général	122	
A. Le plafond de découvert de l'ACOSS pour l'année 2004 et son financement	122	
B. Le recours au marché des capitaux par l'ACOSS	125	
CHAPITRE IV		
LES ACTIONS DE CONTROLE DES COMITES REGIONAUX D'EXAMEN DES COMPTES DES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE (COREC)	129	
I. Les contrôles des COREC en 2004	131	
A. Des contrôles différenciés selon les types d'organismes	131	
B. Les avis émis reflètent une meilleure gestion des organismes	133	
II. Le contrôle interne de la branche « recouvrement »	138	
A. Des progrès notables mais encore limités	138	
B. Des outils de suivi encore insuffisants	139	
<i>Recommandation</i>	<i>141</i>	
III. Les modalités de mise en place du système des caisses centralisatrices de paiement (CCDP)	141	

	Pages	Réponses
A. La complexité de la réforme a été sous-estimée	142	
B. Le risque financier a été progressivement maîtrisé	145	
C. Des objectifs initiaux partiellement atteints	147	
<i>Recommandations</i>	149	
<i>Deuxième partie – La gestion des risques</i>	151	369
CHAPITRE V		
LES ACTIONS SUR LES COMPORTEMENTS DES PROFESSIONNELS DE SANTE ET DES ASSURES SOCIAUX	153	369
I. Les enjeux de l'amélioration des comportements	156	
A. Des singularités françaises	156	
B. L'enjeu financier : contribuer à réduire le déficit de l'assurance maladie	158	
C. L'enjeu de santé publique : faire progresser les comportements de soins, de prévention et d'éducation à la santé	160	
II. Une connaissance insuffisante des comportements	161	
A. Une connaissance incertaine de l'augmentation des soins de ville	161	
B. Des disparités qui restent inexpliquées	163	
C. Des outils de connaissance des comportements perfectibles	168	
III. Les dispositifs mis en œuvre pour agir sur les comportements	174	
A. L'information sur les bonnes pratiques	174	
B. Le contrôle des fraudes et abus	186	
C. Les mesures de régulation financière	190	

	Pages	Réponses
D. Les nouvelles incitations conventionnelles	211	
IV. La nécessité de nouvelles orientations	219	
A. Décloisonner la gestion des professions de santé	219	
B. Revoir la place et les modalités des négociations conventionnelles	220	
C. Renforcer la cohérence du pilotage	221	
D. Généraliser le suivi et l'évaluation	222	
E. Miser davantage sur l'information des assurés sociaux	223	
F. Traiter les déterminants des comportements	224	
<i>Synthèse</i>	226	
<i>Recommandations</i>	227	
CHAPITRE VI		
LES QUESTIONS DE RETRAITE	229	379
I. Les retraites du monde agricole	231	
A. Les retraites des salariés agricoles	231	
B. Les retraites des exploitants agricoles	235	
<i>Synthèse</i>	248	
<i>Recommandations</i>	249	
II. L'avantage social vieillesse	250	
A. Les bases juridiques des régimes d'ASV	250	
B. Le bilan des régimes d'ASV	253	
C. Les réformes envisagées	256	
<i>Synthèse</i>	261	
<i>Recommandations</i>	262	

	Pages	Réponses
<i>Troisième partie – La certification des comptes de la sécurité sociale</i>	263	386
<i>Introduction</i>	265	
CHAPITRE VII		
L'ARCHITECTURE DES COMPTES DE LA SECURITE SOCIALE	267	
I Un premier niveau d'agrégation : les comptes établis par les organismes nationaux	271	
A. Le nouveau rôle des organismes nationaux	271	
B. L'organisation des comptabilités	272	
II. Un second niveau d'agrégation : les tableaux d'équilibre des branches et du régime général	274	
A. Les tableaux d'équilibre	274	
B. Les modalités d'établissement des tableaux d'équilibre	279	
III. Le traitement comptable des organismes qui participent au financement des régimes obligatoires	281	
A. Le fonds de solidarité vieillesse	281	
B. Le fonds de financement de la protection sociale agricole	282	
<i>Recommandations</i>	282	
CHAPITRE VIII		
L'ETAT DES COMPTES	283	386
I. Dix ans de réforme comptable	285	
A. Le choix d'une comptabilité d'exercice	285	
B. L'établissement d'un plan comptable unique	287	
C. Les instances responsables de la comptabilité des organismes de sécurité sociale	288	

	Pages	Réponses
D. Le pouvoir de validation des comptes des organismes de base conféré aux organismes nationaux	290	
II. L'application des principes comptables	291	
A. Les imbrications entre procédures comptables et budgétaires	292	
B. Les comptes de tiers	294	
C. Les opérations de fin d'exercice	297	
D. La nécessité d'une présentation homogène des comptes	308	
<i>Recommandations</i>	309	
CHAPITRE IX		
LES MODALITES DE CERTIFICATION	311	397
I. Les principes de la certification	313	
A. Combinaison et consolidation	314	
B. Les conditions préalables à la certification	317	
II. Un exemple d'application : les comptes combinés établis par la CNAMTS	321	
A. Les caractéristiques des comptes à certifier	322	
B. Périmètre de la certification et risques comptables	324	
C. Les procédures d'audit	332	
III. Les diligences de la Cour	335	
A. La certification des comptes des caisses nationales et des comptes combinés du régime général	335	
B. L'avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre des branches	336	
C. Le calendrier des diligences de la Cour	337	
<i>Recommandations</i>	338	

	Pages	Réponses
CHAPITRE X		
DES COMPTES AUX PREVISIONS	339	399
I. Une répartition des rôles stabilisée au sein de l'administration sociale	342	
II. Des comptes à mieux articuler avec ceux de la protection sociale et de la santé	343	
III. Des prévisions à développer	345	
IV. Les conséquences des nouvelles dispositions législatives	347	
<i>Recommandations</i>	349	
<i>Conclusion</i>	351	
<i>Conclusion générale</i>	353	
<i>Réponses des ministres</i>		355
<i>Réponses des administrations et organismes</i>		365
<i>Glossaire</i>	401	

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. Séguin, premier président, MM. Fragonard, Cieutat, Carrez, Pichon, Picq, Sallois, Babusiaux, présidents de chambre, MM. Mignot, Ménasseyre, Delafosse, présidents de chambre maintenus en activité, MM. Chartier, Zuber, Capdeboscq, Murret-Labarthe, Giquel, Bonacossa, Cretin, de Mourgues, Paugam, Hespel, Houri, Richard, Candiard, Arnaud, Bayle, Bouquet, Mme Boutin, MM. Chabrol, Ganser, Mme Cornette, MM. Lefoulon, Thérond, Mmes Froment-Meurice, Ruellan, Bellon, MM. Gasse, Ritz, Freches, Moulin, Mme Bazy-Malaurie, MM. Thélot, Steyer, Lesouhaitier, Lefas, Gauron, Lafaufre, Andréani, Gautier Louis, Brochier, Auger, Mmes Saliou, Dayries, MM. Phéline, Coudreau, Gautier Jean, Courtois, Mmes Colomé, Seyvet, MM. Bonin, Vachia, Vivet, Mme Moati, MM. Cossin, Diricq, Lefebvre, Sabbe, Petel, Martin Christian, conseillers maîtres, MM. Doyon, Audouin, Pascal, Lemasson, Schaefer, Bille, conseillers maîtres en service extraordinaire, M. Braunstein, conseiller maître, rapporteur général.

Etait présent et a participé aux débats : M. Bénard, procureur général de la République, assisté de M. Feller, avocat général.

M. Fragonard, président de chambre, n'a pas pris part aux délibérations.

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

Fait à la Cour, le 6 septembre 2005.

INTRODUCTION GENERALE

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

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

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

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

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

PREMIERE PARTIE

LA SITUATION DES COMPTES SOCIAUX EN 2004 ET LES CONTROLES DES COREC

Chapitre I

Les dépenses de la sécurité sociale

PRESENTATION

Les dépenses des régimes de base de la sécurité sociale, au sens de la loi de financement, se sont élevées à 346,6 Md€ en 2004, après 331,9 Md€ en 2003, soit une progression de 4,4 %.

L'année 2004 met en évidence un rapprochement du taux d'évolution entre les différentes branches, excepté pour la branche accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) : famille (+4,4 %), retraite (+4,6 %), maladie (+4,5 %), AT-MP (+1 %).

Le chapitre analyse dans un premier temps les insuffisances dans la construction de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), notamment les problèmes de définition des périmètres et de suivi des objectifs de dépense. Puis sont successivement examinées les dépenses de chacune des branches.

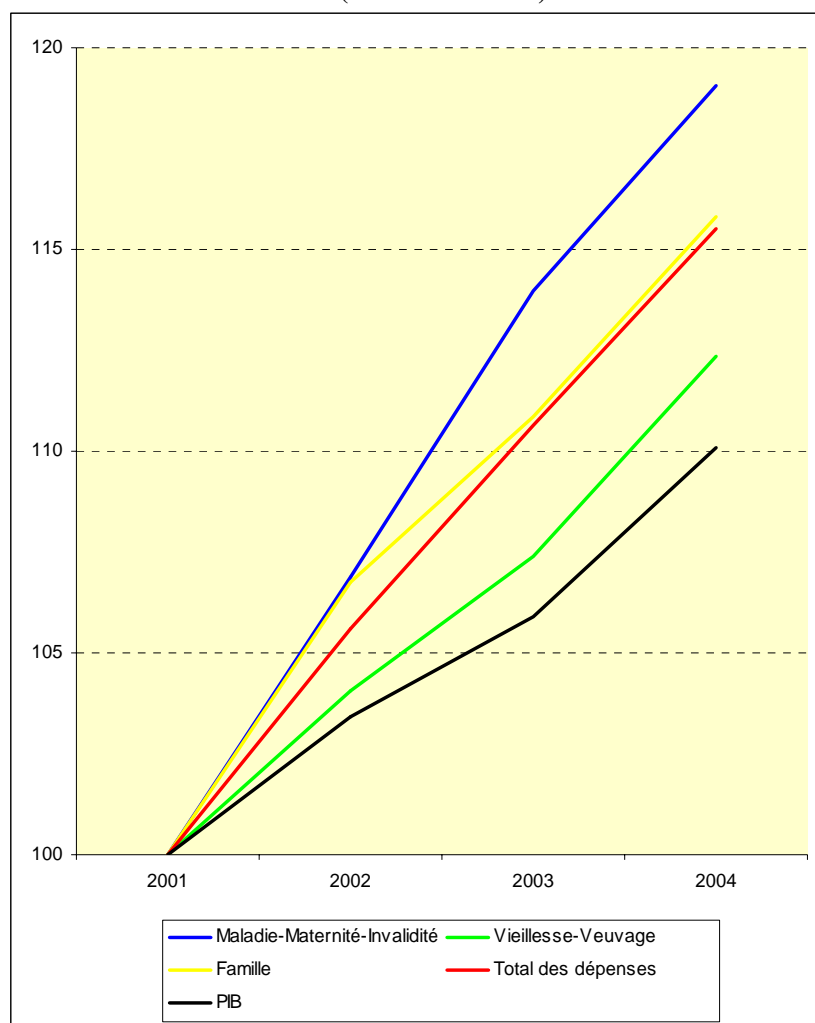
I - L'évolution des dépenses de la sécurité sociale depuis quatre ans

Deux enseignements majeurs se dégagent de l'examen des dépenses depuis 2001. Sur la période examinée, la part de l'ensemble des dépenses de la sécurité sociale dans le PIB (dans le périmètre de la loi de financement) a progressé (20,0 % en 2001 et 21,0 % en 2004), l'essentiel tenant aux dépenses d'assurance maladie (8,1 % du PIB en 2000 et 8,8 % en 2004).

En outre, les dépenses des branches ont toujours excédé l'objectif fixé chaque année. Ce dépassement qui était constamment supérieur à 2 Md€ jusqu'en 2003 (2,1 Md€ en 2003, 4,9 Md€ en 2002 et 2,9 Md€ en 2001) s'abaisse à 1,2 Md€ en 2004. Au total, les dépassements cumulés depuis 2001 représentent 11,1 Md€. Sur ces 11,1 Md€ de dépassement, 9,9 Md€ sont dus aux dépenses d'assurance maladie.

Si, depuis 2001, la croissance des dépenses de retraite (+12,3 %) et d'accidents du travail (+12,5 %) a été proche de celle du PIB (+10,1 %), celle des dépenses de maladie a été beaucoup plus soutenue (19,0 % pour l'assurance maladie). L'augmentation des dépenses de la branche famille s'est située à un niveau intermédiaire (+15,6 %), proche de l'évolution des dépenses totales.

Évolutions des dépenses de sécurité sociale dans le champ LFSS et du PIB (base 100 en 2001)



Les dépenses des régimes de base dans le champ LFSS

(En Md€)

	Encaissements- décaissements*	Droits constatés		
Objectifs initiaux	2001	2002	2003	2004
Maladie-Maternité-Invalidité	117,3	125,4	136,4	143,6
Accidents du travail	8,6	8,5	9,4	9,7
Vieillesse-Veuveage ⁽¹⁾	126,6	136,1	140,4	146,6
Famille ⁽²⁾	42,2	42,0	43,6	45,5
Total des objectifs de dépenses	294,7	312,0	329,8	345,4
ONDAM	105,9	112,8	123,5	129,7
Réalisations	2001	2002	2003	2004
Maladie-Maternité-Invalidité - encaissements-décaissements - droits constatés	120,4 <i>121,3</i>	129,6	138,2	144,4
Accidents du travail - encaissements-décaissements - droits constatés	8,5 <i>8,8</i>	9,3	9,8	9,9
Vieillesse-Veuveage ⁽¹⁾ - encaissements-décaissements - droits constatés	126,9 <i>130,9</i>	136,1	140,5	147,0
Famille ⁽²⁾ - encaissements-décaissements - droits constatés	41,8 <i>39,2</i>	41,8	43,4	45,3
Total des dépenses - encaissements-décaissements - droits constatés	297,6 <i>300,0</i>	316,9	331,9	346,6
ONDAM - encaissements-décaissements - droits constatés	108,8 <i>108,9</i>	116,7	124,6	130,4
Pour mémoire : PIB ⁽³⁾	1 497,2	1 548,6	1 585,2	1 648,4

(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 qui apparaissent dans la LFSS au titre de la famille comprennent l'AAH mais n'incluent pas le transfert à la CNAV au titre de l'AVPF.

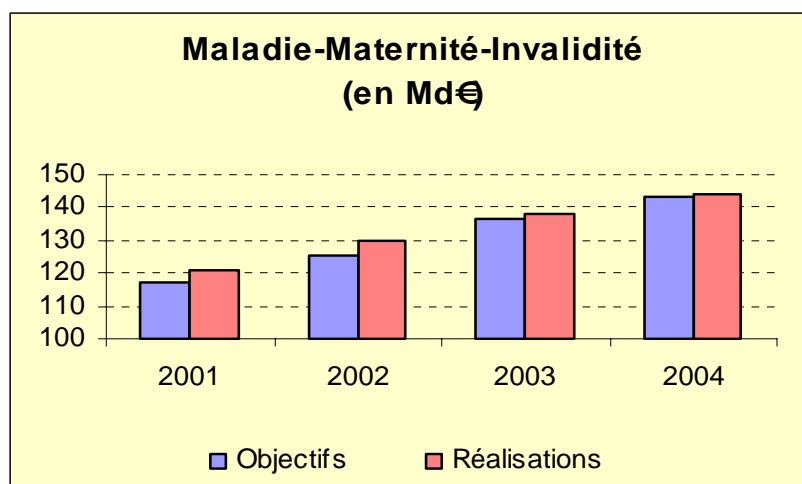
(3) Source : INSEE, base 2000.

* Dans cette colonne, les chiffres en italiques correspondent à des séries en droits constatés.

Source : Cour des comptes et direction de la sécurité sociale

Les dépenses d'assurance maladie dans le champ LFSS

Objectifs et réalisations



Source : LFSS 2001 à 2004

II - Les dépenses de l'assurance maladie

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2004 avait été fixé à 129,7 Md€. Le dépassement constaté est de 650 M€¹, ramené au sixième de celui de 2002. Après l'accélération constatée en 2000 (5,6 %), 2001 (6 %), 2002 (6,8 %) et 2003 (6,3 %), la croissance des dépenses en 2004 a été de 5 %, ce qui reste cependant supérieur au rythme constaté sur la période 1997-2000 (3,2 %)². Le déficit de la branche maladie du régime général (-12,3 Md€) est le plus élevé jamais enregistré.

L'analyse de l'évolution des dépenses nécessite au préalable un examen des méthodes utilisées pour établir les prévisions et les réalisations de dépenses. La Cour a examiné les différents éléments de construction et de suivi des objectifs.

1. Comptes de la sécurité sociale (CCSS) de juin 2005.

2. La tendance de long terme des dépenses maladie a été en moyenne de 4,6 % par an de 1990 à 2000.

A – Les problèmes de définition des périmètres, de construction et de suivi des objectifs de dépenses

1 – Des périmètres encore insatisfaisants

a) Objectifs de branche, ONDAM, agrégats ou « lignes » de dépenses

La loi de financement de la sécurité sociale fixe chaque année deux objectifs de dépenses d'assurance maladie : d'une part, l'objectif de branche, qui regroupe l'ensemble des dépenses de la branche maladie, maternité-invalidité-décès, à l'instar des objectifs fixés pour les autres branches de la sécurité sociale, d'autre part, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) qui regroupe les dépenses considérées comme devant faire l'objet de mesures de maîtrise. L'ONDAM ne constitue cependant pas une enveloppe limitative.

Le champ couvert par l'ONDAM est à la fois plus étroit que l'objectif de branche (il n'inclut par exemple ni les indemnités journalières -IJ- du risque maternité ni les prestations du risque invalidité-décès) mais aussi plus large (il inclut une partie des prestations relevant de l'objectif de branche accidents du travail et maladies professionnelles).

Les objectifs à l'intérieur de l'ONDAM

Après son vote par le Parlement, l'ONDAM 2004 a été, comme les années précédentes, décliné en cinq objectifs pour la métropole (soins de ville, établissements sanitaires publics, établissements médico-sociaux, cliniques privées, réseaux de soins), auxquels s'ajoutent une ligne pour les prestations remboursées aux français de l'étranger, une autre pour les dépenses agrégées des DOM, ainsi qu'une réserve correspondant à une marge de manœuvre.

L'objectif de dépenses de soins de ville est décomposé en deux sous-enveloppes : les « dépenses déléguées » dont la gestion est déléguée à la CNAMTS et qui englobent les honoraires des professions de santé libérales et les transports sanitaires et une sous-enveloppe « autres soins de ville » placé sous la responsabilité de l'Etat et comprenant les médicaments, les dispositifs médicaux et les indemnités journalières versées en cas d'arrêt de travail.

L'objectif des dépenses des établissements médico-sociaux est décomposé, sans base juridique, en deux sous-enveloppes, personnes âgées et handicapées.

A partir de 2005, la présentation de l'ONDAM a été modifiée : d'une part, les dépenses des DOM ne sont plus agrégées dans une ligne spécifique mais sont imputées sur les divers sous-objectifs, d'autre part, les sous-objectifs des établissements de santé sont refondus, pour prendre en compte la tarification des établissements à l'activité (cf. page 19).

La loi organique du 2 août 2005 prévoit que le Parlement votera non plus seulement l'ONDAM, mais aussi le montant de chaque sous-objectif.

Les périmètres des deux objectifs de branche, maladie et accidents du travail et de l'ONDAM ne sont définis par aucun texte de manière exhaustive et il n'en existe pas de description formalisée. De même aucun tableau de passage entre les trois n'est disponible.

Le tableau ci-dessous, établi par la Cour, retrace l'articulation entre les trois objectifs.

Objectif de la branche maladie, maternité, invalidité, décès		Objectif de la branche AT-MP	
Hors ONDAM	ONDAM		Hors ONDAM
<i>A. Gestion technique</i>	A. Gestion technique	A. Gestion technique	<i>A. Gestion technique</i>
I. Prestations sociales :	I. Prestations légales maladie-maternité hors IJ maternité :	I. Prestations pour incapacité temporaire :	I. Prestations pour incapacité permanente (rentes, capital)
- prestations en espèces = IJ maternité	- prestations en nature maladie-maternité	- prestations en nature (ville et établissements)	
- prestations invalidité décès	- prestations en espèces = IJ maladie	- IJ suite à AT	
- prestations extra-légales (action sanitaire et sociale)			
- Actions de prévention			
-(Autres prestations)			
II. Charges techniques, dont :			II. Charges techniques
- prise en charge de cotisations des professionnels libéraux			
III. Diverses charges techniques			III. Diverses charges techniques
IV. Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM	IV. Dotations aux provisions des dépenses ONDAM	IV. Dotations aux provisions pour prestations d'incapacité temporaires	IV. Dotations aux provisions pour dépenses hors ONDAM
V. Charges financières			V. Charges financières
<i>B. Gestion courante</i>			<i>B. Gestion courante</i>
<i>C. Charges exceptionnelles</i>			<i>C. Charges exceptionnelles</i>

Source : Cour des comptes

La nouvelle LOLFSS vise à remédier à ces insuffisances, déjà soulignées par la Cour. Désormais une annexe au PLFSS précisera le périmètre de l'ONDAM, ses modifications éventuelles ainsi que les modalités de passage des objectifs de branche à l'ONDAM.

b) Les anomalies persistantes du périmètre de l'ONDAM

Certaines dépenses entrant dans l'objectif de branche sont exclues du champ de l'ONDAM, alors même qu'elles relèvent de la régulation des dépenses d'assurance maladie :

- la part des cotisations sociales (maladie, famille, vieillesse) des professionnels libéraux (1 919 M€ pour l'ensemble des régimes dont 1 272 M€ au titre des seules cotisations maladie) supportée par l'assurance maladie. Elle constitue un élément de revenu pour les médecins et peut, depuis trois lois récentes, faire l'objet de négociations conventionnelles au même titre que les honoraires³ ;
- les dépenses relatives à l'exonération du ticket modérateur pour les 31^{ème} et 32^{ème} maladies⁴ qui relèvent des budgets d'action sanitaire et sociale des caisses, mais qui sont d'une nature très proche de celles prises en charge au titre des 30 affections de longue durée (ALD). Ces dépenses sont passées de 246 M€ en 2003 à 322 M€ en 2004 pour l'ensemble des régimes ;
- certaines dépenses relevant du fonds national de prévention d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS) : une partie des vaccins (20 M€ en 2004), alors que les autres sont pris en charge sur les dépenses de prestations et donc inclus dans l'ONDAM et les bilans bucco-dentaires (20 M€) ;
- la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), fixée par la LFSS pour 2004 à 470 M€ qui finance des opérations d'investissement et des mesures relatives au personnel.

3. Les cotisations étaient auparavant fixées par décret et prises en charges à hauteur de 2/3 de leur montant par l'assurance maladie. La participation financière de cette dernière peut désormais être modulée par conventions, selon la LFSS de 1999, la loi du 18 décembre 2003 et la loi du 13 août 2004 (cf. chapitre VI).

4. La 31^{ème} maladie est une affection grave, caractérisée, non inscrite sur la liste des 30 ALD fixée par décret, mais comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. La 32^{ème} correspond à une polyopathie entraînant un état pathologique invalidant nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois.

Les dépenses en cause et leur évolution sont pourtant significatives : 2 372 M€ pour le régime général et 2 751 M€, par extrapolation, pour l'ensemble des régimes.

c) Les problèmes de définition des lignes⁵ de l'ONDAM

Définies principalement selon le critère de versement des régimes obligatoires d'assurance maladie à des catégories d'établissements et de service, plusieurs lignes de l'ONDAM présentent des périmètres de dépenses peu significatifs, parce que très partiels ; à l'inverse l'enveloppe soins de ville est indûment majorée.

Une ligne personnes âgées de l'objectif médico-social très partielle

Cette ligne (hors DOM) se compose de trois montants principaux, constitués des versements réalisés par l'assurance maladie, d'une part aux services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), d'autre part aux établissements d'hébergement pour personnes âgées. Ces établissements sont eux-mêmes scindés en deux groupes depuis la réforme tarifaire introduite en 1997 et appliquée depuis 2000 : les établissements qui ont signé une convention tripartite finançant leur médicalisation et sont habilités à accueillir des personnes âgées dépendantes (EHPAD)⁶ et les établissements qui n'ont pas encore signé de convention (EHPA) mais se voient néanmoins appliquer la tarification « ternaire » définie en 1997⁷.

Toutefois, cette ligne (3,3 Md€ en 2003 et 3,6 Md€ en 2004) constitue un ensemble incomplet : plus de la moitié des dépenses concourant au fonctionnement des structures assurant la prise en charge des personnes âgées est imputée sur d'autres enveloppes de l'ONDAM.

En premier lieu, plus de 2,2 Md€ de dépenses comptabilisées dans l'enveloppe des établissements sanitaires sous dotation globale de l'ONDAM devraient l'être sur la ligne personnes âgées.

5. Les lignes sont les agrégats comptables à l'intérieur de la nomenclature de l'ONDAM. Elles ne correspondent pas, dans tous les cas, aux objectifs faisant l'objet d'une régulation.

6. En décembre 2004, 3 722 conventions ont été signées sur 8 000 prévues

7. Cette tarification comporte trois tarifs : le tarif hébergement à la charge du résident bénéficiant éventuellement de l'aide sociale à l'hébergement, le tarif dépendance à la charge du résident mais payé en majeure partie par l'APA, le tarif soins financé à 100 % par l'assurance maladie.

Le non rattachement des USLD à la ligne personnes âgées

Environ 90 % des personnes prises en charge en unités de soins de long séjour publiques⁸ correspondent à la définition des personnes âgées dépendantes et sont comparables à celles accueillies en maison de retraite. Cependant, les dépenses des USLD, soit 1 410 M€ en 2003 et 1 437 M€ en 2004, ne sont pas comptabilisées dans la ligne « personnes âgées », mais dans les objectifs des établissements de santé : l'intégration des dépenses des USLD dans l'objectif médico-social a été prévue par la loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, mais son application nécessite l'abrogation de l'article de la LFSS qui a défini le périmètre de l'objectif médico-social.

La subvention indirecte des hôpitaux aux USLD et maisons de retraite

Les USLD et les maisons de retraite médico-sociales rattachées à des hôpitaux font l'objet d'un budget annexe dont une partie importante, estimée à 800 M€, est imputée à tort sur le budget principal de ces hôpitaux. Depuis 1997, la DHOS a demandé aux ARH de réaliser les corrections comptables en lançant une « opération sincérité des comptes ». A la fin de 2004, celle-ci n'a été appliquée qu'à 55% des lits concernés et le ministère estime que 300 M€ sur les 800 M€ théoriques ne seront pas transférés sur les budgets annexes, faute de corrections suffisantes.

En second lieu, au moins 1,5 Md€ des dépenses comptabilisées dans l'enveloppe des soins de ville sont, en réalité, imputables aux établissements pour personnes âgées.

Avant la réforme tarifaire, les établissements médico-sociaux percevaient des forfaits de soins de cure médicale pour une partie limitée de leurs lits (26 % en moyenne). En sus, les EHPA avaient recours, réglementairement, à des prestations de soins (professionnels libéraux) et à des produits (médicaments et produits de la liste des produits et prestations remboursables -LPPR-) remboursés aux assurés résidents. En 1999, la CNAMTS a estimé ce montant, comptabilisé dans l'enveloppe soins de ville, à 1 460 M€.

La tarification ternaire s'est accompagnée de la volonté d'incorporer la majeure partie (915 M€) de ces dépenses dans les nouveaux forfaits de soins versés aux établissements, donc dans la ligne

8. Les USLD, au nombre de 1 044 fin 2003, dispensent des soins comportant un hébergement à des personnes ayant perdu leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

personnes âgées.⁹ Cependant le transfert a été revu à 450 M€ en 2002, lorsque les médicaments et les produits de la LPPR ont été sortis des forfaits des établissements¹⁰. A la fin de 2004, le montant effectivement transféré depuis 2000 est de 165 M€ seulement, au vu des déclarations contenues dans les 3 722 conventions signées ce qui conduit à un montant résiduel d'environ 1 300 M€.

Les soins en question ayant crû fortement en volume et en valeur depuis 1999, la Cour estime que le montant des dépenses de soins de ville restant rattaché aux résidents des EHPA et non suivi comptablement est, a minima, de 1 500 M€ et vraisemblablement davantage.

Au total, pour l'année 2003, les dépenses d'assurance maladie concourant au fonctionnement des SSIAD et des EHPA(D) sont de l'ordre de 7 Md€, dont 3,3 Md€ sont comptabilisés dans la ligne personnes âgées et 3,7 Md€ figurent en dehors.

Une ligne cliniques privées inférieure à la réalité

Cette ligne (hors DOM) se compose des versements réalisés par l'assurance maladie aux établissements de santé privés non financés par dotation globale, au nombre de 1 970 environ.

Les prestations prises en charge par l'assurance maladie se répartissent en deux blocs principaux : les « prestations hospitalières » donnant lieu à forfaits (prix de journée et forfaits techniques) et les « prestations en sus qui font l'objet d'une rémunération distincte ». Ces dernières comprennent, d'une part, les honoraires des professionnels libéraux qui interviennent dans les cliniques (praticiens, auxiliaires médicaux hors infirmières et biologistes), d'autre part, certains produits consommables non inclus dans les prix de journée, principalement des médicaments et certains dispositifs médicaux (LPPR).

Jusqu'en 2004 compris, la ligne cliniques de l'ONDAM ne comptabilise que les « prestations hospitalières » pour 8,2 Md€, sur un total de versements rattachables aux cliniques de 13,1 Md€. De ce fait, 4,5 Md€ sont ainsi imputés à l'enveloppe des soins de ville et 0,35 Md€ à la ligne DOM.

Dans l'enveloppe soins de ville, les honoraires des praticiens rattachés aux cliniques représentent 31 % du total des honoraires des

9. L'objectif de la réforme était de donner la maîtrise de ces dépenses aux directeurs d'établissements et de dégager une économie nette due en particulier à la disparition de la marge des officines sur les médicaments (dont le montant était estimé à 409 M€ en 1999).

10. Sauf ceux disposant d'une pharmacie hospitalière à usage intérieur (5,4 %).

spécialistes et les consommables facturés en sus par les cliniques 25 % du total des produits de la LPPR et une plus faible part de médicaments.

En outre, il conviendrait d'estimer les dépenses liées aux prescriptions par les praticiens en cliniques d'indemnités journalières, de médicaments achetés en ville ou de transports sanitaires : sans être nécessairement rattachables à la ligne cliniques, ces dépenses de la ligne soins de ville sont déterminées par l'activité des établissements et de leurs professionnels. Aucun chiffre n'est disponible pour les dépenses déterminées par les cliniques et exécutées en ville.

Une ligne établissements sanitaires publics minorée

Si la ligne établissements sanitaires sous dotation globale est majorée de 2,2 Md€ de dépenses relevant normalement de la ligne personnes âgées, les dépenses des prescriptions hospitalières exécutées en ville estimées par la CNAMTS ont pour effet d'imputer des dépenses des établissements ou déterminées par eux sur l'enveloppe de soins de ville.

Dans les établissements sous dotation globale, les prescriptions par les médecins hospitaliers d'IJ, de médicaments achetés en ville, d'analyses effectuées en ville et de transports sanitaires s'élèvent à 6 327 M€ en 2003 pour le régime général, soit une progression de 11 % sur l'année, selon la CNAMTS, contre une progression de 6,9 % de l'ensemble des prescriptions.

Le poste le plus dynamique est celui des prescriptions de médicaments : elles augmentent près de trois fois plus vite que l'ensemble des prescriptions de médicaments imputés sur l'enveloppe soins de ville (+19 % contre +6,4 %). Au sein de ce poste, la rétrocession hospitalière est particulièrement dynamique : les remboursements effectués par le régime général au titre des médicaments rétrocédés ont augmenté de 30 % en 2003 et de 9 % en 2004, nettement plus que les prescriptions en ville proprement dites.

La refonte des lignes des établissements de santé en 2005

En 2005, les dépenses des établissements sanitaires publics et privés sont reclassées au sein de l'ONDAM.

Les nouveaux sous-objectifs des établissements

La tarification à l'activité (T2A) a pour objet de financer les établissements de santé, quel que soit leur statut, d'une manière homogène, reposant principalement sur la rémunération forfaitaire de groupes homogènes de séjours (GHS) tarifés nationalement. Elle ne s'applique pour l'instant qu'aux seules disciplines de court séjour, médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie (MCO) et de manière progressive durant une période transitoire qui doit s'achever en 2012. Deux sous-objectifs sont en conséquence communs aux hôpitaux et aux cliniques : l'objectif de dépenses de MCO (ODMCO) et l'enveloppe des MIGAC (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation).

En revanche, deux autres sous-objectifs conservent la distinction entre établissements : l'ODAM (dotations annuelles de fonctionnement pour les hôpitaux locaux, les USLD et les disciplines de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation des établissements publics) et l'OQN (versements aux cliniques privées en psychiatrie et soins de suite et de réadaptation selon l'ancienne tarification).

Concernant les cliniques privées, les dépenses de produits consommables relevant du champ MCO jusqu'ici imputées dans l'enveloppe des soins de ville, sont désormais rattachées à l'ODMCO.

Elles représentent la majeure partie des dépenses de produits consommables dont le montant total, toutes disciplines, (1 443 M€ en décaissement en 2004) a connu une croissance annuelle moyenne soutenue de 2000 à 2004 : +6,8 % pour les produits de la LPPR et +18,7 % pour les médicaments facturables en sus¹¹. En 2004, cette croissance a été respectivement de 7,2 % et de 22,8 %.

En revanche, les honoraires demeurent comptabilisés dans l'enveloppe des soins de ville. Cette persistance semble peu compatible avec l'objectif d'unification à terme des tarifs applicables aux établissements publics et privés que poursuit la tarification à l'activité.

Une enveloppe des soins de ville artificiellement majorée

La ligne de l'ONDAM (ou « enveloppe ») afférente aux dépenses de soins de ville constitue un instrument à la fois de connaissance et de régulation pour autant qu'elle soit correctement définie.

Jusqu'en 2004, elle comprend, comme exposé précédemment, une part importante de dépenses qui ne relèvent pas du secteur ambulatoire : les dépenses de prescriptions hospitalières exécutées en ville ainsi que certaines dépenses qui concourent directement au fonctionnement des cliniques privées et des EHPAD.

11. Statistiques de la CNAMTS, régime général.

En revanche, elle ne comprend pas la partie des dépenses résultant de l'activité des professionnels en ville et qui ne figurent que dans l'objectif de branche : certaines dépenses du FNPEIS et une partie des cotisations sociales des professionnels libéraux prise en charge par l'assurance maladie.

*
* *

Au total, les problèmes de définition des lignes de l'ONDAM peuvent être résumés de la façon suivante :

Défaits d'imputation des charges entre lignes de l'ONDAM

En Md€

Ligne d'imputation en 2004 « majorée »	Nature des prestations	Montant en 2004
Etablissements sous DG	Personnes âgées : dont USLD dont subvention au budget principal des hôpitaux	2,2 1,4 0,8
Soins de ville	EHPAD dépenses résidents	1,5
Soins de ville	Cliniques : dont honoraires dont produits consommables	4,5 3 1,5
Soins de ville	Etablissements sous DG	6,3 (2003)
Total		14,5

Source : Cour des comptes

Ces imputations contestables des dépenses entre lignes de l'ONDAM portent en 2004 sur plus de 14,5 Md€, ¹² soit plus de 11% du montant total des dépenses. Elles ne sont pas sans conséquences :

- elles présentent une image déformée du poids relatif de chaque poste de dépenses. La ligne « cliniques » ne représente par exemple que 63 % des dépenses des cliniques comprises dans l'ONDAM, la ligne personnes âgées seulement moins de la moitié des dépenses afférentes aux établissements et services pour personnes âgées ;
- surtout, elles conduisent à une appréciation erronée de l'évolution de chacun des postes qui peut ensuite affecter le choix des mesures de

12. Ce montant sera diminué à partir de 2005 d'environ 1,5 Md€ de dépenses de produits consommables qui sont intégrés dans les lignes des cliniques.

régulation. Par exemple, une part importante de la croissance des soins de ville, généralement très forte, résulte en réalité de la croissance de dépenses procédant des établissements privés et publics ou déterminées par eux.

Si les périmètres des objectifs de dépenses d'assurance maladie manquent encore parfois de clarté et de cohérence, les méthodes de détermination et de suivi des objectifs annuels méritent également, malgré les progrès récemment accomplis, d'être améliorées, stabilisées et explicitées.

2 – L'établissement des objectifs de dépenses

a) L'établissement de l'ONDAM initial

Le mode de calcul de l'ONDAM ne répond pas à des principes suffisamment stables et bien établis. L'objectif est calculé chaque année à partir d'une base, dont les règles de calcul sont évolutives, et à laquelle est appliqué un taux d'évolution des dépenses. Ce taux est censé traduire la « croissance tendancielle » des dépenses ainsi que l'effet des mesures programmées entraînant des coûts supplémentaires ou des économies. Deux principaux problèmes méritent d'être soulignés : la base n'est pas construite de manière homogène d'une année sur l'autre ni entre enveloppes ; l'évaluation de la croissance tendancielle et de l'effet des mesures d'économie est parfois difficile à réaliser.

La base de calcul de l'ONDAM

La base de calcul des ONDAM votés pour 1998 et 1999 était l'ONDAM voté l'année précédente. Depuis 2000, l'ONDAM, fixé en fin d'année par la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année suivante, est calculé à partir de « l'ONDAM révisé » de l'exercice qui s'achève, voté dans la même loi de financement. Cet ONDAM révisé correspond à l'estimation, par la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de septembre, des dépenses qui seront effectivement réalisées au cours de l'exercice. Cette pratique appelle deux remarques.

1) La base de calcul ne correspond pas exactement au montant de l'objectif révisé de l'année en cours. Trois facteurs expliquent les écarts constatés.

En premier lieu, la base est corrigée des changements de périmètre de l'ONDAM d'une année sur l'autre, c'est-à-dire des transferts de charges entre les caisses d'assurance maladie et autres personnes morales. Ainsi la base de calcul de l'ONDAM 2003 a été majorée de 544 M€ de transferts de l'Etat vers l'assurance maladie. De la base de calcul de

l'ONDAM 2005, c'est-à-dire de l'objectif révisé de 2004, a été soustraite, pour 178 M€, la compensation financière du transfert de l'assurance maladie aux collectivités territoriales du financement des écoles d'infirmières relevant des établissements de santé qui doit intervenir à la mi-année 2005.

Néanmoins, ces transferts de charges engendrent des économies ou des coûts supplémentaires pour l'assurance maladie et infléchissent donc l'évolution des dépenses. Or, comme ils sont intégrés dans la base, ils ne sont pas compris dans le taux d'évolution des dépenses, censé traduire l'impact des mesures nouvelles d'économies ou de coût supplémentaire. Il serait ainsi souhaitable d'afficher en annexe du PLFSS, à côté du taux d'évolution des dépenses par rapport à la nouvelle base, celui des dépenses par rapport à la base reconstituée selon le périmètre antérieur (c'est-à-dire à champ constant).

En deuxième lieu, la base de calcul (l'objectif révisé des dépenses de l'année en cours) est majorée ou minorée de l'impact de mesures nouvelles qui ne correspondent à aucun changement de périmètre de l'ONDAM et qui devraient donc être prises en compte dans le taux d'évolution des dépenses et non dans la base. Cette pratique a pour effet d'accroître le montant de cette base au lieu de faire apparaître, de manière plus transparente, un taux d'évolution des dépenses ou de croissance de l'objectif plus élevé. Par exemple, l'intégration dans la base des dépenses hospitalières des protocoles hospitaliers a majoré la base de l'ONDAM 2003 de 0,3 Md€ au titre des crédits de remplacement.

En troisième lieu, le calcul de la base n'est pas homogène selon les enveloppes et les lignes de dépenses. Par exemple, la base de la ligne « établissements sanitaires sous dotation globale » pour 2004 n'est pas le montant estimé des dépenses de cette ligne en 2003, mais bien l'objectif initial voté sur cette ligne pour 2003. Le dépassement estimé de cette ligne en 2003 a donc été déduit de la base de calcul de l'ONDAM 2004. En revanche, les dépassements des enveloppes « soins de ville » et « cliniques privées » ont été conservés dans la base. Ainsi, la base n'étant pas établie dans les mêmes conditions, les taux d'évolution des différentes enveloppes ne sont pas directement comparables¹³.

2) L'estimation même des dépenses du champ de l'ONDAM en cours d'exercice, par la CCSS de septembre, a une importance centrale. Ainsi une surestimation a pour effet de majorer la base utilisée pour le calcul de l'ONDAM de l'année suivante ; elle conduit donc à surévaluer

13. Le taux de progression de l'enveloppe soins de ville votée pour 2004 par rapport à 2003 est de 3,15 % et aurait été de 4,7 % si, comme pour l'enveloppe hôpitaux, le dépassement n'était pas pris en compte dans la base.

le montant de l'objectif de l'année suivante ou à afficher un taux de croissance prévisionnel des dépenses inférieur à la réalité.

En septembre 2004, les dépenses de l'ONDAM de l'exercice en cours ont été surestimées par la CCSS de 650 M€, parmi lesquels 252,5 M€ procèdent d'une surestimation des dépenses de la branche AT-MP entrant dans le champ de l'ONDAM.

La prévision par la CCSS de la réalisation effective des dépenses de chaque enveloppe de l'année en cours peut contribuer à majorer la base de l'ONDAM suivant. Ainsi, au moment de la détermination de l'ONDAM 2005, le montant du dépassement en 2004 des soins de ville (qui est intégré dans la base) a été surestimé de 780 M€, en revanche, le montant du dépassement de la ligne hôpitaux (qui est retranché de la base) a été sous-estimé de 230 M€. De même, au moment du calcul de l'ONDAM 2004, la CCSS a estimé que le dépassement de l'objectif de la ligne personnes handicapées serait nul, alors que cette ligne est sous-consommée (presque) chaque année¹⁴. Cette surestimation majore la base utilisée pour cette ligne et celle de l'ONDAM dans son ensemble et diminue leur taux de croissance apparent pour l'année suivante.

La prévision établie par la DSS et la CCSS pourrait en outre être améliorée si celles-ci disposaient de comptes de charges des régimes pour le premier semestre de l'année en cours.

Écarts entre prévisions de dépassements et dépassements constatés

Md€

	2001	2002	2003	2004
Dépassement estimé en septembre N	2,3	3,9	1,2	1,30
Dépassement effectif	3,2	3,9	0,6	0,65
Dépassement estimé - dépassement effectif	-0,9	0	0,6	0,65

Pour les années 2001 à 2003, le dépassement constaté est calculé à partir du montant des dépenses définitives corrigé des écarts entre provisions et charges réelles.

Source : Cour des comptes (d'après tableaux DSS)

Le taux prévisionnel d'évolution des dépenses

Le taux d'évolution des dépenses ensuite appliqué à la base de calcul révisée est égal à la somme (pondérée) des taux d'évolution retenus pour chaque ligne de l'ONDAM. C'est ce taux qui est mentionné en

14. De 200 M€ en 2003

annexe de la loi de financement de la sécurité sociale : il traduit ainsi la progression de l'objectif de dépenses par rapport aux dépenses estimées de l'année en cours et non par rapport à l'ONDAM qui avait été initialement voté pour cette année là. Cette présentation minore donc le taux apparent de progression de l'objectif de dépenses voté. S'il est nécessaire de tenir compte, dans la fixation de cet objectif, de l'exécution effective des dépenses, l'information du Parlement mériterait d'être complétée par la mention du taux de progression réel entre l'ONDAM initialement voté pour l'année qui s'achève et celui soumis au Parlement pour l'exercice suivant.

La méthode retenue pour fixer le taux prévisionnel d'évolution des dépenses suscite elle-même plusieurs observations sur l'évaluation de la croissance tendancielle et celle de l'effet des mesures d'économie.

Pour 2004, l'objectif d'évolution des dépenses était de 4 %. La Cour¹⁵, avait estimé que l'ONDAM serait à nouveau dépassé en 2004, c'est-à-dire que ce taux d'évolution des dépenses avait été sous-estimé. Les facteurs qu'elle avait relevés dans son rapport de septembre 2004 expliquent en effet le dépassement de 650 M€ constaté en 2004.

Pour 2005, l'objectif d'évolution des dépenses de 3,2 % résulte, selon le ministère, d'une croissance tendancielle des dépenses de l'ordre de 5,5 %, (intégrant une tendance de +6,6 % pour l'enveloppe soins de ville) et de l'impact, d'une part, de dépenses supplémentaires (440 M€), d'autre part de mesures d'économies (3,5 Md€ dont 3,1 Md€ sur les soins de ville).

Ce taux de 3,2 % se situe très en dessous de la progression des dépenses constatées les années précédentes, même s'il est égal à l'évolution moyenne annuelle constatée de 1997 à 2000. Il traduirait donc un objectif ambitieux d'économies liées à la réforme de l'assurance maladie. En réalité, le montant de l'ONDAM 2005 n'est pas aussi ambitieux qu'il y paraît. Il résulte en effet d'une surestimation du taux de croissance tendancielle mentionnée ci-dessus et qui est due plus particulièrement à deux facteurs :

- d'une part, l'évaluation de la croissance tendancielle s'est appuyée sur la forte croissance des dépenses des années immédiatement précédentes. Or, celles-ci avaient été exceptionnellement majorées par les revalorisations d'honoraires, l'effet de la mise en œuvre de l'ARTT et des protocoles hospitaliers conclus en 2001 et 2002 et le fort acquis

15. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2004, p. 19.

de croissance¹⁶ à fin 2002 pour 2003. L'acquis de croissance à fin 2004 pour 2005 est au contraire faible. ;

- d'autre part elle intègre le poids important des dépenses de médicaments (35 %) à l'intérieur du poste « soins de ville¹⁷ ». Or, le principal facteur de croissance de ces dépenses résulte d'un effet structure (introduction de nouveaux médicaments à des prix fixés par l'Etat) qui ne devrait pas entrer dans le calcul d'une tendance spontanée.

b) Les diverses présentations de l'ONDAM

Différentes présentations de l'ONDAM sont utilisées par les administrations concernées. Leurs évolutions d'une année sur l'autre peuvent fortement varier, ce qui n'est pas sans effet sur les conclusions et les interprétations que l'on peut en tirer. Le tableau ci-dessous les rassemble dans un document synthétique.

16. Il s'agit du taux de croissance des dépenses en N+1 qui serait constaté si les dépenses demeuraient au même niveau que celui atteint en fin d'année N.

17. En outre, la prévision de la tendance des soins de ville pourrait être améliorée : actuellement, on considère qu'il faut attendre trois mois après la fin d'un mois donné pour obtenir des données suffisamment fiables sur le montant des soins de ville de ce mois. Or, pour le régime général, le montant des dépenses en date de soins afférent à un mois donné est connu à hauteur de 96,6 % en moyenne au bout de deux mois. Les prévisions d'évolution de tendance pourraient ainsi être précisées en intégrant, au moment de la CCSS et de la fixation de l'ONDAM de l'année suivante (fin août), l'évolution de l'ensemble du premier semestre et non pas seulement celles des quatre premiers mois de l'année.

Les diverses présentations de l'ONDAM*En Md€*

	2001	2002	2003	2004	2005
ONDAM initial (LFSS Initiale)	105,7	112,8	123,5	129,7	134,9
ONDAM révisé	108,3	116,7	124,7	131	-
ONDAM réalisé*	109,2	116,7	124,1	130,4	-
ONDAM réalisé*/ONDAM réalisé*	6%	6,8%	6,3%	5%	-
ONDAM initial / ONDAM révisé précédent	ND	4,1%	5,8%	4%	3%
ONDAM initial / ONDAM révisé rebasé (base de calcul retenue)	2,6%	4%	5,3%	4%	3,2%
ONDAM initial /ONDAM initial de l'année précédente	5,5%	6,7%	9,5%	5%	4%

*Le montant des dépenses réalisées dans le champ de l'ONDAM tient compte de l'écart entre charges réelles et provisions.

Source : Cour des comptes

Ce tableau montre qu'aucune des nombreuses présentations actuellement utilisées ne permet de procéder à des comparaisons de l'ONDAM à périmètre constant ce qui est pourtant indispensable pour une bonne information du Parlement et du Gouvernement

C'est donc à juste titre que la LOLFSS prévoit (conformément à des recommandations anciennes de la Cour) que soit jointe au projet de loi de financement une annexe présentant « les modifications éventuelles du périmètre de l'ONDAM ou de la composition des sous-objectifs, en indiquant l'évolution à structure constante de l'objectif ou des sous-objectifs concernés par les modifications de périmètre¹⁸ » Compte tenu de la formulation générale de cet article il restera à préciser à quelle présentation de l'ONDAM cette comparaison à périmètre constant doit s'appliquer. La Cour, pour sa part, recommande de le faire par rapport à l'ONDAM initial de l'année précédente.

18. Loi organique du 2 août 2005 (article 2, III, 7°).

c) L'établissement de l'objectif de la branche assurance maladie, maternité, décès

L'objectif de dépenses de la branche fixé par la loi de financement pour l'exercice n résulte de la prévision de dépenses du régime général pour cet exercice, effectuée par la DSS, à laquelle s'ajoutent les prévisions de dépenses des autres régimes, réalisées par ces régimes eux-mêmes.

Pour le régime général, l'objectif de dépenses de la branche maladie est établi selon la même méthode que l'ONDAM : la base de calcul est le montant estimé des dépenses de la branche maladie de l'année en cours (objectif de branche révisé), auquel est appliqué le taux d'évolution des dépenses retenu pour l'ONDAM.

Les objectifs prévisionnels établis par les autres régimes et fondés, en principe, sur le taux d'évolution de l'ONDAM sont ajoutés à l'objectif du régime général.

3 – L'arrêté des dépenses effectivement réalisées dans le champ de l'objectif de branche et de l'ONDAM

a) L'arrêté des dépenses du champ de l'ONDAM

La CCSS établit le montant des dépenses définitives du champ de l'ONDAM en septembre de l'année qui suit la clôture de l'exercice, à partir des comptes définitifs des régimes. Depuis le passage à la comptabilisation en droits constatés¹⁹, l'exactitude du provisionnement est importante pour établir ce montant.

En effet, pour les soins de ville, les dépenses en dates de soins afférentes aux derniers mois de l'année ne sont connues qu'au fur et à mesure de la réception par les caisses des feuilles de remboursement, c'est-à-dire, pour partie, après la clôture des comptes de l'année. Cette partie des dépenses fait donc l'objet d'une estimation par les caisses nationales qui se traduit dans les comptes par des provisions. Des provisions sont également constituées pour d'autres lignes de l'ONDAM. Le montant de ces provisions est imputé sur les comptes de l'année n : il est donc compris dans le montant des dépenses définitives du champ de l'ONDAM, tel que présenté par la commission des comptes en septembre n+1.

19. En dates de soins et non plus en dates de remboursement (cf. troisième partie, chapitre IX, I)

Mais, une fois connu le montant des charges effectives, on constate un écart entre ces charges et les provisions constituées. Si les provisions ont été surestimées, c'est-à-dire si elles sont supérieures aux charges réelles, le montant des dépenses définitives de l'ONDAM s'avère avoir été indûment majoré. Dans le cas inverse, il se révèle avoir été minoré.

Effet des écarts entre provisions et charges réelles sur le montant des dépenses définitives de l'ONDAM

En M€

Exercice	Écart entre provisions et charges réelles	Écart pour le régime général	Écart pour les autres régimes (dont la MSA)	Écart pour la MSA
2001	-399	93	-492	ND
2002	49	235	-186	-91
2003	467	224	243	103

Source : Chiffres DSS, CNAMTS, MSA.

Les provisions comptables constituées fin 2003 au titre de l'exercice 2003 ont été surestimées de 467 M€ : l'ONDAM réalisé de 2003 a été majoré d'autant.

Alors même que les dépenses du régime général représentent 84,2% de l'ensemble des dépenses, la majeure partie des erreurs de provisionnement (52 % en 2003) provient des autres régimes. La nouvelle méthode de calcul adoptée par la MSA en 2003 n'a pu être mise en œuvre dans de bonnes conditions²⁰ et les provisions ont été surestimées de 103 M€.

En outre, l'inexactitude du montant des dépenses définitives du champ de l'ONDAM n a un impact sur celle de l'ONDAM prévisionnel pour n+2. En effet, la base de l'ONDAM n+2, c'est-à-dire le montant des dépenses estimées de l'année en cours n+1, est établie à partir de l'ONDAM réalisé définitif de n. Ainsi, le montant des dépenses effectives de 2003 présenté par la CCSS en septembre 2004 étant majoré de 467 M€, l'estimation des dépenses en cours pour 2004, c'est-à-dire la base de calcul pour l'ONDAM 2005, fondée sur ce montant majoré, a été elle aussi surévaluée du même montant. La détermination de l'ONDAM n+2 reflète ainsi l'aléa de la qualité du provisionnement.

20. L'application du PCUOSS en cours d'année pour le régime agricole a induit une mauvaise répartition entre les prestations maladie de l'exercice en cours et celles imputables aux exercices antérieurs, ces dernières étant surévaluées.

Jusqu'en 2005, le montant des dépenses réalisées du champ de l'ONDAM présenté à la CCSS n'était pas corrigé de ces erreurs liées des écarts entre charges réelles et provisions. A la suite notamment aux travaux menés par la Cour, la DSS et la CCSS se sont engagées à corriger le montant des dépenses réalisées définitives de 2003.

Les principaux problèmes concernent cependant tant le calcul de la base elle-même que celui du taux de croissance prévisionnel. Des progrès sont indispensables pour clarifier l'information donnée au Parlement, permettre une meilleure perception des évolutions réelles et ainsi mieux éclairer l'action des pouvoirs publics et des différents acteurs concernés.

b) L'arrêté des dépenses de l'objectif de la branche maladie

Contrairement aux dépenses constatées dans le champ de l'ONDAM, le montant des dépenses définitives entrant dans le champ de l'objectif de branche n'est pas présenté dans les rapports de la CCSS et n'est pas mentionné dans les documents transmis au Parlement. La loi organique prévoit désormais que le Parlement se prononce sur le tableau (le solde) par branche et pour l'ensemble des régimes, y compris donc de la branche maladie. Les administrations devront ainsi effectuer un suivi précis de la réalisation des dépenses de l'objectif de branche (tous régimes).

B – Les limites des méthodes de régulation des dépenses des établissements de santé

Dans ses précédents rapports sur la sécurité sociale, notamment en 2003, la Cour a examiné les mécanismes de régulation de l'enveloppe soins de ville. Les réformes engagées par la loi du 13 août 2004 n'étant pas encore totalement mises en œuvre, elles ne peuvent aujourd'hui être évaluées.

En revanche, l'examen des dispositifs en vigueur pour réguler les dépenses des établissements permet de formuler des remarques sur leurs deux composantes essentielles : les périmètres des prestations régulées et les mécanismes d'encadrement à caractère économique.

Si la ligne de l'ONDAM afférente aux dépenses de soins de ville constitue à la fois un sous-objectif, défini par l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale, et un agrégat comptable, il n'en allait pas de même, jusqu'à 2004 inclus, pour les trois lignes concernant les établissements : établissements sanitaires publics, cliniques privées, établissements médico-sociaux. Les lignes de l'ONDAM ne correspondaient pas aux agrégats comptables utilisés pour la régulation. En effet, les articles qui

trahaient de ces établissements introduisaient en réalité deux références, l'une à l'ONDAM, l'autre à un ensemble de dépenses régulé.

Les modifications apportées en 2005 règlent, on l'a vu, une part importante des problèmes de périmètres entre ces enveloppes. Elles alignent par ailleurs les périmètres utilisés pour la régulation sur ceux des nouvelles lignes de l'ONDAM. En ce qui concerne les mécanismes de régulation, elles introduisent, pour le secteur des établissements de santé jusqu'alors sous dotation globale, la perspective d'une extension de ceux jusqu'alors appliqués aux seules cliniques privées. Ce passage progressif d'une procédure budgétaire d'encadrement a priori à une régulation ex post par les tarifs justifie un examen attentif de la pertinence de cette dernière.

1 – Les dépenses de cliniques

a) Un agrégat régulé différent, jusqu'à la fin de 2004, de la ligne cliniques de l'ONDAM

La volonté d'encadrer les dépenses d'assurance maladie des cliniques privées a précédé la création de l'ONDAM et le vote des LFSS. A partir de 1992 a été mis en œuvre un dispositif de régulation par les tarifs, appliqué à une enveloppe -l'objectif quantifié national (OQN)- déclinée en sous-objectifs régionaux. Ce système a perduré après 1997.

Comme la ligne cliniques de l'ONDAM, cet objectif ne comprend pas les honoraires des professionnels libéraux. De même, certaines « prestations hospitalières » sont exclues de la régulation : dialyse alternative, hospitalisation à domicile, séances de scanner et d'IRM. Ceci a pour conséquence d'exclure de l'objectif des structures dont ces prestations représentent la seule activité. Au total, en 2004, les cliniques relevant de l'OQN étaient au nombre de 1 288, alors que 1 970 établissements relèvent de la ligne de l'ONDAM hors DOM.

Comparaison des périmètres de l'ONDAM et de l'OQN

Rubriques	Ligne ONDAM	OQN
Total des prestations L 162-22-1 et R 162-31		
I- Frais d'hospitalisation dont prestations hospitalières * incluses dans l'OQN * exclues de l'OQN dont produits refacturés * consommations intermédiaires * médicaments en sus	Oui Oui Non Non	Oui Non Oui Non
II- Honoraires	Non	Non

Source : Cour des comptes

Ainsi, en 2004, l'OQN réalisé est de 8 642 M€²¹, mais en sont exclus 4 103 M€, soit 3 036 M€ d'honoraires France entière, 482 M€ de médicaments facturables et 585 M€ de prestations hospitalières non régulées (dialyse alternative, scanner et IRM).

De 1997 à 2004 ont coexisté la ligne de l'ONDAM et l'OQN, dont les périmètres de dépenses sont à la fois partiels et différents. En 2005, la définition des quatre sous-objectifs de dépenses des établissements de santé, dont deux communs aux établissements anciennement sous dotation globale et aux cliniques privées, met un terme à cette coexistence, puisque les montants de dépenses régulées correspondent désormais au découpage en sous-objectifs de l'ONDAM.

b) L'évolution de l'articulation entre les procédures propres à l'ONDAM et à l'OQN

Malgré la mise en place du système des lois de financement et de l'ONDAM à partir de 1997, la négociation de l'OQN a longtemps conservé la prééminence sur ces nouveaux mécanismes. En 2000, le dispositif de l'OQN a été modifié : son montant a été désormais fixé préalablement par l'Etat dans les 15 jours suivant le vote de l'ONDAM et en fonction de cet objectif. La négociation entre l'Etat et les organisations professionnelles qui doit se traduire par un accord national avant le 25 février a donc été réduite à la répartition des crédits supplémentaires tenant compte de l'effet volume et des hausses tarifaires accordées.

21. Statistiques de la CNAMTS, mai 2005.

En 2005, le dispositif de l'OQN disparaît et le vote de l'ONDAM par le Parlement devient déterminant. En outre, l'accord national est remplacé par des décisions réglementaires préparées par des recommandations du conseil de l'hospitalisation, créé par la loi du 13 août 2004. Ces recommandations, émises après le vote de l'ONDAM, portent d'une part sur le montant des nouveaux sous-objectifs de dépenses des établissements de santé, d'autre part, après avis des organisations professionnelles, sur leur mise en œuvre (partage des crédits supplémentaires entre hausse des prix et augmentation du volume d'activité).

c) Les mécanismes de régulation et leurs résultats

Jusqu'en 2004, le système de régulation par l'OQN mis en place en 1991 repose sur la détermination ex ante d'objectifs de dépenses, dont la réalisation, constatée ex post et de manière théoriquement infra annuelle, doit générer les ajustements tarifaires nécessaires par le truchement de minorations des tarifs sur la période suivante calculée de manière à récupérer les dépassements éventuellement constatés au titre d'une année déterminée.

L'examen du fonctionnement de ce dispositif nécessite d'autant plus d'attention que, du fait de l'application de la T2A aux établissements jusqu'alors sous dotation globale, les pouvoirs publics devront appliquer progressivement une régulation du même type, c'est-à-dire ex post en fonction des prestations remboursées.

L'efficacité d'un tel dispositif repose, d'une part, en prévision pour l'année suivante, sur la capacité à prévoir un montant d'OQN fondé sur des hypothèses réalistes de volume et de prix, d'autre part, en exécution, sur l'aptitude à mesurer avec précision les résultats de l'année et à appliquer, en cas de dépassement de l'objectif annuel, les minorations de tarifs nécessaires.

Or, de 2000 à 2004, le dispositif mis en œuvre n'a pas rempli ces différentes conditions et a conduit à un dépassement total de près d'1 Md€²² sur cinq ans, soit la moitié de la croissance de 2 Md€ observée entre ces deux dates (l'OQN réalisé de 1999 a été de 6 538 M€, celui de 2004 de 8 642 M€). Ce dépassement a été intégré, à chaque fois, dans la base de l'OQN ²³ : +32,8 %, à champ constant (+5,83 % en moyenne

22. Le dépassement est calculé par différence entre les montants fixés dans les arrêtés initiaux et les dépenses effectives communiquées par la DHOS.

23. Les rebasages effectués sont de 168 M€ pour 2002, de 349 M€ pour 2003 et de 179 M€ pour 2004.

annuelle), alors que la croissance autorisée, définie dans les arrêtés fixant les OQN, était de 18,5 % (+3,45 % en moyenne annuelle).

La fixation du montant de l'OQN résultait d'un calcul rudimentaire : il consiste à décomposer l'OQN en trois composantes (les « prestations hospitalières » des établissements de métropole, les produits consommables et les « prestations hospitalières » des DOM) et à appliquer à chacune d'elles le taux de croissance de certaines lignes de l'ONDAM qui sont en réalité sans rapport direct avec elles. Par exemple, les consommations intermédiaires ont connu une croissance réelle moyenne de 6,8 % par an de 2000 à 2004 (source CNAMTS), très supérieure au taux appliqué par le ministère dans sa prévision²⁴.

Une fois le montant de l'OQN fixé, l'accord annuel portant sur le partage entre le volume et les hausses tarifaires à accorder au cours de l'exercice à venir est préparé sans cohérence avec les hypothèses ayant servi à la construction de l'OQN. Les hypothèses retenues dans la négociation avec les cliniques favorisaient systématiquement la hausse des tarifs au détriment de l'augmentation en volume : cette dernière était évaluée chaque année à 1 % de l'ensemble des dépenses, y compris celles des DOM et des consommations intermédiaires. En outre, les hausses tarifaires n'étaient calculées que sur les « prestations hospitalières » et non sur les consommations intermédiaires, comme si le prix de celles-ci demeurait stable. L'effet volume, constaté de 2000 à 2004²⁵, est en fait globalement de +2,7 % par an en moyenne.

En outre, le décalage entre l'exercice tarifaire des cliniques (de mai à avril jusqu'en 2004) et l'exercice civil lié au vote de la LFSS crée systématiquement un effet report de quatre mois sur l'exercice suivant : en effet, la marge disponible de mesures tarifaires à accorder, calculée d'abord en montant, est ensuite ramenée à un taux applicable sur huit mois pour l'année en cours mais continue à exercer ses effets sur les quatre premiers mois de l'exercice suivant.

Le taux général de la hausse tarifaire annuelle, ainsi calculé, est ensuite modulé à plusieurs niveaux. Au niveau national, le ministère calcule des taux différenciés par discipline et surtout par régions, afin de réduire les inégalités qui existent entre elles. Les ARH négocient ensuite un accord régional fixant les critères d'attribution des hausses différenciées à chaque établissement : par rapport au taux national, la fourchette de modulation qui s'impose aux ARH est très large puisqu'elle

24. Ces taux ont été de +4 % en 2003 et de +3,3 % en 2004 et ne sont pas disponibles pour 2001 et 2002.

25. Calculé en déflatant les dépenses réalisées par l'effet prix accordé. Cet effet volume est de 0,4 % par an en moyenne pour les établissements sous dotation globale.

allait de 0 % à 150 % depuis 2001. La coexistence d'une procédure de fixation d'enveloppe fermée au niveau national et d'opérations de modulations successives enlève au dispositif une large part de son efficacité en créant, par construction, des effets structure importants. Ainsi, dans sa logique même (méthodes de calcul lors du cadrage et modalités de distribution des hausses tarifaires) le système de régulation des cliniques privées contient en germe les causes de son non respect. Le principe d'ajustements ex post, infra annuels ou annuels est en effet politiquement difficile à mettre en œuvre et il n'a jamais été appliqué au cours de la période considérée (2000 à 2004).

Ces dérapages des dépenses comptabilisées dans l'OQN sont intervenus alors même que divers autres avantages avaient été attribués aux cliniques, tels la mise en place d'acomptes versés par les caisses centralisatrices des paiements en 2001²⁶, la ristourne sur les achats de consommables instaurée en 2000, le financement par le FMCP de mesures salariales (à titre rétroactif sur 2001, puis en 2002).

En 2005, si le champ des dépenses régulées coïncide avec les sous-objectifs de l'ONDAM, le dispositif de régulation des cliniques, pourtant inopérant, demeure inchangé.

2 – Les dépenses des établissements de santé financés (jusqu'à la fin 2004) par dotation globale

a) Un agrégat de régulation (les « dépenses encadrées hospitalières ») distinct jusqu'en 2004 de la ligne des établissements hospitaliers de l'ONDAM

S'agissant des établissements publics de santé et des établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH), l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale distingue, d'une part, l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance maladie, dit « ONDAM hospitalier », et d'autre part, « corrélativement le montant total annuel des dépenses hospitalières prises en compte pour le calcul de la dotation globale et des tarifs de prestation des établissements susvisés », généralement dénommées « dépenses encadrées hospitalières ».

Le premier agrégat résulte de l'ONDAM, mais c'est le second qui a été jusqu'en 2004 utilisé comme enveloppe de régulation. Il couvrait un champ à la fois plus étroit que l'ONDAM (il exclut la partie de

26. Voir chapitre IV, 3, « les modalités de mise en place des caisses centralisatrices de paiement ».

l'ONDAM hospitalier relative au compte épargne temps des personnels hospitaliers -CET- et aux USLD) et plus large (il inclut la part des dépenses d'hospitalisation financées par les recettes du groupe 2, c'est-à-dire principalement les recettes du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier qui représentaient 7 % de l'objectif 2004 des dépenses encadrées).

b) Les limites de la régulation par les dépenses encadrées

Les limites du principe d'une régulation par les dépenses encadrées sont de plusieurs ordres.

Si l'objectif des dépenses encadrées a contribué à contenir globalement la croissance des charges, les dépassements sont devenus systématiques à compter de 1999, variant entre 34 M€ et 303 M€, sauf en 2003 où l'objectif initial a été au contraire amputé de 104 M€ au profit des cliniques privées (100 M€) et des DOM (4 M€)²⁷. L'une des raisons de ces dépassements qui résultent de causes et qui ont eu des effets différents, tient aux reports de charge pour les établissements publics de santé et aux déficits pour les PSPH. Reports et déficits qui constituaient des dépassements par rapport aux budgets fixés à ces établissements par l'ARH donnaient lieu en définitive systématiquement, à l'initiative de l'administration centrale, à des financements complémentaires a posteriori, pratiques qui contribuaient naturellement à décourager les gestionnaires rigoureux. Ces pratiques étaient condamnables sur le plan strict de la gestion budgétaire des établissements puisque le principe même du mécanisme de régulation budgétaire, le budget global, supposait justement le respect des budgets annuels notifiés par l'autorité administrative. Au surplus, elles ont été financées par des expédients peu compatibles avec le respect de l'ONDAM hospitalier et dans des conditions peu transparentes.

c) Le suivi insuffisant de l'ONDAM hospitalier

Le fait que l'instrument de régulation soit l'enveloppe de dépenses encadrées explique que le ministère ait suivi d'assez loin l'ONDAM. Or si les recettes du groupe 2 ont été surestimées les années antérieures, le mécanisme de la dotation globale implique que l'assurance maladie est amenée à payer plus que ce que permet globalement l'ONDAM hospitalier. C'est peut-être pour cette raison que l'objectif de l'ONDAM hospitalier a été dépassé en 2004. L'ampleur de ce dépassement s'est avérée difficile à établir : dans son avis du 10 février 2005 au ministre de

27. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2004, p. 41.

la santé sur le montant de l'ONDAM hospitalier, le conseil de l'hospitalisation donnait une fourchette d'estimation variant entre « 110 M€ et 300 M€ selon les sources ». Fin mai 2005, la DHOS a disposé des remontées d'information des ARH montrant que le dépassement aurait atteint 334 M€ sur la ligne hôpital. Ce dépassement aurait été partiellement compensé par une sous-consommation de 151 M€ sur deux autres lignes de l'ONDAM hospitalier, afférentes à d'autres types d'établissements²⁸. Le caractère tardif du chiffrage du dépassement de l'ONDAM hospitalier a mis en lumière des lacunes dans le suivi des dépenses. Une mission conjointe IGF/IGAS a été diligentée pour identifier les facteurs du dépassement et les dysfonctionnements dans le pilotage budgétaire des hôpitaux

d) La nouvelle méthode de régulation à compter de 2005

La régulation par la T2A met un terme, progressivement, à celle par la dotation globale. Elle vise à allouer les ressources en fonction de l'activité. En 2004, près de 10 % des dotations déléguées aux ARH l'ont été sur cette base. Pour 2005, la part des recettes liée à la tarification à l'activité dans le total des ressources pour les services de médecine, chirurgie obstétrique (MCO) est de 25 %, les 75 % restants donnant lieu à une dotation annuelle complémentaire calculée de manière analogue à celles des anciennes dotations globales.

En 2005 également, le concept de dépenses encadrées disparaît et les dotations déléguées aux ARH correspondent désormais au champ de l'ONDAM. Les dépenses ont été reclassées dans les nouveaux sous objectifs de l'ONDAM précités (ODMCO, MIGAC et ODAM), ce qui a occasionné des opérations complexes de détermination des bases. Celles-ci ont dû être décomposées pour identifier les parts respectives des nouveaux agrégats dans les dépenses antérieures puis recomposées dans les nouveaux objectifs. Les délais nécessaires à ces opérations complexes n'avaient pas été correctement estimés. Ceci explique en partie que la campagne, désormais qualifiée de « tarifaire » et non plus de « budgétaire » dans les textes de la DHOS, ait été lancée tardivement, par une circulaire du 1^{er} mars 2005. Les textes réglementaires ont été publiés encore plus tardivement, en avril, pour la définition des missions entrant dans le sous objectif MIGAC et le 31 mai 2005 pour la fixation des trois nouveaux sous objectifs.

La régulation par le biais d'enveloppes nationales et régionales limitatives et articulées avec les budgets des hôpitaux laisse la place (pour

28. Unités de soins de longue durée d'une part, service de santé des armées et institution national des invalides d'autre part.

la partie T2A des établissements) à terme à une régulation prix-volume, comme c'est déjà le cas pour les cliniques. Les résultats de la campagne 2005 devraient constituer un premier élément d'appréciation de l'efficacité de ce système de maîtrise des dépenses. Deux remarques doivent cependant être faites. En premier lieu, l'expérience des cliniques montre toutes les difficultés de l'exercice et les limites de l'efficacité de ce mode de régulation. En second lieu, le système sera très complexe, particulièrement pendant la période de mise en place et d'extension progressive de la T2A : un même établissement reçoit en effet depuis 2005 pour ses activités de médecine-chirurgie-obstétrique, des versements au titre de l'ODMCO, calculés en fonction de la T2A et d'autres, forfaitaires, au titre des MIGAC. Il reçoit également, s'il a des activités de soins de suite ou de psychiatrie, des financements sur d'autres enveloppes. Le bon fonctionnement du système et la maîtrise des dépenses supposent que puisse être vérifiée, par les établissements, l'exacte imputation de leurs dépenses entre les diverses activités. Les faiblesses de la comptabilité analytique des hôpitaux, les possibilités de transferts entre activités, dont la Cour a relevé l'existence entre le budget général des hôpitaux et leurs budgets annexes où sont comptabilisées les dépenses des USLD, montrent l'ambition du projet et les risques afférents.

3 – Les dépenses médico-sociales des personnes âgées

L'objectif médico-social a été introduit plus tardivement que les objectifs de dépenses d'assurance maladie des cliniques et des hôpitaux : il s'agissait de tenir compte des observations que la Cour avait faites dans son rapport sur la sécurité sociale de 1998²⁹, fondées sur le constat que 12 % des dépenses de l'ONDAM n'étaient soumis à aucune régulation.

Depuis sa création en 1999, l'objectif médico-social se traduit par la parution d'un arrêté dans les quinze jours suivant le vote de l'ONDAM et par la détermination d'un second agrégat (dépenses encadrées).

Cette distinction entre les dépenses d'assurance maladie autorisées et les dépenses encadrées des établissements n'a pas de raison d'être pour les structures médico-sociales, pour lesquelles le préfet autorise budgétairement un périmètre de dépenses identique à celui financé par l'assurance maladie.

Bien qu'il s'agisse du même périmètre, un écart existe cependant entre les deux montants. Il résulte de la prolongation de celui constaté en 1999 et demeuré inexpliqué entre les deux sources d'information

29. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 1998, partie III, section V (dépenses non encadrées).

utilisées, les versements des caisses d'une part, les informations budgétaires des établissements remontées par le système de la DHOS (PAGE) d'autre part. Le ministère rapproche progressivement les deux agrégats en n'imputant les mesures nouvelles que sur la ligne de l'ONDAM, laquelle est passée de 89 % à 98 % du périmètre des dépenses encadrées entre 1999 et 2005. Cette imprécision des bases de calcul traduit l'insuffisante rigueur du dispositif de régulation.

Celle-ci est, par ailleurs, du même type que celle exercée sur les hôpitaux jusqu'en 2005 et s'opère sur l'agrégat des dépenses encadrées, au moyen d'enveloppes limitatives régionales, réparties ensuite entre départements par la commission administrative régionale.

Les critères pris en compte pour le calcul de ces dotations, en particulier pour la partie correspondant aux mesures nouvelles structurelles (création de places de SSIAD et d'hébergement temporaire ou de jour, conventions tripartites avec les établissements) sont rudimentaires.

De plus ces critères ne sont pas opposables par le ministère aux DDASS, celles-ci pouvant allouer leur enveloppe selon des critères différents. C'est la raison pour laquelle la DHOS a parfois tendance à confondre, dans ses informations, ce qui est autorisé et ce qui est réalisé (qu'elle méconnaît d'ailleurs partiellement).

Seule existe une remontée d'information selon une périodicité annuelle pour la création de places et mensuelle pour les conventions signées, mais aucune sur la consommation détaillée des enveloppes notifiées aux DDASS, faute d'un système d'information adapté³⁰.

4 – Les nouvelles instances chargées d'éclairer la régulation

La loi du 13 août 2004 a créé deux instances consultatives auprès du ministre : le conseil de l'hospitalisation et le comité d'alerte. Elles n'ont pas pu jouer pleinement leur rôle au premier semestre 2005.

a) Le rôle du conseil de l'hospitalisation

La loi du 13 août 2004 sur la réforme de l'assurance maladie a prévu la création d'un conseil de l'hospitalisation afin notamment d'associer les organismes nationaux de l'assurance maladie « à

30. La COG en cours de négociation entre l'Etat et la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) comportera un volet relatif à la mise en place d'un système d'information.

l'élaboration de la politique de financement des établissements hospitaliers³¹ ».

Selon l'article 45 de cette loi, « les décisions relatives au financement des établissements de santé, à la détermination et au suivi de la réalisation des objectifs de dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation sont prises sur la recommandation du conseil [de l'hospitalisation]. Lorsque la décision prise est différente de la recommandation du conseil, elle est motivée ».

La recommandation 2005-10 du 10 février 2005 du conseil sur la campagne 2005 n'a pas été suivie par le ministre et la circulaire de la DHOS du 1^{er} mars 2005 adressée aux ARH ne motive pas cette décision³². La circulaire prévoit une augmentation des tarifs de 0,27 % pour les établissements publics et de 1,56 % pour les cliniques, alors que le conseil de l'hospitalisation recommandait une baisse de 1,25 % pour les premiers et de 0,79 % pour les seconds.

b) L'intervention du comité d'alerte

Instauré par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie rend un avis chaque année, au plus tard le 1^{er} juin, sur le respect de l'ONDAM pour l'exercice en cours. S'il considère qu'il existe un risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent l'ONDAM avec une ampleur supérieure à un seuil fixé par décret à 0,75 %, il le notifie au Parlement, au Gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie.

Le rôle du comité d'alerte rencontre cependant deux limites. D'une part, il n'examine que l'évolution des dépenses, sans la comparer à celle des recettes alors qu'en 2005, contrairement aux années précédentes, le désajustement entre l'évolution des dépenses et celle des recettes risque de constituer l'un des principaux problèmes. D'autre part, son avis ne porte que sur l'évolution globale des dépenses du champ de l'ONDAM, sans distinction de l'évolution propre de chaque ligne : certains postes en fort dépassement peuvent donc ne faire l'objet d'aucune alerte ni

31. Exposé des motifs de la loi du 13 août 2004.

32. Cette motivation devait, selon la DHOS, figurer dans les arrêtés que la circulaire anticipait. L'arrêté du 30 juin 2005 publié le 2 août explicite les hypothèses retenues, mais non les motifs pour lesquels les recommandations du conseil n'ont pas été suivies. Il ne fait pas apparaître non plus clairement les taux d'augmentation tarifaire retenus.

d'aucune mesure de redressement si ces dépassements sont compensés par une sous-consommation sur d'autres lignes de l'ONDAM.

C – L'évolution des dépenses

1 – L'évolution générale des dépenses en 2004

a) L'évolution initialement prévue des deux objectifs

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a fixé l'ONDAM à 129,7 Md€, soit une hausse de 5 % par rapport à l'ONDAM fixé par la LFSS pour 2003. Par rapport à l'ONDAM révisé de 2003, la hausse était de 4,1 %.

Pour 2005, l'ONDAM (134,9 Md€) adopté par le Parlement prévoit une progression de 4 % par rapport à l'ONDAM initial de 2004, et de 3 % par rapport à l'ONDAM révisé de 2004 (131 M€).

L'objectif de branche a, quant à lui, été fixé par la LFSS pour 2005 à 148,3 M€. Il est supérieur de 3,3 % à l'objectif de branche initial de 2004 et de 2,2 % à l'objectif de branche révisé de 2004 (145,1 Md€). On constate donc un écart de l'ordre de 0,8 point entre l'évolution de l'objectif de branche et celle de l'ONDAM qui s'explique notamment par la diminution des charges financières induite par le transfert de dette à la CADES (50 M€ en 2005).

La Cour avait relevé dans son précédent rapport³³ le manque de cohérence entre la croissance de l'ONDAM (2003), soumis au Parlement et les objectifs présentés par ailleurs au Parlement dans les programmes triennaux de stabilité. Cette observation peut être précisée et actualisée par le tableau suivant :

33. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2004, p. 14-15.

Objectifs d'évolution des dépenses dans les LFSS et les programmes pluriannuels

En %

	Programmations pluriannuelles successives							Objectif voté en LFSS* %
	2000-2002	2001-2003	2002-2004	2003-2005	2004-2006	2005-2006	2005-2007	
2000	2,8							2,9
2001	2,6	3,0						2,6
2002	2,6	3,0	3,3					4,0
2003		3,0	3,3	3,3				5,3
2004			3,3	3,3	4,0			4,0
2005				3,3	4,0	3,75		3,2

* Les objectifs votés en LFSS sont les taux de croissance de l'ONDAM voté dans les LFSS par rapport à l'objectif révisé de l'année en cours sur la base de calcul retenue.

Source : DGTPE pour la programmation pluriannuelle

La nouvelle loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale prévoit que la LFSS est accompagnée d'un rapport décrivant notamment l'ONDAM pour les quatre années à venir. Ces prévisions doivent être établies de manière cohérente avec les perspectives d'évolution des dépenses présentées dans le rapport joint au projet de loi de finances de l'année. Ainsi, le cadrage pluriannuel de l'ONDAM devra être cohérent avec les programmes pluriannuels de finances publiques.

b) L'évolution des dépenses effectives

Les dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM en 2004 s'élèvent à 130,35 Md€, soit une augmentation de 5 %³⁴. L'objectif a ainsi été dépassé de 0,65 Md€³⁵. Le dépassement est le plus faible enregistré ces dernières années avec celui de 2003.

34. Le montant des dépenses en 2003 avait été établi par la CCSS de septembre à 124,6 M€. Comme il incluait des provisions qui se sont avérées supérieures aux charges réelles et une surestimation de certaines dépenses, ce montant a été révisé à 124,1 M€. Le taux de progression des dépenses en 2004 n'est donc plus de 4,6 %, mais de 5 %.

35. Le chiffre de 700 M€ cité par la CCSS de juin 2005 résulte d'un arrondi des dépenses à 130,4 Md€.

Dépassements de l'ONDAM*En Md€ en %*

Année	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Dépassement	1,5	1,6	2,65	3,2	3,9	0,6	0,65*
Taux de croissance annuel des dépenses	4 %	2,8 %	5,6 %	6%	6,8%	6,3%	5 %
Part dans le PIB	4,4 %	3,2 %	5,5 %	3,9 %	3,4 %	2,4 %	4,0 %
Dépenses de consommation finale des ménages	4,0 %	2,9 %	6,0 %	4,3 %	3,3 %	2,8 %	3,8 %

* Chiffre non corrigé, en juillet, des écarts entre provisions et charges réelles. Pour 2001 à 2003, chiffres corrigés des écarts entre provisions et charges effectives

Source : *Cour des comptes - Comptes nationaux- Base 2000, INSEE.*

Depuis plusieurs années, les dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM progressent à un rythme bien supérieur à celui du PIB.

Le ralentissement des dépenses de prestations n'a contribué que pour un tiers à la stabilisation du déficit de la CNAMTS en 2004, les deux autres tiers tenant à la progression des recettes et à l'affectation de nouvelles ressources.

c) Les facteurs d'inflexion constatés en 2004 et début 2005

Deux types de facteurs expliquent l'essentiel du ralentissement de la croissance des dépenses en 2004 (1,2 point par rapport à 2003) et au début de 2005.

Le premier est constitué par des effets purement mécaniques, notamment l'achèvement de la montée en charge des mesures prises les années antérieures et qui avaient provoqué l'emballement des dépenses en 2002 et 2003 :

- l'ARTT dans les hôpitaux et les protocoles hospitaliers, dont le coût supplémentaire en 2004 était inférieur de 571 M€ à celui de 2003 ;
- les revalorisations d'honoraires, dont le coût était inférieur de 303 M€ en 2004 à ce qu'il avait été l'année précédente à la suite des fortes revalorisations de 2002 et 2003 ;
- l'augmentation du nombre de patients en ALD induite par la création de la visite à tarif majoré dont le surcoût est devenu négligeable en 2004.

Un autre effet mécanique résulte du mode de comptabilisation de la remise versée par l'industrie pharmaceutique. Celle-ci étant comptabilisée en atténuation de dépenses et non en recette³⁶, sa hausse de 58 M€ en 2004, succédant à une baisse de 66 M€ en 2003, ralentissait automatiquement les dépenses de 124 M€.

A eux seuls, ces effets mécaniques ont donc fait décélérer la croissance des dépenses de près de 2 Md€ en 2004, soit de 1,6 point, donc plus que le ralentissement global de 1,2 point.

Le second facteur explicatif est la baisse des dépenses d'IJ qui sera examinée ci-après avec l'évolution des dépenses de soins de ville. Pour le régime général, ce poste, qui avait augmenté de 10,9 % en 2002 et de 6,6 % en 2003, a baissé de 0,5 % en 2004, contribuant pour environ 500 M€ à la décélération des dépenses.

d) L'évolution des dépenses en 2005

Pour résorber le déficit³⁷, l'objectif de dépenses devrait être inférieur à la croissance prévisionnelle du PIB et de la masse salariale. Au moment de l'élaboration de la LFSS pour 2005, l'ONDAM (3 %) était cohérent avec ce constat, puisque les prévisions du Gouvernement pour 2005 étaient de 2,5 % pour la croissance et de 1,5 % pour les prix. En revanche, si la croissance n'atteint que 1,5 % en volume comme l'a indiqué l'INSEE en juin 2005, soit 3 % en valeur, et si les dépenses effectives sont supérieures à l'ONDAM et progressent de 3,8 % comme l'a prévu la CCSS du printemps la cohérence n'est plus assurée et la croissance des dépenses, bien que très inférieure à celle des années précédentes, demeurera trop importante en l'état actuel de la situation de l'assurance maladie.

Dans ses précédents rapports, la Cour avait estimé souhaitable que l'objectif soit révisé lorsque l'évolution des dépenses, la conjoncture économique ou la politique des pouvoirs publics le rendent nécessaire³⁸. Si l'évolution des dépenses ne justifiait pas à elle seule un tel réexamen, son cumul avec le ralentissement de la conjoncture n'en était pas moins préoccupant dès la fin du printemps 2005.

36. Le montant de la remise pharmaceutique est déduit de l'ONDAM réalisé.

37. Le déficit s'est aggravé de 5 Md€ en 2003 et de 0,5 Md€ en 2004. La décélération des dépenses de prestations de 1,3 point représente 1,4 Md€. Les recettes ont progressé de 5,2 Md€ en 2004 contre 2,5 Md€ en 2003, soit de 2,7 Md€ de plus.

38. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2003, p. 25.

De plus, si l'évolution des dépenses de soins de ville est modérée en 2004 et début 2005, des incertitudes importantes pèsent sur celle des dépenses des hôpitaux et des cliniques privées.

2 – Les dépenses de soins de ville

Ce poste (après correction de l'incidence des écarts de provisions), qui avait progressé de 7,1 % en 2002 et 6,7 % en 2003 est revenu à une croissance de 4,4 % en 2004, égale à celle de 1999³⁹.

Au moment de l'enquête de la Cour, la DSS ne disposait des chiffres détaillés que pour le régime général⁴⁰. Pour celui-ci, les soins de ville ont augmenté de 4,3 %. L'acquis de croissance à fin 2003 pour 2004 était de 4,2 %⁴¹ : la hausse afférente à la croissance supplémentaire des dépenses en 2004 n'aurait donc été que de 0,1 %. En données corrigées des variations saisonnières et, donc notamment de l'épidémiologie défavorable de 2003, les dépenses de soins de ville ont augmenté de 3,5 % en valeur. L'acquis de croissance à fin 2003 était de 1,9 % et la hausse propre à 2004 est donc de 1,6 %.

a) Les dépenses d'honoraires des médecins

Ces dépenses d'honoraires ont augmenté de 2,7 % (1,7 % corrigé des variations saisonnières et des jours ouvrés) contre 6,3 % en 2003, contribuant seulement pour 0,6 point à la croissance générale des dépenses de soins de ville.

En 2003, la forte augmentation des dépenses d'honoraires des généralistes de 8,3 % était liée, à hauteur de 6,3 %, aux effets des mesures de nomenclature et de revalorisation d'honoraires décidées en 2002 et 2003. Les effets de ce type de mesures décidées en 2003 et 2004 ne représentent plus en 2004 qu'un surcoût de 8 M€, inférieur de 309 M€ à celui de 2003. Les dépenses d'honoraires des généralistes baissent de 0,8 % en valeur en 2004.

39. Champ ONDAM, dépenses effectives. Ces chiffres diffèrent des chiffres antérieurs de la CCSS, repris par la Cour, qui n'étaient pas corrigés des écarts de provisions.

40. Les données transmises par la CNAMTS sont rebasées pour 2003 et 2004 afin de tenir compte du changement de périmètre de l'enveloppe soins de ville en 2005 (transfert des dispositifs médicaux et médicaments facturés par les cliniques privées dans l'enveloppe ODMCO).

41. Source : CNAMTS-DSE.

Celles des spécialistes progressent en revanche de 5,1 %, dont 1,7 point en raison des mesures tarifaires et de nomenclature décidées en 2003 et 2004. Les honoraires des spécialistes exerçant en établissements privés progressent, pour leur part, de 2,4 % en 2004 après 2,8 % en 2003, donc moins que la moyenne.

Le nombre de consultations et de visites (généralistes et spécialistes), en hausse de 0,7 % en 2003, soit comme les assurés du régime général, est en baisse de 1,6 %, alors même que, selon les chiffres du conseil national de l'ordre des médecins, le taux d'augmentation du nombre des médecins en 2004 est de 1,05 %.

b) Les dépenses de médicaments

Les dépenses augmentent de 6,4 % (5,5 % cvs) en 2004 après 4,5 % en 2003 et 6,4 % en 2002, contre une moyenne de 8 % l'an entre 1997 et 2003. Leur contribution à la croissance des soins de ville est cependant de 47,2 %, en quasi-totalité (46 %) en raison de médicaments remboursables à 100 %.

Cette hausse n'est pas imputable à la quantité puisque celle-ci a baissé de 1,2 %⁴², après être restée stable les années précédentes.

Elle intervient, d'autre part, alors que plusieurs facteurs ont joué dans le sens d'un ralentissement. Seul un médicament bénéficiant d'une amélioration du service médical rendu (ASMR) de niveau II a été admis au remboursement et aucun d'ASMR de niveau I contre dix d'ASMR I ou II en 2003⁴³. Une forte baisse a aussi été constatée pour les extensions d'indication. Le retrait du VIOXX et la forte chute des ventes du CELEBREX ont réduit, en effet brut, les dépenses de 40 M€⁴⁴, la moindre consommation d'antibiotiques de 35 M€ et celle du traitement hormonal substitutif de 41 M€. L'économie brute induite par la baisse du taux de remboursement pour certains médicaments a été de 130 M€ et l'effet brut des déremboursements de 140 M€. L'extension des génériques a représenté une économie de 132 M€, dont environ la moitié résultant de ce que divers brevets sont tombés dans le domaine public. Au total, hors effet de la raréfaction des produits innovants, ces divers facteurs de réduction des dépenses ont représenté environ 520 M€.

42. Source GERS, reprise par le CEPS.

43. Source CEPS. Les ASMR de niveaux I, II, et III peuvent donner lieu à un avantage de prix.

44. Source CEPS.

Cette énumération montre notamment la place réduite qu'a tenue l'extension des médicaments génériques qui ne représentent encore que 7 % du chiffre d'affaires hors taxes et 13 % des boîtes vendues, soit beaucoup moins que dans les pays voisins⁴⁵. Une nouvelle impulsion est donc nécessaire en ce domaine.

L'ensemble des éléments qui précèdent montre que, même en la quasi-absence d'innovation récente, l'effet structure, c'est-à-dire la substitution de produits chers à des produits meilleur marché, a été très important : de 7,7 % selon le GERS, 7,9 % selon le CEPS, et même vraisemblablement plus⁴⁶. La question des prix et de leur évolution au fur et à mesure du cycle de vie d'un produit demeure donc essentielle, comme la Cour l'avait relevé en septembre 2004.

Le taux moyen de remboursement est passé pour sa part de 75 % en 2002 et 2003 à 75,4 %, contribuant pour 0,5 % à la hausse des dépenses, malgré la baisse de 65 % à 35 % du taux de remboursement de certains médicaments. Cette progression est liée au fait, relevé précédemment, que la croissance des médicaments a presque totalement tenu aux produits remboursés à 100 %.

Le plan médicaments de 2004 prévoyait 2,5 Md€ d'économies, dont 900 M€ en 2005. Les économies possibles sur les médicaments à service médical rendu insuffisant ont été repoussées, un avis ayant été demandé à la haute autorité de santé. Les économies mises en œuvre ou paraissant pouvoir l'être rapidement⁴⁷ ne semblent devoir représenter que de l'ordre de la moitié de ce qui avait été annoncé pour 2005.

c) La baisse des dépenses d'indemnités journalières

La baisse des dépenses d'indemnités journalières est de 0,5 % pour 2004. C'est pour les IJ maladie de moins de trois mois que le fléchissement de ces dépenses est le plus marqué (-3 %), mais il est net aussi pour les IJ de longue durée. Cette baisse n'avait été anticipée dans les prévisions ni au moment du vote de l'ONDAM 2004 ni à celui de l'estimation de l'ONDAM révisé de 2004, en septembre. Le ralentissement était cependant engagé dès mars 2003 et la baisse dès juillet-août 2003, avant de s'accroître au début de l'été 2004.

45. Il est précisé que la définition et donc le champ des génériques varie fortement selon les pays.

46. En raison d'une sous-estimation de la baisse des prix, évaluée par ces sources à -0,4 % alors que l'INSEE évalue, pour sa part, la baisse à 1,7 %.

47. Baisse de prix négociés (160 M€), conditionnements (70 M€), extension des génériques.

Les raisons de cette inversion de tendance ne sont pas encore identifiées. L'épidémiologie favorable⁴⁸ de 2004 aurait contribué à ce ralentissement.

La politique plus active de contrôle des arrêts de travail menée par la CNAMTS et la politique de communication sur ces contrôles ont vraisemblablement eu un impact, mais il est difficilement chiffrable.

L'évolution constatée semble aussi confirmer l'analyse faite par la Cour dans son rapport de 2004⁴⁹ : la croissance des IJ les années précédentes était notamment liée à l'arrivée dans la classe d'âge des plus de 55 ans des générations nombreuses de l'après guerre, alors que c'est dans cette tranche d'âge que le nombre cumulé d'IJ par an est le plus élevé. La part des plus de 55 ans dans la population employée augmentant deux fois moins vite en 2004 et 2005 qu'antérieurement, cette évolution démographique constitue un facteur spontané de stabilisation.

3 – Les dépenses des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale

En 2004, pour les établissements de santé antérieurement financés par dotation globale, le bilan des dépenses hospitalières suivies par la DHOS fait apparaître un montant de dotations régionales notifiées aux ARH de 50 583 M€, en augmentation de 5,4 % par rapport aux bases régionales établies à 47 974 M€. Ce taux de croissance est de 5 % pour les établissements métropolitains

Cependant, hors effet de l'ARTT et des protocoles hospitaliers, cette croissance n'aurait été, sur la base des enveloppes prévisionnelles notifiées par la DHOS, que de 2,8 % en 2002, 2,6 % en 2003 et 3,63 % en 2004. Sur ces trois exercices, l'ARTT et les effets des protocoles ont représenté globalement 38,9 % de la hausse totale des dépenses hospitalières. Pour 2005, l'effet de l'ARTT et des protocoles n'étant plus que de 202 M€, il représente 0,5 % des nouvelles enveloppes. La hausse des enveloppes hospitalières en 2005 hors les effets de l'ARTT et des protocoles est donc de 3,1 %, c'est-à-dire supérieure à ce qu'elle était les années précédentes (2,3 %).

48. Faiblesse des épidémies de grippe et baisse des accidents de la route notamment.

49. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2004, page 34.

4 – Les dépenses des cliniques

a) L'exercice 2004

Les dépenses réalisées en 2004 sur l'ancien champ ont été revues à la hausse à trois reprises : par rapport à la ligne de l'ONDAM fixée à 8 036 M€, la CCSS de juin 2004 prévoyait une réalisation de 8 094 M€, celle de septembre de 8 097 M€, soit un dépassement de 61 M€ et celle du 21 juin 2005 une réalisation de 8 200 M€, soit un dépassement de 164 M€. Par rapport à la base fixée pour 2004 (7 719 M€), la progression estimée de 2004 par les trois commissions des comptes est respectivement de 4,6 %, de 5,0 %, enfin de 6,2 %, soit moitié plus que le taux de progression initialement fixé à 4,1 %. Par rapport aux dépenses réelles de 2003 (7 667 M€), la progression de 2004 est même de 6,95 %.

Le comité d'alerte du 31 mai 2005 et la commission des comptes du 21 juin font état d'un dépassement supplémentaire de 140 M€ par rapport aux estimations de septembre. La bonne compréhension de ce chiffre suppose d'y ajouter le dépassement de 61 M€ déjà estimé en septembre 2004 (8 097 M€-8 036 M€).

Ce dépassement supplémentaire de 140 M€ résulterait du cumul de deux facteurs : d'une part, une sous-évaluation des dépenses de 2003 pour un montant de 90 M€ (excès de provisions de 70 M€ dans le calcul des droits constatés, mais imputation insuffisante de 160 M€ de dépenses de cliniques par la MSA), qui a conduit à sous-estimer d'autant les dépenses de 2004, d'autre part une accélération effective de la croissance par rapport aux prévisions, qui représente 50 M€ de dépenses supplémentaires.

Sur le périmètre de dépenses de l'OQN, le dépassement est de 179 M€ (8 642 M€ de réalisations par rapport à un objectif fixé à 8 463 M€), soit une croissance réelle de 6 % par rapport à une réalisation 2003 de 8 152 M€⁵⁰.

b) Les perspectives pour 2005

Le champ des nouveaux sous-objectifs concernant les cliniques a été redéfini, on l'a vu, en intégrant les dépenses des DOM et une partie des dépenses facturées en sus (produits et médicaments) : la base qui a servi à la fixation des sous-objectifs, fondée sur les dépenses estimées en septembre 2004, a incorporé des dépenses jusqu'alors externalisées et intégré divers éléments.

50. Source : direction des statistiques et des études, CNAMTS 2005.

La base retenue pour les sous-objectifs (MIGAC, ODMCO, OQN) est au total de 9 470 M€ et elle aboutit à un objectif 2005 de 9 795 M€ (+3,4 %). La marge de croissance en 2005 réellement disponible par rapport aux dépenses réelles de 2004 (9 705 M€) n'est donc que de 86 M€ (soit une augmentation de 0,9 %), alors que des hausses tarifaires de 1,56 % en moyenne sont applicables avec effet début mars.

Ainsi, si la tendance observée sur les cinq derniers exercices (5,7 %) ne connaît pas d'infléchissement sensible, l'écart entre les réalisations et les sous-objectifs fixés pour 2005 serait pour les seules cliniques privées très largement supérieur aux réserves actuelles. En outre, en raison de la mise en œuvre de la T2A à compter de mars 2005, les cliniques bénéficieront d'un régime d'avances qui fera obstacle à une connaissance rapide des dépenses réelles.

Dépenses des cliniques en 2004 et objectif 2005 (nouveau champ)*En M€*

	Base	«Surdépassement» total en 2004	Réalisé 2004 commission de juin 2005	Objectif 2005
Ancienne ligne ONDAM	7 952			
Dépenses USLD privés et établissements étrangers	-260			
Prestations hospitalières reclassées en sous- objectifs	8 212	216	8 428	
Produits en sus	1 258	23	1 281	
<i>dont LPPR</i>	933		919	
<i>médicaments</i>	325		362	
Total des sous- objectifs	9 470	239*	9 709	9 795

* Le surdépassement total de 239 M€ constatés inclut le dépassement estimé en 2004 de 71 M€.

Source : *Montants communiqués par la CNAMTS à la DHOS en mai 2005*

5 – Les dépenses médico-sociales « personnes âgées »*a) Evolution générale de 2000 à 2005*

L'évolution en 2004 et 2005 des dépenses de l'ONDAM consacrées aux structures médico-sociales pour personnes âgées doit être mise en perspective. En effet, depuis 2000, l'évolution de ces dépenses est marquée notamment par la mise en œuvre de la réforme tarifaire des EHPAD et la signature des conventions tripartites, ce qui s'est traduit, de 2000 à 2004, hors apport de la caisse nationale de solidarité et d'autonomie, par une croissance moyenne annuelle de 10,4 %, supérieure de 4,5 points au reste des dépenses de l'ONDAM. Toutefois, le taux de croissance réelle à champ constant n'est que de 8,9 % en raison des importantes opérations de fongibilité qui ont affecté cette ligne de dépenses (transfert de dépenses de soins de ville, opération « sincérité des comptes »)

Ligne personnes âgées de l'ONDAM de 2000 à 2004

en M€

	Base	Objectif fixé	Objectif réalisé
Pour 2000	2 193	2 357	2 366
Pour 2001	2 359	2 644	2 505
Pour 2002	2 725	3 053	2 897
Pour 2003	2 946	3 187	3 259
Pour 2004	3 264	3 591 + 151 CNSA 3 742	- 3 626
Pour 2005	3 848	4 282 dont CNSA 217	

Source : Cour des comptes

Sur l'ensemble des cinq exercices, l'objectif connaît une sous-consommation significative en 2001, 2002 et 2004, alors même que le coût unitaire des conventions signées avec les EHPAD n'a cessé de dériver par rapport au plafond qui s'imposait théoriquement aux DDASS. Cette situation que les besoins de modernisation du secteur et le vieillissement démographique rendent paradoxale résulte du retard dans la signature des conventions.

Cette sous-consommation s'accompagne par ailleurs d'un surcoût de la réforme pour l'assurance maladie, non identifié, constitué par le fait que les dépenses de soins de ville rattachés aux résidents demeurent beaucoup plus importantes que dans l'estimation initiale : la partie intégrée dans les dotations qui devait représenter initialement la moitié du surcoût des conventions et 33 % à partir de 2002 (avec le retrait des médicaments des forfaits de soins) en représente en réalité moins de 20 %.

Les mesures nouvelles autorisées sur la période et imputées sur la ligne personnes âgées ont financé à 31,2 % les mesures salariales et catégorielles de personnel et à 68,8 % les mesures structurelles (conventions et création de places de SSIAD, d'hébergement temporaire et d'accueil de jour). Dans le taux de croissance moyen de la ligne de l'ONDAM (10,4 %), la part attribuée à la réforme des EHPAD (conventions) peut être estimée à 4,3%.

b) Les exercices 2004 et 2005

En novembre 2003, suite à la canicule d'août, le Gouvernement a présenté un plan « vieillissement et solidarités », destiné aux personnes

âgées dépendantes et handicapées⁵¹. Il s'est concrétisé dans la loi 2004-626 par la création de ressources nouvelles et de la CNSA ainsi que par certaines dispositions de la loi 2005-102.

Pour 2004, les moyens supplémentaires alloués au financement des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées, financés par l'ONDAM personnes âgées, étaient initialement de 327 M€⁵². En cours d'année, les nouvelles sources de financement créées qui alimenteront ultérieurement la CNSA ont permis de les majorer de 151 M€ (dont 115 M€ pour les conventions), les portant à 478 M€.

Pour 2005, la CNSA a apporté 368 M€ pour ces mêmes établissements et services, dont 151 M€ au titre de la reconduction des moyens alloués en 2004 et 217 M€ de ressources nouvelles. Cet apport est égal aux mesures nouvelles provenant de l'assurance maladie (217 M€) soit, au total, 434 M€ de moyens supplémentaires alloués au secteur.

Les moyens supplémentaires alloués en 2005 au financement des structures médico-sociales pour personnes âgées conduisent par ailleurs à un taux de croissance global des financements certes élevé (environ +11 %), mais inférieur au taux de croissance de ces moyens en 2004. L'augmentation globale des ressources en 2005 se rapproche de la croissance moyenne de l'ONDAM personnes âgées de 1999 à 2003, 2004 apparaissant comme une année à part, où la progression a été plus forte grâce à la combinaison des financements nouveaux et à la poursuite de l'effort de l'assurance maladie.

Une mission a été confiée à la Cour par le Gouvernement afin de rendre compte de l'utilisation des prélèvements affectés à la dépendance.

D – Les dépenses de radiologie et de biologie

Dans son rapport de 2004, la Cour avait analysé quatre postes de dépenses⁵³. Elle a choisi d'en examiner cette année deux autres, concernant les dépenses de biologie médicale et de radiologie. Ces deux postes ont plusieurs points communs. Ils s'inscrivent dans une tendance à la technicisation des soins constatée dans tous les pays industriels et

51. Ce plan s'est substitué au plan « Guinchard-Kunstler », prévu sur la période 2001-2005.

52. Il s'agit des moyens dégagés par l'évolution de 10 % de la base retenue pour le calcul de l'ONDAM 2005.

53. Affections de longue durée, indemnités journalières, liste des produits et prestations remboursables, et transports des malades.

contribuent au progrès médical. L'accroissement même du recours à ces techniques ⁵⁴ rend possible des économies d'échelle sans préjudice pour la qualité des soins et implique une capacité des tutelles à favoriser des évolutions structurelles. Par ailleurs, ces deux spécialités ont, déduction faite des frais professionnels, des revenus moyens imposables nettement supérieurs à ceux des autres professionnels de santé.

1 – Des dépenses de biologie et de radiologie en hausse rapide

a) La croissance des dépenses et du volume d'activité

Les dépenses de biologie médicale

La croissance rapide des dépenses d'honoraires remboursés pour des actes effectués dans des laboratoires de ville ne tient pas à une augmentation du taux moyen de remboursement.

Evolution des dépenses d'analyses remboursables et remboursées tous régimes

En Md€

Dépenses	1998	1999	2000	2001	2002	2003	TCAM
Remboursables	2,60	2,65	2,89	3,07	3,38	3,66	7,1%
Remboursées	1,93	1,9	2,1	2,25	2,49	2,72	7,1%
Taux moyen de remboursement	74,2%	71,7%	72,7%	73,3%	73,7%	74,3%	0,0%

TCAM= taux de croissance annuel moyen

Source : CNAMTS données SNIR et DSS

La hausse entre 2000 et 2003 de 28,2 % des dépenses remboursables recouvre une hausse des volumes (+20 %) beaucoup plus qu'une hausse du prix moyen de l'acte (+6,8 %). La croissance du nombre d'actes a été encore plus rapide que le nombre d'ordonnances (+14,7 %)⁵⁵.

54. L'imagerie médicale recouvre notamment l'ensemble des techniques utilisant à des fins diagnostiques les rayons X (radiologie conventionnelle, scanographie) ainsi que l'imagerie par ultra-sons (échographie) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) qui repose sur l'action d'un champ magnétique sur les protons d'hydrogène. Ne sont pas examinées ici les techniques de radiations à des fins thérapeutiques (notamment radiothérapie et curiethérapies).

55. Source : CNAMTS, « BIOLAM », régime général hors sections mutualistes.

Durant la même période, l'activité mesurée en coefficients de la lettre B⁵⁶ a augmenté de 27,2 %. Dans le même temps, l'activité des établissements publics progressait deux fois moins rapidement, passant de 8,6 à 9,8 millions de B, soit +13,9 %⁵⁷.

Le constat que les augmentations de dépenses s'expliquent par une augmentation des volumes vaut pour la plupart des actes. Ainsi, la cotation des hormones thyroïdiennes a été abaissée de B70 à B65 (en juillet 1999), puis à B55 (en août 2000), mais le volume de ces analyses a fortement augmenté : +19 % en 2001, +17,4 % en 2002, +8,1 % en 2003.

Les dépenses de biologie concernent en majorité les personnes âgées de plus de 50 ans (54 % des dépenses contre 32,9 % de la population). Or, les perspectives de vieillissement de la population et l'amélioration des prises en charge médicales constituent des tendances lourdes qui devraient contribuer à la poursuite de la croissance de ces dépenses durant les prochaines années.

En outre, pour le virus de l'immunodéficience humaine, le seul examen pratiqué à la fin des années 1980 était une sérologie cotée B70, complétée, pour les malades séropositifs, par un antigène VIH P24, coté B70 également. Aujourd'hui le suivi des malades nécessite des examens beaucoup plus lourds : mesure de la charge virale, cotée B300, test de résistance génotypique aux antirétroviraux, coté B1100. Un autre exemple d'amélioration de la prise en charge est le suivi des diabétiques de type 2, pour lesquels sont recommandés et se développent des dosages plus performants et plus coûteux. Le développement de ces tests induit un surcroît de dépenses d'analyses médicales, mais pour le bénéfice des patients et avec une forte dimension préventive.

Les dépenses de radiologie

Les dépenses remboursées sont passées de 1,62 Md€ à 1,98 Md€ entre 2000 et 2004, soit une progression de 5,1 % par an. Sur le long terme, les actes en Z⁵⁸, la principale catégorie d'actes des radiologues et des radiothérapeutes, qui représentent à eux seuls environ les deux tiers de leurs honoraires, sont passés de 18,4 millions en 1980 à 52 en 2003,

56. La nomenclature des actes de biologie médicale distingue les actes de biologie en B, les prélèvements sanguins effectués par les directeurs de laboratoire (PB), autres que sanguins (KB), les prélèvements effectués par un technicien de laboratoire (TB). Selon leur complexité et leur technicité, ces actes sont affectés d'un coefficient qui, multiplié par la valeur de la lettre de base, en détermine la valeur de remboursement.

57. Source : DREES SAE 2003. Ce nombre de B ne coïncide pas avec celui indiqué plus loin pour les charges nettes des établissements.

58. Données issues du système national interrégimes SNIR.

soit une progression moyenne de 4,6 % l'an. Les honoraires afférents à ces mêmes Z ont progressé de 15,2 % entre 1999 et 2003, essentiellement par une croissance en volume : le nombre de coefficients Z a augmenté de 11,8 % et le prix moyen du coefficient Z seulement de 3 %.

Aux dépenses d'honoraires des radiologues s'ajoutent les forfaits techniques versés par l'assurance maladie pour couvrir les frais d'amortissement, de maintenance et de fonctionnement des scanners et IRM. Ces forfaits sont également en forte augmentation : 230 M€ en 2003, 301 en 2004 (+30%).

b) L'absence de connaissance de ces dépenses dans les établissements sous dotation globale

Dans les établissements sous dotation globale, les dépenses de biologie ne sont pas chiffrées au sein des dotations. A la demande de la Cour, l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) a réalisé un important travail de retraitement qui permet de chiffrer à 2 Md€ le total des charges directes d'analyses pour les établissements sous dotation globale. Le coût d'unité d'œuvre⁵⁹ du B ressort à 0,18 € et à 0,23 € si l'on inclut les charges d'administration et de structure, contre 0,27 € pour la valeur du B en soins de ville hors forfaits techniques.

Les soins de ville incluent les prestations assurées par les biologistes exerçant dans les cliniques sous objectif quantifié national. Au total l'ensemble des dépenses de biologie se présente comme suit :

Estimation des dépenses de biologie en 2003 tous régimes

En Md€

Etablissements sous dotation globale *	2,4	40%
Soins de ville**	3,66	60%
Total	6,06	100%

* Y compris les frais d'administration générale et de structure

** Données SNIR

Source : CNAMTS et ATIH

Dans les établissements sous dotation globale, les dépenses de radiologie ne sont pas davantage chiffrées au sein des dotations.

59. Ce coût comprend les dépenses de personnels médicaux et non médicaux rattachés aux unités fonctionnelles des laboratoires, les dépenses à caractère médical, les dépenses de logistique, les charges d'amortissement et de provision.

Selon la même méthode que pour les dépenses d'analyses médicales, l'ATIH a retraité les charges directes des unités d'imagerie des établissements.

Le total des charges directes d'imagerie pour ces établissements s'élève à 1,70 Md€. En se référant aux charges nettes majorées, qui mesurent les coûts supportés pour les seuls patients soignés dans les établissements, le coût d'unité d'œuvre ressort à 1,64 €⁶⁰, et, si l'on inclut les charges d'administration et de structure, à 2,09 €, contre 1,62 € pour le Z en soins de ville.

Les soins de ville incluent les prestations assurées par les radiologues exerçant dans les cliniques sous objectif quantifié national.

Au total l'ensemble des dépenses de radiologie peut être estimé comme suit :

Estimation des dépenses de radiologie en 2003 tous régimes

Md€

Établissements sous dotation globale *	2,06	42%
Soins de ville**	2,55	52%
Forfaits techniques**	0,27	6%
Total	4,88	100%

* Y compris les frais d'administration générale et de structure

** Données SNIR

Source : CNAMTS et ATIH

60. Le CHU d'Angers qui exploite les données de comptabilité analytique d'une centaine d'établissements arrive pour sa part à un coût du Z de 1,36 € en 2003, avec une croissance de ce coût en 2002 du fait de la mise en place de l'ARTT.

c) Des honoraires et des revenus élevés

Honoraires par laboratoire et par radiologue, comparés à ceux d'autres professions

En € constants 2004

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	TCAM
Laboratoires	710 521	712 455	764 803	816 780	887 843	947 355	1 002 485	5,9%
Radiologues	477 295	470 854	503 438	512 676	522 615	526 434	526 991	1,7%
Tous spécialistes	191 972	191 201	199 903	204 130	212 901	217 211	221 129	2,4%
Tous médecins	146 155	145 715	152 164	154 366	161 401	166 066	165 009	2,0%
Généralistes	109 704	109 621	114 329	114 684	120 186	125 554	120 118	1,5%

TCAM = taux de croissance annuel moyen. Il y a en moyenne 1,5 biologistes par laboratoire, sans compter les autres personnels.

Source : CNAMTS (SNIR) et INSEE indice des prix à la consommation base 100 en 1998.

Pour les laboratoires, les honoraires indiqués ne correspondent pas à des honoraires individuels, à la différence des autres professions. Leur très forte augmentation n'en est pas moins significative.

Pour les radiologues, l'évolution des honoraires a été contrastée : en euros constants, ils ont d'abord baissé, de 1998 à 1999, de 1,4 % contre 0,4 % pour l'ensemble des spécialistes, puis ont augmenté entre 1999 et 2004, de 11,9 %, contre 15,6 % pour l'ensemble des spécialistes.

C'est le niveau des honoraires, parmi les plus élevés de tous les spécialistes, qui est l'élément le plus particulier. En outre, il est relativement proche pour les secteurs 1 et 2 : respectivement 497 200 € et 535 867 € en 2002.

Alors que radiologues et radiothérapeutes ne représentent que 9,9 % des spécialistes, leurs honoraires représentent près du quart du total des honoraires des spécialistes.

Les différences observées pour les honoraires se retrouvent également pour les revenus imposables.

Revenu imposable moyen des différentes professions médicales*En €*

	Honoraires 2004	Taux moyen de charges déductibles	Revenu imposable
Biologistes (BNC)	630 009	68,0%	201 428
Radiologues et radiothérapeutes	526 991	53,3%	246 104
Tous spécialistes	221 129	47,7%	115 650
Généralistes	120 118	46,5%	64 263
Tous médecins	165 009	47,1%	87 285

Source : Pour les laboratoires, honoraires et taux proviennent d'une enquête faite sur 2003 par la DGI à la demande de la Cour. Il s'agit uniquement des bénéfices non commerciaux (BNC) des laboratoires exploités en entreprise individuelle et non des bénéfices industriels et commerciaux des laboratoires exploités en société commerciale. Pour les médecins, les taux indiqués, également issus de la DGI, sont ceux de 2001, les plus récents connus, et ont été appliqués aux honoraires 2004 indiqués par la CNAMTS⁶¹.

Pour les radiologues et les radiothérapeutes, les revenus indiqués ne comprennent pas les forfaits techniques versés par l'assurance maladie pour couvrir l'amortissement des scanners et des IRM.

Les revenus des directeurs de laboratoire présentent une forte dispersion : le revenu imposable du premier quartile est de 68 400 €, celui du dernier quartile dépasse 431 000 €.

61. Selon la DREES (Etudes et Résultats n°412 juillet 2005), le niveau de revenu moyen des radiologues s'élève à 191 000 € en 2003. Deux éléments expliquent, pour l'essentiel, cette forte différence : la Cour ne prend en compte que les honoraires des actifs à part entière, sensiblement plus élevés que ceux de l'ensemble des radiologues (respectivement 526 991 € contre 480 676 € en 2004) et la DREES applique aux honoraires du SNIR un taux de débours et de rétrocessions. La DREES prend en compte la totalité des radiologues ayant perçu au moins 1 € d'honoraires au cours de l'année. Des décalages identiques, quoique de moindre importance, sont observés pour les autres catégories de médecins libéraux : ainsi, pour l'ensemble des médecins, le revenu imposable moyen des actifs à part entière a été en 2003 de 87 300 € et celui de la totalité des médecins de 80 000 €.

2 – Les limites des dispositifs existants

a) L'insuffisance de la régulation par les tarifs et la nomenclature

Depuis 1996, diverses mesures ont été prises détaillées dans le chapitre V (encadrement des dépenses, plan d'économies, baisse des lettres-clés...) mais elles ont été insuffisantes pour maîtriser les dépenses dont le rythme d'accroissement a été important sur cette période.

b) Une réglementation favorisant l'atomisation des laboratoires

L'impératif de santé publique explique l'importance des dispositifs de contrôle mis en œuvre dans ces spécialités : contrôle de la conformité des procédures au guide de bonne exécution des analyses médicales, mise en demeure par le préfet en cas de dysfonctionnement, puis, au besoin, retrait d'autorisation, contrôle de qualité des analyses, assuré par l'AFSSAPS.

Pour le reste, l'installation des laboratoires privés d'analyses médicales est soumise à un ensemble de normes très restrictives en matière de qualification, d'effectifs⁶² et de locaux.

Les transmissions de prélèvements d'un laboratoire à l'autre sont subordonnées à la conclusion de contrats de collaboration conclus dans une même zone géographique, transmis à l'administration et limités à neuf. Les transmissions de prélèvement réalisées par les établissements de santé dans le cadre de conventions d'exercice privilégié conclues avec les laboratoires n'ont été légalisées que tardivement, par la LFSS pour 2001, mais sans aucune restriction géographique.

Le statut juridique des laboratoires est à la fois très encadré et très éclaté (sept régimes différents). En cas d'exploitation sous forme commerciale, les dirigeants doivent être directeurs ou directeurs adjoints de laboratoire. Une société commerciale ne peut exploiter qu'un seul laboratoire. Ses associés ne peuvent être que des personnes physiques et les trois quarts au moins du capital social doivent être détenus par le ou les directeurs et directeurs adjoints de laboratoire. Par contre, en cas d'exercice sous forme de société d'exercice libéral (SEL), la SEL peut

62. Il faut un technicien de laboratoire par tranche de million de B jusqu'à trois millions de B, un technicien par tranche de deux millions de B à partir de trois millions de B et un directeur pour deux techniciens. De telles normes ne sont pas favorables aux gains de productivité.

exploiter jusqu'à cinq laboratoires mais dans trois départements contigus. L'ouverture du capital à des professionnels extérieurs est limitée⁶³.

Près de la moitié des 4 244⁶⁴ laboratoires recensés au 1^{er} janvier 2005 étaient regroupés dans des SEL. Les laboratoires de petite taille prédominent cependant : 68,1 % des laboratoires ont un montant d'honoraires annuel inférieur à 1 M€⁶⁵ et ne totalisent que 38,1 % des honoraires.

La consommation individuelle moyenne en France métropolitaine a été de 104 € par patient en 2003. Dans la grande majorité des régions elle varie faiblement entre 90 € et 114 €. Deux régions affichent des dépenses nettement plus élevées : PACA avec 127 € et la Corse avec 139 €. L'explication de ces écarts ne peut résulter exclusivement du fait que ces régions ont une population âgée de plus de 60 ans (respectivement 24,1 % et 24,9 %) supérieure à la moyenne nationale (21,3 %) car six autres régions qui ont un taux de population âgée supérieure à ceux de PACA et de la Corse (notamment le Limousin avec 29,4 % et le Poitou-Charentes avec 25,9 %) ont des consommations proches de la moyenne nationale. Pour les régions PACA et Corse, la densité des laboratoires, qui est très supérieure⁶⁶ à ce qui est observé dans le reste de la métropole, pourrait expliquer le niveau élevé de la consommation par patient. Néanmoins, cette corrélation n'est pas observée dans les autres régions de métropole, ce qui tend à montrer que, globalement, l'offre de biologie médicale n'y induit pas nécessairement une demande supplémentaire.

c) Une offre contingentée d'imagerie médicale en coupe.

Les scanners et les IRM sont, en tant qu'équipements matériels lourds, soumis à autorisation. Ce régime d'autorisation a fait l'objet d'une déconcentration, ancienne pour les scanners (loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière), plus récente pour les IRM.

63. Plus de la moitié du capital et des droits de vote doit être détenue par des professionnels en exercice dans la société. Le quart au plus du capital peut être détenu par des personnes morales ou physiques n'exerçant pas la profession de biologistes. La détention directe ou indirecte de parts ou d'actions est interdite à toute personne exerçant une autre profession de santé, ou une activité de fournisseur, distributeur ou fabricant de matériels d'analyses.

64. Selon l'ordre national des pharmaciens. La CNAMTS recensait pour sa part 3 913 laboratoires à la même date.

65. Source : CNAMTS.

66. Pour une densité moyenne de 6,4 laboratoires pour 100 000 habitants, les densités en Corse et en PACA sont de 14,2 et de 11,6.

Les autorisations ont été accordées par les ARH dans le cadre du schéma régional d'organisation des soins, sur la base d'indices nationaux de besoin qui ont été assouplis à plusieurs reprises.

Au total, la France comptait, au 1^{er} mars 2005, 795 scanners et 448 IRM autorisés. Cependant tous les équipements autorisés ne sont pas installés, les délais (qui sont en moyenne de 18 mois) pouvant atteindre exceptionnellement plusieurs années. Le niveau d'équipement reste inférieur à celui constaté dans d'autres pays développés, en particulier les Etats-Unis, le Japon et l'Allemagne, qui compte 2,4 fois plus de scanners et 2,2 fois plus d'IRM par million d'habitants.

L'ordonnance du 4 septembre 2003 portant réforme du système de soins n'a pas supprimé le régime d'autorisation, mais prévoit des contrats entre les ARH et chaque établissement pour en préciser les modalités d'utilisation. La référence à un indice national disparaît des schémas régionaux en cours d'élaboration et devant comporter un volet imagerie.

Les délais d'attente des patients se sont nettement raccourcis, mais, dans les hôpitaux, ils restent longs dans certains cas pour les malades externes.

Délais d'attente selon la statistique d'activité 2003

En jours

	Malades hospitalisés	Malades externes
Scanner	5	15
IRM	12	36
Caméras à scintillation	5	16
Tomographes à émission	8	15

Source : DHOS SAE 2003⁶⁷

Outre les délais d'attente qu'elle a induits, la procédure d'autorisation a longtemps provoqué des inégalités d'équipement entre secteur public et libéral⁶⁸ et contribué à privilégier les équipements haut de gamme, écartant les IRM à bas champ, pourtant moins chers. Il est vrai que ces derniers ne peuvent être utilisés de manière efficace qu'en complément d'appareils plus perfectionnés. De plus, en n'ayant longtemps qu'un accès résiduel aux scanners et aux IRM, les radiologues

67. L'enquête de la Cour auprès des ARH confirme des délais maximum nettement supérieurs pour les malades externes : jusqu'à 50 voire 70 jours pour une IRM.

68. Mais en mars 2005, la DHOS recensait 248 IRM privés sur les 448 recensées.

de ville ont eu tendance à privilégier la radiologie conventionnelle. Ceci a pu favoriser, dans certains cas, la pratique de doubles examens, d'abord conventionnels, puis, l'accès se libérant, par scanner ou IRM.

d) Un risque de pénurie de personnel de radiologie dans les établissements publics

La densité régionale de radiologues libéraux actifs à part entière⁶⁹ dénombrée par la CNAMTS montre des variations relativement faibles selon les régions avec 5,5 radiologues pour 100 000 habitants pour le quartile inférieur et 8 pour le quartile supérieur⁷⁰. Le niveau d'honoraires par radiologue et le niveau de dépenses annuelles de radiologie par client présentent une dispersion encore plus faible⁷¹. En fait, le nombre de radiologues libéraux et les dépenses de radiologie sont proportionnels à la population⁷².

Cependant, si la répartition des radiologues libéraux est relativement harmonieuse, il apparaît des goulets d'étranglement dans le secteur public⁷³. La pénurie de radiologues et de manipulateurs radio dans certains établissements publics risque de faire obstacle au développement de l'imagerie médicale.

3 – Les voies d'une régulation plus efficace

a) La biologie médicale

La régulation de la prescription d'analyses médicales passe par l'élaboration de référentiels destinés aux médecins. Les accords conclus avec les professionnels permettent d'enclencher des dynamiques dont les résultats sont cependant insuffisants pour l'instant⁷⁴. Ces référentiels devraient également donner une assise plus consistante aux contrôles individuels de prescripteurs dont la portée est pour l'instant modeste.

69. C'est-à-dire qui ne se sont ni installés ni retirés dans l'année (définition de la CNAMTS).

70. L'écart type est de 1,58 et le coefficient de variation de 0,23.

71. Leurs coefficients de variation sont respectivement de 0,10 et de 0,05.

72. Le coefficient de corrélation entre le nombre de radiologues et la population par région est de 0,999, celui entre le montant total de dépenses par région et la population par région de 0,998.

73. 24 % des 72 postes de praticiens hospitaliers budgétés à plein temps étaient vacants en Lorraine, 24 postes étaient vacants en Auvergne, 31 postes à plein temps étaient vacants en Nord-Pas-de-Calais.

74. Cf. l'analyse de l'Acbus sur les hormones thyroïdiennes, chapitre V.

Il est aussi indispensable que la nomenclature soit fréquemment actualisée en abaissant la cotation de ceux pour lesquels les progrès techniques permettent des économies d'échelle.

Le cas des réactifs : un exemple d'économie d'échelle

Le prix des réactifs est très variable selon l'ampleur des séries de tests. Ainsi, pour la détection d'un génome viral pour le cancer utérin, la mission biologie de la CNAMTS cite deux exemples de prix de revient du réactif par patiente :

- 14,88 € par test lorsque le coût est calculé sur une série de 90 tests ;
- 22,83 € lorsque le coût est calculé sur quatre séries de 18 tests.

L'économie d'échelle ne provient pas seulement du fait que les conditions de vente des réactifs sont différentes en fonction du nombre, mais aussi du fait qu'avec des séries longues de tests, le nombre de contrôles par série se réduit sans perte de fiabilité.

Les économies d'échelle sont potentiellement fortes du fait des charges d'exploitation plus importantes (20 %) des petits laboratoires (premier quartile) par rapport aux gros laboratoires.

Charges d'exploitation selon la taille des laboratoires

En milliers d'€

Quartile sur les recettes nettes	Montant des recettes nettes	Charges d'exploitation sur recettes
1 ^{er} quartile	81 993	79,47%
2 ^{ème} quartile	250 571	71,81%
3 ^{ème} quartile	403 854	69,14%
4 ^{ème} quartile	896 527	65,31%
Ensemble	408 236	67,96%

Source : DGI à la demande de la Cour. Laboratoires relevant des BNC.

Pour exercer effectivement la responsabilité de modifier la nomenclature que lui confie la loi du 13 août 2004, l'UNCAM doit mettre en place avec les représentants des professionnels une commission de hiérarchisation des actes de biologie.

La législation qui favorise actuellement la biologie de proximité devrait être assouplie pour faciliter la constitution de laboratoires dotés d'équipements lourds, hautement spécialisés et permettant des économies

d'échelle⁷⁵ : suppression des limitations en nombre et en volume des possibilités de coopération entre les laboratoires, possibilité pour une même société de détenir plusieurs laboratoires, dégressivité des effectifs obligatoires de directeurs et de techniciens. Le différentiel de 17 % entre le coût d'unité d'œuvre du B (0,23 €) dans les établissements sous dotation globale et le tarif du B (0,27 €) en soins de ville laisse penser qu'il existe des marges pour des gains de productivité dans les laboratoires de ville.

b) L'imagerie médicale

En premier lieu, il convient que le référentiel élaboré avec le concours des sociétés savantes fasse l'objet d'une large diffusion par la haute autorité de santé. Son utilisation devrait favoriser une rationalisation des pratiques et fournir un support à des contrôles plus efficaces. Ceux-ci sont actuellement peu nombreux mais ils font apparaître que les radiographies réalisées sont loin d'être toutes indispensables. Ainsi une étude de l'URCAM d'Ile-de-France réalisée en 1998 montrait que sur 1 971 dossiers de radiographie conventionnelle sélectionnés parmi les 30 % de radiologues ayant la plus forte activité, seuls 1,9 % justifiaient intégralement le nombre d'incidences (prises de vues) effectuées, 37,9 % présentaient une incidence non justifiée, et 32,3 % deux incidences non justifiées.

En outre, les dispositions de la directive européenne de 1997 relative à la protection des personnes contre les dangers des rayonnements ionisants lors d'expositions à des fins médicales ont été mises en œuvre en ce qui concerne le contrôle des équipements, mais toujours pas en ce qui concerne le contrôle des pratiques médicales. Il y a là des sources d'économies possibles.

Une régulation plus efficace implique aussi que la hiérarchie des actes prévue par la CCAM⁷⁶ soit appliquée aux actes de radiologie, afin d'éviter des rémunérations injustifiées au regard de leur difficulté et de leur technicité. Le maintien de certains tarifs au niveau actuel pérennise des rentes de situation dans le domaine de la radiologie conventionnelle. Ce maintien ne peut donc être que transitoire. Il est essentiel que soit

75. L'Allemagne dispose de dix fois moins de laboratoires (400 au total) que la France mais les prélèvements courants sont effectués dans les cabinets médicaux et les laboratoires ne sont pas soumis aux contraintes de ramassage des échantillons et de détention de capital existantes en France.

76. La classification commune des actes médicaux (CCAM) a fait l'objet d'un protocole d'accord le 25 février 2005 entre l'UNCAM et les syndicats représentant les professions médicales. Voir chapitre V, note 167, p. 169.

engagé le plus rapidement possible le passage graduel aux tarifs cibles qui devront conduire à la baisse de certains tarifs. De même, il importe de revoir à la baisse le forfait technique des scanners et des IRM en fonction des coûts constatés, qui sont inférieurs à ceux du barème. Une étude de la CNAMTS en 2003 montrait pour les scanners des coûts inférieurs aux forfaits en moyenne de 6 % pour les appareils installés avant 2003 et de 11 % à 18 % pour les appareils installés en 2003, ce qui donne lieu à des revenus supplémentaires pour les professionnels concernés. La CCAM prévoit une baisse des forfaits de seulement 2 %.

Enfin la poursuite de l'implantation de scanners et d'IRM devrait contribuer à la diminution des examens de radiologie conventionnelle, et la téléradiologie devrait être encouragée afin de faciliter les coopérations à distance, éliminant ainsi les examens inutiles.

SYNTHESE

La croissance des dépenses d'assurance maladie est revenue, en 2004 et au début de 2005, à un rythme plus modéré. Elle demeure cependant nettement supérieure à la progression du produit intérieur brut et des recettes. Entre 6,5 % et 7 % des dépenses de 2005 ne seront pas couvertes par les recettes.

En outre, mis à part celui des IJ, le ralentissement résulte pour l'essentiel de facteurs mécaniques.

Dans la progression de la plupart des postes de dépenses, qu'il s'agisse de l'hôpital, des établissements pour personnes âgées ou du médicament par exemple, l'effet prix est le facteur principal. Plus élevé que dans l'ensemble de l'économie, il résulte tantôt de la hausse des coûts, tantôt d'effets de structure, le renchérissement lié à la hausse du nombre de patients en ALD étant en revanche devenu marginal en 2004. Le suivi, la compréhension et la maîtrise de ces évolutions constituent donc un problème central de la régulation des dépenses.

Certains des effets de structure sont inévitables car ils résultent des progrès médicaux et de la substitution de techniques plus chères mais plus efficaces aux thérapeutiques antérieures. Ce mouvement, bénéfique pour l'état de santé des personnes, suppose, pour être compatible avec la maîtrise des dépenses, que tous les effets de structure qui peuvent générer des économies soient recherchés et mis en œuvre. Les constatations faites par la Cour sur les dépenses de radiologie, de biologie et de médicaments qui confirment celles présentées l'an dernier sur les transports sanitaires, les dispositifs médicaux et les ALD montrent que tel n'est pas aujourd'hui le cas.

Le système de régulation des dépenses hospitalières est par ailleurs devenu plus fragile. Les principes de la régulation ex post par les tarifs mis en œuvre à partir de 1992 pour les cliniques (vraisemblance des hypothèses de croissance en volume et ajustement ex post des tarifs) n'ont pas toujours été appliqués et ont conduit à des dépassements substantiels ces dernières années. La sous-estimation de la croissance en volume a permis d'accorder systématiquement des hausses de tarifs excessives au regard de l'OQN. La généralisation aux hôpitaux, avec la tarification à l'activité, de ce mode de régulation, risque donc d'aboutir à de graves mécomptes.

Pour ce qui concerne l'ONDAM, la nouvelle loi organique vise à remédier à nombre de dysfonctionnements, notamment par la fixation des sous-objectifs de l'ONDAM et par l'intégration dans les annexes de la loi de financement des informations permettant d'établir des modalités de passage entre objectifs de branche et ONDAM. Pour autant, certains problèmes ne sont pas résolus.

Les méthodes de prévision et de suivi des dépenses de l'ONDAM et celles utilisées pour sa préparation méritent encore des améliorations substantielles. La définition des différents agrégats de dépenses manque encore de clarté et de cohérence et le périmètre de l'ONDAM demeure à ce jour incomplet : certaines dépenses ne sont pas toujours imputées sur les lignes pertinentes de l'ONDAM et ces dernières ne correspondent pas toujours à des dépenses homogènes. Des progrès importants demeurent donc à accomplir dans les méthodes et dans la transparence des informations publiées, pour donner une base plus claire et mieux assurée à la régulation des dépenses d'assurance maladie.

RECOMMANDATIONS

- 1. Améliorer la cohérence du champ de l'ONDAM en y intégrant diverses dépenses qui en sont aujourd'hui exclues.*
- 2. Mettre fin aux défauts d'imputation entre les lignes de l'ONDAM en y intégrant la totalité des dépenses qui normalement s'y rapportent.*
- 3. Rendre cohérente la méthode de « rebasage » entre les différentes enveloppes et intégrer l'impact de l'ensemble de mesures nouvelles dans le taux de croissance de l'ONDAM.*
- 4. Mentionner dans l'annexe au PLFSS le taux de croissance par rapport à l'ONDAM initial de l'année précédente.*
- 5. Corriger les montants définitifs des dépenses du champ de l'ONDAM une fois connu l'écart entre charges réelles et provisions.*

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

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

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

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

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

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

III - Les dépenses de la branche accidents de travail et maladies professionnelles

A – L'objectif de branche

1 – La construction de l'objectif de branche

La construction de l'objectif de la branche AT-MP appelle trois remarques :

- le coût des accidents du travail et maladies professionnelles des 3,6 millions de fonctionnaires (330 M€) est manifestement sous

évalué. Alors que le coût par salarié est de 520 € dans le régime général, il n'est que de 96 € pour les fonctionnaires⁷⁷ ;

- s'agissant des méthodes de prévisions des dépenses, seules celles du régime général font l'objet d'un processus itératif entre les pouvoirs publics et l'organisme gestionnaire (CNAMTS). Les prévisions des autres régimes sont seulement agrégées. Les outils de prévision y sont frustes et la prévision se réduit à la poursuite d'une tendance des deux dernières années corrigée des effets des mesures nouvelles. D'autre part, les travaux font plus appel à l'expérience qu'à des méthodes statistiques et l'erreur sur la prévision a été importante en 2004 (cf. infra) ;
- enfin, l'objectif de branche net que vote le Parlement est construit en retranchant des dépenses brutes le transfert au profit de la branche maladie⁷⁸. De ce fait l'objectif de la branche AT-MP ne reflète qu'une partie du coût des accidents du travail et des maladies professionnelles.

2 – La réalisation de l'objectif

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 avait fixé à 9,7 Md€ l'objectif de dépenses de la branche. Il a été révisé, comme chaque année, et a été porté à 10,1 Md€ dans la LFSS pour 2005 alors qu'il était quasiment exécuté. Le résultat définitif de l'année 2004 est de 9,9 Md€.

77. La fréquence des accidents du travail parmi les fonctionnaires (16,9 pour mille) est cependant inférieure à celle des salariés du régime général (43,1 pour mille) en raison de l'absence de présomption d'imputabilité mais également d'une structure des emplois différente.

78. Au sein du régime général, la branche accidents du travail verse au fonds national d'assurance maladie une contribution annuelle destinée à compenser une sous déclaration des maladies professionnelles et accidents du travail (art L. 176-1 du CSS). D'un montant de 144 M€ en 2001, cette contribution atteint 330 M€ en 2004 et pourrait encore s'accroître.

Objectif de la branche AT-MP

En Md€ et en %

	2001	2002	2003	2004	2005
LFSS initiale	8,6	8,5	9,4	9,7	10,5
Objectif révisé	8,8	9,0	9,5	10,1	
Réalisé	8,5	9,3	9,8	9,9	
Variation LFSS initiale/ objectif initial n-1		-1 %	10 %	3 %	8 %
Dépenses réalisées en n/n-1		9 %	5,0 %	1 %	
Dépenses réalisées/ LFSS initiale	-1,2 %	9 %	4,3 %	2 %	

Source : Cour des comptes et DSS

Alors qu'il avait été jusque là respecté, l'objectif initial a donc été dépassé pour les trois dernières années considérées et 2004 a connu un dépassement de 200 M€.

Selon l'annexe C du PLFSS, l'objectif AT-MP du régime général pour 2004 était fixé à 8,9 Md€, soit 92 % de l'objectif global de branche. Les dépenses auront atteint 8 994 M€⁷⁹. L'essentiel des dépassements tiendrait donc aux autres régimes, surtout en raison d'insuffisances dans les prévisions.

B – L'évolution des dépenses du régime général en 2004

Jusqu'en 2001, la branche AT-MP du régime général a été excédentaire. Cette situation s'inverse en 2002, comme pour l'ensemble de la branche (tous régimes confondus). En 2004, les charges (9 368 M€) excèdent de 184 M€ les produits (9 184 M€). Le déficit dépasse ainsi de deux fois et demi celui prévu en annexe de la loi de financement pour 2004.

La situation pour 2004 paraît certes moins dégradée qu'en 2003 (476 M€) et le résultat est meilleur que les prévisions de la CCSS de septembre 2004 qui prévoyait un déficit de 505 M€. Il convient toutefois de relativiser ce qui pourrait paraître une amélioration.

79. Soit 9 368 M€ de charges auxquelles il faut soustraire 290 M€ de reprise sur provisions sur prestations, 78 M€ de pertes sur créances irrécouvrables sur cotisations et 5,2 M€ de dotations aux provisions pour dépréciation des actifs circulants.

S'agissant des prévisions de la CCSS de septembre 2004 pour l'année 2004, certains postes avaient en effet été alors largement évalués ; pour les prestations exécutées en ville, la croissance était estimée à +9,9 %, sous l'effet notamment d'un changement de méthodes comptables, alors qu'elle était de +3,8 % en 2003 et que la CCSS estimait à 6,5 % la croissance du poste pour la branche maladie. L'augmentation n'a été en définitive que de 3,5 %. L'évolution des prestations exécutées en établissements était de même estimée à +9,9 %, alors qu'elle était de +0,6 % en 2003 et qu'elle s'établit à -6,6 %.

Si l'on compare les années 2003 et 2004, la réduction du déficit résulte également de facteurs conjoncturels, notamment de certaines opérations sur provisions⁸⁰ qui masquent l'évolution réelle du risque.

Enfin, en neutralisant les opérations exceptionnelles⁸¹, on peut évaluer le déficit structurel de la branche à 315 M€ en 2004.

Les reports à nouveau positifs des exercices précédents ont permis à la situation nette de la branche de rester excédentaire. Mais, sans réforme et même en adoptant les hypothèses plutôt optimistes de l'annexe C de la LFSS pour 2005 (augmentation des charges de 2,7 % en 2006 puis 2007 contre 4,7 % et 4,8 % pour les produits), elle deviendrait négative dès 2006 (-147 M€) et continuerait à se dégrader ensuite (-482 M€ en 2007). La dégradation de la situation de la branche se traduit en trésorerie. Le fonds de roulement net global chute de 35 % en trois ans.

1 – L'ajustement insuffisant des taux de cotisations par rapport aux dépenses prévisionnelles

Les cotisations sociales payées par les entreprises (6,9 Md€ en 2004) constituent plus de 75 % des produits⁸². Leur produit augmente de 11 % entre 2000 et 2004 en euros courants sous le seul effet de

80. Jusqu'en 2003, les dix premiers jours de l'année étaient rattachés à l'année précédente en « charges à payer ». A compter de 2003 cette « période complémentaire » de dix jours est supprimée et compensée par une augmentation de 84 % de la dotation aux provisions. Cette opération est d'autant plus sensible que les reprises sur provisions en 2003 ont été faibles en raison d'un sous provisionnement de 46 M€ en 2002.

81. Cf. le tableau des résultats financiers des branches du régime général, chapitre III, I, A.

82. Le quart restant des produits est constitué des cotisations prises en charge par l'Etat (1,5 Md€), de transferts, contributions et divers produits techniques (400 M€ en 2004), de reprises sur provision (389 M€ en 2004) ainsi que d'autres produits (produits financiers, produits de gestion courante et produits exceptionnels).

l'augmentation de la masse salariale. Pendant la même période, en effet, le taux net des cotisations a été ramené de 2,2 % de la masse salariale à 2,185 % alors même que les dépenses augmentaient de 32 % et que le déficit s'installait et cela en dépit du principe d'équilibre de la branche posé par l'article L. 242-5 du CSS. Or, l'ajustement annuel des taux de cotisation, spécifique à cette branche, a pour objet d'assurer l'équilibre en fonction des prévisions de dépenses.

2 – Les facteurs de l'évolution des charges

Les charges se composent de 93 % de charges de gestion technique (8,7 Md€ en 2004) et de 7 % de charges de gestion administrative (691 M€). La proportion des charges de gestion administrative (7,4 %) est légèrement supérieure à ce qu'elle était en 2001 (+0,32 points). La Cour avait relevé en 2002 que la complexité du système de tarification alourdit le coût de la gestion.

Les charges de gestion technique sont essentiellement composées de la prise en charge directe des conséquences des accidents et maladies professionnels (6 719 M€ soit 78 %) auxquelles s'ajoutent les transferts (1 596 M€) et les dotations aux provisions sur prestations (268 M€).

Comme la Cour l'avait relevé en 2002, l'analyse de l'évolution de ces charges est limitée par le fait que les statistiques d'accidents du travail et des maladies professionnelles ne sont connues qu'avec deux ans de décalage.

Entre 2002 et 2003, dernière année connue, le nombre d'accidents du travail recensés par le régime général baisse de 5,1 %, mais leur fréquence par rapport au nombre d'heures travaillées augmente ainsi que leur gravité. Le nombre des maladies professionnelles déclarées connaît un fort accroissement de 10 % et les décès qui leur sont imputés une augmentation de 13,8 %.

a) Les prestations d'incapacité

Les prestations d'incapacité représentent plus de 70 % des dépenses de la branche, plus des $\frac{3}{4}$ des charges de gestion technique et 97 % des prestations sociales.

Les prestations d'incapacité temporaire (2 922 M€ en 2004) qui représentent 32 % de la dépense totale de la branche augmentent de 1,8 % en 2004 soit bien moins que les soins de ville. Habituellement, les deux postes évoluent de façon similaire.

Le ralentissement de la progression est dû notamment à la diminution de 3,6 % des indemnités journalières⁸³ qui constituent 66 % de ces dépenses, recul plus rapide que celui des indemnités journalières maladie (-0,5 %).

Ce ralentissement tient également à la baisse de 6,6% des prestations exécutées en établissements⁸⁴. Cette diminution prolonge la baisse continue de la part des AT-MP dans les hospitalisations. En 1986, les AT-MP représentaient 1 % des journées d'hospitalisation sur la base des déclarations des établissements. Elles n'en représentaient plus que 0,69 % en 2000 et 0,63 % en 2003. Cette baisse a été accentuée par des modifications techniques dans la comptabilisation des dépenses des établissements sous dotation globale. La sous estimation des AT-MP dans les hospitalisations parait donc s'amplifier.

Les prestations d'incapacité permanente (3 597 M€) sont, pour l'essentiel, des rentes versées aux victimes (soit 97 % du total) et, marginalement, des indemnités en capital, versées pour les incapacités d'un taux inférieur à 10 %. Elles n'ont évolué que sous l'effet du nombre de bénéficiaires et de la revalorisation annuelle pour tenir compte de l'inflation (+1,7 % en 2004 après +1,5 % en 2003 et +2,2 % en 2002). En effet, contrairement à la LFSS 2002, les LFSS pour 2003 et 2004 n'ont pas comporté d'amélioration de l'indemnisation, ce qui a contribué à modérer la croissance globale de ce poste (+4 % en 2004, 2,8 % en 2003).

b) Les transferts, subventions et contributions (1,6 Md€)

Les transferts, subventions et contributions se sont élevés à 1,6 Md€ en 2004. Ils représentent 17 % des charges totales de la branche. Les charges de compensation au bénéfice d'autres régimes (mines, salariés agricoles) et le reversement à la branche maladie de la CNAMTS approchent 900 M€ soit 9,6 % des charges AT/MP.

La contribution au fonds national de l'assurance maladie (330 M€)

Le montant de cette contribution, destinée à compenser la sous-déclaration des AT-MP et leur prise en charge consécutive par l'assurance maladie, est révisé tous les trois ans après avis d'une commission.

Parmi les éléments dont cette commission dispose pour se prononcer, figure tout d'abord l'augmentation continue du nombre de

83. 1 968 M€ en 2003, 1 961 M€ en 2004.

84. 488 M€ en 2003, 456 M€ en 2004.

maladies professionnelles reconnues chaque année : 5 000 en 1991, 10 000 en 1996, 40 000 dont 35 000 avec arrêt de travail en 2003. Cette augmentation traduit notamment l'inscription de nouvelles pathologies au tableau des maladies susceptibles d'être reconnues comme d'origine professionnelle. A réglementation inchangée depuis 1991, le nombre de maladies reconnues en 2003 aurait été inférieur de 39 % à ce qu'il a été.

Pendant, il reste patent que les maladies professionnelles continuent, malgré les progrès enregistrés, à être sous déclarées et sous reconnues. Les statistiques épidémiologiques le montrent toujours davantage. Cette sous-reconnaissance résulte notamment des pratiques différentes des CRAM en la matière. Si certaines pathologies, comme le cancer, font l'objet d'études qui permettent d'évaluer ces phénomènes avec une certaine précision, l'information est en revanche extrêmement lacunaire pour d'autres pathologies professionnelles très répandues, tels que les troubles musculo-squelettiques.

La charge globale de cette sous-imputation est certainement très supérieure à la compensation de 330 M€ que verse la branche AT-MP à l'assurance maladie. Pour les seules dépenses d'hospitalisation, la charge induite que les défaillances dans l'imputation à la branche AT-MP font peser sur l'assurance maladie avait en effet été évaluée en 2002 par la Cour à 300 M€.

Des progrès dans l'estimation de cette charge sont néanmoins possibles au travers d'une meilleure prise en compte des données épidémiologiques existantes.

C – Les problèmes de fond

L'évolution des dépenses et la situation financière qui viennent d'être décrites résultent pour une large part de problèmes de fond. La situation et les perspectives de la branche devraient inciter à des réformes plus profondes. Faute d'une adaptation longuement différée, la branche se trouve aujourd'hui devant un cumul de difficultés : croissance prévisible des dépenses dues à l'indemnisation des victimes de l'amiante et au progrès des connaissances sur l'origine professionnelle des maladies ; rénovation souhaitable de l'indemnisation des victimes pour la rapprocher du droit commun ; nécessité d'une plus grande vérité des coûts des risques professionnels afin d'ajuster la compensation au profit de l'assurance maladie.

1 – Des recommandations qui tardent à être traduites dans les faits

En février 2002, la Cour a publié un rapport public particulier sur la gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles. Les recommandations faites à cette occasion soulignaient notamment la nécessité d'une réflexion d'ensemble sur la réparation des risques professionnels, afin de rendre plus homogène l'indemnisation à l'intérieur même du régime AT-MP et de mieux l'articuler avec le droit commun. Elles montraient aussi les limites de la prévention et l'inadaptation du système de tarification qui devait être simplifié et rénové. Elles relevaient aussi l'absence de convention d'objectif et de gestion (COG) entre l'Etat et la branche, les limites de l'action de l'INRS et les insuffisances manifestes tant dans le domaine des statistiques que dans celui de la capacité d'expertise permettant de mieux connaître les risques professionnels.

Trois ans après, le bilan est très mitigé. Certes la signature de la COG propre à la branche est intervenue le 25 février 2005 avec effet au 1^{er} janvier 2004 pour une durée de trois ans, mais ce calendrier heurté rend peu crédible certaines des échéances contenues dans cette COG. Dans son préambule, celle-ci reconnaît la nécessité de moderniser et de simplifier les instruments de tarification et la branche s'engage à proposer, d'ici la fin du troisième trimestre 2005, des aménagements aux mesures relatives aux majorations ou minorations de taux. De même le point 2-3 prévoit d'améliorer « les statistiques et études de la branche AT/MP. » La première échéance est fixée pour la fin 2005 et la CNAMTS s'engage pour cette date à créer une base de données permettant un suivi exhaustif des éléments fondamentaux de la sinistralité. L'article 54 de la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie va dans le même sens puisqu'il invite les partenaires sociaux à « soumettre au Gouvernement et au Parlement, le cas échéant, des propositions d'évolution des conditions de prévention, de réparation et de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. »

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique dispose, pour sa part, que l'institut de veille sanitaire mettra en oeuvre « en liaison avec l'assurance maladie et les services statistiques des départements ministériels concernés » un outil de centralisation et d'analyse des statistiques AT-MP et de toutes les autres données relatives aux risques sanitaires en milieu de travail.

Enfin la publication en février 2005 du plan santé au travail constitue aussi une réponse partielle à certaines préoccupations de la Cour. Une agence publique chargée de la santé au travail est créée. Elle doit fournir une expertise scientifique indépendante sur l'évaluation des

risques en milieu professionnel (notamment en matière de risques chimiques).

Au total, la plupart de ces dispositions sont récentes. Elles n'ont donc pas encore été mises en œuvre. Leur accumulation témoigne du cloisonnement persistant qui prévaut au sein de l'Etat entre l'approche du ministère chargé du travail et celui chargé de la sécurité sociale. Enfin, des recommandations importantes de la Cour, notamment sur la nécessaire réforme du conseil supérieur de la prévention des risques professionnels, qui constitue un élément central du système de reconnaissance de l'origine professionnelle des risques, n'ont toujours pas été suivies d'effet.

2 – Les fonds amiante (600 M€ en 2004)

Les dotations de la branche AT-MP au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) et au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) sont passées de 103 M€ en 2000 à 600 M€ en 2004 et 800 M€ en 2005. Le poids du financement des deux fonds amiante s'accroît tendanciellement. Il pèse globalement sur la branche AT-MP qui supporte 90 % de la dépense (depuis 2000 pour le FCAATA et 2001 pour le FIVA). L'Etat en supporte 10 % sans qu'une clé de répartition ait été définie.

Le FIVA indemnise des victimes de pathologies avérées de l'amiante contractées, pour l'essentiel, dans l'exercice d'une activité professionnelle. Des dispositions exorbitantes du droit de la réparation des accidents du travail et maladies professionnelles ont été fixées en adoptant le principe de la réparation intégrale. Ces sommes étant dépensées pour une indemnisation de maladies professionnelles, un financement par la branche AT-MP paraît s'imposer. Une partie des dépenses devrait cependant être prise en charge par l'Etat dont la responsabilité est engagée à un double titre, en tant qu'employeur, dans le cadre d'entités publiques ayant recouru à l'amiante et au titre de son activité régalienne en raison de son retard à réglementer alors que les dangers de l'utilisation de l'amiante étaient connus.

Toute autre est la question du FCAATA qui finance la cessation anticipée d'activité des salariés ayant travaillé dans des entreprises appartenant à des secteurs où l'amiante a été utilisé. Seuls 10% de ses bénéficiaires sont des victimes de pathologies avérées, les autres n'étant que des victimes potentielles. Parmi elles, certaines n'ont été que très peu, voire jamais, exposées directement à l'amiante. Le FCAATA étant un des derniers systèmes de préretraite existant, il a eu tendance à devenir un dispositif de gestion de l'emploi. Son financement apparaît à bien des

égards une charge indûment supportée par la branche AT/MP et contribuant pour une part importante de son déficit. Les financements que la branche AT-MP a consacrés au FCAATA sont depuis 2002, année d'apparition du déficit, en cumulé, supérieurs au déficit de la branche.

Un recentrage des financements accidents du travail et maladies professionnelles sur les préretraites servies par le FCAATA aux seules victimes ayant développé une maladie s'impose⁸⁵. Une partie des sommes ainsi dégagées pourrait être mobilisée pour mieux indemniser, à l'avenir, les victimes malades. Cette meilleure indemnisation pourrait passer par la reconnaissance au FIVA d'une compétence pour compléter les indemnisations au titre de la réparation intégrale des indemnités pouvant être perçues sur le fondement de la faute inexcusable de l'employeur, et ce, sans que la victime doive aller en justice.

Ces pistes de réflexion ont été formulées par la Cour dans un rapport remis en mars 2005 à la commission des affaires sociales du Sénat et qui a été publié.

3 – Les accidents de trajet

En dix ans, alors que le nombre des accidents corporels de la circulation a diminué de 34 %, celui des accidents de trajet a augmenté de 2,8 % et le nombre de journées perdues à ce titre de 30 %⁸⁶. Les décès par accident de trajet représentaient 8 % des accidents mortels enregistrés par la sécurité routière en 1993 et 8,8 % en 2003.

Les accidents de trajet sont indemnisés suivant les mêmes principes que les accidents du travail. L'existence ou non d'une faute du salarié est sans effet sur l'indemnisation, contrairement aux règles du droit commun. L'incitation à adopter un comportement responsable est donc faible.

En revanche, comme la Cour l'a indiqué en 2002, l'indemnisation versée par la branche AT/MP est le plus souvent inférieure à celle qui pourrait être obtenue en droit commun. Sur cinq dossiers réels d'accidents de trajets analysés en 2003, d'une part par l'assurance maladie, d'autre

85. La situation des personnes ayant été exposées à l'amiante dans leur travail, mais n'ayant pas développé de pathologie, devrait être examinée, par exemple, dans le cadre des travaux de mise en œuvre de l'article 12 de la loi portant réforme des retraites sur la prise en compte de la pénibilité dans les conditions de départ à la retraite.

86. Les accidents de trajet sont ceux qui se produisent entre le domicile et le lieu de travail. Les accidents qui interviennent sur des parcours effectués pendant le temps de travail sont classés en accidents du travail.

part, par des assureurs privés à l'occasion des travaux sur la réparation intégrale⁸⁷, quatre concluaient à une meilleure indemnisation par le droit commun. La différence la plus sensible concernait le dossier le plus grave (décès). L'indemnisation par l'assurance maladie s'établissait à 150 997 € ; le même dossier indemnisé par une société d'assurance l'aurait été à hauteur de 328 698 €.

Les accidents de trajet ne sont pas imputés individuellement au compte des employeurs. La majoration de la cotisation accidents du travail est mutualisée. Cette contribution est donc sans effet sur la mise en œuvre par l'employeur d'une politique de prévention. Il ne peut d'ailleurs intervenir que pour une part, en mettant par exemple en place un dispositif de transport en commun ou en tenant mieux compte de la disponibilité de transports en commun dans l'organisation du travail.

En 2003, 16% des cotisations encaissées, soit 1,08 Md€ l'étaient au titre de la réparation des accidents de trajet⁸⁸.

Une réflexion devrait être engagée pour une révision profonde du système de prise en charge des accidents de trajet, dans le prolongement des conclusions du rapport public particulier de la Cour⁸⁹ d'avril 2005 qui recommande de peser sur le coût relatif des déplacements collectifs et en voiture individuelle et de limiter l'usage de celle-ci. Cette réflexion devrait avoir le souci de mieux responsabiliser les salariés et les entreprises pour une meilleure prévention, de contribuer au redressement du financement de la branche et à une meilleure indemnisation des accidents du travail et maladies professionnelles.

SYNTHESE

L'objectif de la branche AT-MP avoisine les 10 Md€ en 2004 mais est minoré d'un montant censé être représentatif des dépenses que la branche maladie prend en charge en raison de la sous déclaration et de la sous reconnaissance des accidents du travail et maladies professionnelles. En dépit des améliorations permises par les travaux de la commission AT-MP, la contribution forfaitaire de la branche AT-MP à la branche maladie ne compense pas les conséquences financières de cette sous-déclaration.

87. La rénovation de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles présentée en mars 2004 par le comité technique de pilotage de la réforme des accidents du travail.

88. Il ne s'agit pas de la seule contribution que versent les employeurs pour les déplacements de leurs salariés. Dans le rapport public particulier qu'elle a consacré en avril 2005 au financement des transports urbains, la Cour note que les entreprises ont par ailleurs contribué pour 4,5 Md€ en 2003 à ces transports.

89. Rapport public particulier relatif au financement des transports urbains avril 2005.

De plus cette contribution n'est pas comptabilisée dans l'objectif de la branche AT-MP.

Equilibrée jusqu'en 2001, la branche AT-MP connaît depuis lors un déficit que les excédents antérieurs ne suffiront plus à compenser à compter de 2006. Le déficit d'exploitation de 184 M€ qu'affiche le régime général serait, en l'absence d'opérations exceptionnelles, en réalité de 315 M€ en 2004. Malgré une augmentation des dépenses de 32 % entre 2000 et 2004 le taux net des cotisations, qui assurent plus des trois quarts des financements de la branche, a été ramené de 2,2% de la masse salariale à 2,185 %. La prise en charge légitime des conséquences de l'usage de l'amiante contribue pour une part importante à l'augmentation des dépenses, sans en être seule responsable.

Au-delà de la seule recherche de l'équilibre, une reconnaissance et une prise en charge équitable des accidents du travail et maladies professionnelles conduisent à envisager des réformes profondes. Celles que la Cour proposait dans son rapport public particulier de février 2002 ont été retenues dans leur principe par les pouvoirs publics mais n'ont été que partiellement mises en œuvre. La Cour les a depuis complétées de pistes de réflexion visant à recentrer le FCAATA sur l'indemnisation des victimes de pathologies avérées et une amélioration de l'indemnisation des victimes de l'amiante. Enfin, le présent rapport propose d'engager une réflexion sur l'indemnisation des accidents de trajet afin de développer la prévention, de contribuer au redressement du financement de la branche et permettre l'amélioration de l'indemnisation des accidents du travail et maladies professionnelles.

RECOMMANDATIONS

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

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

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

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

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

IV - Les dépenses de la branche retraite

Le bilan de la mise en œuvre de la loi du 21 août 2003 relative à la réforme des retraites, présenté par le rapport de la Cour sur la LFSS 2003, montrait que des textes importants n'avaient pas encore été pris.

Depuis lors, le rapport n° 2238 déposé par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale en avril 2005 a fait un point complet sur la publication des textes nécessaires à la mise en œuvre de la réforme des retraites. La Cour ne revient donc pas sur ce sujet. De plus, il est trop tôt pour porter une appréciation sur les effets des réformes concernant les différents régimes visés par la loi de 2003.

La LFSS pour 2004 ne contenait aucune disposition relative aux retraites, autre que le taux de l'objectif des dépenses.

L'objectif initial de dépenses de la branche retraite entrant dans le champ de la LFSS, soit 146,6 Md€, a été porté à 146,8 Md€ par la LFSS pour 2005. Les dépenses se sont élevées à 147 Md€.

L'année 2004 est celle de l'entrée en vigueur de la loi du 21 août 2003. Celle-ci comporte de nombreuses mesures destinées à freiner la croissance des dépenses de retraite. Mais elles montent en charge très progressivement et n'ont donc guère d'impact sur les dépenses de l'année 2004. Par contre, certaines mesures sont de nature à générer des dépenses supplémentaires dès 2004 : il s'agit essentiellement de la retraite anticipée au profit, d'une part, des assurés ayant commencé à travailler très jeunes et justifiant d'une longue durée d'assurance et, d'autre part, des assurés handicapés.

De ce fait, la branche retraite affiche un déficit de 75,5 M€ contre un solde positif de 616,4 M€ en 2003 et de 1 660 M€ en 2002. La prévision pour 2005 est de -1 745 M€.

Si la dégradation de 2003 (-719 M€ par rapport à 2002) s'expliquait par la réforme des règles de compensation, celle de 2004 est entièrement imputable à l'augmentation des charges propres au régime.

Charges de la branche retraite (régime général)

Charges	2004 (M€)	% 2004/2003
A- Charges de gestion technique	74 729	+ 5,0
dont :		
- prestations légales retraite	67 702	+ 5,2
- prestations légales veuvage	78	+ 0,7
- action sociale	320	+ 17,5
- compensation généralisée	2 866	- 4,7
- autres transferts	2 922	+ 2,2
- dotations aux provisions	367	+ 87,3
- charges financières	17	NS
B- Charges de gestion courante	971	+ 6,1
Total	75 730	+ 5,0

Source : DSS

Les charges totales de la branche ont progressé de 5 % comme en 2003. Mais les évolutions des différentes catégories de dépenses sont diverses :

- les prestations légales de retraite progressent de 5,2 %, conformément à la prévision de septembre 2004. Il faut rappeler que la prévision de septembre 2003 qui n'incluait pas la réforme de 2003 prévoyait une augmentation de 3,9 %. Au sein de ces prestations de retraite, les droits propres augmentent de 5,4 %, les droits dérivés de 4,2 %. Les majorations accordées sous condition de ressources progressent de 7,9 % (contre 8,7 % en 2003) au titre de l'ancien article L. 814-2 (majoration de pension) et de 6,9 % au titre de l'ancien article L. 815-2 (allocation supplémentaire du FSV)⁹⁰ ;
- les prestations d'action sociale opèrent un rattrapage après la baisse de 11 % en 2003 ;

90. L'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 a fusionné les allocations constitutives du minimum vieillesse en une seule allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA art. L 815-1 et s. du CSS) dont l'entrée en vigueur doit intervenir au plus tard le 1^{er} janvier 2006. A côté de l'ASPA a été créé un complément de retraite (art. L. 815-30) destiné aux non résidents (cf. infra chapitre II, III).

- les dépenses de compensation généralisée diminuent après la forte augmentation de 2003 due à la réforme des mécanismes de calcul de la compensation ;
- les frais financiers font un bond spectaculaire qui traduit l'accroissement des besoins de trésorerie en cours d'année, en dépit du solde encore positif ;
- les charges de gestion courante progressent de 6,1 % sous l'effet d'une forte hausse des dépenses de personnel de 7 %. Cette hausse s'explique par l'évolution des effectifs (+4 % en raison des embauches anticipées pour préparer les départs en retraite des agents et la mise en œuvre de la réforme des retraites), par l'évolution du salaire annuel moyen (+2 %) et par l'évolution importante de primes et indemnités, notamment d'intéressement et de départ en retraite ;
- la progression des prestations (+5,2 %) est, en 2004, contrairement aux années précédentes, supérieure à celle des produits (+4 %). Ces produits comprennent les cotisations (+3,2), les impôts (+5,6) et les transferts (-19,8)⁹¹.

L'augmentation des pensions en 2004 résulte de trois effets :

- la revalorisation de 1,7 %, identique à l'évolution de l'indice des prix à la consommation (hors tabac) ;
- l'évolution du nombre de retraités : +3,23 %, contre 1,61 % en 2003 ;
- l'effet de structure (évolution de la pension moyenne hors revalorisation) : +0,24 %.

Les deux derniers effets mesurent l'accroissement en volume des prestations, égal à la différence entre la progression totale des pensions (5,2 %) et l'effet prix (1,7 %), soit 3,5 % en 2004, taux nettement supérieur à celui de 2003 (2,2 %).

Cette croissance en volume s'explique essentiellement par la mesure relative aux départs en retraite avant 60 ans. En droits constatés, le facteur volume des dépenses ressort pour les droits propres (seuls concernés par la mesure) à 3,6 % alors que, en excluant les départs avant 60 ans, le taux est de 2,6 %. Pour les seules pensions dites normales (hors inaptitude), le taux est de 4,5 % au lieu de 3,2 %.

91. Parmi ceux-ci figurent les versements effectués ou dus par le FSV à la CNAVTS (cf. chapitre II, III). La créance de la CNAVTS résultant des insuffisances de versements du FSV est comptabilisée en produits à recevoir. Elle figure au bilan de la CNAVTS au 31 décembre 2004 pour un montant de 2,6 Md€. A la mi 2005, la moitié environ de cette créance avait été réglée.

Environ 113 000 assurés ont bénéficié de la retraite anticipée en 2004. Le coût supplémentaire qui en est résulté est évalué à 565 M€. Pour 2005, avec 105 000 nouveaux bénéficiaires estimés par la CNAV, le coût total de la mesure passerait à 1 355 M€.

V - Les dépenses de la branche famille

Pour la première fois depuis 1998, les comptes de la branche famille ont été déficitaires en 2004 : -561 M€.

La dégradation du solde a été de 783 M€ entre 2003 et 2004 et s'explique principalement par l'augmentation des aides légales à la petite enfance (+6,3 %) et des dépenses d'action sociale à destination majoritairement de la petite enfance (+17,6 %), augmentations qui ont été très supérieures à la progression des recettes de la branche (+2,9 %).

A – Les mesures nouvelles de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004

L'article 60 de la LFSS pour 2004 a créé une nouvelle prestation appelée à devenir une des composantes majeures de la politique familiale : la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) et ses compléments.

Pour tous les enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} janvier 2004 (et leurs frères ou sœurs aînés âgés de moins de six ans), la PAJE prend la succession de cinq prestations versées précédemment aux parents d'enfants de moins de trois ou six ans⁹², prestations qui continuent à être versées aux enfants nés avant 2004 (et n'ayant pas de frère ou de sœur né ou adopté depuis 2004) et qui ont vocation à disparaître progressivement d'ici le 1^{er} janvier 2007.

Elle est constituée de trois composantes :

- la « prime à la naissance ou à l'adoption » et « l'allocation de base » de la PAJE (ces deux prestations sont également appelées le « socle » de la PAJE) prennent la suite de l'allocation pour jeune enfant (APJE) et de l'allocation d'adoption, avec des conditions de ressources moins restrictives ;

92. En cas d'adoption, la limite d'âge pour le « socle » de la PAJE et pour l'allocation d'adoption décrites ci-dessous est de 20 ans, mais cette composante des aides représente moins de 0,2 % du coût de l'ensemble.

- le « complément de libre choix d'activité » succède à l'allocation parentale d'éducation (APE), dont il élargit le champ : le parent souhaitant ne pas avoir d'activité professionnelle pour élever son enfant de moins de trois ans est dorénavant éligible à une aide (sous conditions d'activité antérieure) dès le premier enfant (mais pour une durée maximale de six mois au lieu d'un peu moins de trois ans à compter du deuxième enfant) ;
- le « complément de libre choix de garde » prend la suite, avec des conditions financières un peu plus généreuses, de l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle (AFEAMA) et de l'allocation de garde à domicile (AGED).

B – L'évolution des dépenses

Le montant total des dépenses de la branche s'est établi à 49,2 Md€ en droits constatés, soit une progression de 4,5 % par rapport à 2003 :

Evolution des principaux postes de dépenses de la branche famille

	Dépenses 2004 (M€)	Evolution 2004/2003 (%)
Les prestations légales :	34 307	+4,2
- Allocations familiales	11 699	+2,2
- Complément familial	1 575	+1,2
- Allocation pour jeune enfant	1 783	-36,7
- APE, AFEAMA, AGED	5 052	-4,9
- PAJE	1 809	
- Monoparentalité	1 927	+5,6
- Allocation de rentrée scolaire	1 370	+2,4
- Logement	3 473	+6,3
- Handicapés	5 304	+5,1
- Frais de tutelle	195	+6,7
- Autres	120	+0,2
Les prestations extra-légales (action sociale)	2 879	+17,6
Les transferts versés :	9 510	+3,4
- AVPF	3 885	+3,6
- Majoration pour enfant (FSV)	1 965	+3,7
- Congé paternité	222	+7,5
- Financement FNH-FNAL	3 271	+2,8
- Autres transferts versés	167	+4,7
Les charges de personnel et autres charges de gestion courante	1 794	+4,0
Les charges diverses	714	
Total	49 204	+ 4,5

Source : CNAF

1 – Une augmentation importante des prestations familiales*a) Les prestations d'entretien (hors petite enfance)*

La base mensuelle des allocations familiales (BMAF), sur laquelle le niveau de la plupart des prestations familiales est indexé, a été augmentée de 1,7 % au 1^{er} janvier 2004. Les allocations familiales (+2,2 %), le complément familial (+1,2 %), de même que l'allocation de rentrée scolaire (+2,4 %), ont connu des progressions relativement comparables à celles de la BMAF, les écarts étant principalement dus à des facteurs démographiques de faible ampleur sur l'année et à l'évolution des ressources des parents pour le complément familial et l'allocation de rentrée scolaire.

b) Les prestations spécifiques à la petite enfance

Les prestations spécifiques à la petite enfance sont composées des aides à la garde du jeune enfant, de l'aide au libre choix d'activité et des prestations d'entretien. En absence d'évolution démographique marquée (le nombre des naissances a été sensiblement identique en 2004 à celui des deux années précédentes) et en rappelant que l'augmentation de la BMAF a été de 1,7 %, ces trois composantes ont augmenté de la façon suivante :

- les dépenses relatives à la garde du jeune enfant ont continué à augmenter fortement (+10,4 %) en raison du choix des parents qui ont de plus en plus recours à une assistante maternelle agréée et du succès de l'AFEAMA dont les modalités ont été reprises et améliorées dans la PAJE (les dépenses au titre de l'AFEAMA avaient augmenté de 5,0 % en 2003, 10,3 % en 2002 et 10,4 % en 2001) ;
- après une faible augmentation en 2003 (+1,25 %), les dépenses relatives au libre choix d'activité ont augmenté d'un peu plus de 2,5 % en 2004 en raison principalement de l'augmentation du nombre de bénéficiaires, conséquence de l'extension au premier enfant autorisée par la PAJE ;
- les prestations d'entretien du jeune enfant (entre 7^{ème} mois de grossesse et 3 ans de l'enfant) ont augmenté de près de 7,5 % en 2004, ce qui constitue un renversement de tendance dû principalement à la création de la PAJE (en 2003, la dépense au titre de l'APJE avait baissé de 0,13 %).

Au total, la dépense au titre des prestations légales spécifiques à la petite enfance a progressé de 512 M€, soit une augmentation de 6,3 % très supérieure à l'augmentation des recettes de la branche.

c) L'allocation de parent isolé

De même que les autres prestations liées à la précarité (les dépenses relatives au RMI ont ainsi augmenté de 10,7 % en 2004), l'allocation de parent isolé a connu une forte croissance, passant de 833 M€ en 2003 à 900 M€ en 2004, soit une augmentation de 8,0 % due principalement à l'augmentation du nombre de parents nouvellement isolés et éligibles⁹³. Cette augmentation des dépenses n'a pas d'effet sur

93. L'API est versée pendant une durée maximale de 12 mois (ou pour une durée plus longue mais limitée aux trois ans de l'enfant pour les parents isolés de très jeunes enfants) aux parents isolés dont les revenus sont très faibles.

le solde de la branche car la dépense au titre de l'API est intégralement remboursée par l'Etat.

d) Les aides au logement

Après une progression de 7,9 % en 2001 et de 6,1 % en 2002, en raison principalement de la réforme des aides mise en œuvre à la suite de la LFSS pour 2001, les aides au logement n'avaient augmenté que de 1,2 % en 2003, principalement du fait de l'absence de revalorisation des barèmes due à différents retards. Cette revalorisation ayant eu lieu au second trimestre 2004 avec effet rétroactif au 1^{er} juillet 2003, les dépenses ont augmenté de 6,3 % en 2004, entraînant une charge supplémentaire de 206 M€ par rapport à 2003.

e) Les aides aux personnes handicapées

L'allocation aux adultes handicapés (AAH) et son complément ont représenté une dépense totale de 4 812 Md€, soit une augmentation de 5,1 % due principalement à la hausse du nombre de bénéficiaires. Cette progression n'a pas d'incidence sur le solde financier de la branche car les dépenses au titre de l'AAH et de son complément sont intégralement remboursées par l'Etat.

De plus, les dépenses relatives à l'allocation d'éducation spéciale (AES)⁹⁴ sont passées de 468 M€ en 2003 à 492 M€ en 2004, soit une progression de 5,1 %, très inférieure aux progressions de 20,8 % et 10,9 % enregistrées en 2003 et 2002 (progressions dues principalement à la réforme intervenue en avril 2002).

2 – Une très forte augmentation des dépenses d'action sociale

Après une forte croissance en 2002 (+13 %) suite à l'impulsion donnée par la COG 2001/2004 et une croissance plus modérée en 2003 (+3,6 %), les prestations d'action sociale ont à nouveau augmenté très fortement en 2004, passant de 2 449 M€ à 2 879 M€ (+17,6 %).

Si les contrats temps libre continuent d'augmenter, s'élevant à 269 M€ contre 187 M€ en 2003, le surcoût total de 430 M€ est principalement dû à la progression des prestations de service relatives à la petite enfance. Les prestations de service ordinaires sont ainsi passées de 999 M€ à 1 183 M€ et les contrats enfance de 411 M€ à 545 M€ en

94. Allocation renommée « allocation d'éducation de l'enfant handicapé » par la loi du 11 février 2005.

raison, en particulier, de la forte croissance ces dernières années des dépenses d'investissement permettant la création de nouvelles places de crèches et de haltes-garderies (ce qui entraîne mécaniquement une hausse des coûts de fonctionnement les années suivantes).

3 – Une relative stabilité du transfert de la branche au profit du FSV

L'article 25 de la LFSS pour 2001 a prévu la prise en charge progressive par la CNAF des majorations de pensions pour enfant, avantage non contributif financé par le FSV depuis 1993. Cette prise en charge a joué un rôle majeur ces dernières années dans la dégradation du solde de la branche : en 2003, par exemple, le taux était passé de 30 % à 60 %, entraînant des charges supplémentaires à hauteur de près de 1 Md€ pour la branche famille.

L'article 62 de la LFSS pour 2004 a maintenu le taux à ce niveau de 60 % et l'évolution des dépenses au titre de ce transfert n'a donc eu qu'une incidence limitée sur l'évolution du solde de la branche en 2004 (augmentation de 70 M€, soit 3,7 %).

Chapitre II

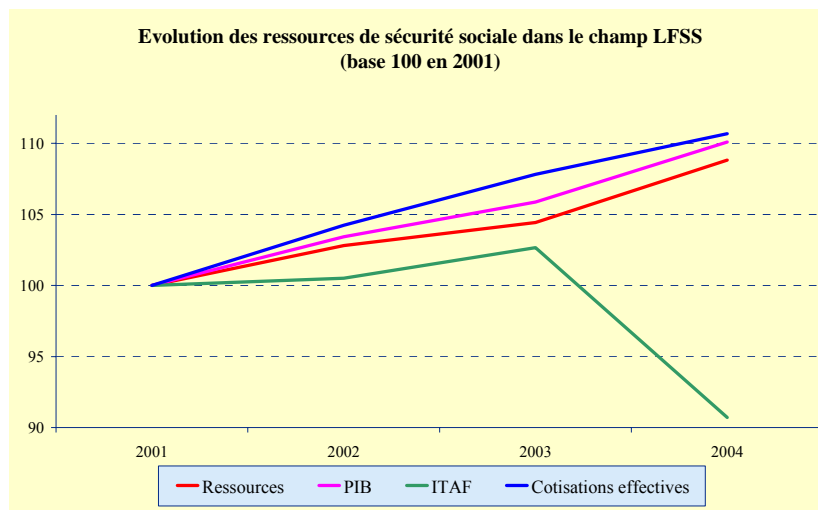
Les ressources des régimes de sécurité sociale

PRESENTATION

Ce chapitre présente les ressources des régimes de base d'une part et du régime général d'autre part ainsi que les fonds qui concourent au financement de la sécurité sociale. Il examine ensuite les résultats du recouvrement des cotisations et contributions par les URSSAF et les CGSS, des impôts et taxes effectués par l'Etat pour le compte des régimes et du remboursement par l'Etat des exonérations de cotisations dues aux régimes de sécurité sociale ainsi que l'état des créances détenues par les organismes de sécurité sociale sur l'Etat.

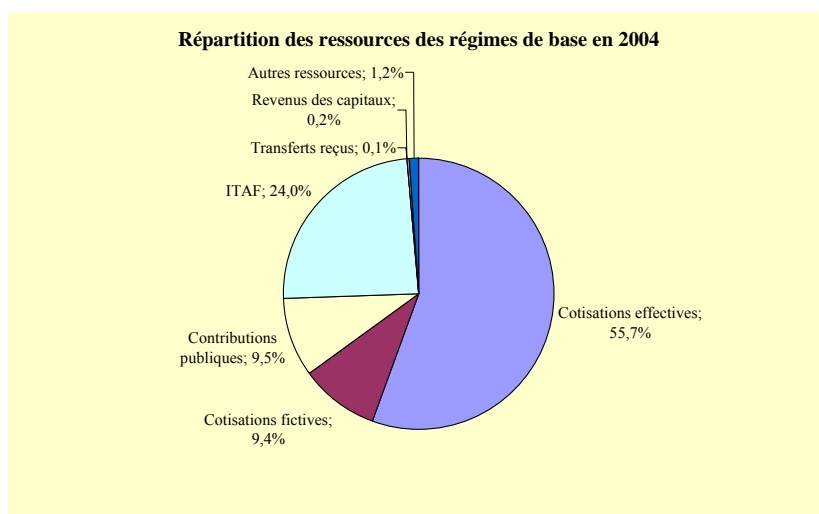
I - Présentation des évolutions sur quatre ans

Au cours des quatre dernières années, les ressources totales des régimes de sécurité sociale dans le champ de la loi de financement ont évolué légèrement moins vite que le PIB du fait notamment de la forte décroissance des impôts et taxes affectés intervenue en fin de période. Toutefois, les cotisations effectives présentent en fin de période une croissance légèrement plus rapide que le PIB.

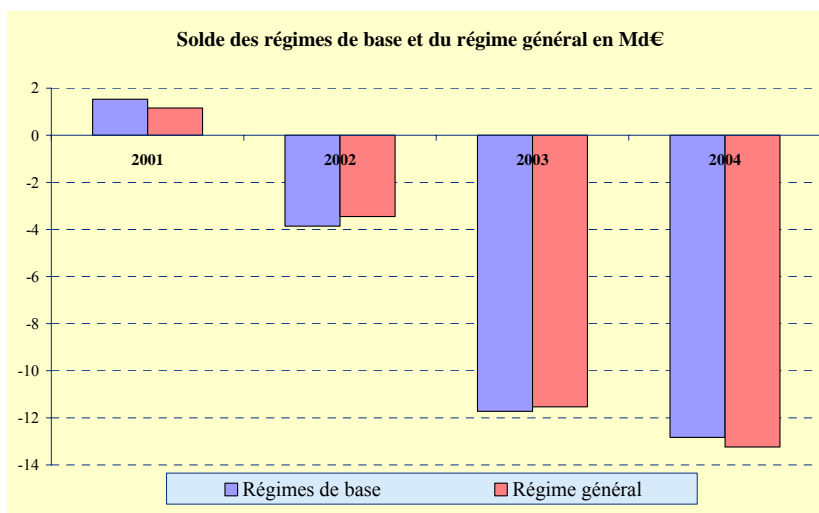


La part respective des différentes ressources dans le total des régimes de base évolue très peu d'une année sur l'autre. Celle des cotisations effectives reste prépondérante et représente 55,7 % du total en 2004 (54,8 % en 2001). Il convient d'y ajouter les cotisations fictives, qui correspondent aux prestations directes versées par certains employeurs

publics (prestations familiales et pensions notamment) et qui accusent un léger recul (9,4 % contre 9,8 % en 2001). Par ailleurs, la part des impôts et taxes affectés (ITAF), dont la CSG constitue l'essentiel, diminue de 28,8 % en 2001 à 24,0 % en 2004 tandis que celle des contributions publiques augmente de 4,5 % à 9,5 %, du fait de l'intégration des cotisations prises en charges par l'Etat (suite à la suppression du FOREC).



Enfin, l'évolution sur quatre ans des soldes des régimes de base souligne la poursuite de la forte dégradation observée en 2002, due pour l'essentiel à celle du régime général.



II - Les évolutions des ressources

A – Les mesures de la loi de financement qui affectent les ressources

Pour apurer la dette du FOREC relative aux exonérations de cotisations sociales de 2000, dont les conditions ont été fixées par la loi de financement pour 2003, l'article 2 de la LFSS pour 2004 a prévu que la CADES verserait le 1^{er} avril 2004 la somme de 1,097 Md€ à l'ACOSS au profit des trois caisses nationales du régime général. Cette somme vient en déduction, dans les comptes des caisses nationales du régime général, des montants inscrits en provisions au 31 décembre 2001. L'ACOSS répartit cette somme au prorata des créances comptabilisées dans les comptes de chacune des branches.

Comme en 2003, ce remboursement doit être considéré comme un produit exceptionnel.

L'article 3 de la LFSS a en outre supprimé le FOREC à compter du 31 décembre 2003 et inscrit directement au budget de l'Etat le remboursement des exonérations de cotisations sociales. La Cour a rendu compte l'an passé des conditions de liquidation du fonds⁹⁵. D'autres dispositions de la loi de financement affectent les recettes, notamment l'article 4 qui modifie le pourcentage des droits de consommation sur les tabacs affectés à la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, qui passe de 15,2 à 21,4 %.

95. Au 30 juin, le compte de clôture a fait apparaître une trésorerie positive de 3,6 M€ qui a été reversée à l'Etat.

B – Les ressources des régimes de base en 2004

Les ressources des régimes de base - Prévisions et réalisations (en droits constatés)

En Md€

Catégories de recettes	Réalisations 2003 (1)	LFSS 2004 initiale (2)	Agrégats révisés LFSS 2005	Réalisations 2004 (3)	Réalisations 2004/réalisations 2003 (3)/(1) (%)	Ecart entre réalisations et LFSS initiale (3)-(2)
Cotisations effectives*	181,2	187,3	185,5	186,4	2,6%	-0,9
Cotisations fictives	29,9	31,4	31,8	31,4	5,1%	0,0
Contributions publiques	14,1	31,5	31,1	31,8	125,2%	0,3
dont : cotisations prises en charge par l'Etat	2,5	19,5	19,7	19,8	692,0%	0,3
Impôts et taxes affectés	90,9	80,7	80,1	80,3	-11,6%	-0,4
dont : FOREC	16,2					
Transferts reçus	0,2	0,1	0,2	0,2	-7,8%	0,1
Revenus des capitaux	1,0	1,0	0,9	0,8	-12,4%	-0,2
Autres ressources	4,0	4,1	3,7	3,9	-2,3%	-0,2
Total des recettes	321,3	336,1	333,3	334,8	4,1%	-1,3

*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

Le montant total des recettes est plus élevé que l'objectif révisé de septembre 2004 de 1,5 Md€, tout en restant en dessous des prévisions de la LFSS 2004 (-1,3 Md€).

C – Les ressources du régime général

Les ressources du régime général s'établissent à 248,2 Md€ en 2004, soit une progression de 4,4 % par rapport à 2003. Les cotisations sociales s'élèvent à 147,8 Md€, soit une augmentation de 2,8 % seulement. Le produit de la CSG affecté au régime général augmente de 3 % pour s'établir à 50,1 Md€ et l'ensemble des impôts et taxes affectées de 4,4 % à 53,2 Md€.

Les ressources du régime général*En Md€*

	2003	2004	Variation
Cotisations	143,8	147,8	2,8 %
- Cotisations des assurés	30,5	31,3	
- Cotisations des employeurs	113,3	116,5	
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	0,2	0,2	61 %
Contributions publiques	8,3	25,0	201 %
dont cotisations prises en charge par l'Etat	2,5	18,8	652 %
Impôts et taxes affectés	51,0	53,2	4,4 %
dont CSG	48,6	50,1	3,0 %
Transferts divers entre organismes de sécurité sociale et assimilés	26,7	12,0	- 55,1 %
Remboursement de la Cades	1,2	1,1	/
Autres ressources	6,6	8,9	/
Total des ressources consolidées	237,8	248,2	4,4 %

Source : Direction de la sécurité sociale

La suppression du FOREC, dont les ressources étaient comptabilisées en transferts entre organismes de sécurité sociale, a entraîné la réaffectation des ressources dans la catégorie des contributions publiques. Le montant total des cotisations prises en charge par l'Etat continue d'augmenter pour atteindre 18,8 Md€ en 2004, contre 17,7 Md€ en 2003 (Etat et FOREC), soit une progression de 6,2 % d'une année sur l'autre.

III - Les organismes qui concourent au financement des régimes de sécurité sociale

A – Le fonds de solidarité vieillesse (FSV)

1 – Une situation de plus en plus dégradée

En 2004, le FSV a de nouveau affiché un résultat déficitaire qui, ajouté aux déficits antérieurs constatés depuis 2002, aboutit à un déficit

cumulé de 1,75 Md€ au 31 décembre 2004 contre un excédent de 1,23 Md€ fin 2001.

En Md€

	2001	2002	2003	2004	01 / 04 %
Produits	12	11,0	12,5	13,4	+ 10,8
dont :					
- CSG	9,3	9,1	9,3	9,6	+ 0,3
- Prélèvement social de 2 %	0,4	0,4	0,4	0,4	-
- C3S	0,6	0,6	0,9	1,3	+ 217
- Transfert CNAF	0,5	1,0	1,9	2,0	+ 300
- Autres*	0,8	/	0,2	0,1	- 700
Charges	12	12,4	13,4	14,0	+ 16,6
dont :					
- Prestations prises en charge	5,5	5,6	5,7	5,9	+ 7,2
- Cotisations prises en charge	6,0	6,6	7,4	7,9	+ 31,6
- Gestion courante		2,9	2,4	1,9	- 22,1
Solde de l'exercice	0,1	- 1,4	- 0,9	- 0,6	/
Solde cumulé	1,2	-0,1	-1,1	-1,7	/

* Produits exceptionnels et (pour 2001) taxe de prévoyance

Source : FSV

Cette situation va encore s'aggraver en 2005 puisque, en l'absence de toute mesure significative prise en 2004⁹⁶, le déficit cumulé prévu fin 2005 devrait atteindre 3,6 Md€⁹⁷, soit près de 25 % du total des ressources du FSV.

Les raisons de cette dégradation résident dans l'évolution contrastée entre des dépenses constamment dynamiques et des recettes peu stables et au périmètre variable.

96. Aucune mesure n'a été inscrite dans la LFSS 2004 et les recettes nouvelles affectées au FSV, à compter de 2004, par la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites n'ont qu'une importance marginale.

97. Ce montant figure dans le procès verbal du conseil d'administration du FSV du 21 juin 2005 mais en tenant compte des dernières prévisions de l'UNEDIC et de la revalorisation du SMIC intervenue au 1^{er} juillet, le déficit cumulé atteindra 3,8 Md€ fin 2005.

S'agissant des dépenses, la progression de celles correspondant à la prise en charge des cotisations retraite pour les chômeurs a été sans commune mesure (+31 % entre 2001 et 2004⁹⁸) avec celle des autres prestations prises en charge, à savoir les diverses allocations du minimum vieillesse ainsi que les majorations de pensions pour les parents ayant trois enfants et plus (7,2 %).

Pour ce qui concerne les ressources, le dispositif a été notablement modifié en 2000 : des recettes stables (part de CSG, droits sur les boissons, taxe de prévoyance) ont été remplacées par des recettes en baisse ou sujettes à de fortes variations. Ainsi la part de CSG affectée au FSV a été diminuée (passant de 1,3 point à 1,15 en 2001 et 1,05 en 2002). D'autre part, la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) affectée au FSV est fortement dépendante de facteurs extérieurs⁹⁹ et son montant baissera de manière importante en 2005 puisqu'il passera de 1,3 Md€ en 2004 (constat) à 0,4 Md€ (prévision) en 2005. Quant à la contribution de la CNAF, elle ne correspond en 2004 qu'à 60 % des majorations de pensions servies aux parents de trois enfants. A l'avenir, l'augmentation de ce taux se heurtera au déficit de la branche famille constaté en 2004.

Cette situation déficitaire a eu également des conséquences dommageables pour le fonds de réserve des retraites (FRR). A l'origine, le plan de financement de ce dernier intégrait l'excédent du FSV : ainsi, en 2000, sur un objectif de 1 000 MdF (soit 152 Md€) prévu à l'horizon 2020, 300 MdF devaient provenir du FSV. A ce jour, 287 M€ ont été versés au FRR au titre du seul exercice excédentaire (année 2000) du FSV.

2 – Une situation non conforme au droit

Le FSV est un établissement public administratif de l'Etat dont, conformément à l'article L. 135-3, « les recettes et les dépenses doivent être équilibrées dans les conditions prévues par les lois de financement de

98. Le nombre de chômeurs pris en charge par le FSV correspond aux chômeurs indemnisés et à 29 % des chômeurs non indemnisés. Sur ces bases, le FSV a pris en charge en 2001 2, 877 millions de chômeurs et en 2003 3, 287 millions de chômeurs.

99. La C3S est prioritairement affectée aux régimes des travailleurs indépendants lorsque ceux-ci connaissent des résultats déficitaires, comme cela est prévu pour 2005.

la sécurité sociale »¹⁰⁰. Depuis 2002, cette règle n'est plus respectée en dépit des nombreuses alertes faites par le président du conseil d'administration auprès des autorités de tutelle. La représentation nationale a également relevé cette situation lors de l'examen de la loi de financement de sécurité sociale pour 2005.

Les tutelles, pour justifier l'absence dans les dernières lois de financement de la sécurité sociale de mesures permettant de remédier à cette dégradation, se fondent sur une interprétation de l'article L. 135-3 selon laquelle le FSV peut afficher un résultat déficitaire dès lors que le Parlement est correctement informé des modalités de son équilibre financier. La Cour estime que cette interprétation est erronée, dès lors qu'aucune ressource de trésorerie ne figure dans la liste limitative des ressources du FSV que fixe l'article L. 135-3.

La Cour estime que le texte de la loi ne permet pas une telle interprétation et, en tout état de cause, n'autorise pas le cumul de déficits récurrents, qui plus est croissants.

Devant ces difficultés, le FSV a été conduit à recourir, à compter de 2002, à un expédient inadapté à un déficit structurel. La solution mise en œuvre a consisté à honorer intégralement la prise en charge de toutes les prestations mais à faire des versements de cotisations chômage (qui sont des dépenses différées) la variable d'ajustement et ce en réduisant à due concurrence de la trésorerie disponible les acomptes prévus à ce titre pour les deux seuls régimes qui en sont bénéficiaires, la CNAVTS et la CCMSA. Le système fait donc peser toute la charge financière du déficit cumulé sur ces régimes et ce sans la moindre compensation financière. En retour, ceux-ci voient leurs créances sur le FSV croître mécaniquement. Au 31 décembre 2004, ces créances se montaient à 2,2 Md€ pour la CNAVTS et à 38 M€ pour la CCMSA.

3 – Une situation qui demande une solution rapide et durable

La Cour a examiné les diverses solutions susceptibles d'être mises en œuvre pour remédier à cette situation. D'emblée, elle a estimé qu'il convenait d'écarter toute possibilité de transfert de la dette du FSV à la CADES ainsi que tout recours à l'emprunt, un fonds de financement ne pouvant en aucun cas être refinancé par un emprunt.

100. A l'occasion de la réécriture de cet article lors de la discussion de la loi de financement pour 1999, le rapporteur a été sans ambiguïté : « la rédaction proposée est plus précise que celle de la loi de 1993. Les recettes et les dépenses du FSV doivent être équilibrées. A défaut, il convient que la loi de financement définisse les conditions de l'équilibre du fonds ».

Les modalités de calcul des cotisations afférentes aux périodes de chômage peuvent prêter à critique, car elles sont fondées sur une série de conventions qui aboutissent au calcul de versements supérieurs au coût actuel de la validation de ces périodes pour le calcul des pensions¹⁰¹. Mais toute réforme de ce dispositif, qui ne pourrait que diminuer le montant des dotations à la CNAVTS, aurait des conséquences mécaniques sur ses comptes et dégraderait, à due concurrence, les résultats du régime. Cette solution n'aurait de sens que dans un contexte où la CNAVTS serait en situation d'excédent durable et significatif. Elle n'est donc pas envisageable pour les années à venir.

D'autres mesures permettraient de diminuer le déficit. Le caractère inégalitaire des majorations de pensions pour enfants (du fait qu'elles sont non imposables, proportionnelles aux pensions et servies aux deux parents pensionnés) est maintenant bien établi. La Cour a proposé à plusieurs reprises d'assujettir ces majorations à l'impôt sur le revenu¹⁰² (ce qui procurerait environ 435 M€ supplémentaires à l'Etat) ou, au moins, de les rendre forfaitaires (ce qui réduirait les dépenses mises à la charge du FSV). Elle considère aussi que l'exportation des « compléments retraite » qui a été instituée (article L. 815-30 du code de la sécurité sociale) pour les non-résidents en France (et qui est à l'origine d'effets d'aubaine importants)¹⁰³ n'est ni justifiée par la nature de la prestation ni requise par les règlements communautaires. Au minimum, le calcul de cette prestation devrait être modulé en fonction de la durée de travail effectuée.

Une baisse du chômage ne permettra pas non plus de résorber le déficit actuel. Sur la base des modalités de calcul actuelles, une

101. La cotisation forfaitaire annuelle payée en 2003 par le FSV à la CNAVTS était de 2 091 € par chômeur. Peu d'études ont été menées jusqu'à présent pour évaluer le coût réel des validations des périodes de chômage. La Cour a calculé que pour les retraités 2001, pour une pension moyenne de 6 195 €, les trimestres utiles cotisés au titre du chômage ont représenté dans ce total la quote-part de 216 €. Des études récentes faites par la CNAVTS montrent que la définition du niveau des compensations à accorder à ce titre aux régimes de retraite est une opération complexe. Avant toute réforme de fond ce dossier doit donc faire l'objet d'études complémentaires approfondies et partagées.

102. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2004, pages 368-389.

103. A titre d'exemple, un assuré ayant travaillé un trimestre bénéficie de ressources mensuelles d'un montant actuel de 237,48 € composé de 3,95 € de droits propres et d'une majoration au titre de l'article L. 814-2 de 233,52 €. La prestation de l'article L. 815-30 a été substituée à celle de l'article L. 814-2.

diminution de 300 000 chômeurs sur les années 2004-2008 n'entraînerait qu'une économie de 600 M€ sur la période.

Dans ces conditions, si l'on veut maintenir le FSV, les seules solutions possibles consistent soit dans l'augmentation de la CSG affectée au FSV, soit dans l'attribution au FSV d'une dotation budgétaire d'équilibre à l'instar de ce que prévoit la loi instaurant le FFIPSA¹⁰⁴.

Les conséquences du déficit du FSV qui sera constaté au 31 décembre 2005 (près de 4 Md€) devront être tirées dans le bilan d'ouverture des comptes de l'Etat prévu à partir de l'exercice 2006¹⁰⁵ en fonction de la solution retenue pour financer les dépenses courantes du fonds et apurer son passif.

B – Le budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA)

Les dépenses du BAPSA se sont établies en 2004 à 17,8 Md€, nettement au dessus de la prévision initiale de 15 Md€. Dans le même temps, les recettes se sont établies à 14,6 Md€, légèrement en deçà de la prévision initiale de 15 Md€.

Evolution des dépenses et des recettes du BAPSA

			<i>M€</i>		
Dépenses	2003**	2004***	Recettes	2003	2004***
Maladie – maternité	5 998	6 731	Cotisations	1 717	1 703
Retraite	8 078	10 115	Compensation	5 694	5 723
Autres	824	1 001	Impôts et taxes*	4 667	4 986
			Autres (dont Etat)	2 848	2 249
Total	14 900	17 847	Total	14 926	14 661

*les recettes de TVA et des autres taxes sont nettes des dégrèvements.

** encaissements-décaissements.

*** droits constatés.

Source : BAPSA

Les écarts par rapport aux prévisions résultent :

- en matière de charges, d'une sous-estimation de la croissance des dépenses d'assurance maladie des exploitants agricoles et de l'absence

104. L'article L. 731-4 du code rural issu de la loi du 30 décembre 2003 instituant le FFIPSA prévoit que « les recettes du FFIPSA sont constituées, au titre de recettes techniques, d'une dotation budgétaire de l'Etat destinée, le cas échéant, à équilibrer le FFIPSA ».

105. Voir le rapport de la Cour sur les comptes de l'Etat, juin 2005, p. 49.

de prise en compte de l'impact de la mensualisation des retraites versées à ces mêmes exploitants¹⁰⁶ ;

- en matière de produits, d'une surestimation forte des recettes attendues du droit de consommation sur les tabacs qui a été substitué aux recettes de TVA.

Les comptes du BAPSA ont été tenus jusqu'à son extinction en encaissement-décaissement, à l'instar de ceux de l'Etat. Le basculement vers le FFIPSA a conduit à établir un compte en droits constatés qui intègre des opérations de trésorerie comme la mensualisation des retraites ou les versements relatifs au mois de décembre effectués en début d'année suivante. Le compte ainsi établi fait apparaître au 31 décembre 2004 un report à nouveau négatif de 3,2 Md€¹⁰⁷. Cette situation a conduit l'Etat à demander à la CCMSA d'augmenter le montant de l'emprunt qu'elle porte pour le compte du BAPSA. Ce déficit cumulé correspond à une créance sur l'Etat qui devra figurer en tant que telle dans le bilan d'ouverture du fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA) qui a remplacé le BAPSA à dater du 1^{er} janvier 2005. En outre, le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie a annoncé, lors de la présentation du PLF 2005 en novembre 2004, que pour l'exercice 2005 un déficit supérieur à 1,5 Md€ viendrait s'ajouter au déficit constaté fin 2004.

C – Le fonds de réserves des retraites

Les ressources nouvelles affectées au FRR continuent de décroître sensiblement d'une année sur l'autre : 5,5 Md€ en 2002, 3,3 Md€ en 2003 et seulement 2,1 Md€ en 2004. Le prélèvement social de 2 % sur les revenus du capital constitue la seule recette qui continue de croître. Les autres recettes (caisses d'épargne, privatisations, UMTS) n'existent plus ou sont en recul, comme le reversement des excédents de la CNAVTS.

106. Prévue par la loi du 21 août 2003, la mensualisation s'est appliquée à compter du 1^{er} janvier 2004. Les retraites des exploitants agricoles étaient jusque là versées à trimestre échu. Elle représente un surcoût de 1,3 Md€ qui, bien que prévisible, n'a pas été intégré dans les prévisions budgétaires pour 2004. Son financement a été couvert par un emprunt de la CCMSA. Cet emprunt a plus que doublé de 2003 à 2004 (de 1 Md€ à 2,3 Md€) pour que le découvert du BAPSA soit réduit de moitié, de 2,6 Md€ à 1,3 Md€ (hors remboursement de l'APL).

107. Voir le rapport de la Cour sur les résultats et la gestion budgétaire, juin 2005, page 54.

Les ressources et le résultat cumulé du FRR

En Md€

	2002	2003	2004
Abondements	5,5	3,3	2,1
- Excédent de la CNAV (N-1)	1,5	1,7	0,9
- Prélèvement social de 2 %	1,1	1,1	1,2
- Caisses d'épargne	0,7	0,4	/
- UMTS	0,6	0,0	/
- Recettes des privatisations	1,6	0,0	/
- Réserves retraite de la CPS Mayotte	0,0	0,1	/
Produits financiers	0,3	0,4	0,4
Résultat cumulé au 31 décembre	12,8	16,5	19,0

Source : Direction de la sécurité sociale

Au 31 décembre 2004, le solde cumulé s'établit à 19 Md€ (hors plus-values latentes évaluées à 0,3 Md€) contre 16,5 Md€ un an auparavant. Il demeure insuffisant pour assurer le respect du plan de charge initialement prévu (152 Md€ à l'horizon 2020).

IV - Le recouvrement des ressources

A – Les ressources recouvrées par les URSSAF et les CGSS

1 – Les résultats d'ensemble

Les URSSAF et les CGSS recouvrent pour le compte du régime général et du FSV les cotisations sociales, la plus grande partie de la CSG et, depuis le 1^{er} juillet 2004, la contribution solidarité pour l'autonomie (CSA) versée par les employeurs privés et publics.

Les cotisations sociales recouvrées en 2004 se sont élevées à 143,4 Md€, dont 139,6 Md€ sur les actifs salariés, en progression de 2,7 % par rapport à 2003.

La CSG recouvrée en 2004 s'est élevée à 65,7 Md€, en progression de 2,6 % par rapport à 2003. Elle se répartit à raison de 46,3 Md€ pour les régimes d'assurance maladie, 10,0 Md€ pour la CNAF et 9,6 Md€ pour le FSV.

Montants de la CSG affectés aux différentes branches*En Md€*

	2003	2004
CSG maladie	45,0	46,3
dont : affectée à la CNAM	38,9	40,1
CSG affectée à la CNAF (1,1 point)	9,7	10,0
CSG affectée au FSV (1,05 point)	9,3	9,6
TOTAL CSG (DOM et métropole)	64,0	65,9

Source : ACOSS et direction de la sécurité sociale

Enfin, la contribution solidarité pour l'autonomie (CSA) s'est élevée pour le second semestre 2004 à 612 M€. En outre, la loi de financement pour 2004 a transféré aux URSSAF le recouvrement, assuré antérieurement par l'ACOSS, des contributions à la charge des laboratoires pharmaceutiques et des grossistes répartiteurs. En 2004, elles se sont élevées à 600,2 M€ contre 442,8 M€ en 2003.

2 – Les versements de l'Etat employeur

L'article 74 de la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2004 fait obligation à la Cour de rendre compte dans son rapport sur la sécurité sociale de l'application de la législation de sécurité sociale par l'Etat et des contrôles effectués par la Cour sur les administrations centrales et par les URSSAF et les CGSS sur les services déconcentrés. La Cour a fait état dans son rapport 2004¹⁰⁸ de ses premiers contrôles et formulé trois recommandations :

- aligner l'assiette des cotisations des employeurs publics sur le droit commun du régime général ;
- déterminer avec une plus grande rigueur l'assiette des cotisations sociales des agents publics occasionnels ou pluriactifs ;
- enfin, renforcer les contrôles des versements des cotisations sociales de ces personnels, notamment à partir d'une meilleure coordination entre les services ordonnateurs, le Trésor public et les URSSAF.

La première recommandation n'a pas fait à ce jour l'objet de la moindre avancée. La Cour rappelle que la perte de recettes pour le régime général avait été estimée en 2003 à 3 Md€ pour l'ensemble des fonctionnaires, dont 2 Md€ au seul titre de l'Etat. La juridiction réitère sa recommandation.

108. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2004, p. 71 à 75.

En revanche, à la demande de la direction de la sécurité sociale, un groupe de travail a été mis en place avec l'ACOSS et la direction générale de la comptabilité publique, en vue de parvenir à un contrôle effectif des versements des cotisations sociales par l'Etat. A cette fin, des contrôles test ont été effectués dans deux rectorats (Dijon et Besançon), la DRASS du Centre et la DDASS d'Ile et Vilaine. Ces contrôles, qui portent sur les cotisations dues au titre des emplois permanents et occasionnels, ont donné lieu à des observations adressées aux administrations concernées.

De son côté, la Cour a entrepris des contrôles analogues sur une administration centrale. Elle a également engagé une enquête générale sur les avantages en nature en vue de définir une méthodologie de contrôle. Le prochain rapport sur la sécurité sociale rendra compte des résultats de ces contrôles.

Enfin, la Cour a fait procéder, dans le cadre des travaux préparatoires à la certification des comptes de l'Etat, à un audit de l'application PAY qui assure la liquidation des rémunérations des agents civils de l'Etat dans le cadre de la procédure de paye sans ordonnancement préalable. Il en a été rendu compte dans le rapport sur les comptes de l'Etat de juin 2005¹⁰⁹.

a) Les versements de l'Etat employeur au régime général

Les montants des cotisations sociales maladie versées au titre des agents titulaires et des ouvriers de l'Etat se sont élevés en 2004 à 4,24 Md€ contre 4,1 Md€ en 2003, soit une progression de 1,65 %. Au titre de ses agents non titulaires, les cotisations maladie se sont élevées à 166,6 M€ et les cotisations retraite à 87 M€, en baisse sensible respectivement de 13,5 % et de 25,5 % par rapport à 2003. Ces montants sont toutefois affectés par les problèmes créés par la refonte de la nomenclature budgétaire relative aux rémunérations qui ne permet plus d'identifier précisément le statut (permanent ou non) et la nature des cotisations ou prestations versées par type de risque. Une telle situation rend difficiles les vérifications sur le versement des cotisations et contributions dues par l'Etat employeur.

La Cour estime que la globalisation des dépenses de personnel ne doit pas être incompatible avec le respect de la réglementation précisant la nomenclature par nature. Elle souhaite en conséquence que soit évité tout regroupement de dépenses de personnel, notamment de rémunération, de cotisations et contributions sociales et de prestations sociales obligatoires.

109. Pages 42 et 43.

Enfin, en 2004, l'Etat assurait encore directement le versement des allocations familiales à ses agents¹¹⁰. A ce titre, il a versé à la CNAF un solde compensatoire correspondant à la différence entre le montant versé et les cotisations dont il est redevable. En 2004, ce solde s'est élevé à 1,7 Md€ contre 1,6 Md€ en 2003, soit une progression de 3,9 %¹¹¹.

De son côté, la CNAF rembourse à l'Etat le montant des allocations versées aux agents au titre des congés de paternité (d'une durée de 15 jours) sur la base d'un état récapitulatif présenté à la CNAF par le ministère du budget. La Cour constate que ce dernier n'a pas été en mesure de présenter ces dernières années l'état des bénéficiaires. A titre de provision, la CNAF a reconduit en 2004 le montant des remboursements de 2003 arrêté à 12,7 M€.

b) Le versement par l'Etat de la contribution de solidarité pour l'autonomie

Depuis le 1^{er} juillet 2004, l'Etat s'acquitte comme tout employeur de la contribution solidarité pour l'autonomie de 0,3 % des revenus d'activité qui a contribué en 2004 au financement de l'ONDAM¹¹². Sur les six mois de l'année 2004, le montant de la CSA versée par l'Etat pour les agents titulaires et non titulaires s'est élevé à 68,9 M€.

B – Les impôts et taxes affectés aux organismes de sécurité sociale et recouvrés par l'Etat

En plus de la CSG sur les revenus d'activité et de remplacement recouvrée par les URSSAF et les CGSS, une partie des impôts et taxes est affectée aux régimes de sécurité sociale par les services de l'Etat : il s'agit de plusieurs contributions sociales (CSG et prélèvement de 2,3 % sur les placements, les revenus du patrimoine et les jeux), de taxes et droits de consommation sur les tabacs, d'une cotisation spéciale sur les boissons alcooliques, de taxes sur les premix et de la contribution de solidarité pour l'autonomie.

La Cour a procédé au contrôle des impôts et taxes recouvrés par l'Etat pour le compte des organismes sociaux dans la perspective des opérations futures de certification des comptes de l'Etat et des comptes

110. Le transfert aux CAF intervient progressivement au cours de l'année 2005.

111. Les restes à recouvrer auprès de l'Etat au titre de l'apurement CNAF s'élevaient au 31 décembre 2004 à 240 M€.

112. Voir le chapitre I sur les dépenses.

combinés des branches du régime général¹¹³. Le total des sommes recouvrées par l'Etat en 2004 et reversées aux régimes sociaux s'est élevé à 15,8 Md€. La CSG sur les revenus du patrimoine, les produits de placement et les jeux (6,7 Md€) et les taxes sur le tabac (6,8 Md€) assurent 85 % de ce montant.

Les impôts et taxes affectés recouverts par l'Etat en 2004

M€

Intitulé	Bénéficiaire(s)	Montant
CSG sur les revenus de patrimoine, les produits de placement et les jeux	Régimes d'assurance maladie, CNAF, FSV, CNSA	6 678,0
Prélèvement de 2,3 % sur les revenus du patrimoine et les produits de placement	CNAVTS – FSV – FRR- CNSA	1 952,0
Taxes et droits de consommation sur les tabacs*	CNAMTS – FCAATA BAPSA	6 812,0
Cotisation spéciale sur les boissons alcooliques	CNAMTS	378,0
Taxe sur les « premix »	CNAMTS	0,2
TOTAL		15 820,2

* dont 4 813 M€ pour le BAPSA

Source : DGDDI et DGI

C – Les versements de l'Etat à la sécurité sociale au titre des prestations versées pour son compte et des exonérations de cotisations sociales

L'Etat rembourse aux organismes de sécurité sociale le montant des prestations que ceux-ci versent pour son compte et des exonérations de cotisations sociales qu'il compense. En 2004, le montant total des dépenses engagées par ces organismes pour le compte de l'Etat s'est élevé à 37,3 Md€ contre 26,0 Md€ en 2003, soit une hausse de 43,5 %.

113. Cf. deuxième partie, chapitre VIII et le rapport de la Cour sur les comptes de l'Etat, juin 2005, p. 39.

Evolution des dépenses à la charge de l'Etat*En M€*

Interventions de l'Etat	2002	2003	2004
- Allocation du RMI, prime de Noël versée aux rmistes	5 343	5 161	283
- Allocation adulte handicapé (AAH)	4 476	4 578	4 763
- Contribution au FNAL	3 034	2 948	2 912
- Contribution au FNAH	2 345	2 291	2 241
- Allocation parent isolé (API)	805	807	770
- Fonds de financement de la CMU	1 150	970	1 036
- Divers	752	859	699
Total I	17 905	17 614	12 704
Contributions de l'Etat aux régimes de sécurité sociale			
- SNCF	2 282	2 315	2 431
- Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat	920	987	1 012
- Financement du BAPSA	559	523	20
- Etablissement national des invalides de la marine	688	745	778
- CANSSM	452	528	628
- Divers	509	640	625
Total II	5 410	5 738	5 494
Compensations de cotisations sociales exonérées			
- Financement formation professionnelle	1 038	1 172	1 157
- Compensation exonérations cotisations	1 164	1 103	17 388
- Action économique	564	140	238
- Divers	23	25	118
Total III	2 789	2 440	18 901
Prestations prises en charge par l'Etat			
- Prestations pensionnés de guerre	171	185	170
- Divers	71	61	71
Total IV	242	246	241
Total Général	26 346	26 038	37 340

Source : Direction générale de la comptabilité publique et organismes sociaux.

Deux modifications, de sens contraire, du périmètre des relations entre l'Etat et les organismes sociaux expliquent pour l'essentiel cette évolution :

- d'une part, l'Etat s'est substitué au FOREC (qui était alimenté par des recettes affectées qui ont ensuite été réintégrées dans le budget de l'Etat) pour assurer le remboursement des exonérations de cotisations sociales (soit 16,2 Md€) ;
- d'autre part, l'Etat a transféré aux départements le revenu minimum d'insertion (RMI) et le revenu de solidarité dans les DOM (RSO), soit au total 4,9 Md€.

D – Les créances des organismes de sécurité sociale sur l'Etat

Comme chaque année la Cour a procédé à un rapprochement entre les versements effectués par l'Etat au titre de ces divers remboursements et les encaissements comptabilisés par l'ACOSS et les autres régimes. Ce rapprochement est complexe car la comptabilité de l'Etat, qui est encore en 2004 et en 2005 en encaissement-décaissement, n'intègre pas au 31 décembre les charges à payer rattachables à l'exercice qui sont en général soldées au cours de la période complémentaire de l'Etat. Seule la comptabilité en droits constatés des organismes de sécurité sociale est retenue ici.

Au 31 décembre 2004, les créances des organismes de sécurité sociale sur l'Etat s'élevaient à 9,1 Md€ contre 7,8 Md€ en 2003 (soit une progression de 15,8 %). Elles correspondent à des produits à recevoir dont près de la moitié sont versées aux organismes lors de l'exercice suivant. Ces créances se répartissaient de la manière suivante :

- 4,9 Md€ pour le régime général en 2004 contre 4 Md€ en 2003, augmentation due à la mise en place de la loi Fillon ;
- 3,9 Md€ pour le régime agricole contre 3,7 Md€ en 2003 (soit +5,2 %), dont l'essentiel est constitué par les créances détenues par la CCMSA sur le BAPSA à savoir 3,2 Md€ ;
- enfin, 228 M€ pour les autres régimes, notamment ceux des travailleurs indépendants.

**Répartition des créances sur l'Etat par régimes bénéficiaires au
31/12/2004**

En M€

Restes à recouvrer au 31/12/2004	Tous régimes de sécurité sociale	Régime général	Régime agricole	Autres régimes*
I - Prestations	3 020,9	3012,0	7,9	1,7
II – Mesures emploi	2 529,2	1942,1	359,9	227,2
III – Autres prestations	3577,7			
BAPSA (hors emprunt)	1 259,8	0	1 259,8	
BAPSA emprunt	2 317,9	0	2 317,9	
Total I +II+III	9 128,0	4 954,1	3 945,5	228,4

* régime des professions indépendantes, CANSSM, ENIM, CRPCEN

Source : ACOSS, CCMSA, CANAM, CNAVPL, ORGANIC, CANCAVA, CANSSM, ENIM, CRPCEN

1 – Les prestations remboursées par l'Etat au régime général

Au 31 décembre 2004, les restes à recouvrer par les caisses nationales du régime général auprès de l'Etat au titre des prestations liquidées pour son compte s'élevaient à 3,0 Md€ contre 2,7 Md€ au 31 décembre 2003. Cette évolution résulte principalement d'une insuffisance des crédits budgétaires ouverts pour plusieurs prestations (API, FNAL et FNH) dont les montants sont restés relativement stables. Le tableau ci-dessous récapitule l'ensemble des restes à recouvrer par les caisses nationales du régime général au titre des prestations que celles-ci liquident et versent pour le compte de l'Etat.

Répartition des créances sur l'Etat pour les prestations par branche du régime général

en M€

	Restes à recouvrer au 31/12/2003	Restes à recouvrer au 31 décembre 2004			
	Ensemble des caisses nationales	Ensemble des caisses nationales	CNAVTS	CNAMTS branche AM	CNAF
Allocation de parent isolé	113,6	240,6			240,6
Revenu minimum d'insertion et prime de Noël	740,9	316,0			316,0
Allocation aux adultes handicapés	365,0	517,3			517,3
Aide médicale d'Etat	479,1	488,9		488,9	
CMU complémentaire	243,3	186,6		186,6	
Fonds national de l'habitat	44,0	336,7			336,7
Fonds national de l'aide au logement (dont ALT)	437,1	656,3			656,3
Divers ¹¹⁴	273,2	269,6	14,2	258,7	-3,3
Total	2 696,3	3012,0	14,2	934,2	2 063,6

Source : Caisses nationales

2 – Le remboursement des exonérations de cotisations sociales

a) Les remboursements de l'Etat en 2004 au régime général

Suite à la reprise par le budget de l'Etat du remboursement des exonérations de cotisations sociales, une nouvelle convention Etat-ACOSS a été signée le 29 décembre 2003 pour redéfinir le calendrier et les montants des versements de l'Etat.

114. Notamment : aide au rachat à la CNAVTS des cotisations des rapatriés, cotisations maladie et maternité des détenus, revenu de solidarité dans les DOM, aide à la scolarité, majoration d'allocation de rentrée scolaire exceptionnelle, remboursement aux organismes de sécurité sociale des dépenses afférentes à l'IVG, fonds spécial d'invalidité.

Concernant la nouvelle mesure d'exonération relative aux repreneurs ou créateurs d'entreprise¹¹⁵, il est précisé qu'aucune ligne budgétaire n'a été affectée à cette mesure contrairement aux dispositions de la loi du 25 juillet 1994 qui a posé le principe d'un remboursement de toute nouvelle exonération postérieure à sa publication, principe renforcé par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

En 2004, l'ACOSS a comptabilisé un produit de 18,5 Md€ correspondant à des encaissements de 17,8 Md€. Les restes à recouvrer, qui étaient en 2003 de 1,3 Md€, passent ainsi à 1,9 Md€, en augmentation de 49 %. Ceux-ci résultent principalement des produits à recevoir du dispositif « Fillon » qui s'est substitué aux exonérations Aubry (1,8 Md€) et du dispositif sectoriel en faveur des DOM (0,13 Md€).

En outre, l'Etat n'a toujours pas apuré sa dette correspondant aux exonérations de 1999 et 2000 antérieures à la mise en place du FOREC, soit 0,114 Md€ au total envers le régime général. D'autre part, les organismes de sécurité sociale détiennent toujours une créance sur l'Etat de 0,289 Md€ au titre du plan textile¹¹⁶.

115. Loi pour l'initiative économique du 1^{er} août 2003.

116. Correspondant à une dette de trésorerie de 907 M€ pour les exonérations de 1999 et 2000 et le contentieux avec la caisse des congés payés du BTP, et de 320 M€ pour le plan textile (voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2004 p.109 et la partie II du présent rapport).

Les créances sur l'Etat au 31 décembre 2004 des mesures en faveur de l'emploi

En M€

Catégories d'exonérations	Solde au 31/12/2003 Droits constatés	Total produits constatés 2004	Encaissements répartis dans les caisses nationales en 2004	Solde au 31/12/2004 Droits constatés
Mesures d'exonérations autres que 35 heures	1 190,8	2 460,5	2 400,5	1 250,8
Dispositif sectoriel d'exonération de charges sociales pour l'outre-mer (ministères de l'emploi et Outre-mer)	280,3	810,8	929,5	161,6
Exonérations de cotisations au profit du secteur textile habillement	289,9	0	0	289,9
Contrats de qualification	105,3	355,3	312,9	147,7
Contrats d'apprentissage	174,4	614,4	554,9	233,9
Autres exonérations ¹¹⁷	340,9	680,0	603,2	417,7
Total du dispositif des 35 heures	114,6	16 045,1	15 468,4	691,3
Exonérations de cotisations d'allocations familiales	138,0	-0,2	0	137,8 2
Incitation à la réduction du temps de travail « Aubry I » (loi du 13 juin 1998)	118,5	749,8	779,1	89,2
Incitation à la réduction du temps de travail « Aubry II »		55,8		55,8
Incitation à l'ARTT (loi Robien du 11 juin 1996)	6,3	333,3	302,2	37,5

117. Contrats initiative-emploi, insertion par l'économie, jeunes entreprises innovantes, contrats de retour à l'emploi, embauche du 2^{ème} au 50^{ème} salarié dans les entreprises situées en zones de revitalisation rurale ou de redynamisation urbaine, dispositif en faveur des 50 premiers salariés des entreprises situées en zone franche urbaine, versements en application de la loi du 26 décembre 1996 relative à la zone franche Corse, dispositif en faveur des hôtels, cafés et restaurants (au titre de l'article L. 241-14 du CSS), exonérations emploi SNCF.

Catégories d'exonérations	Solde au 31/12/2003 Droits constatés	Total produits constatés 2004	Encaissements répartis dans les caisses nationales en 2004	Solde au 31/12/2004 Droits constatés
Réduction dégressive de cotisations sociales patronales sur les bas salaires	-148,2	-37,6	0,3	186,1
Réduction bas salaires (loi Fillon)	0	14 944,0	14 386,8	557,1
Total général	1 305,4	18 505,6	17 868,9	1 942,1

Source : ACOSS et Cour des comptes

b) Les remboursements de l'Etat à la CCMSA, à la CANAM et à la CNAVPL¹¹⁸

Concernant la CCMSA, les restes à recouvrer au titre des exonérations de cotisations sociales s'élèvent au 31 décembre à 0,36 Md€ contre 0,56 Md€ l'année précédente. Ils sont constitués principalement d'exonérations de cotisations antérieures à la création du FOREC d'un montant de 0,15 Md€ et d'exonérations nouvelles bénéficiant aux entreprises situées dans les DOM en 2004 d'un montant de 0,16 Md€ et pour lesquels aucun versement n'est intervenu en 2004.

Quant à la CANAM et la CNAVPL, l'Etat n'ayant opéré aucun versement en 2004, leurs restes à recouvrer au titre des exonérations de cotisations sociales sont passés respectivement de 0,13 à 0,19 M€ et de 0,03 Md€ à 0,04 Md€.

Ces difficultés concernent principalement les travailleurs indépendants qui créent ou reprennent une activité non salariée non agricole (art. D. 161-1-1 du CSS). L'Etat conteste le principe de cette prise en charge au motif que la loi n'a pas indiqué clairement que la charge lui en incombait. La Cour a déjà attiré l'attention¹¹⁹ sur cette question.

Le montant important de la créance de la CANAM sur l'Etat a eu un impact sur la gestion de sa trésorerie, la conduisant à demander à l'ACOSS un versement anticipé du produit de la CSG pour certains mois.

*

* *

118. Les restes à recouvrer en faveur des autres régimes sont de très faibles montants et ne soulèvent pas de difficultés particulières.

119. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2004, p. 91.

Au total, la situation au 31 décembre 2004 fait ainsi apparaître :

- la permanence de créances anciennes liées à diverses exonérations de cotisations sociales dont la Cour a déjà demandé l'apurement. Elle souhaite que celui-ci soit réalisé avant l'établissement du bilan d'ouverture des comptes de l'Etat au 1^{er} janvier 2006 ;
- les déficits du FSV (1,7 Md€ en 2004, 2,1 Md€ prévus en 2005) et du BAPSA (3,2 Md€ en 2004 transférés au FFIPSA et 1,5 Md€ prévu en 2005). D'un montant total de 4,9 Md€ fin 2004, ces déficits avoisineront les 9 Md€ fin 2005. Cette situation impose que des mesures de redressement significatives soient prises dès le PLFSS 2006.

RECOMMANDATIONS

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

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

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

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

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

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

Chapitre III

Les résultats et le financement des soldes

PRESENTATION

Ce chapitre rend compte des résultats financiers des régimes de sécurité sociale et analyse les éléments à prendre en compte pour apprécier leur besoin de financement¹²⁰. Ainsi, en 2004, hors remboursement de la dernière tranche de la dette du FOREC, les quatre branches du régime général affichent un résultat courant négatif. Au total, le résultat courant du régime général est déficitaire de 13,2 Md€ en 2004 (contre un déficit de 11,5 Md€ en 2003).

Toutefois, compte tenu des déficits du FSV et du BAPSA, le besoin global de financement des organismes de sécurité sociale (tous régimes confondus) et des fonds qui y contribuent atteint 14,2 Md€ en 2004 contre 12,7 Md€ en 2003, soit 4,2 % du total des ressources des régimes de base.

Depuis 1996, le Parlement fixe les limites dans lesquelles les besoins de trésorerie des régimes obligatoires de base peuvent être couverts par des ressources non permanentes. Les déficits cumulés du régime général au 31 décembre 2003 et la dégradation prévue des comptes au cours de l'année 2004 ont conduit le Parlement à relever à 33 Md€ le plafond d'avances pour le régime général. Le présent chapitre examine également dans quelles conditions ces avances ont été couvertes.

I - Les résultats financiers

A – Les résultats financiers du régime général

1 – Les résultats des branches du régime général

Comme en 2003, les résultats des branches du régime général sont affectés en 2004 par la reprise de provision liée au versement de la seconde et dernière tranche de remboursement de la dette du FOREC et par les écarts de provisions maladie et AT-MP qui améliorent le résultat d'ensemble du régime général, respectivement de 1,1 Md€ et de 0,21 Md€.

120. Ce besoin de financement diffère de celui des administrations de sécurité sociale en comptabilité nationale.

Les résultats financiers des branches du régime général

M€

	2004			
	Résultat courant	Remboursement FOREC	Écarts sur provisions	Solde total
Maladie	- 12 288,4	474,0	172,0	- 11 642,4
AT-MP	- 315,4	89,6	42,0	- 183,8
Famille	- 561,2	204,2		- 357,0
Retraite	- 74,8	329,5		254,6
Régime général	- 13 239,9	1 097,3	214,0	- 11 929,2

Source : Cour des comptes

En 2004, en termes de résultat courant, toutes les branches sont devenues déficitaires alors qu'en 2003 les branches famille et retraite étaient encore excédentaires de respectivement 0,2 Md€ et 0,6 Md€. Bien que toujours déficitaire, la branche AT-MP voit son déficit courant se réduire de 0,6 Md€ en 2003 à 0,3 Md€ en 2004. Enfin, celui de la branche maladie continue de se dégrader à 12,3 Md€ contre 11,9 Md€, mais dans une proportion nettement moindre qu'entre 2002 et 2003 où le déficit avait quasiment doublé (6,1 Md€ en 2002).

Toutefois, pour apprécier le besoin de financement global de la branche retraite, il est nécessaire de tenir compte du fait que la CNAVTS supporte la quasi-totalité du besoin de financement du FSV, qui est de 0,6 Md€. Si on consolide le résultat courant de la CNAVTS avec celui du FSV, le besoin de financement global de la branche vieillesse atteint 0,7 Md€ (0,3 Md€ en 2003¹²¹).

2 – Les résultats d'ensemble du régime général

Les résultats financiers du régime général ont continué de se dégrader en 2004, mais dans une moindre proportion qu'en 2003. Le déficit courant s'établit ainsi à 13,2 Md€ en 2004 contre 11,5 Md€ en 2003 et 3,4 Md€ en 2002. La prise en compte du versement de la CADES de 1,1 Md€ et des reprises de provision (0,2 Md€) effectuées par la CNAMTS ramène le déficit à 11,9 Md€ contre 10,2 Md€ en 2003.

121. Le résultat courant de la branche retraite était de +0,6 Md€ en 2003 et le déficit du FSV de 0,9 Md€. En 2004, le résultat courant de la branche retraite est de -0,1 Md€ et le déficit du FSV de 0,6 Md€.

Enfin, la prise en compte du besoin de financement du FSV porte le besoin global de financement du régime général à 13,8 Md€ en 2004 contre 12,5 Md€ en 2003.

B – Les résultats des régimes obligatoires de base

En 2004, en résultat courant, l'ensemble des régimes de base présentent un déficit de 12,8 Md€ contre 11,7 Md€ en 2003. Cette dégradation de 1,1 Md€ est moindre que celle observée pour le régime général du fait d'une forte amélioration de la situation des régimes des indépendants -dont le déficit se réduit de 741,5 M€ à 51 M€. De leur côté, les régimes spéciaux présentent un résultat bénéficiaire quasiment stable (+435 M€ contre +446 M€).

Le solde des régimes de base (en résultat courant)

	En M€	
	2003	2004
Régime général	- 11 533,8	-13 239,9
dont :		
- CNAMTS	- 11 853,1	-12 288,4
- CNAMTS AT-MP	- 519,2	- 315,4
- CNAVTS	616,4	-74,8
- CNAF	222,1	-561,2
Régimes spéciaux	445,7	434,7
Régimes agricoles	101,0	18,6
dont exploitants agricoles	- 86,8	-123,8
Régimes des non agricoles	- 741,5	-51,0
dont :		
- CANAM	- 92,3	-160,4
- ORGANIC	- 650,0	-12,2
- CANCAVA	- 76,8	38,9
Autres	1,6	1,7
Ensemble des régimes de base	- 11 727,0	-12 835,8
FSV	- 933,7	- 639,6
BAPSA (régime de base)		- 714,8
Besoin global de financement	- 12 660,7	-14 190,2

Source : Direction de la sécurité sociale et Cour des comptes

Le régime de base des exploitants agricoles présente, quant à lui, une situation paradoxale. Alors que le BAPSA affiche un déficit de 3,2 Md€, le régime affiche presque l'équilibre (-123,8 M€). Cette situation résulte de deux phénomènes : d'une part, les périmètres ne sont pas identiques, le BAPSA intégrant notamment les prestations familiales

qui figurent dans les comptes de la CNAF et le régime de retraite complémentaire des exploitants agricoles ; d'autre part, la CCMSA a inscrit dans le compte 2004 un produit à recevoir de 714,8 M€ correspondant à la subvention que l'Etat aurait dû verser au BAPSA pour assurer l'équilibre budgétaire de ce dernier, conformément aux principes régissant les budgets annexes. En l'absence de crédits inscrits au budget de l'Etat pour 2004, l'Etat n'est pas en mesure d'apurer cette créance. Une provision aurait donc dû être inscrite parallèlement à celle-ci. Comptablement, le régime de base des exploitants agricoles présente ainsi en 2004 un déficit de 838,6 M€.

Le tableau ci-dessus présente séparément ces deux éléments. Le non versement des 714,8 M€ (correspondant à la subvention attendue de l'Etat affectée au régime de base des exploitants agricoles) figure dans la ligne « BAPSA (régime de base) ». Au total les fonds qui concourent au financement des régimes de base de sécurité sociale présentent en 2004 un besoin de financement de 1 354,4 M€ portant ainsi le besoin global de financement des régimes de base à 14,2 Md€ contre 12,7 Md€ en 2003, soit 4,2 % du total de leurs ressources.

II - Les transferts de compensation entre régimes

Les transferts de compensation généralisée entre régimes sont calculés en 2004 sur la base de la pension versée par le régime de l'ORGANIC pour le risque vieillesse (la prestation de référence est 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 est la plus basse versée par un régime d'assurance maladie).

Transferts globaux de compensation entre régimes¹²²*En M€*

	2002 (définitif)	2003 (définitif)	2004 (provisoire)
Régimes de salariés			
<i>Régimes contributeurs</i>			
. Régime général	4 326	5 039	5 054
. Etat	2 438	1 953	1 817
. CNRACL	2 926	2 793	2 748
. IEG	159	131	126
. Banque de France	23	16	18
. Clercs de notaires	1	5	8
. RATP	46	31	33
<i>Régimes bénéficiaires</i>			
. Mines	- 2 459	- 2 365	- 2 308
. SNCF	- 1 091	- 1 104	- 1 092
. Marins	- 424	- 410	- 405
. SEITA	- 31	- 28	- 25
Soldes salariés	5 916	6 061	5 972
Régimes de non salariés			
<i>Régimes contributeurs</i>			
. CANAM	603	777	897
. CNAVPL	407	322	341
. CNBF	54	49	53
<i>Régimes bénéficiaires</i>			
. BAPSA	- 5 612	- 5 670	- 5 718
. ORGANIC	- 835	- 915	- 939
. CANCAVA	- 354	- 447	- 431
. CAMAVIC	- 178	- 176	- 176
Soldes non salariés	- 5 916	- 6 061	- 5 972

Source : Direction de la sécurité sociale

Comme les années précédentes, le tableau ci-dessus fait apparaître un double mouvement de compensation :

- d'une part, entre régimes de salariés au profit de certains régimes spéciaux (Mines, SNCF, Marins et SEITA) qui reçoivent près de 4 Md€ ;
- d'autre part, au profit du régime agricole et de certains régimes de travailleurs indépendants (ORGANIC, CANCAVA et CAVIMAC).

Les principaux contributeurs sont, pour les salariés, le régime général, l'Etat et la CNRACL à hauteur de près de 10 Md€ ; pour les non

122. 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).

salariés, la CANAM pour le risque maladie et la CNAVPL pour le risque vieillesse à hauteur de 1,2 Md€.

III - Le financement du solde du régime général

A – Le plafond de découvert de l'ACOSS pour l'année 2004 et son financement

En vertu du code de la sécurité sociale¹²³, le législateur fixe dans la loi de financement de la sécurité sociale le plafond d'avances qui a pour objet de couvrir les besoins en trésorerie journaliers de l'ACOSS. Mais les relèvements successifs de ce plafond, passé de 4,2 Md€ pour 2002 à 12,5 Md€, puis porté à 15 Md€, pour 2003 et à 33 Md€ pour 2004¹²⁴, ont conduit à utiliser la procédure des avances comme un mode de financement permanent. Le niveau sans précédent de ce plafond a contraint l'ACOSS à compléter les concours de trésorerie mis à sa disposition par la caisse des dépôts et consignations (CDC) en faisant appel au marché bancaire.

1 – La situation de la trésorerie de l'ACOSS au début de l'année 2004

A la fin de l'année 2003, l'ACOSS présentait un découvert de trésorerie de 14 Md€ et les prévisions établies pour 2004 laissaient présager une détérioration progressive de sa situation de trésorerie qui justifiait un relèvement du plafond à 33 Md€.

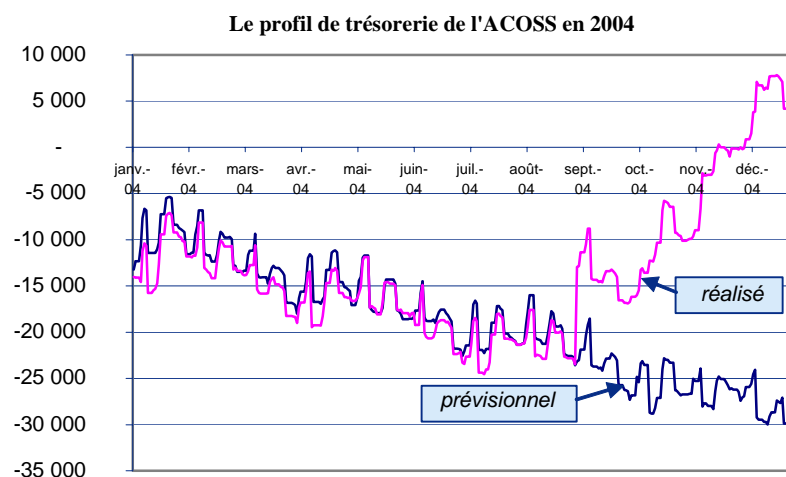
Cette situation a pesé sur la trésorerie de l'ACOSS durant le premier semestre. Ce n'est, en effet, qu'en août 2004 que le législateur a voté le transfert à la CADES des déficits cumulés de la branche maladie au 31 décembre 2003 et du déficit prévisionnel pour 2004 dans la limite de 35 Md€¹²⁵.

Ce transfert s'est opéré en quatre étapes : 10 Md€ au 1^{er} septembre 2004, 7 Md€ au 11 octobre et 9 Md€ au 9 novembre et une nouvelle fois 9 Md€ au 9 décembre. Ce dernier versement, supérieur aux besoins prévus du régime général, a permis à l'ACOSS de dégager en fin d'année une trésorerie positive de 3,4 Md€.

123. Art. LO. 111-3.

124. Pour l'année 2005, l'article 66 de la LFSS a fixé le plafond d'avances à 13 Md€.

125. Loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004, art. 76.



Source : ACOSS/CDC

En phase avec l'augmentation des besoins de trésorerie observée au cours des trois premiers trimestres, le montant des frais financiers a connu une forte hausse pour atteindre 280 M€¹²⁶ contre 122,7 M€ en 2003. Toutefois, cette charge financière supplémentaire a été atténuée par l'amélioration des conditions de financement et de placement obtenues par l'ACOSS. Celles-ci ont été répercutées sur les différentes branches en application du décret du 24 février 1995.

Comme les années précédentes, les branches famille et accidents du travail ont été créditées des produits financiers, tandis que la branche vieillesse, qui est passée d'une situation de trésorerie positive de 1,4 Md€ à une situation négative de 1,9 Md€, a dû supporter des charges financières. Pour sa part, la branche maladie a d'abord subi le contrecoup de la dégradation de sa situation de trésorerie avant de bénéficier de la reprise de son déficit cumulé par la CADES et terminer avec un solde négatif de seulement 58 M€ au 31 décembre 2004.

126. Ce montant correspond au solde des intérêts débiteurs (294,08 M€) et des intérêts créditeurs (14,10 M€).

**Montants nets des intérêts versés (-) et reçus (+) des différentes branches
du régime général**

en M€

	2001	2002	2003	2004
Maladie	- 255,9	- 306,8	- 377,1	- 469,8
AT	+ 56,8	+ 62,0	+ 42,9	+ 26,1
Famille	+ 75,3	+ 120,4	+ 111,1	+ 97,3
Vieillesse	+ 15,1	+ 71,8	+ 43,3	- 5,7
Total des branches	- 108,7	53,4	- 179,8	- 352,1
Compte ACOSS	67,8	67,3	- 122,7	- 280,0
Versé au FNGA (ACOSS)	- 40,9	120,7	57,1	72,1

Source : ACOSS

2 – Les concours apportés par la caisse des dépôts et consignations

Devant l'ampleur du besoin de financement prévisible, la CDC n'a pas souhaité s'engager à assurer une couverture complète du découvert de l'ACOSS aux mêmes conditions que les années précédentes compte tenu des incertitudes entourant l'apurement du déficit de la sécurité sociale. Par un courrier du 9 janvier 2004, elle a proposé de limiter ses concours à 20 Md€, et demandé pour le surplus un protocole d'accord spécifique soumis à l'autorisation des ministères de tutelle¹²⁷. Enfin la CDC demandait que, pour l'ensemble des financements, elle disposât d'une lettre de confort¹²⁸ de l'Etat.

Les tutelles de l'ACOSS n'ont pas donné une réponse favorable à cette offre de la CDC. En conséquence, l'ACOSS a été contrainte d'envisager de nouvelles sources de financement. Comme le montre le profil de trésorerie établi par l'agence centrale au début de l'année 2004, le besoin de financement devait dépasser les 20 Md€ à partir du mois de juin.

3 – La recherche d'autres financements par l'ACOSS

De mi-janvier à fin mars, l'ACOSS a dû faire face à une période d'incertitude : son banquier, la CDC, ne garantissait plus le financement de la totalité du besoin de trésorerie, en même temps, elle n'avait pas

127. Il s'agit du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie et du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

128. La lettre de confort s'assimile à une garantie de refinancement du découvert par l'Etat. Cette formule était utilisée dans les relations CDC-ACOSS avant que le plafond de découvert ne soit fixé dans les LFSS.

encore reçu d'accord formel pour la recherche d'autres sources de financement ni d'indication sur les modalités de l'appel des fonds.

Une décision du Premier ministre en date du 29 mars 2004 précisait enfin les conditions de financement de l'ACOSS : 20 Md€ pris en charge par la CDC au titre des avances prédéterminées, 10 Md€ par appel au marché sous forme d'emprunt à court terme si les conditions de marché étaient réunies, le solde de 3 Md€ sous forme d'avances exceptionnelles serait mobilisé auprès de la caisse des dépôts, « qui reste le banquier de référence de l'ACOSS ».

L'ACOSS disposait donc d'un mois pour organiser la levée de plusieurs milliards d'euros, exercice nouveau pour lequel elle n'avait pas de compétences bien établies. Dès lors, elle s'est appuyée sur l'expertise de l'agence France Trésor (AFT) du MINEFI qui assure la gestion de la dette et de la trésorerie de l'Etat.

B – Le recours au marché des capitaux par l'ACOSS

Après avoir envisagé plusieurs modalités de recours au marché des capitaux, notamment une syndication bancaire¹²⁹, l'ACOSS a décidé de faire des appels d'offres directement auprès des banques. La formule choisie, celle des enchères, a paru la mieux à même d'assurer la meilleure transparence dans le choix des prêteurs de capitaux.

1 – Les appels d'offre auprès des banques

Deux appels d'offres ont été lancés : un premier pour un montant de 3 Md€ pour la période du 3 mai au 3 septembre et un second de 4 Md€ pour la période du 3 septembre au 15 octobre.

Ces appels d'offres ont été lancés, sur la recommandation de l'agence France Trésor (AFT), auprès des banques agréées comme spécialistes des valeurs du trésor (SVT) qui sont au nombre de 21. Ce panel de soumissionnaires a été retenu en raison de sa connaissance du marché des titres publics¹³⁰.

129. La syndication consiste à emprunter auprès d'un groupement de banques, dirigé par une banque chef de file.

130. Les SVT ont aussi une obligation d'animation du marché secondaire des titres d'Etat.

2 – Les conditions financières et techniques du recours au marché financier

Les deux appels d’offres ont rencontré un réel succès auprès des banques : 13 banques ont répondu au premier appel d’offres et 10 banques au second.

Sur les deux émissions, l’ACOSS estime avoir fait un gain d’environ 1 M€ par rapport au coût de couverture estimé du même besoin par la CDC.

Il convient toutefois de rester prudent dans l’évaluation du gain ainsi obtenu. En effet, les appels d’offre portaient sur des montants prédéterminés et pour une période limitée dans le temps, alors que la CDC se met en mesure de couvrir les besoins journaliers aux fluctuations très fortes et accepte des écarts très importants entre prévisions et demande à 24h00.

Sur le plan technique, les opérations de marché ont été à l’origine d’un incident de règlement-livraison : une des banques soumissionnaires a été défaillante pour la livraison des fonds qu’elle s’était engagée à apporter (500 M€)¹³¹. Pendant trois jours, jusqu’à leur versement effectif, c’est la CDC qui a supporté le risque, l’ACOSS n’ayant pas accès à d’autres sources de financement pour ses besoins au jour le jour.

3 – Un bilan contrasté

a) Une opération exceptionnelle

L’appel à la concurrence opéré par l’ACOSS a rencontré un succès commercial lié, en partie, au caractère exceptionnel de l’opération. Cette opération a été bénéfique du fait de la pression concurrentielle exercée sur les conditions tarifaires que la CDC offre à l’ACOSS, comme la Cour l’avait recommandé dans un précédent contrôle.

Cependant, le rôle de banquier de la CDC n’a pas été clarifié, alors que le besoin en trésorerie sans précédent de l’ACOSS était l’occasion de préciser les responsabilités de chacun. De plus, alors même que le plafond du découvert était connu dès le mois d’octobre de l’année précédente, il a fallu attendre le mois d’août 2004 pour que soient fixées les modalités du financement durable des déficits accumulés.

131. La faute imputable à la banque a été l’objet d’un versement de pénalités à la CDC telles qu’elles sont prévues par le règlement de la place.

En fin d'année, à la suite du transfert des déficits de la branche maladie à la CADES, l'ACOSS s'est retrouvée avec une encaisse excédentaire qui lui a permis de placer 2,5 Md€. Ces fonds ont été investis, à la demande des tutelles, en titres d'Etat de court terme, ce qui a permis de diminuer la dette publique, selon les critères de Maastricht, de 0,16 % du PIB¹³².

b) Les modalités incertaines du financement du déficit de la sécurité sociale

La situation confuse des trois premiers mois de l'année 2004 sur la prise en charge du besoin de trésorerie de l'ACOSS provient du niveau inédit du plafond de découvert voté par la loi de financement pour la sécurité sociale mais aussi de l'incertitude quant à la prise en charge, in fine, du déficit.

Lors du vote de la loi de financement, l'absence d'engagement des pouvoirs publics sur les modalités de financement de ce déficit explique d'une part la prudence de la CDC qui ne souhaitait pas porter les besoins de financement de son client au-delà d'un an et d'autre part son souhait d'obtenir une garantie de bonne fin pour l'année 2004.

Pour les années 2005 et 2006, la loi du 13 août 2004 a prévu de faire à nouveau couvrir les déficits de la branche maladie par leur transfert à la CADES dans la limite de 15 Md€ pour les deux années. Les montants et les dates des versements correspondants seront fixés par décret, après avis du secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale.

132. L'achat de titres d'Etat par une entité publique diminue mécaniquement le niveau de la dette de l'Etat.

Chapitre IV

Les actions de contrôle des comités régionaux d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale (COREC)

PRESENTATION

En application de l'article LO. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour présente une synthèse des rapports et avis émis par les comités régionaux d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale (COREC) placés sous sa surveillance.

I - Les contrôles des COREC en 2004

A – Des contrôles différenciés selon les types d'organismes

1 – Le nombre et la diversité des organismes.

1 093 organismes entraient en 2003 dans le champ de contrôle obligatoire des COREC ; pour la campagne 2004, seuls 643 organismes restent désormais soumis au contrôle obligatoire des COREC.

La cause de cette réduction n'est pas liée à une diminution du nombre des organismes eux-mêmes mais à la modification du champ d'intervention des COREC. L'année passée¹³³, la Cour soulignait en effet que les contrôles effectués par les COREC devraient être réorientés et allégés et indiquait notamment « que ceux-ci ne concerneront plus les organismes pour lesquels les résultats attendus paraissent réduits ».

La mise en œuvre de cette réorientation des contrôles des COREC vers les organismes dont les enjeux sont les plus importants explique ainsi la diminution du champ de contrôle. Le contrôle de premier niveau des autres organismes¹³⁴, soit environ 460 organismes, relève désormais des réseaux eux-mêmes, sous la surveillance de la Cour.

En outre, du fait de la modification de leur périodicité, l'allègement des contrôles a conduit à diviser par deux la charge de travail des COREC.

A moyen terme, et si se confirment les progrès attendus de la procédure de certification des comptes, des contrôles internes et des

133. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2004, page 120.

134. Les caisses du régime des industries électriques et gazières, les caisses locales AVA et ORGANIC, les organismes conventionnés relevant de la CANAM et, de façon générale, les organismes chargés des fonctions de logistique.

contrôles réalisés par les organismes têtes de réseau, il sera possible d'alléger encore les contrôles.

Des dispositifs alternatifs de contrôle des organismes de sécurité sociale sont en cours d'élaboration. Est ainsi analysée la perspective d'un suivi par indicateurs, permettant de détecter les organismes qui connaissent des difficultés et d'en vérifier le redressement.

A court terme, et donc pour les trois prochaines années les contrôles des COREC restent exercés sur les organismes qui présentent les enjeux les plus forts, avec le double atout de la proximité régionale et de la diversité des investigations.

2 – Les contrôles réalisés.

Compte tenu de ces nouvelles orientations, le nombre total de contrôles réalisés en 2004 s'est considérablement réduit. Il s'est établi à 183, contre 529 l'année précédente, soit une baisse de deux tiers, par rapport à la campagne 2003.

Les contrôles intermédiaires ont diminué très fortement, de plus de 71 %, et les contrôles approfondis de plus de 57 %, entre les deux dernières campagnes.

Répartition par type de contrôle

	2002 (comptes 2001)	2003 (comptes 2002)	2004 (comptes 2003)
Contrôles approfondis des comptes et de la gestion	252 (46 %)	215 (39 %)	92 (50 %)
Contrôles intermédiaires (contrôles des comptes et suivi de la gestion)	294	314	91
Contrôles de conformité	0	0	0
Total des organismes contrôlés	546	529	183

Source : Cour des comptes

Il était proposé de réserver les contrôles intermédiaires aux organismes à risques (suivi des dysfonctionnements importants) : leur proportion (50 %) dans le total des contrôles contribue à confirmer que la situation des organismes est globalement positive (ou que cette orientation n'a pas été suivie par tous les COREC).

B – Les avis émis reflètent une meilleure gestion des organismes

1 – Les avis émis.

Malgré la diminution du nombre d'organismes contrôlés, la proportion des avis défavorables reste identique à celle de l'année précédente.

Le nombre significatif d'avis avec réserves, dont la proportion est en augmentation par rapport à l'exercice précédent, traduit l'utilité persistante des contrôles COREC, puisqu'ils signalent, en général, des situations qui justifient des interventions correctives indispensables.

On note cette année un seul sursis à statuer, concernant la gestion du risque accidents de travail par Air France. Toutefois cette gestion a été transférée au régime général à compter de septembre 2003.

Répartition des avis par type de contrôle et par campagne

	2003		2004	
Avis favorables	247	46,7 %	79	43,2 %
Avis favorables avec recommandations	221	41,8 %	75	41,0 %
Avis favorables avec réserves	42	7,9 %	23	12,6 %
Avis défavorables	13	2,5 %	5	2,7 %
Sursis à statuer et sans avis	6	1,1 %	1	0,6 %
Total des organismes contrôlés	529		183	
Organismes non contrôlés	564		460	
Total	1 093		643	

Source : Cour des comptes

2 – Le suivi des observations

Comme l'année passée, le COREC de Picardie a analysé les suites réservées par les organismes aux observations précédemment émises : les résultats obtenus confirment ceux déjà signalés, puisque des suites favorables ont été apportées à la très grande majorité des recommandations formulées lors des précédentes campagnes.

Les COREC d'Alsace et de Haute Normandie ont également effectué des constats analogues, montrant une prise en compte très satisfaisante de leurs recommandations antérieures.

Seize courriers ont été adressés par la Cour des comptes aux organismes de base, fondés sur les remarques les plus critiques faites par les COREC. Là encore, la première analyse des réponses reçues atteste de progrès significatifs.

Une observation cependant reste très imparfaitement suivie d'effet : dans les CPAM, l'imputation de dépenses définitives d'action sanitaire et sociale excédant les limites budgétaires continue d'être autorisée en compte de tiers, ce qui correspond à un report de charges. Certes, en 2004, et comme l'avait demandé la Cour, les tutelles et la CNAMTS ont recherché une solution. Une enveloppe budgétaire complémentaire a permis de couvrir les sommes laissées en comptes de tiers au 31 décembre 2003. En revanche, ces financements n'ont pas été reconduits pour l'exercice 2004. La CNAMTS a donc autorisé les caisses « à comptabiliser ces dépenses, si nécessaire, dès lors que les crédits budgétaires auront été épuisés (...) en compte d'attente en classe 4 ». La CNAMTS reconnaissait le caractère « particulièrement anormal » de cette solution qui ignore à la fois le principe des droits constatés et celui du caractère limitatif des crédits budgétaires.

3 – Le suivi particulier des avis défavorables

a) Les avis défavorables liés à des difficultés déjà signalées

Pour la caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM), le COREC a constaté des améliorations apportées dans la gestion de l'organisme et la pertinence des premières mesures mises en œuvre pour redresser l'ensemble du régime. Malgré ces progrès, un avis défavorable a été émis au motif que les préconisations formulées en 2002 n'ont pas pu être encore suffisamment suivies d'effet.

L'organisation et la tenue de la comptabilité ainsi que la gestion financière et de trésorerie demeuraient en particulier encore trop fragiles : pour 2003, selon le COREC, la comptabilité ne peut pas être considérée comme sincère et sa tenue n'était toujours pas maîtrisée ; les contrôles comptables sont parfois défaillants et les documents de synthèse ne sont pas conformes aux règles en vigueur.

Le contrôle approfondi de la CGSS de la Guadeloupe a mis en évidence des améliorations sensibles dans certains domaines, notamment la gestion de la trésorerie ou de l'inventaire. Mais ces progrès étaient

encore partiels : le contrôle interne, notamment, n'avait encore que trop peu évolué au cours de l'année 2003.

Des dysfonctionnements graves demeurent : manque de rigueur dans la tenue de la comptabilité pour l'élaboration des états de développement de solde notamment, écritures non justifiées, carences dans la régularisation des comptes de charges constatées d'avance et de charges à payer. Ces manquements ont conduit le COREC à estimer que les comptes ne pouvaient être considérés comme sincères.

Des défaillances ont été en outre relevées dans les délégations de signature ainsi que dans l'organisation du service des marchés et le suivi des contrats. Enfin le COREC a conclu que la qualité des services rendus à l'utilisateur devait être améliorée.

Même si la gestion comptable de la caisse de mutualité sociale agricole des Deux Sèvres a été sensiblement améliorée suite à la mise en œuvre d'un plan de sauvetage¹³⁵, la gestion pour les exercices 2002 et 2003 n'a pas paru apporter toutes les garanties requises, notamment sur le plan comptable, ce qui a justifié un nouvel avis défavorable. Cependant, les progrès enregistrés dans de nombreux domaines début 2004 laissent augurer d'un redressement de la CMSA. Les efforts engagés devront ainsi se poursuivre, notamment sur le contrôle de l'assiette de cotisation, le dispositif de contrôle interne et la justification des comptes de tiers.

b) Les avis défavorables liés à des dysfonctionnements graves mais ponctuels

Pour l'URSSAF de Besançon, l'avis défavorable rendu par le COREC résulte de la multiplication d'observations critiques, pour une part renouvelées. Les principales recommandations avaient trait à la nécessité de mieux respecter le principe de séparation entre ordonnateur et comptable, de formaliser un plan de contrôle interne efficace, de mettre en place une véritable politique de recouvrement contentieux, enfin d'améliorer les diverses insuffisances constatées en matière de gestion du personnel. Un nouveau contrôle sera réalisé en 2005 pour vérifier la portée des mesures correctives mises en œuvre au sein de cette URSSAF, à partir des recommandations préconisées tant par le COREC que par l'ACOSS.

La caisse mutuelle régionale de Bourgogne présente une gestion insuffisante sur plusieurs points : le coût de gestion administrative élevé et l'absence de transparence dans les procédures de passation des marchés

135. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2004, p. 122-123.

(en deçà des seuils d'appel d'offres) ont en particulier été relevés. Des insuffisances ont également été notées dans le pilotage de l'organisme, dues à l'absence de dialogue au sein de l'équipe de direction.

c) Les réserves réitérées pour la CMSA de Corse.

En 2004, le COREC de Corse a effectué un nouveau contrôle dit « intermédiaire » de la caisse de mutualité sociale agricole de Corse. Ce contrôle a conduit à plusieurs réserves. L'année précédente, un rapport approfondi portant sur les comptes pour 2002 soulignait que le fonctionnement courant de la CMSA était devenu plus satisfaisant sur de nombreux aspects : outre la signature d'un contrat pluriannuel de gestion¹³⁶, de nouveaux statuts avaient été adoptés. Pour autant, malgré les observations faites, de nombreuses insuffisances perdurent depuis plusieurs années, aussi bien pour la gestion administrative que pour les gestions techniques. Les constats qui suivent résultent de ces deux contrôles successifs :

- le taux d'absentéisme reste très important : 16,7 % en 2003 pour les seules absences pour maladie et pour enfant malade ;
- pourtant, la durée de travail hebdomadaire, de 30 heures et huit minutes, est particulièrement avantageuse dans la mesure notamment où les quatre jours annuels attribués aux personnels par le conseil d'administration ont été conservés lors de la négociation de la réduction de la durée du travail ;
- le coût de fonctionnement apparaît élevé : le ratio calculé par la DGFAR, comme celui calculé par la CCMSA, font ressortir un coût global de gestion d'environ 1,4 fois supérieur à la moyenne nationale (sans même considérer le coût des sept agents mis à disposition de la CMSA de Corse par la caisse centrale). Le « déficit structurel » de la gestion administrative proprement dite représentait ainsi, en 2001, 2,4 M€, soit plus du tiers du budget de fonctionnement et restait en 2003 significatif (environ 0,7 M€). En l'absence de réserves, ce déficit est pris en charge par la caisse centrale. De plus, la caisse de MSA de Corse, n'ayant plus de réserves, ne peut pas, comme doivent le faire les caisses de MSA, imputer sur celles-ci les insuffisances du

136. Un contrat pluriannuel de gestion a été adopté par la CMSA de Corse, en septembre 2002, pour décliner les objectifs généraux prévus par la COG passée au plan national entre la CCMSA et le ministère de l'agriculture (pour 2001-2005). C'est l'un des éléments positifs, notés par les auditeurs COREC, et qui participe d'un effort général pour redresser la situation antérieure

recouvrement. Ce sont donc les financements du BAPSA qui doivent compenser leur faible niveau ;

- en matière de gestion technique, le contrôle a posteriori des déclarations de revenus professionnels, qui avait été suspendu, n'a pas été repris ;
- le statut avantageux d'exploitant agricole accordé aux agriculteurs dits « sans terre » n'a plus été octroyé depuis 1998. Néanmoins, la révision des décisions prises antérieurement à 1998 n'a été que partiellement engagée, puisque plus des deux cinquièmes des situations restaient à instruire fin 2002.
- les pénalités de retard pour dépassement des délais, pour des déclarations de revenus professionnels, sont rarement appliquées ;
- enfin, le taux de recouvrement global des cotisations, même en nette amélioration par rapport à 1999, reste trop faible : pour les cotisations dues par les non-salariés, ce taux est constamment inférieur à 70 % des mises en recouvrement de l'année, et à 10 % sur celles afférentes aux années antérieures. Ces deux taux manifestent une négligence avérée et persistante. De 2001 à 2003 10 M€ de cotisations émises mais frappées de prescription ont fait l'objet d'annulations ;
- aucune procédure de contrôle interne et de récupération des prestations indues n'a été mise en œuvre, selon le rapport relatif à l'exercice 2002.

Si l'on se réfère à la situation décrite en 1996, on peut certes mesurer le chemin parcouru : la mission parlementaire d'enquête sur la Corse¹³⁷ avait fait des constats sévères ayant alors entraîné le retrait d'agrément du directeur et la suspension du conseil d'administration de la caisse. Les contrôles successifs des COREC, intervenus depuis lors presque chaque année, ont visé à soutenir l'effort indispensable de remise en ordre. De même, la caisse centrale a accordé une dotation dite d'adaptation, de plus d'un million d'euros en 2003, et mis des personnels à disposition.

Pour autant, plusieurs difficultés anciennes et graves semblent perdurer dans des domaines essentiels de l'activité de la caisse : le recouvrement, la gestion des ressources humaines et le contrôle tant des affiliations que de l'assiette des cotisations. La Cour recommande que des

137. Rapport n° 1077 du 3 septembre 1998 de la commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur l'utilisation des fonds publics et la gestion des services publics en Corse.

efforts renouvelés soient faits pour que la caisse de MSA de Corse atteigne enfin des performances acceptables, dans ces différents domaines.

II - Le contrôle interne de la branche

« recouvrement »

En 2004, les COREC ont examiné les dispositifs de contrôle interne mis en œuvre dans 24 URSSAF. L'objectif était double : d'une part, s'assurer de l'application effective des procédures de contrôle interne et, d'autre part, tester l'efficacité et la pertinence des outils développés par l'ACOSS.

A – Des progrès notables mais encore limités

Contrairement à ce qui a pu être noté, lors de travaux antérieurs des COREC sur d'autres branches, aucune URSSAF examinée ne contrevient aux dispositions réglementaires et aux instructions de la branche sur le contrôle interne : dans tous les organismes contrôlés, des protocoles d'accord entre le directeur et l'agent comptable ont été signés, des comités de pilotage installés et les structures opérationnelles sont animées soit par un coordonnateur du contrôle interne, soit par une cellule dédiée.

En revanche, les COREC ont relevé, dans nombre de cas, la fragilité de ces structures et des actions qu'elles mènent. Leur continuité n'est pas partout assurée : en cas de surcharge d'activité dans le secteur de « production », ou même simplement du fait d'une mobilité géographique ou d'une promotion professionnelle, on constate des vacances de postes préjudiciables.

De plus, la réorganisation décidée par l'ACOSS a rattaché directement au niveau national le réseau des auditeurs internes (implanté jusqu'ici en région et à disposition des URSSAF) et a privé les unions des agents qui assuraient le suivi du contrôle interne, sans leur donner les moyens de reprendre à leur compte ces missions.

Plus grave, une collaboration insuffisante de l'ordonnateur et de l'agent comptable a été relevée dans un quart de l'échantillon, due soit à la mésentente de l'équipe de direction, soit au maintien de formes traditionnelles d'organisation du travail et à la difficulté à fusionner les anciens dispositifs de contrôle des agents comptables dans un dispositif rénové, associant l'ordonnateur et couvrant toutes les activités de l'organisme.

Au cours des dernières années, l'ACOSS a engagé plusieurs démarches convergentes : le contrôle interne, la démarche qualité, bientôt la validation comptable. Leur mise en œuvre, dans un souci de cohérence et d'économie des moyens disponibles, reposera nécessairement sur une collaboration plus étroite des services ordonnateurs et comptables.

B – Des outils de suivi encore insuffisants

Trois types d'outils de suivi ont été successivement mis en place, le premier orienté vers la mesure quantifiée des dispositifs locaux, le deuxième vers leur évaluation et le troisième vers l'analyse des risques.

1 – Un outil de connaissance : le dispositif national d'évaluation.

Pour la période 2002-2005, un « référentiel des fonctions et des processus » (RFP) a décrit les 268 processus en œuvre dans la branche, au sein desquels 51 processus ont été érigés en cibles prioritaires. Le dispositif national d'évaluation (DNE) permet de mesurer, pour chaque URSSAF, le taux de couverture, c'est-à-dire le pourcentage de mise en œuvre effective de procédures de contrôle interne sur les processus référencés. Le résultat apparaît décevant même en tenant compte des divers biais méthodologiques qui rendent cet outil imprécis :

- pour le taux de couverture global portant sur la totalité des processus, qui constitue le niveau maximal de mise en œuvre du contrôle interne, le résultat atteint par la meilleure caisse ne dépasse pas 12 % (soit 32 processus) ;
- pour le taux de couverture partielle des seuls 51 processus prioritaires, qui représente le niveau minimal de contrôle interne, aucune des caisses contrôlées par les COREC n'atteint les 50 %.

Les chiffres recensés par les COREC ont été corroborés par l'analyse détaillée de six processus présélectionnés par la Cour. Ils soulignent l'ampleur de l'effort qui reste à accomplir pour parvenir à une application rigoureuse des dispositifs de contrôle interne visant à réduire les risques financiers inhérents aux opérations de recouvrement.

2 – Un outil de mobilisation : le suivi de la qualité de la répartition

A compter de 2004, une batterie de 12 indicateurs relatifs à la qualité de la répartition, entre les branches du régime général, des recettes collectées en URSSAF a été définie et mise en place dans toutes les caisses. Les premières données disponibles pour 2004 font état d'une

bonne réactivité des organismes qui ont rapidement mis en œuvre les actions correctrices nécessaires. L'ACOSS a ainsi noté une amélioration significative des résultats, en particulier dans le traitement des données administratives du compte cotisant.

Ces progrès valident la démarche de l'ACOSS, qui a cherché à la fois à centrer son suivi sur les procédures les plus importantes de la branche « recouvrement » et à l'assortir d'un pilotage par des indicateurs homogènes, autorisant ainsi une comparaison entre organismes.

Cela ne suffit pas cependant à constituer une politique de contrôle interne. Les COREC ont noté, en effet, que dans certaines unions, l'effort fait en faveur de la qualité de la répartition a pu conduire à délaisser les autres actions en matière de contrôle interne.

L'initiative de l'ACOSS a le mérite de focaliser les efforts des organismes sur des processus clés, mais elle peut aussi conduire certaines URSSAF à négliger de développer un dispositif global, qui n'est pas encore partout très assuré.

3 – Un outil de pilotage : OASIS (outil d'aide aux sondages et à l'investigation statistique)

OASIS, outil de sondage complexe et nécessitant un paramétrage, a été diffusé dans les URSSAF en 2002. Il permet d'évaluer la probabilité de survenance d'un risque donné sur une chaîne de traitement, en extrapolant les résultats d'un échantillon tiré au sort à l'ensemble de la population examinée.

Sur les 24 URSSAF contrôlées, 19 n'avaient jamais utilisé OASIS ou l'avaient rapidement abandonné. Les difficultés techniques, réelles ou supposées, invoquées par les directeurs masquent une mauvaise compréhension de l'apport de l'outil. Ces difficultés tiennent notamment à la nécessité pour les URSSAF d'avoir à le paramétrer elles-mêmes (déterminer le type de sondage à réaliser, les modalités de constitution de l'échantillon et les seuils de sélection des dossiers à contrôler) et à définir au préalable une véritable stratégie de contrôle interne.

La pérennisation de cet outil supposerait que l'ACOSS change de logique et en fasse un instrument de dialogue avec les URSSAF et les CGSS et un support d'évaluation annuelle de leur stratégie locale.

L'analyse de ces différents points conduit à nuancer une appréciation, en apparence favorable, reposant uniquement sur une mise en place assez formelle du contrôle interne. Ils mettent en lumière l'utilité mais aussi la difficulté, relevée dans les autres branches, d'une démarche d'implication des organismes de base à partir d'outils définis par la caisse

nationale. Ils appellent, enfin, la poursuite des efforts entrepris par l'ACOSS et une forte mobilisation des URSSAF et des CGSS.

RECOMMANDATION

23. Améliorer les outils de suivi du contrôle interne :

- en définissant des objectifs quantifiés ;*
 - en utilisant plus largement OASIS.*
-

III - Les modalités de mise en place du système des caisses centralisatrices de paiement (CCDP)

Jusqu'en 2000, chaque clinique pouvait recevoir des paiements de l'ensemble des caisses d'assurance maladie, en fonction de l'affiliation des patients hospitalisés.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a modifié ce circuit de financement des cliniques privées en posant le principe du versement, par une caisse unique, des sommes dues par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des hospitalisations.

Cette réforme dont les enjeux financiers sont considérables (le régime général a en effet versé en 2002 7,5 Md€ à titre d'acomptes aux établissements et 8,3 Md€ en 2004), poursuivait un triple objectif :

- simplifier les relations des établissements de soins avec les régimes de sécurité sociale en désignant un interlocuteur unique ;
- permettre un suivi à la source des dépenses du secteur privé de l'hospitalisation, qui soit à la fois inter régimes et infra annuel. L'outil utilisé jusque là pour suivre l'objectif quantifié national des cliniques privées (OQN) et le système national inter régimes des établissements privés (SNIREP) présentait en effet de nombreuses faiblesses¹³⁸ ;
- enfin raccourcir les délais de remboursement des cliniques.

Un décret du 26 décembre 2000 a fixé les modalités d'application de cette réforme prévue pour début 2001. Dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2002, la Cour avait déjà mis en évidence les difficultés dues à une mise en œuvre trop rapide en 2001. Elle avait donc recommandé que soit établi un bilan détaillé de la réforme. En l'absence

138. Voir les rapports de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 1997, p. 20 ; de septembre 1998, p. 33 ; de septembre 2002, p. 319.

d'un tel examen de la part des tutelles et de la CNAMTS, la Cour a souhaité revenir, de manière plus approfondie, par deux investigations successives sur les modalités d'application de cette réforme ;

- au plan national, une enquête a cherché à mesurer si les objectifs assignés au nouveau circuit étaient atteints ;
- au plan local, les COREC ont analysé dans 25 CPAM les outils de contrôle interne mis en place pour prévenir et détecter les indus et ont effectué un bilan du dispositif des caisses centralisatrices après trois ans de fonctionnement.

Le présent chapitre synthétise les enseignements de ces travaux.

A – La complexité de la réforme a été sous-estimée

1 – Un circuit complexe

Simple dans son principe, le système des CCDP reposait sur le transfert des seules opérations de paiement aux CCDP, les opérations de liquidation demeurant à la charge des caisses d'affiliation des assurés, appelées caisses gestionnaires¹³⁹. L'architecture retenue rendait cependant délicate sa réalisation : la dissociation des opérations de liquidation de celles de paiement a multiplié les flux entre les caisses et entre les régimes¹⁴⁰, ce qui s'est révélé très vite source de dysfonctionnements et d'anomalies diverses

Le circuit des CCDP est également complexe du fait du nombre important d'établissements concernés.

En outre, les CCDP ont eu à développer des échanges avec des régimes qui ne recevaient aucun flux électronique avant la réforme, en particulier avec les organismes conventionnés gérant le risque maladie des travailleurs indépendants. Ces caisses, de même qu'une multiplicité de sections mutualistes de fonctionnaires, ont eu des difficultés à télétransmettre les opérations de liquidation vers des CCDP éclatées sur 130 sites. En effet, et c'est également une complexité et un facteur supplémentaire de multiplication des flux, presque toutes les CPAM ont été érigées en CCDP, la CNAMTS refusant implicitement toute

139. La caisse gestionnaire peut être la caisse centralisatrice de paiement, une autre CPAM du régime général, une caisse d'un autre régime d'assurance maladie obligatoire ou une mutuelle.

140. Hors le cas où la CCDP est en même temps caisse gestionnaire, ce qui correspond à plus de 50 % des flux.

spécialisation, par exemple régionale, et privilégiant, sans véritable nécessité, un choix de proximité.

2 – Un système compliqué par l'introduction d'un acompte

Le système a encore été compliqué par la mise en place d'un « acompte » de 85 %, à verser par la CCDP à la clinique dans un délai de quatre jours à réception de la facture. Pour être versé dans les temps, cet acompte est calculé automatiquement par les centres de traitement informatique, privant ainsi la CCDP de toute possibilité de contrôles préalables au paiement.

Ce système a été mis en place à la demande des cliniques qui souhaitent éviter des retards parfois anormaux de versement. Il a provoqué de multiples anomalies : doubles paiements, paiements à 185 % (acomptes versés suivis du règlement intégral des factures liquidées), pertes des flux de factures électroniques envoyés par les cliniques (flux dits B2) ou de factures liquidées envoyés par les caisses gestionnaires aux CCDP (flux dits "NOEMIE").

La conclusion de la Cour, fondée sur les données statistiques de la CNAMTS, est que l'instauration de cet acompte n'était pas opportune : le nouveau circuit d'information, à lui seul, a déjà permis de diminuer notablement les délais de remboursement aux cliniques, qui sont passés de 25 jours, avant la réforme, à 8,6 jours. En intégrant l'effet de l'acompte, le délai est certes un peu réduit (à 4,6 jours), mais cet avantage supplémentaire, limité, a engendré une très grande confusion dans les circuits de paiement et reste une source non justifiée de complexité et de risque pour la qualité des procédures.

Le champ d'application choisi pour cette réforme a constitué une difficulté supplémentaire : le périmètre retenu était celui des établissements visés par l'article L. 6114-4 du code de la santé publique, plus large que celui de l'OQN. Sur les 2 028 unités qu'il incluait en octobre 2003, 689 établissements étaient hors OQN¹⁴¹. Or, la majorité de ces derniers, n'adressant pas de factures électroniques, était exclue du versement de l'acompte, réservé aux seules factures télétransmises. Cette dichotomie a constitué pour les CPAM un facteur de risques car elles ont dû gérer deux systèmes de paiement : un acompte suivi du paiement du solde à la réception de la liquidation pour les établissements en télétransmission et un règlement intégral dès réception de la facture pour les autres. Il eût été préférable d'exclure du dispositif des CCDP les

141. Parmi ceux-ci figurent essentiellement des structures associatives, centres de dialyse alternative et structures d'hospitalisation à domicile.

établissements ne télétransmettant pas de données, afin d'éviter aux CPAM cette double gestion.

3 – Un calendrier de mise en application trop tendu

L'application de la réforme s'est également trouvée compliquée par un calendrier d'application trop tendu : le délai était très réduit entre la parution du décret et l'entrée en vigueur du dispositif.

De même, le cahier des charges informatique définissant à l'intention des différents régimes les adaptations indispensables n'a été terminé qu'en décembre 2000. En conséquence, il a été nécessaire de reporter de quelques mois l'entrée en vigueur de la télétransmission des flux pour plusieurs régimes, ce qui a encore accru la complexité des procédures.

4 – Des procédures de contrôle interne très insuffisantes à l'origine

Alors même que ce nouveau dispositif créait des risques nouveaux sur le plan de la sécurité des paiements et qu'il générait des problèmes complexes de responsabilité, d'une part, entre les régimes, d'autre part, entre les différents responsables au sein des organismes, aucune analyse de risque n'a été conduite par la CNAMTS au niveau national, ni aucune procédure de contrôle interne définie.

De manière logique, la sous-estimation des risques a induit une insuffisance des outils nationaux : les outils de détection des indus mis à la disposition des centres de traitement informatique, lors du déploiement du système, étaient très peu exigeants. La détection des doublons éventuels fondée sur le contrôle de cinq paramètres relatifs au paiement seulement, s'est avérée, en particulier, très peu efficace.

Les instructions de la CNAMTS se sont limitées aux inscriptions comptables. Dans ce domaine également, ce n'est que tardivement, en 2003, que des subdivisions comptables ont introduit la clarté souhaitable dans le suivi des indus par régimes (les acomptes quant à eux avaient été distingués par régime l'année précédente, en août 2002).

Dans ce contexte, les outils développés localement se sont révélés hétérogènes. Les contrôles des COREC distinguent des caisses très réactives, qui ont analysé les risques très précocement et ont rapidement signalé à la CNAMTS les multiples dysfonctionnements rencontrés ; mais, à l'autre extrême, plusieurs caisses n'ont activé aucune procédure de détection ou de prévention de doubles paiements ou plus généralement d'indus alors que ceux-ci étaient d'un niveau élevé.

B – Le risque financier a été progressivement maîtrisé

1 – Une situation initiale confuse

Les incidents ont été nombreux dans toutes les CPAM : pertes de flux, liquidations renvoyées par les caisses gestionnaires non reçues par les CCDP, double voire triple émission de factures électroniques, prestations liquidées transmises en double au CTI¹⁴², absence d'information de la CCDP du rejet de la facture par la caisse gestionnaire, impossibilité de rapprocher le versement de l'acompte du flux de la liquidation, sans parler des retards de liquidation de certaines caisses gestionnaires. Plusieurs caisses signalent également le maintien d'un remboursement direct par certaines caisses gestionnaires (notamment par les unions de secours minières dans les premiers mois). A titre d'exemple, à la CCDP de Bordeaux, notamment, plus de mille réclamations étaient ainsi en instance, au moment du contrôle des COREC.

Les indus constatés ont ainsi été très élevés, pour 2002, et encore considérables, en montants, pour 2003, même si leur niveau relatif avait diminué. Selon les CCDP examinées, le pourcentage d'indus allait de 3 à 11 % pour 2002, et encore de 1,2 à 6,5 % en 2003 (à rapporter à des montants de dépenses d'hospitalisation importants en volume).

Cette tendance marquée à la baisse ne doit pas toutefois dissimuler les risques de non détection d'indus, bien réels même s'ils ne sont évoqués qu'exceptionnellement par les agents comptables dans les caisses auditées.

Pour autant, les contrôles des COREC confirment bien la mise en place, au sein des CCDP, de contrôles divers et montrent que des recherches ont été progressivement instaurées sur les acomptes non apurés au bout d'un certain délai. Ces démarches, appuyées par un système de récupération automatique des acomptes non soldés, organisé par la CNAMTS, ont contribué notablement à l'amélioration des résultats.

2 – Des mesures de régularisation énergiques

Face au risque de prescription de ces indus, pour des sommes importantes, la CNAMTS a recommandé en août 2002 une procédure de récupération automatique des acomptes. A l'issue d'un certain délai (180 jours en 2002 selon les recommandations de la CNAMTS mais ce

142. Aucun accusé de réception logique (ARL) n'avait été mis en place pour la réception de ces flux, à la différence de ce qui existe pour des flux sécurisés comme les feuilles de soins électroniques.

délai a souvent été réduit dans les CCDP et fixé à 120, 90, voire 60 jours), les acomptes non soldés et considérés désormais comme des indus, devaient être récupérés sur les prestations à venir.

Cette faculté de reprise automatique des acomptes a été exercée par les caisses au cours du second semestre 2002, précédée ou non par des récupérations manuelles (mais deux caisses de l'échantillon l'avaient refusée, privilégiant le dialogue avec les établissements et une récupération négociée).

Cette situation a pu provoquer des tensions supplémentaires avec les cliniques privées pour le remboursement de leurs factures. Cependant la plupart des CPAM ont procédé à une information préalable des cliniques, ce qui a atténué les difficultés. Certaines CPAM ont mis en outre en place des cellules de suivi dédiées, développé des outils de contrôle spécifiques ou mené des campagnes d'information auprès des cliniques. Au moment des contrôles COREC, la plupart des situations antérieures étaient ainsi régularisées.

La plupart des enquêtes des COREC font ressortir qu'en 2004 des contrôles étaient désormais organisés à des rythmes réguliers afin de détecter d'éventuels doublons ou repérer les acomptes non apurés. Mais pour ce faire, les CCDP ont dû déployer des moyens importants, en constituant des cellules spécialisées, le plus souvent au sein des agences comptables. Dans les 25 CCDP contrôlées, un peu plus de 40 emplois, en équivalents temps plein, étaient affectés à ces tâches, ce qui, extrapolé aux 130 CCDP, représente plus de 200 emplois.

3 – Le coût des dysfonctionnements reste mal connu

La CNAMTS a cherché à suivre les situations non apurées dans les relations entre les caisses gestionnaires et les CCDP, en demandant des remontées d'informations locales mensuelles. Elle a également procédé à une enquête nationale sur le montant des créances irrécouvrables et sur celui des crédits non identifiés correspondant (à l'inverse des précédentes) à des remboursements de caisses gestionnaires non rapprochés des factures liquidées.

Les premiers résultats, d'ailleurs confirmés par les contrôles des COREC, conduisent à un bilan nuancé. Même si les données recueillies ne portent pas sur la totalité des CCDP et ne concernent que les relations entre celles-ci et les caisses gestionnaires, les montants qui restent à apurer paraissent limités : 4 M€ pour les créances dues, 11 M€ pour les produits. Seul un examen contradictoire des montants, avec l'ensemble des régimes, permettra d'aboutir à un chiffrage fiable.

Cependant, ces chiffres ne rendent pas compte des doubles paiements entre les cliniques et les CCDP qui sont intervenus en particulier pendant la première année de la réforme et pour lesquels un indu n'a pas été constaté.

Le caractère encore approximatif de ces chiffrages est surprenant.

C – Des objectifs initiaux partiellement atteints

Le premier objectif de la réforme, raccourcir les délais de remboursement aux cliniques, a bien été atteint. En revanche, le deuxième objectif visé, la simplification de la gestion et l'amélioration des relations entre les organismes de sécurité sociale et les établissements privés d'hospitalisation, ne l'a été qu'au bout de trois années, lorsque les outils de contrôle automatisés ont permis la maîtrise des flux.

La procédure de récupération automatique, protectrice des fonds de l'assurance maladie, a ainsi généré un nombre important de réclamations de la part des cliniques lorsque l'acompte resté en suspens correspondait à des délais de liquidation très élevés ou à des pertes de flux, mais étaient bien dus. En Alsace, plusieurs établissements ont d'ailleurs demandé à ne plus relever de la procédure d'acompte, qu'ils jugeaient lourde et source de confusion.

Dès lors que seront levées les difficultés liées à la période de mise en oeuvre du nouveau système, la réduction effective du nombre des interlocuteurs des cliniques devrait cependant constituer un facteur de simplification et une véritable amélioration. Il est évident que ce travail de mise en ordre encore long serait facilité et accéléré s'il était mis fin au système des acomptes.

La constitution d'une base de données inter régimes sur les dépenses des établissements privés d'hospitalisation, permettant le suivi de l'OQN et de l'ONDAM des cliniques, était le troisième objectif visé. La base organisée à partir de l'applicatif de gestion des CCDP a manqué de fiabilité et présentait notamment des décalages entre les montants liquidés transmis aux CCDP et les dépenses des régimes qui incluaient les acomptes non récupérés.

C'est pourquoi le suivi des établissements sous OQN a continué de s'appuyer sur les données du SNIREP, non seulement pour l'exercice 2003, mais aussi pour l'exercice 2004. Pour 2005, la CNAM s'appuie désormais sur un nouveau système d'information, le SNIIRAM, mais qui ne repose pas, comme c'était initialement envisagé avec la base CCDP, sur des données saisies à la source par les caisses centralisatrices. Les

différents régimes lui transmettent directement leurs décomptes pour centralisation.

Il est encore trop tôt pour apprécier la pertinence de cette option. En l'état, il apparaît cependant que les espoirs fondés initialement sur l'utilisation des données issues des CCDP pour le suivi des dépenses des cliniques privées ne se sont pas concrétisés alors même que c'était l'un des objectifs importants de cette réforme.

En conclusion, il apparaît que les avantages attendus de cette réforme ont été lents à apparaître et largement occultés par l'ampleur des problèmes initiaux. Sa mise en œuvre précipitée a conduit à sous-estimer les difficultés de réalisation, largement aggravées par les contraintes supplémentaires induites par le système d'acompte. Les modalités retenues ont été excessivement complexes.

Les CCDP, comme la CNAMTS, accaparées par la recherche de solutions aux multiples causes de dysfonctionnements, ont perdu de vue l'objectif de moyen terme : disposer d'un outil fiable sur l'évolution des dépenses, objectif que les tutelles ne leur ont pas rappelé.

On peut en outre tirer une leçon plus générale des dysfonctionnements constatés nés d'une insuffisante attention aux questions de contrôle interne et d'une absence d'estimation des risques financiers liés à l'introduction d'un nouveau dispositif.

A défaut d'une telle vigilance, de nouvelles réformes, comme celle du financement des cliniques privées avec la tarification à l'activité, instaurée en 2005¹⁴³, risquent de se traduire par des difficultés d'application analogues.

Dans ce contexte, il paraît utile de réfléchir aux enseignements à retirer d'une application précipitée du dispositif des CCDP et dont les difficultés n'avaient pas été anticipées ;

- le système du versement de l'acompte, qui avait largement contribué à la complexité du circuit des caisses centralisatrices, reste en vigueur. Or, il ne conserve aucun bien fondé, du fait de l'accélération des délais de liquidation. Il devrait être supprimé, ce qui allégerait les contrôles et simplifierait la gestion ;
- le nombre trop important de caisses centralisatrices est également source de complexité et engendre un risque de défaillance dans les contrôles internes. Il conviendrait de retenir le principe d'un regroupement régional des CCDP ;

143. La mise en œuvre de la nouvelle tarification à l'activité des établissements privés s'est trouvée plusieurs fois différée, avant d'entrer en vigueur au 1^{er} mars 2005.

- les comptes des CCDP retracent de nombreuses écritures à apurer, relatives aux flux des premières années. En vue de leur apurement exceptionnel, un bilan actualisé et exhaustif de ces opérations doit être fait ;
- de manière plus générale, un des enseignements des dysfonctionnements initiaux de ce dossier est qu'il conviendrait d'accompagner tout projet de réforme, en matière de circuit de financement, comme en d'autres domaines, d'une forme d'étude d'impact analysant des incidences potentielles, en termes de risques, et préconisant les mesures correctrices ou préventives, notamment par un dispositif approprié de contrôle interne.

RECOMMANDATIONS

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

25. *Limiter le nombre de CCDP à une CPAM par région.*

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

27. *Intégrer la démarche de contrôle interne dès la conception des réformes, spécialement en matière de circuit de financement.*

DEUXIEME PARTIE

LA GESTION DES RISQUES

Chapitre V

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

PRESENTATION

Avec le ralentissement de la croissance à partir du milieu des années soixante-dix, tous les pays industriels ont entrepris des politiques de maîtrise des dépenses de santé pour faire face aux déficits récurrents. L'OCDE a analysé régulièrement ces politiques, en dernier lieu en 2004. Elle distingue traditionnellement les actions sur l'offre de soins, comme le nombre de médecins et de lits d'hôpitaux et celles sur la demande qui consistent à créer des franchises ou à agir sur les tickets modérateurs.

La France, sur ce point, ne s'est pas distinguée de ses voisins. Mais à partir du milieu des années 1990, l'échec des mécanismes conventionnels de régulation à caractère purement économique a conduit l'assurance maladie à rechercher des accords d'un type nouveau avec chacune des professions de santé, permettant, à travers un meilleur usage des soins et de meilleures pratiques, d'encourager l'efficience et la qualité.

L'abandon des mécanismes financiers prévus dans les ordonnances d'avril 1996 pour encadrer l'activité et les prescriptions a renforcé la nécessité d'emprunter cette voie.

Les actions décidées dans le cadre de ces accords, qui étaient censées agir sur le comportement des professionnels et des assurés, ont dépassé le strict cadre des actions directes sur l'offre et la demande. Elles avaient l'ambition de combiner deux registres, celui de la pratique médicale ou professionnelle, qui mieux pensée, doit rendre possible des économies, et celui de la pratique conventionnelle qui permet de lier les négociations sur les tarifs ou la nomenclature aux actions de meilleure pratique. Cette démarche nouvelle s'est étendue à toutes les professions.

Dans son principe, cette ligne d'action était séduisante : alliant négociation et résultat économique, elle enlevait à la vie contractuelle entre caisses et professions de santé son caractère souvent conflictuel. Cependant, à quelques exceptions près cette démarche a débouché le plus souvent sur des échecs, dont les motifs sont divers. Dans plusieurs cas, les mesures n'ont pas été étudiées sérieusement avant la négociation et ont en outre gravement sous estimé la dynamique du paiement à l'acte. Dans d'autres cas, l'existence de différences d'appréciation entre le pilotage par la CNAMTS et le pilotage ministériel a brouillé la cohérence de la négociation. D'une façon générale, la conduite des actions a manqué de détermination et de suivi, soulignant la faiblesse du dispositif opérationnel de la CNAMTS partagé entre praticiens conseils et administratifs et ne disposant pas au niveau régional d'un échelon conçu pour l'action.

La récente campagne d'information sur la réforme de l'assurance maladie à la fin de 2004, bâtie sur l'idée selon laquelle « c'est en changeant tous un peu qu'on peut tout changer », a illustré la prise de

conscience croissante de l'importance des changements de comportements pour réduire le déficit de l'assurance maladie. Or, non seulement il est en soi très difficile d'agir sur des comportements non homogènes, mais notre système de santé est, pour les soins dispensés en ville, fondé à la fois sur la liberté de s'installer, de prescrire et de consulter et sur la tarification à l'acte. Ces caractéristiques indiquent l'importance des actions visant à infléchir les comportements puisque le niveau des dépenses de santé s'explique en partie par des millions de décisions individuelles.

La Cour a déjà examiné certains aspects de cette question dans ses rapports de 1999, 2000, 2003 et 2004. Le présent chapitre analyse d'une manière plus large, pour les seuls soins dispensés en ville, les divers types d'actions menées depuis une dizaine d'années par le ministère de la santé et par l'assurance maladie pour infléchir certains comportements, aussi bien des assurés sociaux que des professionnels de santé. Pour ces derniers, le champ de l'enquête concerne la quasi-totalité des professions de santé libérales¹⁴⁴, soit 255 000 professionnels.

I - Les enjeux de l'amélioration des comportements

C'est dans le contexte d'une vive croissance de la consommation des soins de ville que s'inscrit l'analyse des comportements des assurés et des professionnels de santé et des enjeux qui les sous-tendent. Cette croissance correspond évidemment pour une part à l'amélioration de la couverture sanitaire de la population. Cependant, le niveau de la consommation médicale et les contraintes de financement et de santé publique justifient pleinement la modification de certains comportements.

A – Des singularités françaises

Les comparaisons internationales révèlent le niveau élevé des diverses consommations médicales en France, sans que ces différences se justifient par une utilité médicale.

Le taux de visites de médecins au domicile de leurs patients par rapport aux consultations était de 23,5 % en France en 2000 (il a été ramené à 16,4 % en 2004), alors qu'il n'est que de 1 % à 7 % dans les systèmes nationaux de santé (de type britannique) et autour de 9 % dans les systèmes d'assurance (de type allemand).

Le niveau et la structure de la consommation de médicaments reflètent également des habitudes très différentes dans des pays de

144. A l'exception des sages-femmes et des orthoptistes.

niveau de développement voisin. Les Français sont, avec les Américains, les premiers consommateurs de médicaments par habitant. La dépense de médicament par habitant en parité de pouvoir d'achat représente en France deux fois et demi celle du Danemark, le double des Pays-Bas ou de la Suède. Elle est de 50 % à 80 % supérieure à celle de l'Allemagne et du Royaume-Uni.

Le niveau élevé de la consommation française de médicaments ne peut s'expliquer uniquement ni même principalement par des raisons liées à la santé, mais plutôt par des habitudes de prescription et de consommation. Ce ne sont pas tant les raisons financières qui influent sur ces comportements (les médicaments sont moins bien remboursés aux Etats-Unis) que des facteurs culturels tels que la confiance dans le progrès technique ou la médicalisation des problèmes de société.

L'observatoire du médicament¹⁴⁵ a publié en 1998 et 1999 des rapports sur quatre classes de médicaments, comprenant des comparaisons internationales (fondées sur des enquêtes d'IMS) :

- le nombre de consultations pour dépression est de 163/1000 habitants en France en 1997, contre 68/1000 en Allemagne ; 93 % de ces consultations conduisent à la prescription d'antidépresseurs en France, contre 62 % en Allemagne ; enfin, les médecins français prescrivent surtout les antidépresseurs les plus récents tandis que leurs confrères allemands prescrivent des médicaments plus anciens et beaucoup de phytothérapie. Ces différences s'expliquent par des organisations des soins, mais aussi par des comportements différents ;
- le nombre de consultations pour angine (pour 1 000 habitants) était en 1997 de 134 en France, 48 en Allemagne et 37 au Royaume-Uni¹⁴⁶. Le nombre de médicaments par ordonnance pour angine est de 2,6 en France, 1,3 en Allemagne et 1,1 au Royaume-Uni. Les médecins français prescrivent en effet non seulement des antibiotiques plus récents (et plus chers) que leurs confrères, mais également d'autres médicaments (anti-inflammatoires non stéroïdiens, expectorants, préparations pour le nez) qui n'apparaissent quasiment pas outre-Manche et outre-Rhin dans les prescriptions pour angine. Plus généralement, une publication du Lancet de juin 2001 a comparé la consommation d'antibiotiques en Europe en dose/jour pour 1 000 habitants : elle montre un écart de un à quatre entre les Pays-Bas et la France ;

145. Sa disparition de fait, faute de moyens, ne peut qu'être regrettée.

146. Les chiffres français ont sans doute évolué récemment sous l'effet de la campagne antibiotiques, dont il sera question plus loin. Mais il est intéressant de citer l'ampleur des divergences de pratiques entre pays voisins à l'origine.

- la prescription de veinotoniques¹⁴⁷ et de vasodilatateurs¹⁴⁸, dont le service médical rendu a été estimé insuffisant par la commission de la transparence, est une singularité française ;
- enfin, une étude réalisée en 2002 a comparé la consommation de statines¹⁴⁹ dans les régions frontalières d'Alsace et du Pays de Bade : les Français consomment 2 200 doses par an pour 100 assurés, les Allemands 1 280.

Cependant, les comparaisons internationales ne sont pas toujours possibles, la densité des professions médicales et paramédicales par rapport à la population étant différente et reflétant une organisation des soins différente. A titre d'exemple, il existe en France environ 7 000 biologistes libéraux, répartis entre 4 000 laboratoires d'analyse. Cette organisation très éclatée diffère de la situation allemande où il existe seulement 400 très gros laboratoires¹⁵⁰.

B – L'enjeu financier : contribuer à réduire le déficit de l'assurance maladie

Le montant des dépenses remboursées en soins de ville (3 principaux régimes) s'est élevé en 2004 à 58 Md€, dont 16,2 Md€ d'actes non prescrits (13,6 Md€ d'honoraires pour les médecins et 2,6 Md€ pour les dentistes) et 41,8 Md€ d'actes prescrits (dont 18,9 Md€ de médicaments, 3,8 Md€ de produits et prestations remboursables, 2,9 Md€ d'actes de biologie, 2,9 Md€ d'actes infirmiers, 2,2 Md€ de frais de transports et 2,2 Md€ d'actes de kinésithérapeutes). Cette répartition montre que ce sont les comportements de prescription qui sont de loin à l'origine des dépenses les plus importantes.

Selon le haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, « l'amélioration de la qualité des pratiques et de l'efficacité des soins n'est pas de l'ordre du gain marginal »¹⁵¹. La CNAMTS, pour sa part, a estimé¹⁵² que les dépenses des régimes d'assurance maladie qui n'apparaissent pas justifiées au plan médical représentent un potentiel d'économies qui pourrait, suivant des estimations qui restent encore partielles, atteindre 5 à 6 Md€, soit 15 % des prescriptions de soins de ville, ce qui justifie l'analyse approfondie du comportement de

147. Les veinotoniques sont prescrits contre l'insuffisance veineuse (varices).

148. Les vasodilatateurs sont prescrits dans certaines indications cardiaques, pour les acouphènes et vertiges et pour le déficit intellectuel du sujet âgé.

149. Médicaments anti-cholestérol prescrits en prévention d'affections cardiaques.

150. En Allemagne, les médecins peuvent effectuer eux-mêmes les prélèvements.

151. Rapport du haut conseil, 23 janvier 2004, p. 94.

152. CNAMTS, « Point de conjoncture » n° 25 de mai 2004.

prescription des médecins (les économies potentielles sur les actes non prescrits n'ont pas été estimées).

Des exemples d'« aberrations coûteuses » peuvent être approximativement chiffrés¹⁵³ :

- selon l'étude précitée de la CNAMTS, si les « gros prescripteurs » modifient leur comportement et reviennent à des usages de prescription moyens, l'économie pourrait être de 2 Md€ à 2,5 Md€, dont la moitié sur les médicaments, le reste sur les prescriptions d'auxiliaires médicaux, d'analyses médicales, de transports, etc. ;
- la Cour a évalué, en 2004, les économies potentielles sur les dépenses de médicaments à environ 4 Md€, dont 3 Md€ reposent notamment sur des changements de comportements (développement des génériques et des médicaments équivalents moins chers, respect des règles de bon usage, notamment pour les psychotropes, antibiotiques et statines¹⁵⁴) ;
- la CNAMTS estime à 6 % les arrêts de travail injustifiés, soit un surcoût de 550 M€¹⁵⁵ ;
- les soins dispensés aux personnes inscrites en ALD (affection de longue durée) et remboursés à 100 %, alors qu'ils sont sans rapport avec la maladie ouvrant droit à prise en charge intégrale, représentent un surcoût d'environ 500 M€¹⁵⁶ ;
- 20 % des traitements de lombalgies par masso-kinésithérapie sont considérés par la CNAMTS comme injustifiés, soit un surcoût de 170 M€, sans compter les examens d'imagerie médicale inadaptés (non chiffrés).

En revanche, quelques idées reçues doivent être relativisées, comme celle du coût du nomadisme médical des assurés, dont la

153. Il ne s'agit que d'ordres de grandeur et les indications données en matière de médicaments ne peuvent être cumulées.

154. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2004, p. 353. Les économies potentielles liées au déremboursement des médicaments à service médical insuffisant (environ 1 Md€) ne dépendent pas d'un changement de comportement.

155. CNAMTS, « Point de conjoncture n° 31-32 de décembre 2004 ». Le surcoût est de 440 M€ pour le seul régime général, qui a versé 7,4 Md€ d'indemnités journalières en 2004. Dans « Faits marquants 2000 », des contrôles de la CNAMTS montraient même 12 % d'arrêts non justifiés en 1997 et 19 % en 1998.

156. D'après des études des services médicaux de la CNAMTS et de la CANAM en 2005 sur le mésusage de l'ordonnancier bi-zone.

définition¹⁵⁷ et le repérage sont au demeurant complexes. Une étude réalisée en 2001 par la CANAM a montré que seuls 0,02 % des assurés et 0,04 % des assurés consommateurs de soins pouvaient être qualifiés de « nomades » avérés. La CNAMTS¹⁵⁸ n'a pas fait d'étude comparable à celle de la CANAM.

Par extrapolation de l'étude de la CANAM, le nomadisme ne concernerait que 12 000 Français et le surcoût lié au nomadisme serait d'environ 7,5 M€ pour les honoraires de médecins ou de 30 M€ si l'on y ajoute les prescriptions¹⁵⁹. Cette extrapolation ne peut évidemment être avancée qu'avec prudence, mais une étude de l'ANAES¹⁶⁰ confirme cette idée : l'un des critères de qualité les plus importants pour les patients est de pouvoir consulter habituellement le même médecin, et l'un des critères les moins importants est d'avoir la possibilité de changer de médecin facilement.

C – L'enjeu de santé publique : faire progresser les comportements de soins, de prévention et d'éducation à la santé

Sur le long terme, cet enjeu rejoint les préoccupations financières. Mais à court terme, il entraîne un surcoût, même si celui-ci peut être considéré comme un investissement pour l'avenir.

Par exemple, un meilleur dépistage du diabète sous-diagnostiqué en France d'environ 400 000 personnes¹⁶¹ et une meilleure prise en

157. Est présumé nomade tout patient dont l'indice de « présumé nomadisme » est égal ou supérieur à trois sur une période de six mois. L'indice de « présumé nomadisme » est la différence entre le nombre de médecins différents consultés et le nombre de spécialités différentes de ces médecins.

158. Le contrôle effectué par la CNAMTS en 2003 ne permet pas de quantifier le nomadisme mais a montré que seuls 27 % des patients contrôlés avaient un traitement approprié. La CNAMTS avait déjà étudié le phénomène en 1993 mais n'avait produit aucun chiffrage du surcoût du nomadisme étudié.

159. 0,04% de 15 Md€ d'honoraires médicaux ou de 60 Md€ d'honoraires et de prescriptions (régime général 2004). Un coefficient de 1,25 a été appliqué pour estimer le montant tous régimes confondus.

160. « Qualité des soins : revue à travers la littérature des outils et des critères utilisés en médecine ambulatoire ».

161. Le programme d'actions de prévention et de prise en charge du diabète de type 2 estimait qu'« environ 300 000 à 500 000 personnes sont des diabétiques patents mais non dépistés ».

charge auraient certes un coût immédiat¹⁶² mais que compenserait à terme la prévention de graves complications (cardiaques, rétiniennes, rénales, podologiques).

D'une manière générale, la France est en retard dans la prévention et notamment dans la lutte contre l'alcoolisme, l'abus de médicaments et d'aliments sucrés et n'a rattrapé qu'une partie de son retard en matière de lutte contre le tabagisme. Alors que le budget de communication de l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) pour le VIH, l'alcool et le tabac n'était que de 37 M€ en 2004, les dépenses publicitaires pour les seuls alcools s'élevaient en 2000 à plus de 150 M€.

Plusieurs facteurs contribuent cependant à infléchir les comportements en faveur de la prévention :

- l'apparition du sida, ainsi que le développement de pathologies dues aux modes de vie contemporains (pollutions, nutrition, vieillissement, conduites à risques...), qui accroissent la sensibilisation aux problèmes de santé publique ;
- la prise de conscience que la mortalité prématurée évitable des hommes en France est l'une des plus élevées d'Europe. Les décès avant 65 ans représentent en effet un cinquième du total des décès ;
- le succès des récentes campagnes de prévention routière.

II - Une connaissance insuffisante des comportements

A – Une connaissance incertaine de l'augmentation des soins de ville

La CNAMTS a entrepris de suivre l'évolution de la connaissance en volume des soins de ville. Les résultats en sont publiés régulièrement dans ses « Points de conjoncture ». Il apparaît ainsi que la consommation de soins de ville aurait augmenté d'un tiers en volume entre 1998 et 2003 (cf. tableau ci-après).

Cette augmentation est pour partie apparente. L'élaboration de ces données statistiques appelle en effet des réserves méthodologiques importantes. En effet pour plusieurs de ces postes, la croissance des

162. Une personne diabétique coûte en moyenne 4 200 € par an soit 1,9 fois plus qu'une personne du même âge selon l'étude ENTRED (échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques) de juin 2004.

quantités de soins consommés a été moins forte que celle évaluée par la CNAMTS. A titre d'exemple, pour les médicaments, la progression indiquée du volume englobe les quantités mais aussi, pour une part essentielle, l'effet de structure dû notamment au remplacement de produits anciens par des produits nouveaux et plus chers. Dans ce secteur, selon l'IMS, les quantités vendues ont diminué en 2004 de 1,5 % et avaient déjà légèrement baissé les années précédentes. Un problème analogue se pose pour la LPPR. Or, ces deux postes représentent à eux seuls plus de la moitié de l'augmentation globale. Pour les honoraires, les effets de modification de nomenclature créant de nouveaux actes, plus chers, ne sont pas déduits, sauf lorsqu'ils sont considérés comme directement assimilables à des revalorisations d'honoraires. Pour les infirmières, la hausse du volume inclut l'effet de la modification de la règle dite du « non cumul » (cf. infra) qui interdit à cette profession de mentionner sur la feuille de soin l'ensemble des soins effectués. Ainsi, l'effet volume calculé par la CNAMTS inclut d'autres éléments que l'évolution des quantités. A l'inverse, l'évolution de la consommation en volume des soins de ville pour les médecins généralistes est bien cernée dans ces statistiques.

**Évolution de la consommation de soins de ville en volume selon la
CNAMTS
(indice annuel corrigé des jours ouvrables, des variations saisonnières
et des tarifs, moyenne de l'année – base 100 : 1998)**

	2001	2003	Poids des divers soins de ville
médecins généralistes	104,8	105,7	9,5 %
médecins spécialistes	109,9	119,6	13,6 %
dentistes	112,5	120,6	5,3 %
sages-femmes	130,0	152,1	0,1 %
infirmiers	113,2	123,5	4,1 %
masseurs	117,9	129,7	4 %
orthophonistes	110,9	125,2	0,8 %
orthoptistes	112,0	141,1	0,1 %
biologie	122,7	144,8	5,4 %
transports*	130,5	155,2	4,3 %
médicaments	129,2	147,8	35,1 %
LPPR	155,2	186,1	4,7 %
prestations en espèces	117,7	133,2	12,1 %
Total soins de ville	120,0	134,3	100 %

*Ce poste inclut aussi à hauteur de 0,9 % des prestations indifférenciées émanant des centres de santé.

Dès lors, il importe que la CNAMTS améliore la présentation de ces données pour isoler, de manière fiable, les évolutions tenant au seul effet volume, élément essentiel pour la connaissance de l'évolution des comportements.

B – Des disparités qui restent inexplicées

1 – Une hétérogénéité des comportements par zones géographiques bien identifiée

Les études disponibles montrent de fortes disparités régionales dénuées de justification médicale.

D'après la CNAMTS, les disparités géographiques de prescriptions des médecins généralistes sont des phénomènes anciens (la cartographie de la prescription moyenne de médicament par consultation

ou visite est quasiment la même en 1985 et en 2002) et sont très faiblement liées aux caractéristiques des patients.

Une analyse géographique des comportements de prescription de 51 738 généralistes libéraux en 2002¹⁶³ montre des disparités géographiques qui persistent même après redressement des effets de structure de la clientèle des médecins : la dispersion des comportements n'a qu'un lien ténu avec les caractéristiques de sexe, d'âge et d'état de santé des malades soignés. La surprescription est concentrée dans une dizaine de départements (Aube, Cher, Creuse, Indre, Loire, Nièvre, Orne, Saône et Loire, Yonne), mais l'observation de la surprescription par canton montre que celle-ci est beaucoup plus diffuse, puisqu'elle concerne, à des degrés divers, la quasi-totalité des départements métropolitains.

Selon une autre étude de la CNAMTS consacrée aux prescriptions des généralistes en ville de janvier à août 2004¹⁶⁴, la prescription d'arrêts de travail montre une forte disparité géographique, variant de 1 à 3, que ne justifie aucun facteur médical. Le nombre d'indemnités journalières (IJ) versées par salarié occupé et par an en 2002 est de 9,9 dans la France entière, mais va de 6,3 à Paris à 18 en Haute Corse, en passant par 15,4 dans les Bouches du Rhône.

L'observation du taux de visites de médecins au domicile de leurs patients par rapport aux consultations à leur cabinet indique aussi des disparités régionales importantes, ce taux allant de 14 % en Rhône-Alpes à 33 % dans le Nord-Pas-de-Calais en 2000, cette étude portant toutefois sur une période antérieure à la baisse globale du nombre de visites constatées à partir de 2001. Ces différences régionales laissent supposer qu'un nombre important de visites au domicile, plus coûteuses, ne sont pas justifiées médicalement.

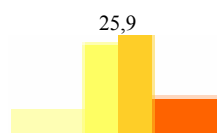
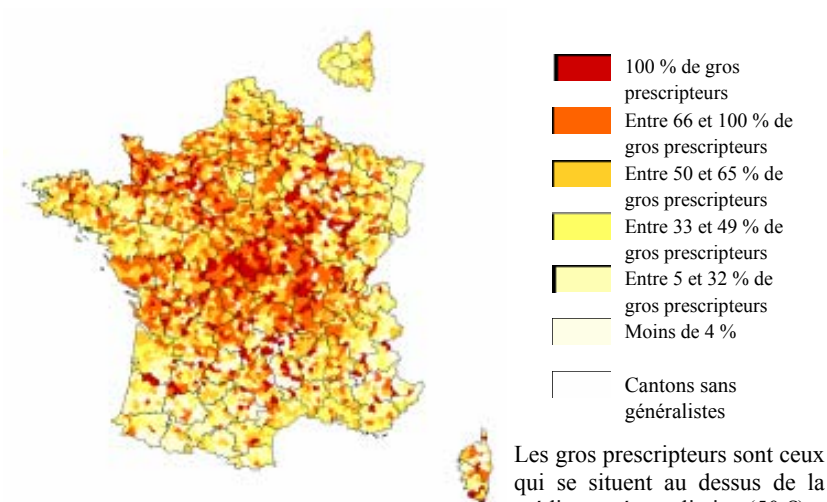
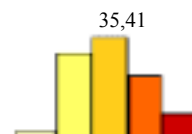
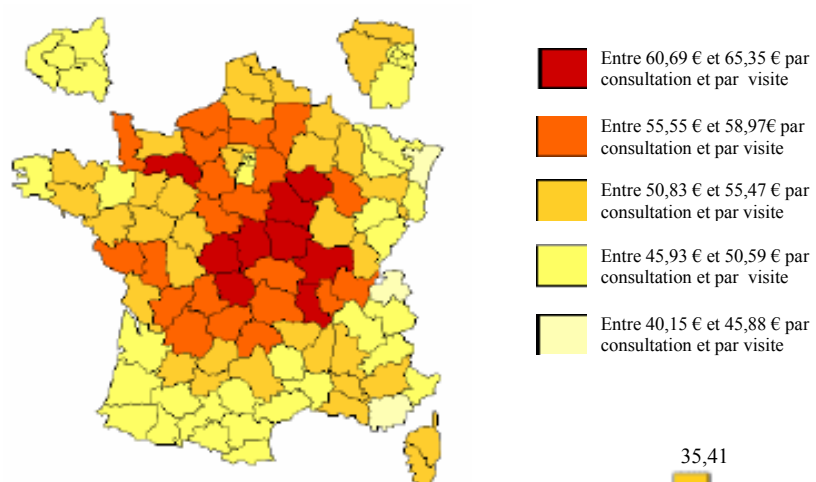
Selon la même étude, la prescription varie d'un département à l'autre de 1 à 1,8 pour les antibiotiques, de 1 à 2 pour les statines, de 1 à 2,5 pour les psychotropes. Une analyse plus fine révèle des disparités accrues : ainsi, le taux de génériques délivrés¹⁶⁵ variait en 2003 de 11 % à 89 % selon les cantons.

163. CNAMTS, « Point de conjoncture » n° 25 de mai 2004.

164. « Point de conjoncture » n° 31-32, décembre 2004.

165. Ce taux est évalué en nombre de boîtes.

Prescriptions moyennes de médicaments par consultation et visite des généralistes par départements (1) et pourcentage de gros prescripteurs en 2002 par canton (2)



Un exemple de forte disparité géographique des pratiques sans justification médicale est également donné par l'inlay-core¹⁶⁶, technique de prothèse dentaire coûteuse remboursée à partir de janvier 2001. Au 1^{er} semestre 2003, la part de couronnes sur inlay-core est de 49 %, variant de 28 % à Châteauroux à 81 % à Haguenau. Un an plus tard, si l'usage des inlay-core s'atténue sous l'effet de l'accord de bon usage des soins lancé en 2003, les différences persistent.

2 – De multiples limites méthodologiques

Même si leur utilité est indéniable, les études réalisées par la CNAMTS souffrent de biais méthodologiques, dans la mesure où elles ne prennent pas en compte :

- les disparités de densité démographique médicale, qui peuvent contribuer à expliquer, par exemple, la plus grande proportion de médecins généralistes gros prescripteurs dans le nord de la France, où il y a moins de médecins par habitant ;
- les différences de densité et de structure hospitalières, qui peuvent exercer plusieurs effets. L'activité des professionnels libéraux et le niveau de leurs prescriptions sont naturellement plus faibles quand l'importance de l'équipement hospitalier favorise le recours à l'hôpital. Les prescriptions par des médecins hospitaliers de soins et d'achat de médicaments en ville, qui ont fortement augmenté ces dernières années, pèsent à l'inverse plus fort sur la consommation apparente de médicaments dans les zones où la densité hospitalière est plus forte. Dans les zones où les généralistes libéraux participent davantage à l'activité hospitalière (cas des hôpitaux ruraux), l'activité et les prescriptions effectuées dans ce cadre sont considérées comme hospitalières et non comme soins de ville ;
- la densité de spécialistes par département ou canton : or, moins il y a de spécialistes dans certaines disciplines, plus le champ de prescription des généralistes est large.

166. L'inlay-core est une nouvelle technique de reconstitution d'une dent dévitalisée avant la pose d'une couronne : alors que la technique traditionnelle (reconstitution à ancrage) est réalisée entièrement en cabinet dentaire et considérée comme un soin conservateur, donc peu remboursé et sans possibilité de dépassement, l'inlay-core nécessite le recours à un prothésiste extérieur et est classée pour cette raison parmi les soins prothétiques.

3 – Des explications insuffisantes sur les différences de comportements de prescription

L'analyse des comportements de prescription ne permet pas d'identifier les causes des écarts d'un prescripteur à l'autre.

Une étude de septembre 2002 de la CNAMTS (Point de conjoncture n° 4-5) portant sur les gros prescripteurs montre que les 8 700 généralistes (15,6 %) qui prescrivent 30 % des médicaments en France sont des praticiens « particulièrement actifs, s'occupant d'une clientèle importante qu'ils suivent plus régulièrement, et ayant en conséquence un emploi du temps plus chargé » et que « les spécificités de leur clientèle ne paraissent pas expliquer la surprescription de ces médecins ».

Une autre étude de juillet 2004 de la CNAMTS (point de conjoncture n° 26-27) montre des caractéristiques démographiques (âge, sexe) semblables chez les gros prescripteurs et la moyenne des médecins : « l'exploration des données disponibles n'a pas révélé de profil particulier chez les généralistes gros prescripteurs de médicaments (...). Les facteurs expliquant ce comportement de prescription ne seront pas facilement identifiables ».

L'étude conclut que les disparités observées ne résultent pas des caractéristiques des patients ni de l'offre de soins. Elle suppose, sans le démontrer, que les disparités de prescription ne découlent pas non plus des différences de pathologies rencontrées. L'étude s'interroge en effet sur le point de savoir si les patients de ces médecins sont soignés pour des pathologies particulières, mais indique que « ce sont des questions auxquelles le système d'information disponible ne permet pas de répondre ».

« Reste la dernière explication, probablement la bonne, suivant laquelle les pratiques médicales seraient très différentes, d'une zone géographique à l'autre, et souvent d'un médecin à l'autre, face à des pathologies semblables. Ce constat, car il s'agit là moins d'une explication que d'une description, légitime l'intervention de l'assurance maladie et donne un sens à la régulation des dépenses ».

On doit observer que les limites relevées à propos des études sur les disparités géographiques s'appliquent là aussi. En outre, les études ne prennent pas en compte l'inégalité de la durée de travail, au demeurant non connue mais sans doute forte entre médecins libéraux. L'absence d'indication sur les feuilles de soins de la catégorie socioprofessionnelle ou de la profession des patients limite les enseignements qui peuvent en être retirés. Si, au vu des écarts constatés, des actions sur les comportements peuvent être menées dans certains domaines, l'absence

d'explications ne permet pas encore d'orienter ces actions de manière précise dans d'autres domaines.

Ce constat devrait faire l'objet d'enquêtes approfondies sur les facteurs expliquant ces différences de pratiques, notamment en tenant compte de la présence ou non de spécialistes dans les zones de desserte des généralistes, de la proximité d'hôpitaux, de l'incidence des autres praticiens (laboratoires, radiologues, pharmaciens, infirmiers...) exerçant dans les mêmes zones.

C – Des outils de connaissance des comportements perfectibles

Au-delà des limites que présentent les études disponibles, plus fondamentalement la capacité de connaissance des comportements est aujourd'hui limitée par l'imperfection des systèmes d'information susceptibles d'alimenter les études. La réalisation d'enquêtes ponctuelles demeure de ce fait nécessaire et devrait être développée.

1 – Des systèmes d'information de l'assurance maladie en progrès, mais toujours insuffisants

a) Le codage des actes de soins reste incomplet

Les systèmes informatiques de l'assurance maladie qui traitent les feuilles de soins ne peuvent fournir des données utiles à la connaissance de la prescription et de la consommation de soins que si les mentions portées sur les feuilles de soins sont codées de manière à identifier l'acte dispensé ou le produit acheté (afin de les mettre en relation avec les pathologies diagnostiquées) et à ce que la saisie informatique permette l'enregistrement de cette information.

Le codage, pourtant rendu obligatoire par la loi dès 1993, ne concerne pour l'instant que les médicaments et les actes de biologie en ville. Les bases de données « Médicam » et « Biolam » donnent lieu à la publication par la CNAMTS d'un rapport annuel analysant l'évolution des consommations. Pour les autres actes, la nomenclature actuelle (NGAP) et le système des lettres-clés ne permettent pas d'identifier la nature de la plupart des actes.

L'extension du codage à d'autres secteurs s'opère lentement : ainsi, l'introduction du codage était prévue dans la convention signée avec les dentistes en avril 1997, mais n'a jamais été mise en œuvre. A

terme, la classification commune des actes médicaux¹⁶⁷ permettra le codage de tous les actes, mais les délais de mise en œuvre s'annoncent longs : seule la CCAM afférente aux actes techniques est entrée en vigueur en mars 2005. Encore sa mise en œuvre effective nécessitera-t-elle un certain délai et il n'existe pas de calendrier pour la CCAM des actes cliniques. De plus, il n'existe pas de codage pour le matériel médical (LPPR). Quant au codage des pathologies, qui permettrait une observation fine des pratiques et une évaluation des prescriptions, il n'a pas commencé.

b) Les limites du système d'information de l'assurance maladie

Les données figurant sur les feuilles de soins, avec les limites évoquées ci-dessus, sont stockées dans des bases de données. Les deux principales sont le SNIR (système national inter régimes, mis en place progressivement à partir de 1977) et ERASME (base de données du seul régime général mise en place en 2000). Des études à partir de ces bases ont été réalisées surtout à partir de 2002. Le SNIR et ERASME peuvent décrire certains écarts de pratiques entre les différents professionnels, mais des conclusions opérationnelles sont parfois difficiles à en tirer et l'on a vu précédemment les limites des études menées sur ces bases pour ce qui concerne les médecins.

La mesure de l'activité des infirmiers par le SNIR est pour sa part incomplète. Elle ne comporte pas l'activité réalisée dans les structures comme les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) et l'hospitalisation à domicile (HAD), structures financées par l'assurance maladie sous forme de forfaits et dotations, alors même que les infirmiers perçoivent des honoraires payés par lesdites structures. Or, cette activité est non négligeable. Une étude réalisée en 2004 par la DREES montre que 13 % des visites au domicile des personnes prises en charge dans le cadre des SSIAD sont réalisées par des infirmiers libéraux. Depuis la réforme tarifaire de 1997 des EHPAD, les soins infirmiers réalisés dans ces établissements ne sont en principe plus des « soins de ville » remboursés comme tels, mais sont inclus dans une dotation générale incluant les soins infirmiers. Bien que des dispositions aient été prises pour suivre les soins de ville dispensés dans ces

167. La CCAM est une nouvelle nomenclature qui comporte 7 200 actes techniques au lieu des 1 500 de l'actuelle nomenclature générale des actes professionnels. Ces actes sont rigoureusement décrits (zone anatomique, action, technique utilisée), hiérarchisés entre eux en fonction de leur durée, de leur difficulté et de leur niveau de risque et identifiés par un code. Si l'intervention de la CCAM devrait conduire au resserrement de l'écart des revenus entre professions de santé, son coût global est estimé à plusieurs centaines de millions d'euros.

établissements (arrêté du 9 juillet 2003), aucun suivi n'est effectué pour distinguer les établissements ayant opté pour l'emploi salarié de ceux qui continuent d'utiliser les prestations des infirmiers libéraux. Cette absence de suivi empêche de connaître l'activité complémentaire que ces derniers réalisent en EHPAD.

Le caractère incomplet de ces informations résulte aussi de la règle de non-cumul, figurant dans les dispositions générales de la nomenclature (article 11 B). Cette règle interdit aux professions de santé (sauf les biologistes et les radiologues) de facturer à 100 % l'ensemble des actes effectués au cours d'une même consultation ou visite. L'impact de cette règle est particulièrement sensible pour certaines professions. Les infirmiers, par exemple, facturent le premier acte à 100 %, le deuxième à 50 % et les actes suivants de manière décroissante. Cette règle a pour conséquence que des actes à faible cotation ne sont pas facturés dès lors qu'ils interviennent au terme d'une série d'actes effectués lors d'une séance de soins à domicile. La règle conduit donc à minorer et à méconnaître une partie non négligeable de l'activité des infirmiers. Des études sur les échantillons devraient être faites pour remédier à ces lacunes.

Alors que l'ensemble des dépenses remboursées par la CNAMTS est saisi dans des systèmes informatiques, les informations contenues demeurent donc peu exploitables dans une optique de connaissance fine des comportements. Aucune information précise sur les pathologies et les traitements n'est disponible, mais seulement des informations non discriminantes en lettre-clé et coefficient.

Or, depuis 12 ans, le code de la sécurité sociale¹⁶⁸ dispose que « dans l'intérêt de la santé publique et en vue de contribuer à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie, les professionnels (...) dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie à des assurés sociaux communiquent aux organismes d'assurance maladie concernés le numéro de code des actes effectués, des prestations servies (...) et des pathologies diagnostiquées. » Dans les faits, les seules informations sur les pathologies traitées en ville sont celles que le service médical de la CNAMTS enregistre lorsqu'il intervient sur les ALD, mais ces données ne sont pas croisées avec les systèmes d'information issus de la liquidation. Le fait que ces systèmes ne permettent pas de croiser les données médicales (pathologies) et celles figurant sur les feuilles de soin qui ne sont conçues aujourd'hui que pour le remboursement est crucial

168. Loi du 4 janvier 1993 (article L. 161-29).

pour expliquer le manque de suivi de la politique de gestion du risque¹⁶⁹.

La CCAM ne devrait pas modifier ce constat, puisque, si les actes sont plus finement connus, leur adaptation à la pathologie restera inconnue. Une utilisation de la CIM 10 (classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé) dans les feuilles de soins permettrait de disposer d'une information exhaustive sur les parcours de soins et les comportements, sous réserve du respect du secret médical.

Une expérience de médicalisation du système d'information a cependant été lancée par la MSA dans trois régions depuis septembre 2004. Le logiciel Archimed permet d'analyser les ordonnances au vu des pathologies et par conséquent de repérer des anomalies dans la prescription. Une fois ces anomalies analysées par les médecins conseil, un courrier type est envoyé au médecin, qui peut contacter le médecin conseil. Le taux de modification de l'ordonnance après envoi du courrier est très important.

Les progrès des instruments de mesure des comportements prendront du temps. En effet, la CCAM n'est pas encore complètement mise en œuvre. Le SNIIRAM (système national d'information inter régimes de l'assurance maladie) devrait à terme apporter à l'assurance maladie une information exhaustive sur la consommation de soins, aussi bien à l'hôpital qu'en ville. L'utilisation du dossier médical personnel est prévue pour 2007.

Dans l'immédiat, des avancées sont possibles dans deux domaines :

- une meilleure exploitation des outils existants et des données disponibles est indispensable (fichier des ALD, études approfondies à partir du SNIR et d'ERASME). Une amélioration de la connaissance passe aussi par un approfondissement des études et des enquêtes ponctuelles.
- depuis l'avis de la CNIL du 14 juin 2005 autorisant la CNAMTS à exploiter les données individuelles anonymisées du fichier des ALD et donc à les croiser avec les données des dépenses, un système d'information médicalisée peut être mis en œuvre pour tous les patients en ALD.

169. Seuls des rapprochements manuels ou des requêtes ponctuelles du contrôle médical peuvent permettre actuellement de rapprocher les deux types de données.

2 – Les enquêtes ponctuelles de comportements

Les enquêtes ponctuelles de comportements permettent de compléter les connaissances issues des systèmes d'information. Elles restent cependant partielles.

a) Enquêtes sur les comportements des assurés

Plusieurs outils permettent d'appréhender certains comportements des assurés sociaux. L'enquête santé protection sociale (ESPS) est réalisée tous les deux ans par l'IRDES. D'après l'ESPS, un lien étroit existe entre consommation de soins et catégories socioprofessionnelles. Toutes choses égales par ailleurs, les dépenses de médecins spécialistes, d'analyses biologiques, de soins d'optique et les recours aux soins dentaires sont plus importants chez les cadres, alors que les personnes issues de ménages ouvriers ont les plus fortes consommations hospitalières et globalement des dépenses de santé plus élevées. Le recours aux soins est moins fréquent pour les chômeurs, mais leurs dépenses ambulatoires apparaissent, au bout du compte, plus fortes. On relève également une influence significative du diplôme et du revenu sur les dépenses de médecins spécialistes et de soins dentaires. Si l'ESPS permet un bilan régulier de l'état de santé de la population et de son recours aux soins, elle reste déclarative et les variables relatives à l'état de santé sont très synthétiques.

L'échantillon permanent des assurés sociaux (EPAS), créé par la CNAMTS en 1970, regroupe 1/600e des assurés du régime général et permet d'étudier les données sur leur consommation de soins issues du système de traitement des feuilles de soins et des paiements aux hôpitaux. Il a été utilisé, par exemple, pour étudier de manière globale la consommation médicale des bénéficiaires de la CMU complémentaire et des bénéficiaires d'ALD en 2002¹⁷⁰. Ainsi, les personnes souffrant d'une ALD représentent 12,9 % des assurés mais pèsent pour 51,2 % des dépenses d'assurance maladie. Leurs dépenses sont concentrées sur l'hôpital, mais leurs dépenses de soins de ville sont trois fois supérieures à celles des autres patients. Cependant, l'échantillon EPAS est peu réactif car les données datent de près de deux ans. Il ne permet pas non plus d'avoir des résultats significatifs par CPAM ou département ou par prestation ou population particulière, ni de suivre en routine l'évolution des comportements et l'impact des actions qui visent à les infléchir.

La DREES a réalisé en 2002 une enquête sur les motifs de consultation de médecins généralistes, d'où il ressort notamment que le suivi d'affections chroniques était à l'origine de 42 % des consultations.

170. CNAMTS « Point de conjoncture », n° 29-30 d'octobre 2004.

En 2004, une étude des centres de santé de la MAAF précise que les consultations de généralistes donnent lieu dans 78 % des cas à une prescription composée de trois lignes en moyenne et en plus grand nombre dans le cas d'une affection chronique. Le coût moyen de la prescription par consultation est de 29 €, le coût par ordonnance s'élevant à 37 €. Le pourcentage de personnes qui font venir le médecin à domicile varie en fonction des caractéristiques des individus : il est plus élevé chez les personnes âgées de 70 ans et plus, ainsi que chez les ouvriers, en particulier non qualifiés.

Enfin, les comportements de patients peuvent aussi être étudiés au travers d'initiatives privées, mais celles-ci paraissent sous-utilisées¹⁷¹.

b) Enquêtes sur les comportements des professionnels de santé

L'assurance maladie réalise régulièrement des enquêtes nationales ou régionales (via les URCAM ou les ERSM) sur la prescription des soins (polymédication des personnes âgées, médicaments anti-cholestérol). Ainsi, des études très complètes, mais insuffisamment utilisées, fondées sur une véritable expertise gériatrique, ont été réalisées par le service régional médical de Bretagne sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Toutefois, comme l'a relevé la Cour en 2004, les études réalisées par les URCAM restent dispersées et sans cohérence d'ensemble.

En dehors de l'assurance maladie, des corps de contrôle peuvent étudier certains thèmes liés aux comportements. Ainsi, une enquête IGAS-IGF de 2002 sur les arrêts de travail a montré que certains médecins prescrivent cinq fois plus d'indemnités journalières que d'autres, l'examen des comportements de prescription faisant apparaître que les praticiens qui prescrivent le plus souvent des arrêts de travail sont aussi ceux qui prescrivent les arrêts les plus longs.

Dans l'ensemble cependant, on dispose d'encore moins d'enquêtes sur les comportements des professionnels de santé que sur ceux des assurés sociaux.

171. C'est le cas, par exemple, de la base de données de la COSEM (coordination des œuvres médicales et sociales), association administrée par le groupe d'assurances MAAF et qui gère trois centres de santé effectuant 1 million d'actes par an.

III - Les dispositifs mis en œuvre pour agir sur les comportements

Des dispositifs ont été mis en œuvre depuis plus de trente ans pour réduire les dépenses inutiles, les transférer vers des prestations efficaces tant curatives que préventives, appuyées sur des référentiels acceptés et connus de tous. Les actions sur les comportements des assurés ou des professionnels de santé sont de quatre sortes. Trois concernent à la fois les assurés et les professionnels : l'information sur les bonnes pratiques, la sanction des comportements déviants et les mesures de tarification et de nomenclature. Le quatrième type d'action concerne les seuls professionnels de santé : il s'agit des nouveaux instruments conventionnels.

Les deux premiers leviers d'actions, information et sanction, complémentaires, ont été insuffisamment développés, malgré des progrès récents. L'essentiel des efforts des pouvoirs publics a porté, ces dernières années, sur les mesures tarifaires et de nomenclature et sur les accords conventionnels.

A – L'information sur les bonnes pratiques

La première des mesures consiste à définir ce que sont les bonnes pratiques et les comportements vertueux, avant de chercher à les généraliser. Des instances scientifiques sont chargées d'élaborer des référentiels et recommandations. Foisonnante en certains domaines, cette production demeure lacunaire dans d'autres et se caractérise par une lisibilité et une accessibilité faibles : l'absence de priorités claires et le peu d'attention porté à la diffusion des règles réduisent l'impact des messages adressés aux professionnels. L'information des assurés est encore plus embryonnaire.

1 – L'information des professionnels de santé

a) Des recommandations insuffisantes

L'ANAES, à laquelle vient de se substituer la haute autorité de santé (HAS), produit une vingtaine de recommandations de bonne

pratique par an, complétées par celles de l'AFSSAPS¹⁷². Ces agences sont confrontées à un double problème de production et de lisibilité de leurs avis.

Le premier problème réside dans la capacité à améliorer et accélérer la production des références. Les commandes étaient trois fois plus importantes que la capacité de l'ANAES. Elles proviennent du ministère de la santé et de l'assurance maladie pour chacun un quart et pour l'autre moitié des sociétés savantes. Or, les logiques de ces acteurs diffèrent. L'assurance maladie s'appuie sur la constatation d'écarts entre les pratiques et les standards, le ministère ajoute à cette logique celle qui résulte des plans de santé publique, tandis que les sociétés savantes expriment davantage des préoccupations professionnelles. Il est souvent avancé que l'ANAES devrait davantage déléguer une partie de cette production aux sociétés savantes ou à d'autres organismes labellisés. Au delà des gains de productivité, cette stratégie garantirait une plus grande implication des professionnels. Mais les sociétés savantes ont aussi besoin d'une instance supérieure d'arbitrage des différends.

Les recommandations disponibles actuellement ne couvrent qu'environ 60 % des affections de longue durée et ne ciblent pas particulièrement les quinze pathologies les plus courantes en médecine générale. Ainsi, certaines pathologies ou types de pratiques sont laissés de côté (maladies mentales, transfert de soins infirmiers à des auxiliaires de vie). A titre d'exemple, la CNAMTS et les médecins généralistes ont demandé à l'ANAES la production de référentiels sur divers examens biologiques (allergologie, dosages hormonaux en péri-ménopause). Ceux-ci n'ont toujours pas été réalisés. Par un accord passé avec l'Etat en juin 1999, les cardiologues se sont engagés à assurer la diffusion et encourager le respect de deux recommandations de bonne pratique portant sur la référence médicale opposable relative aux examens préopératoires (extension d'une recommandation de l'ANAES de 1998 à la chirurgie cardiaque) et celle sur l'échographie Doppler cardiaque (à élaborer par la société française de cardiologie). L'ANAES n'a pas réalisé ces recommandations.

En outre, en raison d'une saisine tardive par l'assurance maladie, certaines recommandations arrivent trop tard. Cela a conduit l'ANAES à formuler sa recommandation sur les indications de l'inlay-core après l'inscription de cet acte à la nomenclature dentaire.

172. L'ANAES recense sur son site, en mars 2005, 104 recommandations pour la pratique clinique (RPC) publiées entre 1995 et 2004, dont 16 cette dernière année (en outre, 75 recommandations et références médicales et non médicales datent de 1995 à 1998). L'AFSSAPS publie sur son site 14 recommandations de bonne pratique (RBP), les deux plus anciennes datant de 1999. La plus récente (dyslipidémie, mars 2005) actualise celle de 2000.

Des délais trop longs de mise à jour des références ont également été observés. Par exemple, les recommandations relatives à l'ulcère gastro-duodénal¹⁷³ (dont l'enjeu financier est important) et aux vertiges, datent d'avant 1997.

Le second problème est le fréquent manque de clarté des références. Il semble que les recommandations de l'ANAES restent peu connues des médecins libéraux, lesquels mentionnent volontiers la difficulté de lecture que représentent pour eux ces travaux, trop lourds et éloignés des pratiques pour être d'une véritable utilité au quotidien. Les recommandations sont parfois d'une complexité telle qu'elles ne sont pas accessibles à la majorité des praticiens.

Dans l'avenant à la convention signée en juillet 2002 avec l'assurance maladie, les biologistes se sont ainsi engagés à réaliser, avec le concours de l'ANAES, des guides pratiques d'aide à l'application des référentiels pour les prescriptions de biologie, qui soient plus simples et plus pratiques que ceux de l'ANAES. Ces derniers sont en effet considérés par la profession comme inutilisables en l'état. Trois fiches d'aide à l'application des référentiels ont été élaborées, mais non encore diffusées (diabète de type 2, hépatites virales, hormones thyroïdiennes), ces trois thèmes représentant 15,5 % des dépenses en biologie.

Enfin, certains avis peuvent être inutilisables par manque de prise de position : ainsi, l'avis de l'ANAES sur la valeur comparée de la reconstitution à ancrage et de l'inlay-core ne tranche pas la question posée et s'en remet au jugement du dentiste. Cette situation peut résulter de résultats scientifiques contradictoires ou non disponibles.

La Cour est consciente de la difficulté de produire et d'actualiser des référentiels au rythme parfois soutenu des innovations techniques et des progrès de la connaissance médicale. En outre, toutes les pratiques de soins ne peuvent faire l'objet d'un protocole. Pour certaines pathologies ou motifs de consultation, particulièrement rencontrés en médecine générale, la littérature médicale n'a pas produit suffisamment d'éléments permettant à l'ANAES d'établir des référentiels.

C'est à la haute autorité de santé qu'il revient désormais d'arrêter des priorités en matière de recommandations.

b) Les lacunes dans la diffusion des recommandations

Il n'existe aucune stratégie globale et coordonnée visant à mettre en place des processus interactifs pour diffuser les recommandations de bonne pratique et suivre leur application. Elles sont principalement

173. Les médicaments anti-ulcéreux sont la deuxième classe pharmaceutique remboursée en France.

diffusées auprès des professionnels par simple mise à disposition sur les sites internet des agences concernées et par l'utilisation de relais tels que les organismes de formation et les sociétés savantes. Or, il ne s'agit pas là de stratégies considérées comme efficaces pour améliorer les pratiques médicales. Dans ses précédents rapports, la Cour a relevé que le FOPIM, créé auprès de l'AFSSAPS, n'avait eu aucune activité réelle¹⁷⁴.

L'efficacité comparée des différentes modalités de diffusion des référentiels (envoi d'information par courrier ou mise à disposition en ligne, formation médicale continue, entretiens confraternels lors d'une visite d'un pair sur le lieu d'exercice, rappels informatiques...) a fait l'objet de nombreuses études étrangères et françaises. Un groupe de la Collaboration Cochrane¹⁷⁵ est particulièrement chargé d'en faire la revue systématique.

Les modes de diffusion les moins efficaces sont la diffusion simple (envoi ou mise en ligne de matériel imprimé) ou la formation médicale continue, voire le recours à des leaders d'opinion. Les plus efficaces sont les actions d'« audit-retour d'information »¹⁷⁶ lorsque l'écart à la norme est très important, ou, mieux encore, l'utilisation de rappels informatiques ou de systèmes informatisés d'aide à la décision ainsi que les entretiens confraternels (menés par les médecins conseils de l'assurance maladie). L'amélioration de la pratique médicale suppose donc des actions fortement interactives, visant à ce que le médecin mène sa propre réflexion critique par rapport à sa pratique, soit au moment de sa prise de décision soit après. Cette réflexion critique est plus aisément recevable lorsqu'elle est faite avec des pairs.

L'utilisation des effectifs actuels du contrôle médical devrait lui permettre, sans surcoût, de rencontrer, par exemple, deux fois par an les 10 % de médecins généralistes « gros prescripteurs ». En outre, il convient de veiller à une bonne articulation entre ces entretiens confraternels, les actions d'information des prescripteurs définies et mises en oeuvre par la haute autorité de santé et les visites des délégués de l'assurance maladie auprès des prescripteurs qui devaient démarrer à partir d'avril 2005.

Des progrès récents ont été faits pour la diffusion des référentiels. Consciente de ses lacunes, l'ANAES a réalisé un travail de recherche sur les méthodes de diffusion des recommandations. Elle a amélioré la forme et l'accès de ses référentiels : rédaction de résumés synthétiques et

174. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2004, p. 341-343.

175. Organisation internationale à but non lucratif créée en 1993 dont l'objectif principal est la mise à jour de la connaissance médicale.

176. Une enquête sur les pratiques est suivie de la diffusion de ses résultats auprès des professionnels audités.

mise en place depuis mars 2004 de la base française d'évaluation en santé (BFES) qui propose aux professionnels une recherche par thème ou par spécialité de toutes les références produites par l'ANAES et par l'AFSSAPS. Enfin, l'ANAES a demandé à la société Vidal de réaliser environ 40 rappels informatiques, en fonction des pathologies les plus courantes. Cependant, l'efficacité des rappels informatiques suppose de les intégrer aux logiciels utilisés par les professionnels de santé. Ainsi, en Grande-Bretagne, la conjonction d'un dossier médical informatisé, de rappels informatiques et d'une prime spécifique débouche sur un très important respect des recommandations.

c) La faiblesse de la formation médicale continue indépendante et de l'évaluation des pratiques professionnelles

La formation initiale des médecins a lieu pour l'essentiel à l'hôpital public. Seuls les futurs généralistes effectuent, depuis une date récente et en fin d'études, un stage pratique d'un semestre auprès d'un généraliste libéral. La formation des médecins spécialistes ne prévoit pas de stage validant en médecine de ville. Or, la pratique en médecine de ville diffère profondément de celle à l'hôpital. Tant cette différence des pratiques que le besoin d'actualisation des connaissances rendent indispensable la formation continue.

La formation médicale continue (FMC) est une obligation inscrite au code de déontologie depuis le décret du 6 septembre 1995 sur la formation continue des médecins libéraux. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades a conféré à cette obligation un caractère législatif. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique étend l'obligation aux dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux. Or, elle n'est pas encore respectée. De surcroît, l'essentiel de la FMC reste financé par l'industrie pharmaceutique, ce qui ne crée pas les conditions les plus favorables à son indépendance et son objectivité.

A côté de la FMC, la formation professionnelle conventionnelle (FPC), financée par l'assurance maladie, concerne à ce jour neuf professions de santé et est conçue comme un outil d'accompagnement des conventions. Elle a ainsi été intégrée dans les conventions nationales en 1994 (biologistes, kinésithérapeutes), 1995 (orthoptistes, sages-femmes), 1996 (orthophonistes, infirmiers), 1998 (médecins généralistes) et 2003 (dentistes).

En 2003, 1 775 formations ont été réalisées concernant 22 700 professionnels de santé (9 % des 225 000 professionnels libéraux), dont 9 500 généralistes (18 %), 5 200 biologistes (74 %), 4 600 infirmiers (8 %), 1 400 orthophonistes (12 %), 950 kinésithérapeutes (2 %), 600 orthoptistes (40 %) et 300 sages-femmes (16 %). La FPC a coûté 20 M€ en 2003. Si le budget prévu pour 2004 double quasiment

(39 M€), il demeure très faible, rapporté aux montants des honoraires (24 Md€), en comparaison à ce que représente, dans d'autres types d'activité, la part des rémunérations consacrée à la formation professionnelle. La FPC demeure dans l'ensemble insuffisante pour pouvoir véritablement peser sur la masse des comportements des professionnels de santé, d'autant que son contenu ne porte qu'en partie sur l'activité de prescription pour ce qui concerne les médecins et que le nombre d'actions est relativement faible pour les professions paramédicales les plus nombreuses (infirmiers et masseurs).

Quant à l'évaluation des pratiques des professionnels de santé, initiée à la suite de la réforme de 1996 par les URML et l'ANAES, elle n'est encore que dans une phase de démarrage, même si la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie la rend obligatoire pour tous les médecins, libéraux et hospitaliers. En outre, les autres professionnels de santé ne sont pas encore concernés par l'évaluation des pratiques.

2 – L'information des assurés

Si les professionnels de santé doivent être informés des bonnes pratiques en vertu de l'« état de l'art », les assurés sociaux, trop longtemps considérés comme passifs, doivent aussi obtenir une information de qualité sur les soins utiles, afin qu'ils puissent modifier leurs demandes et comportements.

a) Les lents progrès de l'information diffusée par l'assurance maladie aux assurés sociaux

La loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades consacre un droit des patients à l'information. Un rapport rédigé en 2004 à la demande du ministre de la santé relève que la santé est encore trop considérée comme un champ technique où la suprématie des professionnels est affirmée et où l'utilisateur, malade ou mal informé, se trouve en situation d'infériorité pour exercer librement son choix. L'utilisateur est ainsi tenu à l'écart des choix qui pourtant le concernent et qui ont pour but de protéger le monde de la santé de certaines dérives attribuées au consumérisme médical (consommation abusive, nomadisme médical, judiciarisation, perte de l'intérêt collectif). La situation n'apparaît pas pour autant satisfaisante pour le professionnel de santé qui peut considérer que son autorité est remise en cause par la diffusion d'informations médicales dans les médias, par la vulgarisation scientifique de la médecine et l'absence de sanction en cas d'abus.

Bien que la LFSS 2002 ait confirmé la possibilité pour les caisses d'assurance maladie d'informer les assurés, ces derniers ne disposent

que de peu d'information sur les tarifs pratiqués par les différents professionnels de santé, ignorent dans leur grande majorité la différence entre secteur I et secteur II (où les tarifs sont libres) et ne connaissent pas les coûts complets de leurs soins. Ils ne disposent pas non plus d'informations précises sur la qualité des prestations de soins et ont une faible connaissance des principales « règles du jeu » (en matière d'arrêt de travail, d'affections de longue durée, de respect des référentiels...). Certes, la plupart des caisses ont développé des « plate-formes » téléphoniques pour répondre aux questions des assurés, mais le champ de l'information donnée demeure limité. La CNAMTS a le projet de diffuser aux assurés le montant des honoraires pratiqués habituellement par chaque médecin en secteur II et celui des dépassements pour exigences particulières et dépassements permanents en secteur I.

Le document utilisé par les médecins conseils pour permettre l'exonération du patient au titre des ALD (le protocole inter-régimes d'examen spécial ou PIRES) n'associait guère, jusqu'à une date récente, le patient. C'est seulement depuis un arrêté du 7 mars 2002 que le PIRES comporte un volet destiné au patient, l'informant du périmètre précis de la prise en charge à 100 % et précisant le projet thérapeutique et le suivi envisagé. Depuis la LFSS pour 2004, le PIRES doit comporter l'énumération des « actes et prestations nécessités par le traitement de l'affection ». Cela permet un contrôle plus aisé de l'usage de « l'ordonnancier bi-zone »¹⁷⁷, à condition de rapprocher le fichier ALD, détenu par le contrôle médical, des données de liquidation. La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie rend le PIRES opposable au médecin et au patient, qui doivent désormais le signer.

Le PIRES reste l'outil quasi unique d'une communication patient/professionnel de santé/contrôle médical. Il est essentiel en raison du poids des ALD dans la dépense de l'assurance maladie ; il devrait l'être également pour imposer des bonnes pratiques et un usage efficient du système de soins.

Certains organismes complémentaires d'assurance maladie, s'efforcent, quant à eux, sur les champs qu'ils financent en tant que payeur principal (optique et soins dentaires, d'informer mieux leurs assurés sur les tarifs pratiqués par les professions de santé avec lesquelles ils ont passé des accords

Des organismes complémentaires ont en effet élaboré des conventions avec des professionnels de santé s'engageant sur des pratiques ou des prix. La MGEN a signé un protocole d'accord en 1996

177. L'ordonnancier bizonne permet de distinguer les médicaments liés à une affection de longue durée et remboursés à 100 % des autres médicaments qui ne sont pas liés à l'ALD et qui sont remboursés à des taux moindres.

avec la confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD) dans le but d'améliorer l'accès aux traitements prothétiques¹⁷⁸. La plate forme Santéclair a entrepris, de son côté, de passer des contrats avec des opticiens, des dentistes et plus récemment des pharmaciens. D'autres assureurs comme Groupama l'ont fait pour les opticiens.

Ces efforts d'aide à l'assuré par la transparence des prix et des pratiques se sont heurtés notamment à l'ordre des chirurgiens-dentistes qui a, dans le cas du protocole signé entre la MGEN et le CNSD, enjoint les chirurgiens-dentistes qui l'avaient signé de le résilier. Si, dans un arrêt de 2000, le Conseil d'Etat¹⁷⁹ n'a pas jugé l'accord contraire aux principes déontologiques (à condition de ne diffuser la liste des praticiens signataires qu'aux adhérents de la mutuelle) et n'a pas estimé qu'il pouvait donner lieu à détournement de clientèle, il a rappelé, dans un arrêt de 2004, qu'il appartient à l'ordre des chirurgiens-dentistes de veiller au respect des règles déontologiques, « notamment en ce qui concerne les accords conclus entre des praticiens et des organismes intervenant sur le marché de la santé¹⁸⁰ ». De fait, la nature de l'information adressée aux assurés sociaux est limitée.

Les propositions de contractualisation sont de plus adressées à l'ensemble des professionnels, ce qui ôte de son intérêt à une procédure qui devient peu discriminante. L'interdiction de faire connaître les membres du réseau, autrement que sur sollicitation de l'assuré, limite, en outre, leur notoriété.

b) Prévention, éducation à la santé et éducation thérapeutique

L'enjeu de la prévention, de l'éducation à la santé et de l'éducation thérapeutique est d'autant plus important que les assurés n'y adhèrent pas spontanément. Une action volontariste est donc nécessaire pour développer les comportements préventifs de la population.

C'est notamment l'objectif de la loi allemande du 17 octobre 2003 relative à la réforme du système de santé qui prévoit la possibilité pour les caisses de sécurité sociale d'offrir à leurs assurés des avantages, sous forme d'une diminution des contributions ou du versement de primes, en échange de certains comportements (participation à des programmes de prévention ou à des actions de dépistage, inscription auprès d'un médecin référent ou dans un programme spécifique pour les maladies chroniques). Chaque caisse en détermine les modalités. L'impact de ces mesures sur les comportements de prévention n'a pas encore été évalué.

178. Celles-ci font l'objet d'un remboursement amélioré dès lors que le praticien ayant adhéré au protocole ne facture pas d'honoraires élevés.

179. « Confédération nationale des syndicats dentaires », 4 février 2000.

180. « Société Santéclair », 25 octobre 2004.

Le bilan bucco-dentaire

Prévu par la convention nationale conclue en avril 1997 entre l'assurance maladie et les dentistes, un bilan bucco-dentaire (BBD) gratuit pour les 15-18 ans a été lancé en 1998. Les jeunes sont invités par courrier à consulter un dentiste de leur choix. Les soins conservateurs, chirurgicaux et radiographiques pratiqués dans les six mois suivant cette visite sont pris en charge à 100 % par l'assurance maladie. En 2002, 419 000 jeunes en ont bénéficié. Ce dispositif de prévention a été étendu, le 1er mars 2003, aux jeunes à partir de 13 ans : 510 000 jeunes de 13 à 18 ans ont effectué un bilan bucco-dentaire en 2003.

Si son objectif était la généralisation de cet acte de prévention à tous les adolescents, il n'est pas atteint. La proportion des jeunes de la classe d'âge concernée à en bénéficier demeure insuffisante : 20 % en 2003 (13,1 % en 2000, 14,3 % en 2001, 16,2 % en 2002). De plus, selon les dentistes, la cible n'est pas vraiment atteinte dans la mesure où ce ne sont pas les jeunes les plus défavorisés qui profitent le plus de ce dispositif, mais ceux qui avaient déjà accès aux soins dentaires. Le bilan bucco-dentaire représenterait un effet d'aubaine pour ces 20 % d'adolescents suivis. La gratuité des soins et une invitation personnalisée ne suffisent donc pas à convaincre d'adopter une démarche préventive¹⁸¹.

La CANAM a, pour sa part, mené en 1996 une expérience en Bretagne, en partenariat avec la CNSD. Pour susciter un comportement durable de prévention, deux catégories d'assurés ont été incitées à se rendre chez le chirurgien-dentiste chaque année pendant cinq ans. Un « examen de prévention » a spécialement été créé pour cette expérience. Les soins conservateurs ont été pris intégralement en charge à partir de la deuxième année et les couronnes ont été remboursées à un taux préférentiel et croissant à partir de la troisième année. Le résultat a été modeste. Comme pour le BBD, on a constaté que la pratique préventive encouragée était bien souvent préexistante, et que les incitations financières ont représenté un effet d'aubaine.

Au total, ces deux initiatives montrent que la diffusion d'un comportement de prévention nécessite plus que des incitations financières globales. Une prise en charge modulée selon le comportement de l'assuré, à l'instar de ce qui vient d'être décidé en

181. L'absence d'impact en termes de prévention s'accompagne d'un surcoût pour l'assurance maladie obligatoire. En effet, la gratuité dispense les organismes complémentaires de prendre en charge le ticket modérateur. Ce surcoût est d'autant plus injustifié qu'il concerne des populations qui ont un accès satisfaisant aux soins dentaires.

Allemagne¹⁸², est une piste à explorer. En tout état de cause, cette mesure doit être complétée par des campagnes d'information voire de dépistage sur le lieu de travail ou d'étude.

L'utilisation d'internet pour la prévention

La CANAM a développé en 2004 un projet de prévention en s'appuyant sur internet. Ce projet a principalement trois objectifs : faciliter la gestion des campagnes de prévention et de dépistage ; créer un observatoire de la prévention avec l'information issue des campagnes de prévention et de dépistage ; enfin offrir au bénéficiaire un dossier personnalisé de prévention et de dépistage via un portail internet. L'application de gestion permet de gérer de manière centralisée toutes les campagnes de prévention et de dépistage du régime et de constituer le dossier de prévention et de dépistage du bénéficiaire. Il est encore trop tôt pour évaluer l'impact de cette initiative sur la diffusion des comportements de prévention.

L'éducation thérapeutique des malades chroniques

Celle-ci est encore très insuffisante. Sur les deux millions de diabétiques en France, seuls 18 000 (moins de 1 %) sont actuellement pris en charge au sein de réseaux de soins (financés notamment par le fonds d'aide à la qualité des soins de ville, le FAQSV), bien que cette pathologie nécessite une prise en charge structurée.

Deux outils novateurs, encore embryonnaires, les programmes nationaux inter régimes (PNIR) et le FAQSV visent à orienter ou à financer des expérimentations intéressantes en matière d'éducation thérapeutique des patients¹⁸³.

Les caisses d'assurance maladie (CNAMTS, MSA, CANAM) mettent en oeuvre, dans le cadre de leur politique de gestion du risque et de santé publique et par l'intermédiaire des services médicaux, des programmes pluriannuels combinant des actions de formation, d'information et de promotion des recommandations de bonnes

182. En Allemagne, le taux de remboursement des prothèses dentaires augmente de 50 % à 60 % si l'assuré a consulté un dentiste au moins une fois par an pendant les cinq dernières années et passe à 65 % s'il a fait cette visite annuelle pendant les dix dernières années. Les enfants entre 6 et 18 ans doivent avoir été examinés deux fois par an pour bénéficier de cette disposition.

183. Instauré par la loi de financement de la sécurité sociale de 1999 et prorogé jusqu'en 2006, le FAQSV a vocation à financer des actions visant à améliorer la qualité et la coordination des soins dispensés en ville et a engagé 55 M€ à cette fin en 2003 dont 45 M€ pour des projets régionaux.

pratiques. Toutefois, la mesure de l'impact ne repose pas, en général, sur des méthodologies robustes.

Les caisses ont ainsi mis en place des campagnes nationales concernant le diabète et l'hypertension artérielle dont les résultats ont été variables. Si les pratiques se sont améliorées dans le contrôle de la glycémie des diabétiques (augmentation du nombre de patients suivis), aucune amélioration n'a été observée concernant la prise en charge de l'hypertension artérielle, ni dans le contrôle de la tension, ni dans le suivi hygiéno-diététique.

L'ANAES, pour sa part, a publié pour la première fois en 2004 une brochure destinée aux patients sur l'éducation thérapeutique à l'asthme. C'est à ce jour la seule information de l'ANAES destinée aux patients.

Il n'est pas facile de dresser un bilan coût-résultats de l'ensemble des actions concernant les pathologies chroniques, d'une part parce qu'il est impossible d'en chiffrer le coût (la dépense est pour une grande partie intégrée dans les frais de gestion des caisses), et d'autre part parce que la majeure partie des résultats et les économies potentielles ne sont envisageables qu'à long terme (diminution des survenues des complications, baisse de la mortalité).

c) Les campagnes grand public

Un cas exemplaire de changement des comportements en matière de soins : l'antibiothérapie

Cette campagne a été menée au moyen d'un faisceau d'actions convergentes. En 1999, l'assurance maladie lance l'expérience pilote du test de diagnostic rapide (TDR) de l'angine en Bourgogne : le TDR permet de déterminer l'origine virale ou bactérienne de l'angine, avec pour résultat la réduction de moitié du nombre de prescriptions d'antibiotiques inutiles. Au début de 2002, la CNAMTS lance alors un grand programme de sensibilisation des médecins et des patients, destiné à préserver l'efficacité des antibiotiques en promouvant leur bon usage. En avril 2002, un premier accord de bon usage des soins est signé avec les généralistes sur l'usage des TDR, qui sont mis gratuitement à leur disposition, ainsi qu'à celles des pédiatres et ORL (à la fin de 2004, 58 % des généralistes et des pédiatres en étaient équipés). La campagne grand public est lancée en octobre 2002 (« les antibiotiques, c'est pas automatique »). D'autres actions sont menées : sondage auprès de 68 000 médecins ; tables rondes avec des généralistes et avec les professionnels de la petite enfance ; diffusion de « fiches de connaissances et actualités thérapeutiques en pathologies infectieuses courantes » (AFSSAPS) par 13 000 échanges confraternels et des formations de médecins au TDR

entre 2002 et 2004. Deux grandes enquêtes sont réalisées en 2002 et 2003 tant sur les prescripteurs que sur les patients (« regards croisés sur l'antibiotique »). La consommation d'antibiotiques corrigée des variations épidémiques a été suivie par la CNAMTS en partenariat avec l'Institut Pasteur. Les services médicaux de l'assurance maladie ont mené de nombreuses études locales et régionales.

En deux ans (2002-2004), la prescription des antibiotiques a diminué de 16 %. Cette diminution est surtout importante chez les enfants, premières cibles des résistances : 20,6 % chez les 0-6 ans. Ces résultats ne doivent faire oublier ni l'objectif de baisse de 25 % qui classerait la France parmi les consommateurs moyens en Europe et permettrait de commencer à lutter efficacement contre la résistance bactérienne, ni que, on l'a vu, la consommation en France était en 2001 quatre fois supérieure à ce qu'elle était aux Pays-Bas.

Le coût de la campagne a été estimé par la CNAMTS à 22,5 M€ (15 M€ pour la communication, 7,5 M€ pour le test angine et la formation), tandis que l'économie constatée en terme de diminution de la prescription d'antibiotiques est évaluée à 150 M€ par an, soit 300 M€ entre 2002 et 2004.

Les raisons de ce succès sont multiples : un objectif de santé publique clairement identifié était affirmé et aisément compréhensible, plusieurs canaux (prescripteurs, patients) étaient utilisés de manière concomitante, une aide était apportée aux médecins par une campagne médiatique et par la distribution d'un matériel (le TDR), enfin, une évaluation était menée en continu sur l'évolution des comportements et sur l'impact du programme.

Ce sont aussi des actions combinant plusieurs types d'instruments, dont des campagnes grand public qui ont permis le décollage de l'utilisation des médicaments génériques.

L'échec de la campagne sur l'alimentation saine

Malgré le lancement en 2000 du plan national nutrition santé (PNNS), qui constitue le plan de prévention le plus structuré de tous ceux lancés par le ministère de la santé, force est de constater que les comportements alimentaires des Français ne s'améliorent pas. La campagne grand public « manger cinq fruits et légumes par jour » et les nombreux articles auxquels a donné lieu le PNNS n'ont pas enrayer la progression des mauvaises habitudes alimentaires. Selon une étude du centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC) de 2004, chaque Français consomme 16 % de fruits et légumes en moins qu'en 1999. Dans la même période, l'industrie agroalimentaire a multiplié ses dépenses publicitaires par trois. Les actions menées n'ont pratiquement joué que sur un registre, celui de

l'information, et ont été essentiellement menées par le seul ministère de la santé et par l'AFSSA alors que l'alimentation concerne un très grand nombre d'acteurs. L'effet de masse n'a sans doute pas suffisamment joué et la réflexion préalable paraît avoir été insuffisante.

B – Le contrôle des fraudes et abus

L'action sur les comportements doit inclure la lutte contre les fraudes qui ont un caractère intentionnel, d'une part, et les abus et les gaspillages, d'autre part. Eviter tout effet de contagion suppose de les découvrir et les sanctionner.

1 – Les assurés

Contrairement à une idée répandue, les fraudes des assurés à l'assurance maladie sont limitées. Le ministère chargé de la sécurité sociale estime, pour sa part, que ces fraudes (à la résidence ou à l'occasion de soins à l'étranger) ne sont pas marginales mais sans toutefois les chiffrer.

En matière de prestations en nature, les fraudes visant à ce que des non-assurés soient remboursés ne peuvent être que marginales, la couverture maladie étant quasiment généralisée. Les textes permettant de les réprimer existent déjà, que ce soit sur le plan pénal ou disciplinaire. Les possibilités de fraude sont plus importantes pour les prestations en espèces (indemnités journalières), mais dans des proportions limitées au regard de la masse considérable des dépenses de l'assurance maladie. Les fraudes étaient traitées localement par les caisses primaires jusqu'à la mise en place au début de 2005 d'une cellule centralisée de lutte contre la fraude, directement rattachée à l'agence comptable de la CNAMTS.

Plus que les fraudes, ce sont les abus et gaspillages qui représenteraient la part la plus importante des dérives : abus en matière d'arrêt de travail, consultations ou visites inutiles, traitements inappropriés ou dangereux, conditionnement des médicaments incitant au gaspillage, examens complémentaires redondants liés à l'absence de suivi des patients, etc. Ces problèmes ont paru suffisamment importants pour que soit créé, lors des travaux sur l'avenir de l'assurance maladie, un groupe de travail intitulé « les abus et gaspillages, mythes ou réalité ». L'une des solutions avancées a été la constitution d'un dossier électronique du patient.

Certaines expériences locales peuvent s'avérer efficaces. Ainsi la CPAM et le service médical de la Sarthe ont entrepris une action expérimentale ciblée sur 271 assurés dont les arrêts de travail étaient fréquents. Un courrier de sensibilisation a d'abord rappelé au malade le

nombre d'arrêts de travail de moins de huit jours indemnisés par l'assurance maladie durant l'année écoulée et lui signalait que le service médical contacterait son médecin prescripteur en cas de nouvel arrêt. Au deuxième arrêt, l'assuré était convoqué par le médecin conseil. Sur les 56 assurés, 33 patients (59 %) n'avaient pas d'état pathologique expliquant la fréquence des arrêts. Cette méthode a permis de mettre l'assuré au cœur du dispositif. Au terme des actions, la dépense d'indemnités journalières relative à un arrêt de moins de 8 jours progressait moins vite dans la Sarthe (+2,5 %) que dans la région Pays de Loire (+7,5 %) et qu'au niveau national (+6,6 %).

L'article 19 de la loi du 13 août 2004 introduit l'obligation pour les caisses de vérifier le respect des règles médicales et administratives avant le remboursement d'une prestation. Cette disposition, qui satisfait aux recommandations de la Cour¹⁸⁴, donne en principe à l'assurance maladie la capacité de ne plus être un payeur aveugle en lui permettant de contrôler a priori (par exemple en bloquant le remboursement d'un médicament en cas d'anomalie) et non plus seulement a posteriori, ce qui est toujours plus difficile et plus coûteux.

2 – Les professionnels

Les fraudes, fautes et abus des professionnels de santé, qui concernent par exemple des dépassements d'honoraires, des attestations de complaisance, des actes fictifs ou des abus de prescription, peuvent faire l'objet d'un contentieux disciplinaire, voire civil ou pénal.

4 023 professionnels de santé ont été contrôlés entre le dernier trimestre 2003 et la fin 2004 (cf. bilan du programme de la CNAMTS « contrôler autrement »). Parmi ces contrôles, 963 (23,9 %) ont donné lieu à un contentieux (ordinal, conventionnel ou pénal), 1 438 (35,7 %) ont fait l'objet d'un recouvrement d'indus (2,9 M€ récupérés¹⁸⁵) et 29,6 % ont eu un retour d'information (visites confraternelles, courriers). Les autres dossiers ont été classés sans suite. Ainsi sur 15 mois, 1,5 % des professionnels de santé libéraux ont été contrôlés et 0,9 % sanctionnés.

184. Voir les rapports de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2003, p. 220 et de septembre 2004, p. 38.

185. Ce montant ne représente que 0,005 % des 58 Md€ de soins de ville.

Nombre de saisines et de décisions des conseils régionaux de l'ordre

	2000	2001	2002	2003
Saisines	175	213	340	
Décisions	280	198	191	191
Sanctions*		157	158	111

*avertissements, blâmes et interdictions temporaires ou définitives d'exercer.

Source : *Conseil de l'ordre de médecins.*

En 2003, les conseils régionaux, pour leur part, ont rendu 191 décisions, concernant 152 médecins, 24 infirmiers, 13 masseurs et deux orthophonistes. Ont été prononcées 56 relaxes ou amnisties (29 %), quatre avertissements, dix blâmes, 97 interdictions d'exercer (dont 25 inférieures à deux mois et trois permanentes). Au total, 52 décisions (à partir du blâme) comportaient une publication et 20 (à partir de l'avertissement) un remboursement. Les interdictions d'exercer sont stables depuis 2000 (une centaine par an).

Ainsi chaque année, au niveau des conseils régionaux, 0,15 % de professionnels de santé libéraux font l'objet de saisines et 0,05 % de sanctions. L'action disciplinaire est donc marginale et ne concerne que des cas extrêmes sans rapport avec les comportements habituels.

Au-delà des fraudes stricto sensu, des mésusages considérablement plus nombreux existent comme les actes ne respectant pas les référentiels de bonne pratique, les prescriptions hors autorisation de mise sur le marché (AMM) ou la mauvaise utilisation des ordonnanciers bizonas. Ces mésusages, dus à la négligence ou à la complaisance des praticiens, sont actuellement insuffisamment sanctionnés. Certes, la sanction doit être mise en œuvre avec discernement : les prescriptions hors AMM sont fréquentes en matière pédiatrique ou peuvent devancer des modifications prévisibles (par exemple pour le cancer). En outre, plus les référentiels de bonne pratique sont obsolètes ou difficiles à interpréter, plus la proportion d'actes les méconnaissant est élevée : ainsi, le service médical de la CNAMTS a pu constater, au fil de ses enquêtes, que le taux de « mauvaises pratiques » est en moyenne de 15 % lorsque le référentiel est récent et clair et peut monter jusqu'à 66 % dans le cas contraire (enquête sur la prescription d'hypolipémiants).

Toutefois, la mise en œuvre des sanctions reste velléitaire. Ainsi, en décembre 2004, la CPAM de Paris a-t-elle mis fin aux poursuites engagées contre des professionnels de santé qui pratiquaient des dépassements exceptionnels abusifs. En 2002 déjà, les sanctions liées aux dépassements individuels du seuil d'efficience avaient été effacées par une amnistie générale. Sans méconnaître la difficulté de ces actions,

il est important que les fraudes, abus et mésusages soient repérés et sanctionnés.

L'action sur les abus d'arrêts de travail s'est développée davantage récemment. Partant d'un dispositif de sanction mis en place par l'ordonnance de 1996, l'article 42 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a posé les jalons d'un contrôle systématique des gros prescripteurs d'arrêts en rendant obligatoire dans la convention d'objectifs entre l'État et la CNAMTS la mention d'un plan de contrôle des prestations servies. Ce dernier a été publié le 11 mai 2004. Les méthodes mises en place sont le contrôle ciblé (sur les arrêts de courte durée¹⁸⁶ et fréquents, les arrêts de plus de trois mois et les assurés de plus de 55 ans), une étude approfondie de la justification médicale des arrêts de travail, des actions de sensibilisation des médecins et des assurés sociaux et l'établissement d'un référentiel par l'ANAES. Les articles 24 à 29 de la loi du 13 août 2004 ont encore renforcé les possibilités de contrôle et de sanctions concernant les arrêts de travail abusifs. Le nombre d'indemnités journalières qui avait fortement augmenté ces dernières années a baissé de 6% durant le premier trimestre 2005 par rapport à 2004. Les raisons de cette baisse et la part qu'ont pu y prendre les diverses actions (y compris le resserrement du contrôle intervenu parallèlement à l'instigation des entreprises) ne sont pas connues. La part des facteurs économiques n'a pas été étudiée¹⁸⁷. Il est cependant vraisemblable que, dans ce domaine aussi, le cumul des actions a été efficace et que l'éventualité renforcée d'une sanction a joué.

Au total, les sanctions constituent l'un des éléments nécessaires dans l'ensemble d'actions qui seul peut permettre d'infléchir de manière significative les comportements abusifs et les mésusages. Cet élément a jusqu'ici largement fait défaut. Aux Etats-Unis, quand un gastro-entérologue fait deux fois plus de coloscopies (après les ajustements liés aux caractéristiques de sa clientèle) que la moyenne de ses confrères, l'assurance maladie privée le convoque et c'est à lui de démontrer que son attitude a été médicalement justifiée. Sans préconiser la transposition générale d'un tel système, on peut remarquer qu'en France, le médecin-conseil sélectionne et analyse en détail 100 dossiers, pour en trouver dix anormaux, qui déboucheront sur deux saisines et un cas sanctionné, lequel pourra être amnistié. Sans préjuger de l'effet du renforcement des possibilités de sanction résultant de la loi du 13 août 2004, on peut se demander si, dans certains cas d'abus ou de mésusages massifs et

186. Dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2004, la Cour a montré que les arrêts de moins de huit jours ne totalisent que 3,4 % du nombre d'IJ et constituent donc un faible enjeu. En revanche, les arrêts de plus de trois mois représentent 60 % des IJ.

187. Cf. I^{ère} partie – Chapitre I – Les dépenses de l'assurance maladie.

persistants, un système de contrôle statistique assorti du renversement de la charge de la preuve et muni de garanties appropriées ne devrait pas être retenu.

C – Les mesures de régulation financière

Les incitations financières mises en place touchent aussi bien les assurés que les professionnels de santé.

1 – Les mesures financières touchant les assurés

Les études menées pour déterminer dans quelle mesure la hausse du coût des soins à la charge des assurés modifie leurs comportements sont rares. L'étude menée au Etats-Unis entre 1971 et 1982 par la Rand Corporation reste la référence en la matière. Elle a consisté à observer la consommation de soins de 6 000 personnes auxquelles quatre contrats d'assurance ont été attribués de façon aléatoire. Les contrats se caractérisaient par quatre taux différents de paiement direct des ménages (et donc de reste à charge) : 0 %, 25 %, 50 % et 95 %. L'étude montre que les ménages payant 95 % du prix des soins ont eu une consommation inférieure de plus de 30 % à celle des ménages bénéficiant d'une prise en charge intégrale. La baisse la plus significative serait enregistrée lorsque le reste à charge passe de 0 % (gratuité) à 25 %.

En France, le code de la sécurité sociale a posé le principe selon lequel une « participation », sous la forme d'un « ticket modérateur », reste à la charge de l'assuré. A l'origine, ce reste à charge poursuivait le but de modérer la consommation de soins. Cette finalité n'a plus, aujourd'hui, qu'une portée extrêmement limitée, compte tenu de la proportion très élevée (environ 92 %) d'assurés bénéficiaires, soit d'une couverture complémentaire, soit d'une prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire en particulier au titre des affections de longue durée ou assimilées. Selon une enquête du CREDOC, 40 % des 1 010 assurés interviewés déclarent ainsi que « le ticket modérateur c'est ce qui est remboursé par les complémentaires santé », 25 % déclarent « ne pas savoir ce que c'est » et 22 % déclarent que c'est la part remboursée par la sécurité sociale.

Le haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a estimé qu'en définitive le reste à charge final pesant sur l'assuré (après remboursement par les organismes complémentaires) est très bas : il est de l'ordre de 80 € en moyenne par personne et par an¹⁸⁸. Le haut conseil souligne en outre que « l'aisance dans l'accès aux soins (fréquence des

188. Rapport du haut conseil 23 janvier 2004, p. 47.

procédures de tiers payant dispensant de faire l'avance des frais, prise en charge quasi complète) présente, notamment pour les ménages modestes, des avantages incontestables » mais qu'« elle ne dresse aucun obstacle devant les comportements négligents, voire laxistes, de consommation et de prescription¹⁸⁹ ».

Chercher à modifier les comportements en augmentant la contribution financière des assurés se heurterait toutefois à plusieurs limites :

- une mesure de responsabilisation financière des assurés ne peut influencer sur les comportements que si elle est lisible pour l'assuré. Aux cinq taux de tickets modérateurs et aux vingt sept cas d'exonérations existants, les mesures législatives et conventionnelles adoptées en 2004 ont ajouté des règles nouvelles de prise en charge (règle des 1 € avec exceptions, pénalisation du non passage par le médecin traitant...) qui ont encore accru la complexité du dispositif ;
- d'autre part, l'action par les coûts peut comporter des effets pervers. Elle peut être, dans certains cas, socialement inéquitable, lorsque le reste à charge touche les ménages modestes qui ne sont pas protégés par la CMUC (en gros les ménages du deuxième décile à partir du bas de l'échelle des revenus). L'enquête ESPS 2002 montre ainsi un taux de renoncement aux soins dans les 12 derniers mois de 10 % pour les personnes possédant une couverture complémentaire y compris la CMUC mais de 22,6 % lorsqu'ils en sont dépourvus. L'action par les coûts peut donc aussi être à l'origine de surcoûts en différant les recours utiles à la prévention et aux soins. La contribution accrue des assurés sociaux pourrait donc avoir un effet contraire à celui recherché ;
- enfin, l'importante concentration de la consommation de soins sur un petit nombre d'assurés réduit l'impact potentiel des actions par les coûts. Les 5 % plus gros consommateurs concentrent en effet 51 % des dépenses de santé et 60 % des montants remboursés par la sécurité sociale. Ils ont consommé en moyenne en 2000 17 784 €, soit dix fois plus que la moyenne, en raison de pathologies graves et coûteuses. A l'opposé, 15 % des assurés sociaux n'ont eu quasiment aucune consommation en 2000 (40 € en moyenne). Ces chiffres illustrent le caractère redistributif de l'assurance maladie entre bien-portants et malades. Une action sur les comportements qui viserait à augmenter la participation financière des assurés dont le recours aux soins est faible doit veiller à ne pas fragiliser ce système redistributif.

189. Idem, p. 14.

2 – Les mesures de régulation des volumes d'activité des professionnels de santé

Les conventions passées avec les biologistes (1991), les infirmiers (1992) et les masseurs-kinésithérapeutes (1994) ont mis en place un système de régulation des dépenses remboursées, reposant sur la fixation d'un objectif quantifié national (OQN), c'est-à-dire une enveloppe limitative de dépenses. Selon les cas, le respect de l'enveloppe est passé par des mécanismes correcteurs différents, individuels ou collectifs, par reversement ou fluctuation tarifaire. Ces dispositifs n'ont pas été efficaces : n'ayant pu empêcher les dérives des dépenses, ils n'ont plus été mis en œuvre en tant que tels à partir de 2000.

L'exemple de l'OQN infirmier est significatif car il illustre les hésitations des pouvoirs publics en la matière. Présenté à la fois comme un outil de régulation financière et de promotion de la qualité, il n'a répondu à aucune de ces deux préoccupations. La fixation de seuils d'activité formulés en nombre de coefficients, dont le dépassement devait donner lieu à remboursement par le professionnel des actes supplémentaires facturés a présenté dès le départ des défauts de conception qui ont empêché de respecter l'objectif quantifié et de modifier le comportement des infirmiers. En effet, le niveau initial des seuils fixé en 1992, relevé en 1997 et 2002, représentait l'équivalent de 9 heures de travail par jour sur 365 jours, sans compter le temps des déplacements. Ces seuils, appelés « quotas » par les professionnels, ne pouvaient être considérés ni comme un référentiel de qualité, ni comme un dispositif permettant de réduire globalement le volume d'activité de la profession. Ils ne visaient qu'à écrêter l'activité des professionnels dont le comportement était considéré comme déviant.

Le seul bilan disponible à la CNAMTS porte sur l'exercice 2000 : 5 % des infirmiers¹⁹⁰ ont dépassé les seuils, ce qui montre, compte tenu du niveau élevé de ces derniers, l'inefficacité du système en termes d'infléchissement des comportements. De plus, seuls les 2/3 des dépassements ont fait l'objet de sanctions et les sommes théoriques à reverser représentaient 1 % des dépenses d'assurance maladie pour la profession. Dans la pratique, les sommes effectivement récupérées par les caisses, isolées comptablement par la CNAMTS depuis 1997, n'en ont représenté que 0,08 % et 0,13 % selon les années¹⁹¹.

190. Cette étude montre aussi que les infirmiers à l'origine de ces dépassements sont ceux qui font le plus d'actes de « nursing » (AIS) pour les personnes dépendantes.

191. L'inclusion des sanctions conventionnelles dans le champ d'application de la loi d'amnistie du 6 août 2002 (sauf lorsque les faits ont donné lieu à condamnation pénale) a contribué à diminuer les sommes récupérées (courrier du 29 août 2002 de la DSS à la CNAMTS).

La volonté d'infléchir les comportements par une régulation directe du volume d'activité a cependant perduré puisqu'elle a été reprise dans le contrat de bonnes pratiques des infirmiers mis en place en mars 2003, mais sans plus de résultat (cf. infra).

Les tentatives de régulation du volume d'activité des professionnels de santé n'ayant pas porté leurs fruits, les pouvoirs publics se sont progressivement orientés vers des mesures financières pouvant agir sur le contenu de l'activité des professionnels de santé. Le droit de substitution accordé aux pharmaciens d'officine en juin 1999 et diverses réformes de la nomenclature engagées entre 1997 et 2002 sont entrés dans ce cadre.

Les pharmaciens d'officine ont en effet été incités, à partir de 1999, à délivrer davantage de médicaments génériques par l'octroi d'un droit de substitution, consistant à remplacer un médicament princeps prescrit par un de ses génériques. L'exercice de ce droit a été encouragé par un système de marges des pharmaciens plus favorable aux génériques. En outre, une campagne d'information auprès des assurés et des professionnels a été menée.

Ce dispositif, qui faisait appel à l'intérêt direct des professionnels pour induire le comportement souhaité et utilisait plusieurs leviers d'action, a eu les résultats escomptés. Le taux de génériques par rapport au répertoire de molécules généricables (en nombre de boîtes) est passé en effet de 18 % en juin 1999 à 50 % en septembre 2003, date de la mise en oeuvre d'un autre mécanisme incitatif, le tarif forfaitaire de responsabilité¹⁹².

3 – Les mesures de nomenclature et de tarification

Des réformes de nomenclature (cf. encadré) ont aussi pu être l'occasion de mener une réflexion sur le contenu de l'activité des professionnels et de chercher à infléchir leurs comportements.

192. La Cour a examiné cette question de manière plus approfondie dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2004, p. 320-322. La part de marché du générique atteint 60 % en avril 2005 (CNAMTS, « Point d'information » du 12 mai 2005).

Les nomenclatures

L'assurance maladie rembourse ou prend en charge les honoraires perçus par les professionnels libéraux en rémunération des actes pratiqués au bénéfice de leurs patients (prestations en nature et paiement à l'acte). Les honoraires remboursables sont fixés par des nomenclatures d'actes : NABM (nomenclature des actes de biologie médicale) pour les biologistes, et NGAP (nomenclature générale des actes professionnels) pour les autres professions, qui étaient des arrêtés ministériels et qui sont maintenant des décisions de l'UNCAM. Ces nomenclatures sont structurées de manière identique, avec pour chaque acte :

- un libellé descriptif qui ne figure pas sur la feuille de soins pour respecter le secret médical (exemple : appendicectomie) ;
- et une valorisation, portée sur la feuille de soins, qui est obtenue par le produit entre :

*une lettre-clé : celle-ci dépend de la discipline du professionnel de santé (C pour la consultation d'un généraliste, V pour une visite ; AMI et AIS pour les infirmiers etc.). Sa valeur en euros est fixée par la convention liant la profession à l'assurance maladie et approuvée par l'Etat ;

*et un coefficient multiplicateur, fonction de la complexité, du risque et de la durée de l'acte.

La NABM est codée depuis plusieurs années : chaque acte est identifié par un numéro à quatre chiffres porté sur la feuille de soins, ce qui permet un suivi médicalisé des dépenses. La NGAP, trop ancienne pour être codée, est progressivement remplacée par une nomenclature codée, la CCAM.

Au fil des années, la NGAP s'est complexifiée et alourdie :

- de nombreuses lettres-clés ont été introduites et suivies ou non de modifications de leur valeur, par exemple :

*l'AMK des masseurs-kinésithérapeutes est aujourd'hui fractionné en trois : AMK, AMS, AMC, de même valeur.

*le Z des radiations ionisantes a été fractionné en ZN (médecine nucléaire), ZM (mammographie). Le Z lui-même est affecté de 4 valeurs différentes selon la discipline du médecin : Z1 pour les radiologues, Z2 pour les rhumatologues, Z3 pour les généralistes et cardiologues, Z4 pour les radiothérapeutes.

- des majorations et suppléments ont été introduits, qui s'ajoutent aux honoraires de l'acte : MU (majoration d'urgence), etc.

- enfin, des forfaits techniques, versés « à l'exploitant » (médecin, établissement de santé) couvrent les coûts de fonctionnement importants de certains équipements (scanographes, IRM).

La révision de ces nomenclatures, obsolètes pour la plupart, s'est notamment accompagnée de la recherche d'une plus grande efficience des pratiques individuelles des professionnels de santé. De nombreuses réformes en matière de nomenclature et de tarification ont ainsi été prises ces dernières années. Elles couvrent la quasi-totalité des

professions de santé mais ont été soit inefficaces (biologistes, orthophonistes et infirmiers) soit ont avorté (dentistes, kinésithérapeutes et option référent) ou n'ont constitué que des mesures de circonstance (médecins généralistes, hors option référent et spécialistes).

a) Les réformes inefficaces

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

La réforme de la nomenclature de biologie

Après avis de la commission NABM, créée en 1987, douze arrêtés de nomenclature ont été pris entre le début de 1999 et la fin de 2004. Certains avaient pour but d'actualiser la NABM en inscrivant de nouveaux actes (par exemple le test de l'*helicobacter pylori* en 2002), d'autres de réaliser des économies¹⁹³, d'autres encore de mettre en oeuvre des mesures de santé publique (sérologie VIH). Toutefois, aucune évaluation économique globale de ces ajustements successifs n'a été réalisée. Seules quelques évaluations partielles sont disponibles.

Le passage à l'euro s'est soldé pour les biologistes par une perte de 19 M€ en année pleine, due à l'arrondi de la valeur de leur lettre-clé à la décimale inférieure. Afin de compenser cette baisse tarifaire, les biologistes ont obtenu une revalorisation très avantageuse de leur lettre-clé B (+3,8 %), ainsi qu'une revalorisation du chapitre « dispositions générales » de la NABM (soit un gain de 88 M€). Au total, ils ont donc bénéficié en 2002-03 d'une revalorisation nette en année pleine de 69 M€. En contrepartie, ils s'engageaient à participer à l'actualisation de la NABM et à l'élaboration de référentiels de prescription à l'usage des médecins. La justification de cet avantage de 69 M€ consenti aux biologistes en 2002 n'apparaît pas clairement :

- il s'agit d'une profession dont les revenus ont progressé à un rythme très soutenu (+8 % en moyenne par an entre 1999 et 2003) en partant d'un niveau déjà élevé par rapport à celui d'autres professions de santé, en raison des gains de productivité permis par le progrès technologique ;
- la hausse consentie l'a été sans contrepartie : la participation de la profession aux travaux de nomenclature et à l'élaboration de

193. C'était en particulier l'objet des trois baisses successives de la valeur de la lettre-clé B intervenues en 1999 (le B est passé de 0,274 € à 0,268 €, baisse jugée au demeurant insuffisante par la CNAMTS) et en 2000 (0,265 € puis 0,262 €).

référentiels correspond davantage aux intérêts de la profession qu'à un service rendu méritant rémunération.

La biologie est une discipline essentiellement prescrite par les médecins. La LFSS pour 2004 a, à la demande de l'assurance maladie notamment, introduit deux articles (40 et 41) pour rendre opposables aux prescripteurs les indications médicales contenues dans la NABM.

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie précise la possibilité pour les caisses d'engager des procédures à l'encontre des assurés et professionnels de santé en cas de non respect des textes (articles L. 314-1 et L. 162-1-14 du CSS). Hormis ces dernières dispositions, renforçant le caractère contraignant de la nomenclature, mais trop récentes pour pouvoir en mesurer l'impact sur les comportements, la réforme de la nomenclature des actes de biologie est restée limitée.

La réforme de la nomenclature d'orthophonie

La réforme des actes d'orthophonie a été réalisée par un arrêté du 28 juin 2002. En dehors du « toilettage » de la nomenclature (description plus précise des actes et nouveaux libellés), l'objectif poursuivi est formulé de manière imprécise, sans indicateur de résultat : il s'agit de « favoriser la qualité des pratiques », en améliorant la qualité rédactionnelle des comptes-rendus de bilan, qui sont l'outil de coordination entre prescripteurs et orthophonistes.

En contrepartie de cet engagement vague, deux avantages sont concédés aux orthophonistes : leur autonomie accrue vis-à-vis des prescripteurs et une revalorisation tarifaire. Le coût de la réforme était évalué initialement à 10,4 M€ en année pleine.

Le résultat est, qu'en contrepartie d'un coût finalement supérieur aux prévisions (près de 30 M€), l'amélioration des pratiques n'apparaît pas clairement. En effet, sur le plan quantitatif, si le nombre de bilans orthophoniques a progressé, le rapport entre le nombre de bilans et le nombre d'actes de rééducation est resté plutôt stable entre septembre 2002 (4,4 %) et septembre 2004 (4,8 %), montrant que la fréquence du recours au bilan n'a pas augmenté. Un transfert substantiel a, en outre, été réalisé des bilans les moins coûteux (37,9 €) vers les plus chers (56,8 €)¹⁹⁴. Quant à la qualité rédactionnelle des comptes-rendus de bilan, ses progrès n'ont pas été évalués alors qu'il s'agissait de l'objectif central.

194. Entre septembre 2002 et septembre 2004, les bilans AMO 16 (auxiliaire médical orthophoniste) sont passés de 9 430 à 3 666 unités et les bilans AMO 24 de 17 505 à 28 653 unités.

*Les mesures réformant la nomenclature des actes infirmiers*¹⁹⁵

Dès 1990, le principe d'une régulation globale de l'activité des professions paramédicales a été acquis. Cette démarche visait à sortir du cercle vicieux conduisant à multiplier les actes afin de compenser le manque à gagner sur le plan tarifaire ou les cotations d'actes ne reflétant plus la réalité des pratiques. Les mesures de nomenclature étaient donc l'un des éléments d'un dispositif complet, destiné à agir en même temps sur le volume d'activité des auxiliaires médicaux et sur la nature de leurs interventions.

Pour les infirmiers libéraux, qui interviennent pour les trois quarts de leur activité au domicile des personnes âgées à la fois pour des actes techniques du type prélèvements, injections, pansements et pour des séances de soins infirmiers souvent assimilés aux toilettes et qualifiés de « nursing », le point commun des mesures de nomenclature a été de chercher à réduire les actes de nursing au bénéfice des actes techniques. Pour ces deux types d'actes, le but était en outre de mieux prendre en compte le rôle spécifique de l'infirmier au domicile des patients, qui ne doit pas se limiter à réaliser des actes prescrits par le médecin, mais doit assurer des interventions complètes intégrant les fonctions de prévention, de surveillance et de coordination des soins.

Ainsi, la principale mesure de nomenclature a consisté à créer, dès 1992, la lettre-clé AIS (acte infirmier de soins) afin que deux types d'actes (les séances de soins infirmiers à domicile et les gardes à domicile) qui relevaient de la lettre-clé AMI (acte médico-infirmiers) soient désormais identifiés et mesurés en tant qu'activité de nursing. Cette activité a ensuite été intégrée dans le plan de soins infirmiers (PSI) en 2000, qui n'a pas été appliqué et a été remplacé par la démarche de soins infirmiers (DSI) en 2002.

L'objectif principal assigné à la DSI est de diminuer le recours systématique à des « séances de soins infirmiers », cotés en AIS. Les arguments qui militent en faveur de ce projet sont notamment fondés sur le fait que les infirmières sont surqualifiées pour exécuter des toilettes, ce qui entraîne des dépenses injustifiées pour l'assurance maladie.

Le dispositif finalement retenu peut se résumer ainsi : le médecin ne prescrit plus directement de séances de soins infirmiers, mais une démarche de soins infirmiers (cotée DI) qui exige ensuite de l'infirmier un diagnostic de la situation du patient, la définition des buts à atteindre, enfin une autoprescription.

195. Il existe 48 650 infirmiers libéraux, dont les honoraires représentent au total 3 Md€ en 2003.

Fondée sur des évaluations fournies par le syndicat signataire de l'époque (la FNI), le projet initial devait entraîner une diminution de 16% du nombre de coefficients AIS et toucher une population située entre 375 000 et 400 000 patients. L'économie nette attendue, qui était chiffrée au départ à 123 M€, a été revue très fortement à la baisse en 2002 (entre 5,35 M€ et 11,6 M€). Quant au nombre d'actes en AMI, les mesures de 1999, présentées comme peu onéreuses au conseil d'administration de la CNAMTS se sont au contraire traduites par une forte augmentation (+50 % en volume de 2000 à 2004).

De nombreux facteurs ont altéré l'objectif initial de cette réforme. En premier lieu, dans sa conception même, elle ne met pas en place une nouvelle organisation interprofessionnelle du maintien à domicile des personnes dépendantes puisque la prise en charge par l'infirmier des mêmes séances qu'auparavant (toilettes comprises) ou le transfert en totalité de cette prise en charge sur l'entourage ou les auxiliaires de vie (dont 20 % seulement sont formés à cet effet), résulte du seul choix de l'infirmier. Toute piste de partage des soins de nursing entre infirmiers et aides-soignants a été écartée d'emblée, les syndicats infirmiers invoquant, pour récuser un tel partage, le statut non libéral de ces derniers. En deuxième lieu, aucun critère ou référentiel ne permet d'accompagner et d'éclairer le choix de l'infirmier. Enfin, les médecins qui n'avaient pas été associés au projet s'y sont ensuite opposés parce qu'ils devaient préciser le diagnostic porté sur le patient et décrire son état sur un formulaire lors de la prescription de la DSI. Cette opposition a conduit les pouvoirs publics à supprimer progressivement leur responsabilité dans la validation de la DSI proprement dite : leur accord, d'explicite en 2000 (PSI), est devenu implicite en 2002 et devrait disparaître prochainement.

Il convient de plus de rappeler que, pour la première fois depuis 1992, une hausse tarifaire des actes infirmiers de soins (AIS) a été accordée au moment de l'entrée en vigueur de la DSI en 2002, ce qui peut sembler contradictoire avec l'intention affirmée par les parties conventionnelles de diminuer le recours aux séances de soins infirmiers.

Enfin, il n'existe pas de bilan financier de la mise en œuvre de la DSI, dont la faible économie (5,4 M€) devait gager très partiellement un accord global de 340 M€ de dépenses supplémentaires applicable à partir de 2002. Quant aux résultats qualitatifs, suivis par la CNAMTS, ils semblent modestes : en avril 2003, 32 % seulement des infirmiers ont réalisé au moins une DSI. Les DSI de renouvellement l'emportent sur les nouvelles DSI dès 2004 et le nombre de coefficients d'AIS n'a pas baissé par rapport à 2002.

Le cadre conventionnel, les nomenclatures d'actes par profession, l'absence de réflexion sur les conditions dans lesquelles les aides-

soignants pourraient exercer en ville font obstacle à une redéfinition du rôle des infirmiers, comme pivot de prise en charge libérale, aujourd'hui réservée à des structures telles que les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) pour le nursing et l'hospitalisation à domicile pour les soins techniques. Cette redéfinition est pourtant indispensable.

b) Les réformes avortées

Les tentatives de réformes de la nomenclature des chirurgiens-dentistes et des masseurs-kinésithérapeutes ont été interrompues en cours de route. Quant au dispositif de médecin référent, il a été supprimé après quelques années de fonctionnement.

La réforme de la nomenclature dentaire

Les soins conservateurs, qui constituent les 2/3 des actes des dentistes, ne représentent qu'1/3 de leur revenu, au contraire des soins de prothèse qui représentent 1/3 des actes et 2/3 des revenus. Ce partage n'encourage guère la prévention. C'est pourquoi la convention de 1997 a tenté de réformer la nomenclature des actes dentaires en revalorisant les soins conservateurs. Cette orientation a été rapidement abandonnée et une mesure allant à l'encontre de l'objectif affiché a même été prise : l'inlay-core.

L'annexe 4 de la convention prévoyait de réformer la nomenclature des actes dentaires datant de 1972 et considérée comme obsolète. En contrepartie d'un plafonnement des dépenses de prothèse (SPR) et d'orthodontie, il était prévu en particulier une revalorisation progressive des soins conservateurs (SC) pour un coût total de 381 M€.

Seules deux revalorisations pour un montant cumulé de 77 M€ eurent lieu, car le plan fut stoppé par le ministère de la santé dès juin 1998, en raison d'une évolution des dépenses jugée préoccupante (mais aucun objectif de progression des dépenses dentaires n'avait été défini pour l'année 1997). La logique de maîtrise budgétaire à court terme est entrée en contradiction avec la stratégie de long terme de réforme de la nomenclature. L'assurance maladie a regretté cette décision, qui empêchait un important changement de comportements pourtant souhaité à l'origine par la profession.

L'arrêté du 19 janvier 2001, non seulement ne s'inscrit plus dans la logique de rééquilibrage, mais il va à son encontre. Il mêle, sans logique apparente, deux mesures de nomenclature. L'une, peu coûteuse, de prévention, a inscrit à la nomenclature le scellement prophylactique des puits et les sillons et fissures sur les dents de 6 et 12 ans (18,90 € l'acte). L'autre a admis le remboursement d'une nouvelle prothèse très coûteuse : l'inlay-core (122 € ou 144 € l'acte). Remboursé quatre fois

plus cher que la reconstitution à ancrage et pouvant faire l'objet de dépassement d'honoraire, l'inlay-core a, dès son introduction en 2001, connu un développement aussi exceptionnel que coûteux.

La réflexion préalable sur l'effet qu'aurait l'inscription de l'inlay-core sur les comportements des dentistes a été très insuffisante. Les avis d'experts n'ont pas été entendus. Au moment de la décision, une mission de l'IGAS était en cours sur les soins dentaires (rapport publié en juillet 2001). En outre, il n'a été demandé à l'académie des sciences et à l'ANAES un référentiel sur les indications de l'inlay-core qu'après son inscription à la nomenclature.

Hâtive et mal préparée, la décision a de plus divisé la commission de la nomenclature en formation dentaire. La DSS elle-même ne donnait son accord qu'à condition que l'inlay-core soit coté à un coefficient inférieur à celui d'une couronne. Son avis ne fut pas entendu et l'inlay-core a été coté plus cher qu'une couronne.

Le fort développement de cette nouvelle prothèse n'a pas été anticipé. L'estimation par la CNAMTS et la DSS de son coût net prévisionnel était de 58 M€ et reposait sur l'hypothèse (irréaliste) d'un volume d'actes constant, le surcoût étant entièrement dû à la revalorisation tarifaire. En réalité, le surcoût lié à l'inlay-core est cinq fois plus élevé, sans doute supérieur à 300 M€¹⁹⁶, la cotation élevée ayant induit une multiplication de ces actes.

Plusieurs actions visant à endiguer les dépenses croissantes liées à l'inlay-core ont été prises, avec retard, en 2003. Ce n'est que le 3 février 2003, deux ans après l'arrêté initial, que la rémunération de la reconstitution à ancrage a été alignée sur celle de l'inlay-core¹⁹⁷. Par ailleurs, la lettre-clé des soins conservateurs a enfin été revalorisée le 21 mars 2003, soit six ans après la signature de la convention qui devait procéder à leur revalorisation. Enfin, un accord de bon usage des soins (Acbus) et un contrat de bonne pratique (CBP) destinés à limiter l'usage de l'inlay-core sont entrés en vigueur le 1er mars 2003 (cf. infra).

La réforme de la nomenclature de masso-kinésithérapie

L'ancienne nomenclature, établie en 1972, était reconnue obsolète. Sa réforme, qui figurait au plan stratégique de la CNAMTS,

196. Les honoraires correspondant aux lettres-clés de l'inlay-core se sont élevés à 381 M€ sur un an entre le 1er juin 2003 et le 31 mai 2004. Ce montant doit certes être réduit du montant des reconstitutions à ancrage qui auraient été réalisées à la place des inlay-core, mais leur cotation est très faible comparée à celle de l'inlay-core.

197. La cotation passe de SC15 à SC33 (61 €), ce qui, rapporté au temps de travail du dentiste, représente une rémunération équivalente à celle de l'inlay-core.

devait se dérouler en plusieurs étapes, échelonnées entre 2000 et 2006, chaque nouvelle étape dépendant du bon déroulement de la précédente. La première étape n'ayant pas permis d'atteindre les résultats escomptés, le processus est resté bloqué.

En contrepartie d'une importante revalorisation des coefficients et d'une autonomie accrue par rapport aux prescripteurs, les masseurs-kinésithérapeutes s'engageaient à réaliser, à partir de dix séances, un bilan-diagnostic rémunéré, permettant une meilleure coordination avec le médecin et un meilleur contrôle par l'assurance maladie, à respecter des plafonds d'activité collectif et individuels et à diminuer d'au moins 5 % les coefficients sur la rééducation ostéoarticulaire (dont une partie est considérée comme injustifiée médicalement).

Le seul effet de cette réforme fut son coût, qui est estimé par la Cour à plus de 300 M€ (en année pleine et tous régimes confondus). En effet, si les revalorisations ont bien eu lieu, la limitation du volume d'activité n'a pas été atteinte (l'impact de la réforme sur la structure des actes n'est pas connue, puisqu'il n'existe pas de codage des actes de masso-kinésithérapie). Le dépassement des plafonds d'activité n'a pas été sanctionné. Les médecins ont ignoré la réforme et n'ont pas laissé de marge d'autoprescription aux masseurs-kinésithérapeutes. Enfin, les bilans-diagnostic, qualifiés de « pièce maîtresse » de la réforme, ne sont réalisés qu'une fois sur cinq et sont souvent d'une qualité médiocre.

Comme pour les dentistes, la régulation budgétaire a interféré dans cette réforme de la nomenclature. La signature d'un avenant conventionnel le 31 juillet 2000 a été suivie, le lendemain (1er août), par l'entrée en vigueur de la baisse automatique des lettres-clés de masso-kinésithérapie, en application du premier rapport d'équilibre établi par la CNAMTS¹⁹⁸. Les revalorisations engagées par la réforme de la nomenclature, ainsi que les contreparties attendues, étaient ainsi en partie remises en cause. Cette contradiction entre deux modes de régulation simultanés a créé une certaine confusion quant aux objectifs poursuivis.

Bien que les masseurs-kinésithérapeutes n'aient pas respecté leurs engagements contractés dans la première étape de la réforme en contrepartie des revalorisations financières, la loi du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie a créé une obligation de poursuivre la négociation conventionnelle (pour mettre en place les Acbus et contrats de bonne pratique, cf. infra). De nouvelles

198. La LFSS pour 2000 prévoyait que la CNAMTS devait établir, trois fois dans l'année, des « rapports d'équilibre » indiquant que l'ONDAM prévu était respecté et, en cas de non respect, proposant les mesures permettant d'y remédier. Ce dispositif est tombé très rapidement en désuétude.

revalorisations, certes ciblées, ont été concédées. D'autres demandes financières sont en discussion pour des montants élevés.

L'option référent des généralistes

Le forfait est apparu très récemment et de manière marginale dans un système où les médecins sont profondément attachés au paiement à l'acte. Créée par la convention médicale du 12 mars 1997 (qui fut ensuite annulée par le Conseil d'Etat), l'option médecin référent a reçu une base légale par la loi du 27 juillet 1999 sur la couverture maladie universelle. Son objectif est d'améliorer les soins par une meilleure coordination autour du référent et de réduire les inconvénients de la tarification à l'acte (multiplication des actes, réduction du temps de consultation).

Les médecins qui choisissent de devenir « référents » perçoivent une rémunération forfaitaire annuelle par patient suivi régulièrement (23 € à l'origine, puis 46 € depuis 2001). L'option référent est financièrement plus attrayante depuis que le forfait annuel a été porté à 46 € : en théorie, si un médecin généraliste en secteur I fait adhérer 1 000 patients (soit les deux tiers de sa clientèle qui est de 1 540 personnes en moyenne), il peut presque doubler son revenu net, en recevant 45 000 € en plus de son revenu moyen annuel (de 56 000 €). En pratique toutefois, le nombre moyen de patients optants par médecin référent était de 200 en 2003 (soit 13 % de la clientèle moyenne)¹⁹⁹ et les forfaits représentaient 7 070 € par an et par référent (5,6 % de ses honoraires moyens).

La décision de supprimer l'option référent intervenue fin 2004 a eu pour effet de geler toutes les études de son impact sur les comportements. Selon une étude menée conjointement par la CNAMTS et l'IRDES, les données disponibles sont insuffisantes pour savoir si l'option médecin référent a amélioré les pratiques médicales. En effet, les suivis de cohortes, les enquêtes et les protocoles d'évaluation détaillée prévus initialement n'ont pas été mis en place et il n'existe pas d'études comparatives sur les pratiques des référents et des non-référents à partir d'échantillons homogènes de malades. On ne peut ainsi vérifier l'hypothèse selon laquelle ce nouveau dispositif a modifié les pratiques dans le sens de la qualité.

Diverses enquêtes montrent que les médecins référents se donnent les moyens de la qualité mais sans toutefois permettre de dégager un lien de cause à effet. Ils suivent davantage la formation professionnelle conventionnelle : un tiers des participants à cette formation en 2002 et

199. La répartition est cependant contrastée : si 28 % des médecins référents concernés ont moins de 50 patients optants, 18 % d'entre eux ont 350 patients soit une rémunération forfaitaire minimale de 16 100 €.

2003 sont des médecins référents, alors que ces derniers ne constituent que 10 % de l'effectif total des généralistes, mais ce constat peut être lié au fait que les référents sont en grande partie des adhérents au syndicat signataire de la convention de l'époque. Ils accordent plus d'attention aux questions de prévention : ainsi, les médecins référents représentent 24 % des demandeurs de dossiers sur l'alcool à l'INPES, 18 % sur le tabac et 16 % pour le mal de dos. Ils respectent également mieux que leurs confrères la permanence des soins²⁰⁰. Ils prescrivent moins de médicaments que les non référents (272 000 € au lieu de 291 000 €, soit 6,5 % de moins, en 2003²⁰¹). Ils prescriraient en particulier plus de génériques, même si les données actuelles sur le remboursement ne permettent pas de distinguer la prescription des génériques par le médecin de la substitution par le pharmacien. Enfin, ils prescrivent un peu moins d'analyses biologiques (-5 %) que les non-référents. On ignore cependant si leur comportement ne présentait pas déjà les mêmes particularités avant la création du dispositif.

On ne peut que regretter le manque d'une évaluation médico-économique exhaustive de type coût/bénéfices de l'option référent. Le forfait a représenté une dépense croissante pour l'assurance maladie (tous régimes) : 10,3 M€ en 2000, 26,3 M€ en 2001, 36,9 M€ en 2002 et 44,3 M€ en 2003, soit 117,8 M€ de dépenses cumulées sur quatre ans. Les médecins référents étaient au nombre de 6 000 à la fin de 2003, ils seraient environ 8 000 en 2004.

Le coût potentiellement élevé d'une généralisation de l'option référent avait été relevé par la Cour dès l'origine. La suppression du système a été décidée en 2004. La réforme de l'assurance maladie issue de la loi du 13 août 2004 a mis en place un autre dispositif autour du « médecin traitant ».

c) Les mesures de circonstance

Il n'y a pas eu à proprement parler de réforme de la nomenclature des actes des médecins généralistes et spécialistes, mais une succession de mesures tarifaires visant avant tout à revaloriser les actes et accessoirement à influencer sur les pratiques.

200. Cf. l'enquête menée par la CNAMTS sur des périodes d'astreinte.

201. Source SNIR, cité dans le Point de statistiques n° 40. Il faut noter que la comparaison des prescriptions est recevable, dans la mesure où les référents ont une taille de clientèle, un nombre d'actes moyen et une part d'ALD comparables à ceux des non-référents.

Les médecins généralistes

Dans l'attente de la mise en place de la CCAM, une succession de revalorisations tarifaires est intervenue d'abord sous forme de majorations diverses, puis par la hausse de la lettre-clé principale : majoration d'urgence de 19,6 € pour les généralistes interrompant leur consultation pour répondre à une demande du centre 15 ou à la demande expresse du patient (MU, 1998), majoration pour soins d'urgence (MSU, 2000), majoration de maintien à domicile (MMD, 2000), consultation annuelle pour les affections de longue durée (CALD, 2002) et revalorisation de la consultation à 20 € (2002).

La majoration d'urgence (MU)

Créée le 5 mai 1998, la MU concernait les généralistes quittant leur consultation sur appel urgent. Le nombre de MU était estimé, au moment de l'élaboration de la mesure, à 400 000, hypothèse correspondant à environ 8 % du total des visites et à un impact financier de 7,6 M€ (selon la DSS). Insuffisamment cotée (22,6 €) par rapport aux « pertes » de consultations, elle ne fut que peu utilisée. La DSS ne dispose pas d'évaluation du nombre de MU et de leur coût constaté.

La majoration pour soins d'urgence (MSU)

Créée le 7 juin 2001, la MSU rémunère un certain nombre d'actes d'urgence (limitativement énumérés), consommateurs de temps et de matériel, effectués au cabinet du généraliste ou du pédiatre. Elle est cotée 26,89 €. La DSS estimait son impact financier entre 8,2 M€ et 11 M€ (entre 305 000 et 409 000 actes). En 2004, il y a eu 407 000 actes K14 pour le régime général, soit 11,5 M€ remboursables. Cela correspond à environ un acte de ce type par mois par généraliste. La MSU a donc bien été utilisée à hauteur de l'estimation initiale.

La majoration de maintien à domicile (MMD)

Créée le 28 avril 2000, dans le but de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées, la MMD s'applique aux visites réalisées auprès des patients d'au moins 75 ans en affection de longue durée. La valeur de la MMD de la visite est de 9,14 €. La mise en place de cette majoration a donné lieu à une consigne d'une organisation syndicale invitant ses adhérents à utiliser le plus largement possible cette majoration en recommandant de procéder d'abord au recensement de tous les patients âgés, puis de déposer une demande immédiate d'ALD pour ceux qui n'en étaient pas encore bénéficiaires, enfin de privilégier les visites beaucoup plus rentables plutôt que les consultations chez ces patients privilégiés.

La MMD n'a non seulement pas atteint son objectif (éviter une revalorisation globale des honoraires de médecins, qui est intervenue en

2002), mais elle a eu de plus un effet imprévu, sinon pervers. Comme la Cour l'avait déjà noté en 2003, cette mesure s'est traduite statistiquement par une augmentation, non anticipée, du nombre d'ALD d'environ 300 000 personnes en 2002²⁰², soit un supplément de 5 % de bénéficiaires de remboursements à 100 % et un coût global d'1 Md€, si l'on ajoute au renchérissement des visites celui, beaucoup plus important, du remboursement des prescriptions à 100 % (au lieu de 65 % ou 35 %).

Cet exemple illustre l'absence de réflexion sur les conséquences que les décisions peuvent avoir sur les comportements des professionnels de santé.

Les rémunérations spéciales pour le suivi des patients atteints d'ALD

L'arrêté du 27 février 2002 crée une consultation approfondie annuelle au cabinet du médecin omnipraticien pour un patient atteint d'une ou plusieurs affections de longue durée, d'un montant de 23 € (26 € depuis 2003). La CALD a pour objectif de réaliser un bilan approfondi de l'état de santé du patient et de la coordination de ses soins et elle doit contribuer à son éducation sanitaire et thérapeutique. Elle donne lieu à la rédaction d'un compte rendu conservé dans le dossier du patient et dont un double lui est remis. La définition réglementaire de cette consultation « spéciale » prouve qu'il s'agit d'une mesure visant essentiellement à revaloriser les revenus des praticiens, sans réelle volonté d'amélioration des comportements des professionnels.

Le coût pour l'assurance maladie a été estimé à 22 M€ en année pleine. Le calcul en a été simple : la DSS a considéré que la consultation de bilan (une fois par an) se substituerait à l'une des consultations réalisées par le médecin pendant l'année. Toutefois, en 2003, le nombre de consultations CALD n'a été que de 58 809 consultations²⁰³. La CALD a concerné en 2003 moins de 1 % des assurés potentiellement concernés. La substitution s'est donc mal réalisée et le coût réel a donc été réduit, mais l'impact sur les pratiques n'est pas perceptible.

La convention médicale signée en décembre 2004 a remplacé la rémunération forfaitaire de 50 € pour chaque élaboration et renouvellement de PIREs par une rémunération forfaitaire annuelle, pour chaque patient en ALD, de 40 €, à laquelle s'ajoute la CALD de 26 €, ce qui revient à un cumul de deux rémunérations pour une même prestation sans compter les consultations payées à l'acte. Un autre mode de rémunération aurait pu être expérimenté, consistant à verser un forfait annuel pour certaines ALD, qui se serait ainsi complètement substitué aux consultations payées à l'acte.

202. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2003, p. 193-194.

203. Source : SNIR.

Le surcoût potentiel de cette extension du dispositif à la totalité des malades en ALD, et non plus seulement aux entrants, est estimé à 300 M€ par an.

La revalorisation de la consultation à 20 €

Une importante revalorisation de la médecine générale en juin 2002 a porté la consultation à 20 € et a institué une majoration pour déplacement (MD), en contrepartie d'un engagement de la profession de diminuer le nombre de visites à domicile d'au moins 5 % la première année et de rédiger au moins 25 % des lignes de prescriptions de médicaments en dénomination commune internationale (DCI) ou en génériques.

Le bilan est contrasté. Certes, la baisse du nombre de visites (-29 % entre 2001 et 2003) a été supérieure à l'objectif initial (-20 %). Mais, d'une part, la baisse du nombre de visites avait débuté bien avant 2002, les visites ayant diminué de 15 % entre 1999 et 2001 ; d'autre part, les consultations ont crû plus rapidement entre 2001 et 2003 qu'entre 1999 et 2001²⁰⁴ (5,3 % contre 4,7 %) et l'ampleur du report des visites vers les consultations n'a pu être évalué.

Les honoraires des médecins ont crû de 904 M€ entre 2001 et 2003 contre 496 M€ entre 1999 et 2001. Le coût du passage du C et V à 20 € et de la majoration de déplacement pour la visite médicalement justifiée a donc été compris entre 300 et 400 M€. Il devait être entièrement financé par l'économie réalisée en matière de prescription de génériques. Or, les économies réalisées sur les prescriptions de pharmacie entre 2001 et 2003 ont été d'environ 70 M€ par rapport à la tendance²⁰⁵ et le taux de prescription en DCI est loin d'avoir été atteint (8 % à la fin de 2004 pour un objectif de 25 %).

Au total, la prescription en DCI est un échec. Le succès obtenu sur les visites ne fait que prolonger, en l'accélérant un peu, une évolution existante et souhaitée par les médecins. La consultation à 20 € n'a donc pas eu l'effet attendu en matière d'inflexion des comportements.

Les médecins spécialistes

Les années 1998-2003, marquées par l'absence de convention médicale et par de fortes tensions entre assurance maladie et médecins spécialistes, ont vu se succéder plusieurs plans d'économies incluant des actions sur les comportements de cette catégorie de médecins. Ces mesures n'ont pas permis de freiner l'augmentation de leurs honoraires et ont même, de manière paradoxale, entraîné des dépenses supplémentaires.

204. Voir infra, D, 1.

205. Le montant de la pharmacie prescrite s'est élevé à 791 M€ en 2003 ; il se serait élevé à 862 M€ si la croissance de 1999 à 2001 s'était maintenue entre 2001 et 2003.

L'arrêté du 28 janvier 1997 concernant les spécialistes avait pour principal objectif de réaliser 55 M€ d'économies (pour le seul régime général), essentiellement sur la radiologie et la cardiologie, tout en poursuivant aussi certains objectifs qualitatifs, comme la modernisation du parc d'échographes. Au total, c'est un surcoût de 13,7 M€ par rapport à la tendance qui a été constaté. Les rares objectifs qualitatifs ont été abandonnés. Pour le directeur de la CNAMTS, ce dérapage était « dû à une connaissance insuffisante des pratiques antérieures de cotation des praticiens et à une appréciation imparfaite des effets de structure engendrés par les modifications de nomenclature mises en œuvre »²⁰⁶.

Les mesures concernant les radiologues

Les radiologues sont la spécialité la mieux rémunérée (cf. chapitre I). De plus, leurs honoraires ont crû plus rapidement que ceux de l'ensemble des spécialistes. En euros constants, le montant total de leurs honoraires hors dépassement a ainsi augmenté de 2 % par an entre 1990 et 2003 (+1,8 % pour l'ensemble des spécialistes), pour atteindre 2,5 Md€, soit plus du quart du total des honoraires des spécialistes.

En application de l'arrêté du 28 janvier 1997, la refonte de la nomenclature de radiologie, demandée par le syndicat des radiologues en lieu et place d'une baisse du Z1²⁰⁷, leur principale lettre-clé, comprenait notamment la baisse du supplément pour numérisation (objectif financier) et la baisse de 50 % de la cotation des échographies effectuées avec des appareils de plus de sept ans et n'ayant pas d'attestation de remise à niveau (objectif qualitatif). La réforme n'a pas été entièrement mise en œuvre. En particulier, la baisse de cotation pour les échographes anciens n'a pas été appliquée du fait de l'absence d'un système de contrôle des remises à niveau. Quant au supplément de numérisation, créé en 1991 pour inciter les radiologues à moderniser leur équipement, s'il a été abaissé de Z6 à Z5 entre 1997 à 1998, sa persistance, alors que les équipements sont amortis, représente une dépense injustifiée, selon la CNAMTS, de 75 M€. Au total, la réforme de la radiologie qui devait procurer 30 M€ d'économies (tous régimes) a en réalité entraîné 56 M€ de dépenses supplémentaires à la fin de 1997, soit un différentiel de 86 M€ et, de plus, n'a pas atteint son objectif d'une amélioration de la qualité des pratiques.

206. Note du 5 février 1998 au ministre sur le bilan du protocole du 28 octobre 1996.

207. De Z6 à Z5,5 puis à Z5 au 1^{er} janvier 2000. La CNAMTS avait proposé en 2000 une nouvelle baisse de Z5 à Z4 mais cette mesure n'a pas été entérinée par le ministère. Une seconde transmission de ces données par la CNAMTS au ministère n'a pas davantage abouti en 2001.

Le protocole d'accord signé le 9 février 1999 entre l'Etat et les radiologues prévoyait une revalorisation²⁰⁸ de la lettre-clé Z1 de 1,44 € à 1,62 €, entrée en vigueur avec l'arrêté du 24 février 1999, ainsi qu'un ajustement de cette valeur en fonction d'un bilan périodique de l'évolution des honoraires des radiologues. Ce bilan n'a pas été réalisé, au motif qu'il était impossible de distinguer les actes en Z1 réalisés par les seuls radiologues du total des actes en Z. Cette impossibilité de distinguer les deux types d'actes aurait dû être prise en compte au moment du protocole d'accord.

La valeur de la lettre-clé n'a de plus donné lieu à aucun ajustement depuis février 1999 malgré la progression continue des honoraires. Le coût de la revalorisation du Z1 a été de 135 M€. En outre, bien que l'Etat se soit engagé à forfaitiser le deuxième acte de radiologie vasculaire effectué au cours d'une même séance, cette mesure n'a jamais fait l'objet d'une inscription à la nomenclature.

En contrepartie de cette revalorisation, les radiologues s'étaient engagés à créer un observatoire de l'imagerie médicale à participer à l'extension du dépistage des cancers décidée par la loi de financement pour 1999²⁰⁹, à contrôler la qualité des appareils utilisés lors des examens radiologiques et échographiques et à favoriser la télétransmission des feuilles de soin²¹⁰. Les principaux engagements « qualitatifs » souscrits par les radiologues en 1999 n'ont pas été tenus (contrôle des appareils) ou suivis (dépistage des cancers), en dépit d'un gain financier substantiel.

Au total, les mesures de 1997 et 1999 n'ont ni constitué une véritable réforme de la nomenclature ni conduit à une évolution des pratiques, alors que de nombreuses distorsions dues à la nomenclature demeurent. Ainsi, une IRM du genou qui prend 12 à 15 minutes est facturée comme une IRM cardiaque ou une IRM spectroscopique, qui durent de 45 minutes à une heure.

La consultation spécifique de cardiologie (CSC)

En cardiologie, l'arrêté du 28 janvier 1997, précité, a créé, en contrepartie de la baisse des échocardiogrammes cotés en KE et de la

208. Cette revalorisation avait été précédée en août 1998 d'une baisse du Z1 (de 1,67€ à 1,44€) décidée unilatéralement par la puissance publique.

209. Hormis un arrêté du 27 septembre 2001 fixant la convention-type pour souscrire au programme de dépistage et une circulaire DHOS/DGS du 3 novembre 2003 relative au dépistage du cancer du sein en établissements de santé, aucun bilan de cette mesure n'est disponible.

210. En septembre 2004, 67 % des radiologues recourent à la transmission des feuilles de soins par voie électronique, ce qui est seulement dans la moyenne constatée. La progression de ce taux n'est pas connue.

suppression des suppléments à l'électrocardiogramme (K5), une nouvelle consultation spécifique en cardiologie (CSC), mieux cotée. L'objectif était purement tarifaire. La profession s'est engagée à pratiquer un maximum de deux tiers de CSC. Le coût de la création de la CSC, estimé à 30 M€, devait être plus que compensé par les mesures d'économies, ce qui devait permettre de dégager 22 M€ d'économies au total. Le surcoût a en réalité été de 5,4 M€. Il s'explique surtout par la vive augmentation du nombre de CSC.

La majoration transitoire chirurgicale (MTC)

L'arrêté du 30 mars 1998 a créé une lettre-clé spécifique (KCC) destinée à identifier « les actes thérapeutiques sanglants non répétitifs », réalisés en équipe sur un plateau technique lourd. Demandée par les chirurgiens, cette création a nécessité une réécriture d'une grande partie des actes de la NGAP, afin de distinguer ces actes des autres actes chirurgicaux et des actes thérapeutiques ou d'investigation pouvant être réalisés par l'ensemble des médecins. Jusqu'en septembre 2004, la valeur de cette lettre-clé est restée identique à celle de la lettre KC (2,09 €). L'arrêté du 1er octobre 2004 a créé une majoration transitoire chirurgicale de 12,5 % pour les actes en KCC.

Décidée dans l'urgence face au mécontentement des chirurgiens, la MTC, conçue comme une solution transitoire dans l'attente de la CCAM, devait s'appliquer aux actes pratiqués entre le 1er octobre et le 31 décembre 2004, pour un coût estimé à 14,25 M€. Le retard de la CCAM qui a conduit à prolonger la MTC jusqu'à septembre 2005 entraînera des coûts supplémentaires et l'effet report des actes en KC vers les actes en KCC n'a pas été évalué.

Le règlement conventionnel minimal (RCM)

Un règlement conventionnel minimal²¹¹ applicable aux médecins spécialistes a été institué en juillet 1998 pour pallier l'absence de convention médicale. Il a été modifié huit fois entre juillet 1998 et le 3 février 2005, date de la signature de la nouvelle convention. Le 22 septembre 2003, un avenant a consenti d'amples concessions aux médecins spécialistes, dans le but d'obtenir leur consentement :

- les consultations d'une partie des spécialistes ont été revalorisées par la création d'une majoration forfaitaire transitoire, d'un montant de 2 €²¹² applicable aux consultations effectuées par les médecins relevant des douze spécialités qui n'avaient pas obtenu de

211. Le RCM applicable en l'absence de convention excluait, dans sa conception d'origine, toute revalorisation tarifaire de façon à inciter à la reprise de négociations conventionnelles.

212. Cette majoration a été de 2,70 € pour la psychiatrie.

revalorisation spécifique en 2002. Réservée aux médecins qui ne sont pas autorisés à pratiquer des honoraires supérieurs aux tarifs de responsabilité sur la base desquels est calculé le remboursement par l'assurance maladie, cette majoration ne peut être accordée aux autres médecins que pour leurs patients relevant de la couverture maladie universelle et pour lesquels les tarifs sont opposables. Le coût de cette revalorisation de fait était estimé à 67 M€. Cette majoration a été reprise dans la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, approuvée par arrêté du 3 février 2005, qui l'étend à l'ensemble des spécialités ;

- le taux de prise en charge des cotisations sociales des spécialistes a été revalorisé (coût d'environ 30 M€ à 40 M€) et le différentiel entre les tarifs moyens 2002 et 2003 des primes de responsabilité civile professionnelle des praticiens spécialistes de secteur 1 ayant une prime supérieure à 1 000 euros a été pris en charge (coût approximatif de 20 M€ à 60 M€).

Le RCM prévoyait qu'en contrepartie de la majoration forfaitaire, dont le coût total s'élève entre 117 M€ et 167 M€, des accords de bon usage des soins seraient passés avec les cardiologues. Les spécialistes se sont aussi engagés à mettre en place, en associant étroitement l'assurance maladie, un programme de mesure d'impact des méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles et un registre de suivi des bonnes pratiques concernant les innovations technologiques (stents actifs et défibrillateurs automatiques implantables). Aucun de ces engagements n'a été tenu.

Au total, les mesures prises en faveur des professions de santé qui visaient à infléchir les comportements appellent plusieurs constats. L'instabilité des objectifs et des actions a été trop importante pour permettre un infléchissement des comportements au demeurant jamais évalué. Plusieurs des cas analysés témoignent d'erreurs dans l'appréciation des comportements. La création d'actes mieux rémunérés ou la revalorisation d'actes préexistants ont généralement entraîné une croissance de ces actes plus vive que prévue et une déformation plus forte de leur structure. Les engagements sur les comportements présentés comme des contreparties des revalorisations tarifaires directes ou indirectes n'ont pas été tenus. Enfin, les effets pervers ont pris le pas sur les effets positifs recherchés et se sont traduits par des coûts élevés, sans jamais modifier les comportements dans le sens souhaité.

D – Les nouvelles incitations conventionnelles

La loi du 6 mars 2002 portant rénovation des relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions de santé libérales entendait marquer une césure dans les actions sur les comportements des professionnels de santé.

Le système conventionnel à trois étages institué par la loi du 6 mars 2002

1) Un accord-cadre interprofessionnel applicable à l'ensemble des professions de santé est signé avec le centre national des professions de santé pour une durée de cinq ans au plus.

2) Les conventions professionnelles, d'une durée de cinq ans au plus, déterminent d'une part les tarifs des honoraires et d'autre part les engagements des signataires :

- les accords de bon usage des soins sont des engagements collectifs prévoyant des objectifs médicalisés d'évolution des pratiques. Des contreparties financières en cas de respect de l'accord peuvent être définies ;

- les contrats de bonnes pratiques sont des contrats négociés collectivement mais auxquels les professionnels peuvent adhérer individuellement. Ces contrats ouvrent droit en contrepartie des engagements à un complément forfaitaire de rémunération ou à la majoration de la participation des caisses d'assurance maladie à la prise en charge des cotisations famille et vieillesse des médecins.

Chaque convention professionnelle doit comporter au moins un accord de bon usage des soins (Acbus) et un contrat de bonnes pratiques (CBP) ou de pratique professionnelle (CPP). Les conventions précisent les actions d'information, de promotion des recommandations de bonne pratique ou d'évaluation des pratiques, ainsi que les dispositions à prendre en cas de non-respect des engagements, en particulier d'évolution des dépenses de la profession.

3) Les contrats de santé publique (CSP) requièrent, après une négociation collective, l'adhésion individuelle des professionnels, mais leur présence dans les conventions est laissée à la libre appréciation des signataires. Ils ouvrent droit à une rémunération forfaitaire.

Ces contrats²¹³ ont pour objectif explicite la modification de certaines pratiques. Le bilan est de ce point de vue plus que mitigé.

213. Mesures réglementaires et mesures conventionnelles sont étroitement imbriquées : les conventions suivent les procédures en matière de contrats administratifs mais doivent être agréées par un acte réglementaire pour entrer en vigueur.

1 – Les accords de bon usage des soins

Le bilan au 30 mars 2005 fait état de 14 Acbus élaborés : 6 avec les médecins, 1 avec les chirurgiens-dentistes et 7 avec les professions prescrites (infirmiers, sages-femmes, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, biologistes et transporteurs).

Seuls 11 Acbus ont été effectivement mis en œuvre²¹⁴. Le seul succès concerne l'Acbus sur le TDR angine (près de 58 % des généralistes l'utilisent et un tiers des TDR donne lieu à un test positif et donc à 100 % de prescriptions d'antibiotiques justifiées) mais celui-ci a été intégré dans la campagne beaucoup plus large de réduction de la surconsommation d'antibiotiques (cf. supra). Les données disponibles ne permettent ni de chiffrer ni d'identifier les économies attribuables au seul Acbus.

Dans une moindre mesure, l'Acbus relatif au bon usage des prescriptions de transport a également produit des résultats positifs car la moitié de l'objectif initialement fixé (faire baisser de 35 % à 25 % la part des transports en ambulance sur la totalité des transports entre 2003 et 2005) a été atteint à mi-parcours : selon les premiers résultats fournis par la direction régionale du service médical de Bretagne, ce taux a baissé de 5 points. Néanmoins, les éventuels effets reports de cette mesure vers les transports en ambulance prescrits en urgence et qui sont exclus de l'Acbus n'ont pas été évalués. Surtout, comme la Cour l'indiquait dans son rapport de 2004²¹⁵, la portée de ce dispositif est limitée car il ne s'applique ni aux spécialistes, ni aux prescripteurs hospitaliers, dont la part dans la progression des dépenses de transport est importante.

Le bilan est plus mitigé pour les Acbus visites et mammographie ainsi que pour l'Acbus concernant les dentistes. Celui relatif aux visites du médecin au domicile du patient avait pour objectif la baisse de leur fréquence, phénomène qui était déjà sensible avant la signature officielle de l'accord²¹⁶. Ce mouvement s'est accéléré après l'accord. Les visites représentent aujourd'hui 16,8 % de l'activité d'un médecin généraliste, contre 20,9 % précédemment sur deux périodes comparables (juin-décembre 2001 et 2002). Cette inflexion montre que les médecins sont en mesure de résister aux demandes des patients.

214. S'agissant des trois autres Acbus, l'un a été abandonné. Il s'agit de l'accord relatif aux anti-inflammatoires non-stéroïdiens en juin 2004, la MSA chargée de piloter les travaux s'étant heurtée à l'absence de référentiel stabilisé. L'accord relatif aux hormones thyroïdiennes dont l'enjeu financier était au demeurant faible (28 M€ en 2002) n'a pas atteint son objectif. Quant à l'Acbus infirmier, applicable au 1^{er} mars 2003, il n'a toujours pas été évalué.

215. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2004, p. 32.

216. Cf. supra, p. 204-206.

Toutefois, en termes financiers, la réduction du nombre de visites a été plus que compensée par l'augmentation du nombre et du coût des consultations. Ainsi, entre 2001 et 2004, le montant remboursé de visites (régime général) a diminué de 288 M€ (de 864 M€ à 576 M€), mais celui des consultations a augmenté de 712 M€ (de 2,8 Md€ à 3,6 Md€). On peut aussi regretter l'absence d'étude du déport des visites sur les urgences, l'obligation de déplacement pouvant inciter à recourir à cette solution qui permet en outre de bénéficier d'un plateau technique.

L'Acbus mammographie a été le seul mis en œuvre pour les spécialistes. Le plan cancer a mis en place en 2000 un dépistage généralisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 69 ans, pris en charge intégralement par l'assurance maladie et organisé au niveau des départements par les conseils généraux. Ce plan a néanmoins laissé subsister une possibilité de dépistage individuel au sein des cabinets des radiologues libéraux. L'Acbus, conclu le 27 septembre 2001, visait à améliorer la qualité des mammographies, qu'elles s'inscrivent ou non dans le cadre du dépistage organisé : respect des recommandations de bonne pratique, obligation de formation, notamment pour les manipulateurs, contrôle de la qualité des matériels tous les six mois, réalisation d'un minimum de 500 mammographies par an. Il prévoyait également diverses mesures de nomenclature dont une incitant à privilégier le dépistage organisé en rémunérant moins le dépistage non organisé. Cependant, l'amélioration constatée de la qualité de la pratique mammographique est due à la progression du dépistage organisé et non pas à l'Acbus qui n'a été que partiellement mis en œuvre. En effet, la baisse programmée de la cotation des mammographies réalisées en dehors du dépistage n'est jamais intervenue et celles effectuées par les radiologues qui ne respectent pas les critères de qualité définis par l'Acbus restent remboursées au même tarif que celles les respectant.

Une étude de l'institut national de la consommation (INC) et de la CNAMTS a évalué en février 2004 les comportements des médecins et radiologues dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein²¹⁷. Les résultats ont montré que la majorité des médecins prescrivent une mammographie à effectuer dans un cabinet libéral au lieu d'orienter les femmes vers le dépistage organisé. Rares sont les médecins qui indiquent l'existence de la structure départementale, dont aucun ne semble avoir les coordonnées. De plus, les radiologues ne respectent pas tous les engagements de la convention : lors de la prise de rendez-vous, 44 % des cabinets ne donnent pas spontanément une information aux femmes sur l'existence et les bénéfices du dépistage organisé. Quant à la réalisation des mammographies faites dans les cabinets libéraux, le

217. La méthodologie utilisée était de type « client-mystère » : 120 femmes volontaires, âgées de 50 à 74 ans, ont testé le dispositif de dépistage dans 16 départements.

nombre de clichés est variable, la deuxième lecture n'est pas systématique et le délai de deux semaines pour son envoi n'est pas toujours respecté. Au final, l'enquête, dont les résultats n'ont pas été contestés, conclut que, sur bien des points, les pratiques des cabinets de radiologie nécessitent des améliorations substantielles pour être conformes aux normes de qualité définies pour le dépistage organisé par l'assurance maladie et les conseils généraux.

S'agissant de l'Acbus passé avec les dentistes, conclu le 27 février 2003 celui-ci prévoyait que les professionnels ayant systématiquement recours à la technique de reconstitution par inlay-core devaient modifier leur pratique pour faire baisser de 8 à 12 points de pourcentage la moyenne d'inlay-core sous couronnes après une période de 12 mois. Cet objectif n'a pas été tenu puisqu'au terme d'une année, outre la persistance de fortes disparités régionales, la baisse n'a été que de 6 points.

Les Acbus signés avec les masseurs-kinésithérapeutes et avec les orthophonistes sont exprimés en termes très généraux, ne prévoient aucun engagement d'ordre quantitatif et leur impact est donc inconnu. Bien que signées en 2002 et 2003, leurs méthodes de suivi n'ont été validées qu'en juin 2004 et aucun bilan sur l'infléchissement des pratiques n'est disponible deux ans après leur signature. Il est en outre regrettable que ces Acbus n'aient pas abordé les thèmes ayant fait l'objet de référentiels (lombalgies pour les masseurs-kinésithérapeutes, troubles spécifiques du langage des enfants pour les orthophonistes).

L'Acbus signé avec les biologistes le 18 décembre 2002 (applicable au 27 mars 2003) visant à améliorer le dépistage des insuffisants rénaux chroniques est, quant à lui, pour l'instant, un échec complet. L'enjeu de santé publique est pourtant important : en France, 1,75 à 2,5 millions de personnes souffrent d'une insuffisance rénale chronique entraînant à terme des traitements lourds tels que dialyses ou greffes. Le test de créatinine actuellement pratiqué ne suffisant pas pour la dépister, il faut calculer, en plus, la clairance de la créatinine qui tient compte de l'âge et du poids du patient. Deux ans après son entrée en vigueur, les seules données disponibles datent de 2003 : elles montrent que ce calcul, qui devait s'appliquer à toute la population concernée, n'était passé que de 20 % à 21 % des cas selon une étude réalisée en Ile-de-France trois mois après l'entrée en vigueur de l'Acbus. Il est vrai que la campagne d'information destinée aux directeurs de laboratoire et aux médecins a été insuffisante et que le suivi statistique prévu au plan national est restreint (sondage d'1/100^e des examens) et tardif (résultats attendus pour septembre 2005).

Ainsi, quand ils s'insèrent dans un dispositif complet de changement des comportements, les Acbus peuvent avoir un intérêt.

Néanmoins, il est difficile d'établir un lien entre les réussites constatées et l'Acbus en lui-même. Pour s'assurer de leur utilité et de leur pertinence, il conviendrait de les mettre en œuvre sur des sujets dont le coût financier et l'intérêt de santé publique sont élevés ; de leur fixer, à chaque fois, des objectifs quantifiés et de prévoir une procédure de suivi opérationnelle. Cela n'est pas le cas pour les Acbus actuels puisque, selon la CNAMTS, les résultats de 8 des 11 Acbus mis en œuvre sont « en attente ou non exploitables ».

2 – Les contrats individuels

Les contrats signés portent sur la formation continue ou le respect des recommandations de bonne pratique (8 CBP et 7 CPP), sur la coordination, la permanence des soins ou la prévention (3 CSP). Ils ont en commun d'offrir à leurs adhérents une rémunération forfaitaire annuelle en échange du respect d'engagements.

La rémunération forfaitaire annuelle varie de 600 € (dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, orthophonistes, orthoptistes) à plus de 9 000 € (de 1 000 à 4 000 € pour les obstétriciens, de 2 000 à 5 500 € pour les anesthésistes, de 2 000 à 9 000 € pour les chirurgiens). Les taux d'adhésion ont fortement varié d'une profession à l'autre : en 2004 seuls 5 % des dentistes, 4 % des masseurs et 3 % des infirmiers ont en définitive adhéré à la démarche. En revanche, 53 % des chirurgiens et des anesthésistes ont adhéré ainsi que 28 % des obstétriciens. Le phénomène est d'autant plus marqué que l'adhésion à ces CBP ou CPP induit, en outre, une participation financière de l'assurance maladie aux primes d'assurance des professionnels.

Dans d'autres cas, les honoraires des médecins sont majorés en fonction du nombre de patients traités. Ainsi le CPP mis en place en 2003 pour coordonner les soins des patients en cure thermique fait bénéficier le médecin adhérent d'une majoration du forfait de 10 € par patient²¹⁸. De fait, 95 % des médecins thermaux ont adhéré au CPP.

Un mécanisme analogue a été mis en place pour les biologistes : le CBP et le CPP proposés en 2003 prévoyaient à la fois un forfait de 400 € par an et un forfait de 15 € par patient suivi. Fin 2004, 45 % des laboratoires avaient adhéré aux dispositifs proposés. Le seul échec constaté concerne le CSP proposé aux généralistes et aux infirmiers pour

218. Le médecin adhérent s'engage en outre à réaliser au moins trois consultations pour la surveillance thermique et à rédiger, à l'issue de la cure, un document destiné au médecin prescripteur.

la coordination d'une équipe de soins palliatifs à domicile à raison de 80 € par mois. Fin 2004, seuls 0,15 % des généralistes avaient adhéré²¹⁹.

La Cour a constaté qu'aucun bilan financier global n'était disponible. La CNAMTS ne connaît pas avec exactitude le nombre de médecins ayant adhéré aux CPP 2003 (les données déclaratives étant jugées peu fiables) ainsi que le coût financier de ces contrats. Celui des CBP 2003 aurait atteint 54,8 M€, mais la CNAMTS n'a pas fourni le montant des versements effectués au titre de la participation aux primes de responsabilité civile professionnelle, ni le nombre d'adhésions en fin d'année. Pour l'année 2004, la CNAMTS ne dispose d'aucun bilan financier, même intermédiaire.

Au regard de ces avantages, les engagements pris paraissent avoir eu peu d'impact sur les pratiques individuelles. Lorsque les engagements visent effectivement à modifier des comportements, en particulier à encadrer l'activité des professionnels, ces derniers rechignent à y souscrire (ainsi pour l'utilisation du bilan-diagnostic par les masseurs-kinésithérapeutes qui risquait de réduire le nombre de séances pour certains gros consommateurs). Toutefois, dans la plupart des cas, les engagements se bornent à entériner des pratiques existantes (75 % des orthophonistes pratiquaient déjà le bilan prévu par la convention) et n'ont donc généralement servi qu'à justifier des revalorisations tarifaires. Dans plusieurs cas (dentistes, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes), les engagements portaient sur l'obligation de suivre une formation annuelle. Il est surprenant d'offrir une rémunération aux professionnels de santé pour qu'ils suivent une formation continue alors même que celle-ci constitue une obligation déontologique qui, de plus, a été consacrée par la législation. La loi du 9 août 2004 a en effet étendu cette obligation à tous les professionnels de santé. Le seul apport de cet engagement est de préciser que cette formation est annuelle.

Enfin les protocoles prévus pour certains contrôles qualitatifs impliquent des tâches administratives importantes, sans commune mesure avec les enseignements qui peuvent en être retirés. Ce constat a conduit à des aménagements substantiels par rapport aux dispositions initialement envisagées : ainsi le suivi d'un CSP infirmier qui nécessitait, au départ, entre 110 et 190 minutes pour les agents du service médical et entre 90 et 160 minutes pour les médecins conseil eux-mêmes a été totalement reconfiguré (seul le remplissage ou le non remplissage des items est vérifié et ce pour un échantillon des professionnels concernés) mais ne représente dès lors plus guère d'intérêt.

219. Les différents recours contentieux faits à cette occasion ont inévitablement pesé sur le taux d'adhésion.

*
* *

Au total, les actions visant à modifier les comportements en utilisant le vecteur des rémunérations ont largement échoué. Qu'il s'agisse de contreparties ou d'incitations monétaires, la recherche d'une inflexion des comportements en liant des objectifs de réduction d'activité ou d'amélioration de la qualité des soins à des éléments de rémunération n'a produit aucun des objectifs attendus. Force est de constater que ni l'objectif financier, ni celui de santé publique n'est atteint. Hormis l'action réussie de baisse de la consommation d'antibiotiques, les actions menées n'ont permis ni d'infléchir les comportements, ni de contribuer à la maîtrise de l'évolution des dépenses de l'assurance maladie. Au contraire, tant les mesures tarifaires et de nomenclature que les nouvelles mesures conventionnelles ont entraîné des surcoûts. Globalement, il ressort du tableau ci-dessous que le coût net résultant en 2004 des multiples mesures et engagements intervenus depuis huit ans au nom de l'action sur les comportements, nets des rares effets positifs, est très vraisemblablement supérieur à 2 Md€.

Le tableau suivant récapitule les mesures analysées dans le présent chapitre :

Mesure	Objectifs/moyens	Résultat
Information		
Bilan bucco-dentaire jeunes (1998)	Prise en charge à 100 % pendant 6 mois	Faible (20 % d'une classe d'âge et effet d'aubaine)
Campagnes diabète et HTA (PNIR)	Améliorer la prise en charge des maladies chroniques	Modeste (diabète) à nul (HTA)
Campagnes antibiotiques	Information médecins et assurés (coût 22 M€)	Bon. Economie de 300 M€ entre 2002 et 2004
Alimentation saine	Manger plus de fruits et légumes etc.	Nul
Tarification		
Réforme de la NABM 1999-2004		Faible (pas évalué). Coût de 69 M€
Réforme nomenclature orthophonie 2002		Faible. Coût d'au moins 30 M€
PSI 2000 et DSI 2002, mesures nomenclature de 1999 et de 2003	Rôle des infirmiers dans le maintien à domicile des personnes dépendantes	Faible (pas évalué). Coût global de 340 M€

Mesure	Objectifs/moyens	Résultat
Réforme de la nomenclature dentaire convention 1997	Rééquilibrer prothèses/soins conservateurs	Interrompue
Inlay-core	Coût prévu 58 M€	Contraire à l'objectif. Coût constaté >300 M€
Réforme de la kinésithérapie 2000	Limiter les soins inutiles	Nul. Coût constaté supérieur à 300 M€
Option référent 1997	Meilleure coordination et qualité des soins	Peu d'études d'impact. Coût de 44 M€ en 2004
MMD 2000	Favoriser le maintien à domicile des plus de 75 ans	Effet imprévu : forte hausse des ALD. Coût global d'au moins 1 000 M€
CALD 2002	Objectif tarifaire (tarif spécial)	Peu appliquée (<1% des patients en ALD)
Protocole pour tous les ALD	Consultation annuelle pour les ALD	Coût à terme de 300 M€
Consultation à 20€ (2002)	Baisse des visites de 20 % et 25 % de prescriptions en DCI	Echec des prescriptions en DCI et baisse des visites
Réforme radiologie 1997	30 M€ économies prévues. Moderniser les échographies	Surcoût de 56 M€ et objectif non atteint
Réforme cardiologie 1997	22 M€ économies	Surcoût de 5,4 M€
Revalorisation Z1 en 1999	Engagements qualité	Faible impact. Coût constaté 135 M€
Règlement conventionnel minimal des spécialistes	Revalorisations contre engagements qualité	Engagements non tenus. Coût 120 à 170 M€
Conventions		
Acbus TDR angine	Réduire la prescription d'antibiotiques	Bon
Acbus visite	-20 % visites	Bon, mais prolonge la tendance
Acbus prescription transports	-5 % en 1 an, -10 % en 2 ans	Bon, sous réserve de l'effet report sur les transports en urgence
Acbus mammographie	Moderniser les appareils	Echec
Acbus AINS	Limiter la prescription de Cox2	Non mis en oeuvre

Mesure	Objectifs/moyens	Résultat
Acbus thyroïde	Réduire bilans complets	Echec
Acbus dentiste	Réduire inlay-core 8-12 %.	Echec
Acbus kinésithérapie	Développer le bilan	Pas évalué
Acbus orthophonie	Développer le bilan	Pas évalué
Acbus infirmier	Accompagner la DSI	Non appliqué
CSP infirmiers	200 € par patient	Non évalué
CBP infirmiers, dentistes, et CPP kinésithérapeutes	600 €/an	Entre 3 et 7 % d'adhérents Non évalué
CBP CSP biologistes	400 €/an + 15 €/patient	45 % adhérents. Non évalué
CBP orthophonistes	600 €/an	24 % adhérents. Non évalué
CPP cure thermique	10 €/patient	95 % adhérents. Non évalué
CSP soins palliatifs	80 €/mois	0,15 % médecins adhérents. Non évalué
CPP spécialistes	1 000 à 9000 €/an	53 % chirurg. /anesthés. 28 % obstétriciens. Non évalué. Coût : 55 M€

Source : Cour des comptes

IV - La nécessité de nouvelles orientations

Les enseignements qui peuvent être tirés de ces échecs sont multiples et esquissent les contours d'une action renouvelée mieux à même de répondre aux enjeux actuels de l'assurance maladie.

A – Décloisonner les professions de santé

Jusqu'à présent, les actions sur les comportements des professionnels de santé et des assurés ont été menées en ordre dispersé et sans vue d'ensemble.

Le « premier étage » du nouveau dispositif institué par la loi du 6 mars 2002, la concertation interprofessionnelle, n'a pas été mis en œuvre. Les mesures associant plusieurs professions sont restées l'exception.

La Cour relevait dans son rapport de 2003 que, paradoxalement, les conventions sont conclues par profession, alors qu'une partie importante de l'évolution des pratiques à promouvoir suppose une modification des relations entre professions. Les incertitudes et hésitations du dispositif du médecin référent ou de la démarche de soins infirmiers tiennent en partie à cette gestion cloisonnée, focalisée sur les actes réalisés et rémunérés par profession.

A titre d'exemple, il faudrait au préalable définir la fonction de l'infirmier libéral dans une organisation globale de prise en charge des personnes dépendantes à domicile. Une réflexion se développe sur un nouveau type d'organisation inspiré de la pratique canadienne du « case manager », qui donne à l'infirmier la responsabilité de veiller sur une quarantaine de patients et d'être le garant de leur prise en charge globale. Comme le montre aussi l'exemple de la prise en charge à domicile des patients diabétiques insulino-dépendants, la nomenclature comporte des limites qui tiennent à sa nature même : dans les séances hebdomadaires de surveillance clinique et de prévention, limitées aux seuls patients âgés de plus de 75 ans, le rôle de prévention est attribué exclusivement aux infirmiers libéraux, sans recours à d'autres professionnels (pédicures, podologues), dont la rémunération pourrait être incluse dans un forfait plus large.

La démarche initiée sur la base de la loi d'orientation en santé publique de juillet 2004 et des plans qui en résultent montre la voie à suivre. Elle consiste en effet à définir, en premier lieu, des prises en charge globales adaptées à une catégorie de patients, pour en déduire ensuite une organisation pluri professionnelle en réseau et des modes de rémunération appropriés. L'expérience montre cependant que, pour être efficace, cette démarche doit aller bien au-delà des expérimentations actuelles.

B – Revoir la place et les modalités des négociations conventionnelles

Dans ce domaine, le problème principal a souvent été celui des conditions dans lesquelles ont été menées les négociations. Les outils conventionnels prévus par la loi du 6 mars 2002 visaient à rechercher l'adhésion des professionnels. Mais ces outils ont été détournés de leur objectif initial d'incitation à l'efficience de l'offre, voire utilisés pour augmenter les honoraires des professionnels de santé libéraux, sous couvert d'un motif de santé publique. Il en a résulté le plus souvent la non application pure et simple des engagements. A cet égard, on doit conclure, dans la grande majorité des cas, à l'échec des « nouveaux contrats » en termes de régulation des dépenses et d'amélioration des pratiques. S'agissant de professions libérales dont le degré d'organisa-

tion est par nature limité, où un paysage syndical morcelé se conjugue avec un taux de syndicalisation faible, la notion même d'engagements sur des comportements est vraisemblablement peu adaptée dans la plupart des cas. La multiplicité des échecs constatés n'a fait que le confirmer.

Quant aux conventions elles mêmes, leur signature a entraîné des recours débouchant sur l'annulation de toutes les clauses contraignantes négociées en échange des mesures tarifaires. Les sanctions pour non-respect des références médicales opposables ou des seuils d'activité convenus avec les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes ont ainsi disparu.

Les outils du contrôle ont été pour la plupart neutralisés. Qu'ils aient été prévus dans des conventions signées par des syndicats professionnels n'a en rien garanti leur acceptation. La plupart des conventions ont été annulées par le Conseil d'Etat, ce qui a rendu ces procédures de sanction inopérantes. Les seules à ne pas avoir connu ce sort sont celles pour faute professionnelle devant les conseils des ordres qui résultent de dispositions législatives et réglementaires. Mais ces sanctions sont peu nombreuses, longues à obtenir et rarement effectives (fréquence des sanctions peu dissuasives, des sursis et amnisties). Ainsi, les sanctions prévues dans l'Acbus mammographies n'ont pas été mises en œuvre, bien que l'objectif était précisément d'améliorer les pratiques.

C – Renforcer la cohérence du pilotage

L'insuffisante définition des objectifs est fréquente. En raison d'une impréparation des mesures, les hypothèses de départ sont le plus souvent fausses et les prévisions irréalistes. L'effet d'annonce et l'intérêt immédiat de faire aboutir une négociation l'ont souvent emporté sur les objectifs de fond et de long terme. Dans de rares cas, comme celui de la démarche de soins infirmiers, les négociations se sont inscrites dans une réflexion théorique générale sur la prise en charge des personnes dépendantes à domicile mais elles se sont focalisées sur un seul objectif : la diminution en volume des actes de nursing des infirmiers. En définitive, l'impossibilité de mettre en place un statut libéral des aides soignantes ou un autre cadre permettant leur exercice en ville à l'intérieur des SSIAD a fait échouer la réforme.

L'évaluation médico-économique ex ante de l'impact des mesures de nomenclature est rare. Trop souvent, le comportement des professionnels de santé, qui est inévitablement de chercher à maximiser leurs revenus, n'a été ni anticipé, ni même pris en compte comme le montrent les exemples de la majoration pour maintien à domicile (MMD), de l'inscription de l'inlay-core dans la nomenclature dentaire ou bien encore les mesures de mars 1999 en faveur des infirmiers libéraux

(forfaits soins spécifiques). L'objectif de qualité et de changement des pratiques sert souvent d'alibi à la satisfaction de revendications financières des professionnels libéraux.

Corollaire de cette insuffisante préparation, une contradiction a parfois été constatée entre différents objectifs, en particulier entre l'objectif financier et celui d'amélioration des pratiques ou de promotion de la prévention. Cela a été souligné à propos de l'option référent et des réformes avortées de nomenclature des dentistes et des kinésithérapeutes.

La complexité et l'enchevêtrement des compétences des diverses composantes du ministère de la santé et de l'assurance maladie encouragent cet état de fait. L'administration en charge de la santé publique (DGS), celle chargée de l'organisation des soins (DHOS) et celle en charge du financement (DSS) ne travaillent pas toujours en cohérence. L'assurance maladie est incomplètement et tardivement associée à leurs travaux mais la situation inverse s'est aussi présentée.

L'organisation interne de la CNAMTS n'est d'ailleurs pas satisfaisante : la direction déléguée aux risques consacre une partie non négligeable de son temps aux négociations conventionnelles au détriment de la gestion des risques proprement dite (définition et hiérarchisation des priorités) ; il n'existe pas de pôles de compétence forts sur des thèmes concernant les comportements des professionnels et des assurés.

Les 2 700 médecins-conseil de l'assurance maladie ont également un rôle très important à jouer pour modifier les comportements des professionnels de santé comme des assurés. Seul à pouvoir analyser tout ce que paient les caisses, le service médical, qui compte par ailleurs 7 600 agents administratifs, joue un rôle d'intermédiaire. En amont, il doit alerter les caisses et le ministère pour signaler les déformations des dépenses et en rechercher l'explication. Or, actuellement, l'information disponible est insuffisamment exploitée : l'analyse de « Médicam » et « Biolam » est insuffisante. En aval, le service médical doit cibler les contrôles et participer à l'information des professionnels de santé et des assurés. Une meilleure coopération entre les services administratifs, médicaux et de communication des caisses est souhaitable, notamment au moyen d'une formation commune aux actions de gestion du risque et aux relations avec les professionnels.

D – Généraliser le suivi et l'évaluation

L'instabilité et le manque de suivi des mesures sont manifestes : rupture unilatérale par le ministère de la santé de la réforme de la nomenclature dentaire, remplacement du PSI par la DSI, Acbus qui

constituaient de purs « habillages » de mesures tarifaires et dont l'évaluation n'a en conséquence pas même été tentée. Pour d'autres Acbus, le retard ou l'absence de mise en place de dispositifs de suivi par la CNAMTS ont pu être constatés.

En principe, les nouveaux outils conventionnels mis en place à partir de 2002 prévoyaient tous les modalités du suivi de la mise en œuvre des objectifs. La définition des méthodes de suivi et leur mise en œuvre devaient être déléguées à un groupe responsable, le plus souvent une direction régionale d'un service médical, le service technique inter régime (STNIR) étant responsable de la validation et de la diffusion à l'ensemble des échelons régionaux ou locaux. Ce dispositif n'a, dans l'ensemble, pas été mis en œuvre ou n'a pas bien fonctionné.

Le suivi des actions de conseil et de contrôle des services médicaux de l'assurance maladie est insuffisant. L'impact des entretiens confraternels n'est pas connu, sauf par des études partielles.

Cette absence de mesure d'impact va d'ailleurs de pair avec l'absence de résultats.

E – Miser davantage sur l'information des assurés sociaux

Les rares actions qui ont réussi (plan antibiotiques et développement des génériques) ont misé sur l'information des assurés sociaux. L'opacité actuelle du système de santé et la faible compréhension par les assurés des principales « règles du jeu » (ALD, secteurs I et II, multiplicité des tickets modérateurs) ne permettent pas de les responsabiliser. Or, dans ce domaine, les comportements peuvent être changés. Selon un sondage du Credoc réalisé en mars 2003, 82 % des Français se déclarent favorables à la prescription de médicaments génériques. Dans un sondage réalisé pour un quotidien économique à la suite de la loi du 13 août 2004, 92 % des personnes interrogées se disent prêtes à différer ou éviter des consultations dans le cas de maladie bénigne, 77 % à éviter ou limiter les arrêts de travail, 61 % à ne plus consulter un médecin spécialiste sans avoir consulté au préalable un médecin généraliste, 59 % à payer un euro pour chaque consultation médicale et 52 % à différer ou éviter certains examens médicaux.

L'enjeu de l'information du grand public est donc important et cette dimension de transparence et d'explication devrait être fortement développée.

F – Traiter les déterminants des comportements

Les actions sur les comportements mises en oeuvre ces dernières années n'ont pas eu l'impact escompté. Le dévoiement de certaines actions, notamment conventionnelles, a discrédité durablement ces instruments, en acceptant de facto le non respect des engagements souscrits et le déclenchement de revendications catégorielles sans contrepartie. Les lois des 9 et 13 août 2004 portant respectivement sur la politique de santé publique et sur la réforme de l'assurance maladie ouvrent des nouvelles possibilités d'actions. L'analyse menée dans ce chapitre montre les précautions et compléments dont leur mise en œuvre devra s'accompagner.

L'action sur les comportements doit agir aussi sur les facteurs généraux qui les déterminent. En particulier elle ne saurait négliger le sujet de l'implantation géographique des professions de santé. Les disparités géographiques de l'offre de soins sont source d'inégalité, tant pour les assurés, dont l'accès aux soins est variable, que pour les professionnels de santé, dont les conditions de travail diffèrent beaucoup. Or, la répartition géographique des installations de professionnels de santé demeure très inégale : les écarts entre départements sont en effet de 1 à 1,5 pour les généralistes, de 1 à 1,7 pour l'ensemble des médecins, de 1 à 2 pour l'ensemble des infirmiers (cet écart s'étant creusé depuis 1990), de 1 à 5 pour les infirmiers libéraux. Il n'existe pas non plus de corrélation entre la densité des infirmiers libéraux et la part de la population âgée de plus de 70 ans, alors que l'activité infirmière est centrée sur les personnes âgées.

La mise en place d'incitations pour atteindre une meilleure répartition de l'offre sur le territoire ne s'est pas pour l'instant concrétisée en dépit de plusieurs mesures prises en ce sens depuis 1992. L'article 39 de la LFSS pour 2002 prévoyait un recours au fonds d'amélioration à la qualité des soins de ville (FAQSV) pour financer des aides aux professionnels de santé destinées à favoriser leur installation dans les zones déficitaires. Cette disposition s'est traduite, dans des avenants conventionnels de 2002 (infirmiers libéraux et kinésithérapeutes notamment), par une possibilité de faire appel au fonds à hauteur de 10 000 € par professionnel. Il conviendra de veiller à ce que les décrets d'application prévus par cette loi (qui, trois ans après, ne sont toujours pas parus) orientent ces aides vers les zones très déficitaires, faute de quoi le système serait à la fois trop onéreux et difficilement gérable. Une récente étude de la CNAMTS tend toutefois à relativiser la pertinence de la notion souvent évoquée de « déserts médicaux ». Dans son « Point de conjoncture » d'avril 2005, la CNAMTS indique que « s'agissant des problèmes de démographie, le constat n'est pas si alarmant et que le terme de déserts médicaux est sans doute excessif.

Ainsi, sur l'ensemble du territoire, seuls 0,6 % de la population est en zone jugée en difficulté »²²⁰.

D'autres questions de fond, telles que la tarification à l'acte et le paiement forfaitisé, doivent aussi être abordées. Les mesures touchant la valeur monétaire des actes ont mis en avant des contreparties attendues en matière de pratiques médicales mais ont éludé la question d'une réforme structurelle de la rémunération des professions de santé. Des éléments partiels de forfaitisation ont certes été introduits dans la rémunération de certains professionnels de santé (option référent, patients en ALD et contrats de bonne pratique) mais, combinés au maintien du paiement à l'acte, ils se sont traduits par un surcoût, souvent injustifié et sans conséquence sur l'évolution de l'activité rémunérée à l'acte.

Ce cumul de rémunérations à l'acte et forfaitaire se reproduit aujourd'hui avec la mise en place de la consultation forfaitaire d'ALD. La mise en place d'un système mixte cohérent alliant forfaitisation (ou capitation) et rémunération à l'acte implique d'opérer de manière rationnelle le partage du revenu médical entre ce qui doit relever de la rémunération à l'acte et ce qui doit relever du forfait.

Tout projet de revalorisation financière des actes des professions de santé doit en outre prendre en compte, pour être pleinement justifié, la situation économique de ces professions et, au premier chef, l'évolution de leur pouvoir d'achat. A cet égard, le système actuel leur a été très bénéfique. En juillet 2005, la DREES a chiffré l'évolution du pouvoir d'achat du revenu libéral de tous les médecins (net de charges) à 1,6 % en moyenne par an sur la période 1993-2003 et à 3,8 % sur la période 2000-2003²²¹. Ces évolutions ne peuvent être ignorées dès lors que plusieurs facteurs extérieurs aux mesures de tarification comme le niveau d'activité, les effectifs, les dépassements d'honoraires (en hausse depuis 2000), la déductibilité des charges²²² contribuent, de manière significative, à l'évolution du pouvoir d'achat.

220. Sur les 7 442 « zones de recours » établies, sur des bases infra-cantoniales, et couvrant l'ensemble de la France, le problème de l'accès à un généraliste ne se poserait réellement que dans 119 zones en difficulté (principalement en Corse et en Champagne-Ardenne).

221. 1,3 % pour les généralistes et 1,9 % pour les spécialistes sur la période 1993-2003. Entre 1993 et 1997, le pouvoir d'achat annuel a diminué pour les généralistes (-1,2 %) et augmenté pour les spécialistes (+ 0,5 %). Pour la période 1997-2000, l'augmentation a été de 1,8 % pour les généralistes et de 2,1 % pour les spécialistes. Pour la période 2000-2003, cette augmentation a été de 4,2 % pour les généralistes et de 3,5 % pour les spécialistes.

222. L'augmentation des charges ralentit d'ailleurs sur la période 2000-2003 (1,9 % d'augmentation en moyenne par an pour tous les médecins contre 2,5 sur la période 1997-2000).

En définitive, la régulation du système de santé doit accorder une place importante aux actions permettant de modifier les comportements. Mais l'expérience montre que ces actions doivent aussi comporter une réflexion sur l'évolution du système d'organisation des soins, sur le mode de rémunération des professionnels de santé, la répartition géographique et le partage des tâches entre professionnels de santé libéraux et entre ville et hôpital. La réflexion à venir sur l'amélioration des pratiques devra aussi tenir compte de la réduction de la démographie médicale et de celle de plusieurs professions paramédicales qui est amorcée maintenant après une longue période de croissance démographique.

SYNTHESE

Des études tendent à montrer d'importantes disparités de comportements en matière de santé, selon les pays, les régions, selon les professionnels de santé et les assurés sociaux. La CNAMTS estime que 15 % des 42 Md€ de prescriptions de soins de ville (6 Md€) ne sont pas médicalement justifiés : l'amélioration de la qualité des pratiques représente donc un enjeu financier important. Il est doublé d'un enjeu de santé publique, qui est notamment de combler le retard de la France en matière de comportements de prévention.

L'action sur les comportements des professionnels de santé et des assurés sociaux, par essence difficile, constitue une composante importante des politiques de santé. Elle a revêtu quatre modalités : l'information, les sanctions, les mesures financières et, pour les seuls professionnels de santé, les mesures conventionnelles.

La production de référentiels de bonne pratique n'a pas jusqu'à présent, malgré des progrès, fait l'objet d'une stratégie adéquate, définissant des priorités, un mode de diffusion adapté et un suivi adéquat. L'un des rares exemples réussis d'actions sur les comportements (la campagne sur les antibiotiques) montre que l'information doit s'adresser simultanément aux professionnels et aux patients, ces derniers ayant été trop longtemps considérés comme passifs par l'assurance maladie. La sanction des fraudes et abus, tant des professionnels que des assurés, peut surtout avoir valeur d'exemplarité, mais est aujourd'hui insuffisamment développée. Quant aux mésusages, beaucoup plus répandus, leur détection et leur sanction reposent aujourd'hui sur des procédures trop lourdes pour être dissuasives. L'absence de médicalisation du système d'information de la CNAMTS constitue encore un obstacle tant à la réduction de ces mésusages qu'à l'analyse des écarts de pratiques.

Les mesures financières ont peu concerné les assurés. Au demeurant, ces derniers sont peu sensibles aux prix en matière de santé, bien que le relèvement du ticket modérateur se traduise en règle

générale par un accroissement des cotisations et des primes des assurances pour financer la couverture complémentaire. En revanche, d'importantes revalorisations tarifaires ont été accordées aux différentes professions de santé en contrepartie, en principe, d'engagements portant sur la qualité des pratiques ou le volume d'activité, que ce soit par des réformes de nomenclature ou des négociations de conventions, d'accords de bon usage ou de contrats individuels. Globalement, le coût net résultant en 2004 des multiples mesures intervenues depuis huit ans au nom des actions sur les comportements pourrait être supérieur à 2 Md€ pour un impact très faible. Les améliorations des pratiques qui avaient été recherchées ne se sont pas, sauf exception, réalisées.

La connaissance des comportements est encore ponctuelle et devrait être développée. Une approche cloisonnée profession par profession, l'urgence et l'impréparation dans laquelle la plupart des mesures ont été prises, la succession de dispositifs ni suivis ni évalués, l'absence de sanctions au non-respect des engagements constituent les principales causes de l'échec de ces actions sur les comportements. Cet échec montre aussi la nécessité d'agir maintenant sur les déterminants de ces comportements, en particulier sur le nécessaire décroisement des professions de santé et sur le mode de rémunération de ces dernières.

En définitive, la stratégie suivie après 1999 par l'assurance maladie visant à privilégier, pour chaque profession ou spécialité, des mesures ponctuelles et ciblées en lieu et place d'une revalorisation générale par une action sur les lettres-clés, pertinente en théorie, a été un échec puisque elle n'a permis d'éviter ni la revalorisation des généralistes décidée en 2002 ni celle des spécialistes en 2005. Durant la plus grande partie de cette période, les responsables de l'assurance maladie n'ont cependant pas toujours disposé, en raison d'un système d'information insuffisamment efficace, de toutes les études préalables nécessaires et de bases de données assez documentées pour évaluer l'impact réel des mesures prévues. Le développement notable du système d'information au cours des toutes dernières années, notamment à partir de 2002, constitue un outil essentiel pour redresser la situation. La loi du 13 août 2004, en donnant à l'assurance maladie, d'importants moyens nouveaux en matière de logistique et de gouvernance, doit aussi permettre à l'avenir d'aboutir à une maîtrise médicalisée plus assurée

RECOMMANDATIONS

28. Établir des données annuelles réellement représentatives de l'évolution en volume des soins de ville.

29. Approfondir les études de l'assurance maladie, des administrations sociales (notamment la DREES) et des organismes de

recherche concernés (notamment l'IRDES) sur les comportements des assurés sociaux et des professionnels de santé en neutralisant tous les facteurs qui empêchent la comparabilité entre zones géographiques des recours aux soins et des prescriptions et les comparaisons entre prescripteurs.

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

- en réalisant, dans l'immédiat, le croisement, pour les affections de longue durée, entre les données des pathologies détenues par le contrôle médical et les données de liquidation, dans des conditions qui respectent le secret médical ;
- et en généralisant ensuite ce dispositif à d'autres pathologies.

31. Mettre en place, sous la responsabilité de la haute autorité de santé, une stratégie globale de production des recommandations de bonnes pratiques et moderniser leur mode de diffusion.

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

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

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

35. Etudier la faisabilité d'une évolution du mode de rémunération des médecins généralistes qui séparerait ce qui devrait relever du paiement à l'acte et ce qui devrait relever du forfait.

Dans un premier temps, envisager l'expérimentation de la rémunération du suivi des patients de certaines ALD sous une forme exclusivement forfaitaire.

Chapitre VI

Les questions de retraite

I - Les retraites du monde agricole

PRESENTATION

La Cour a étudié les retraites des agriculteurs pour les comparer à celles des assurés du régime général. Cet exercice est très différent selon que l'on parle des salariés agricoles ou des non salariés qui sont les exploitants agricoles. Dans le premier cas, il s'agit d'apprécier le bien-fondé de l'autonomie d'un régime aligné sur le régime général, et dans le second, d'évaluer la portée et le coût des réformes successives mises en œuvre pour augmenter les cotisations et les prestations des exploitants agricoles, toutes deux traditionnellement peu élevées, afin d'atteindre la parité avec le régime général, conformément à l'objectif des lois d'orientation agricole de 1960, 1980 et 1999.

A – Les retraites des salariés agricoles

Données démographiques

Le nombre des salariés agricoles (1 624 000 en 2004) augmente moins vite que celui des retraités (2 339 000) : ils devraient atteindre respectivement 1 632 000 cotisants et 2 424 000 pensionnés en 2010, d'après les prévisions de la MSA. Le rapport démographique cotisants sur retraités de droits directs de 65 ans et plus est bas et va continuer à se dégrader : 0,47 en 1993, 0,44 en 2000, 0,30 en 2010 et 0,20 en 2020 et 2040, d'après les projections de 2001 du conseil d'orientation des retraites (COR).

La situation du régime des salariés agricoles par rapport au régime général est singulière. Depuis 1963, il est aligné sur ce dernier : le montant des cotisations et des prestations est le même dans les deux cas, à revenus et droits comparables. Il est intégré financièrement au régime général : la CNAV abonde chaque mois sa trésorerie, par l'intermédiaire de l'ACOSS, et retrace dans ses comptes son déficit et les transferts reçus au titre de la compensation démographique. L'adhésion au régime complémentaire de l'ARRCO et, pour les cadres, à l'AGIRC est également obligatoire pour les salariés agricoles.

Mais ce régime reste juridiquement et financièrement autonome. Toutes ses branches, y compris le recouvrement des cotisations, sont gérées par les caisses départementales et interdépartementales de la mutualité sociale agricole (MSA) et la compensation démographique entre régimes de sécurité sociale est calculée séparément pour les salariés agricoles.

Le ministère chargé de l'agriculture et les organisations professionnelles agricoles sont très attachés à cette autonomie. Le réseau des caisses de MSA permet en effet pour les salariés agricoles comme pour les exploitants de disposer d'un « guichet unique » et d'une forte présence dans le monde rural. L'apport des 647 835 salariés (en équivalent temps plein)²²³ et de leurs 648 M€ de cotisations dites « complémentaires » finançant les frais de gestion du réseau se révèle en outre décisif pour l'équilibre financier de la MSA dont ils représentent 49 % des adhérents et 59,7 % des recettes précitées en 2002.

Le régime des salariés agricoles inclut les salariés des coopératives et des organismes de service liés au monde agricole (syndicats compris) mais aussi les salariés de catégories professionnelles plus éloignées des exploitations comme ceux de la mutualité, des caisses de crédit agricole, les personnels de l'enseignement privé agricole, les dirigeants des associations et des sociétés à objet agricole (inclus dans ce régime depuis 2001) et quelques cas particuliers, notamment les artisans ruraux, les gardes-chasses et les jardiniers non entrepreneurs.

L'extension du champ de ce régime a contribué à contrebalancer la diminution globale des effectifs de la MSA, due à la baisse du nombre des exploitations, mais présente plusieurs inconvénients.

1 – Le nombre élevé de polypensionnés

La plupart des salariés agricoles changent de statut en cours de carrière (40 % d'entre eux passent par le régime général) et deviennent polypensionnés quand ils prennent leurs retraites : tel est le cas, par exemple, des salariés du crédit agricole mutés dans une autre banque ou de ceux des coopératives transformées en sociétés commerciales. Cette tendance est renforcée par l'importance des emplois saisonniers, fréquemment occupés par des étudiants et des demandeurs d'emploi affiliés à d'autres régimes au cours de leur vie active. C'est pourquoi ce régime est caractérisé par des carrières très courtes (9,7 ans en moyenne) et par une très forte proportion de polypensionnés (93,20 %).

Or ces derniers sont dans l'ensemble moins bien traités que les titulaires d'une seule pension de base²²⁴. Ils sont défavorisés par le mode de calcul du salaire annuel moyen pris en compte pour la retraite (à partir des 25 meilleures années d'assurance) et perçoivent en général, à carrières égales, des retraites inférieures à celles des monopensionnés.

223. L'écart important entre le nombre total d'assurés et leur effectif en équivalent temps plein s'explique par la forte proportion des travailleurs saisonniers dits « occasionnels », dont 55 % sont employés moins de 120 jours par an.

224. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2004, p. 364 et 367.

Les réformes introduites par la loi du 21 août 2003 réduisent ces écarts mais ne les suppriment pas dans tous les cas.

Elles laissent notamment subsister le problème rencontré par les salariés à temps partiel et à faibles revenus relevant simultanément du régime général et d'un autre régime, le plus souvent celui des salariés agricoles. Comme les retraites des polypensionnés sont calculées de façon indépendante dans chacun des régimes dont ils relèvent, certains assurés totalisent trop peu d'heures au cours d'un trimestre donné dans chaque régime pour valider ce trimestre.

2 – Les effets de l'autonomie du régime sur la compensation démographique

Le régime des salariés agricoles bénéficie en 2002 de 2 138,07 M€ de subventions nettes au titre de la compensation démographique généralisée de l'assurance vieillesse prévue par la loi du 24 décembre 1974.

Le système en vigueur, où les transferts de compensation sont calculés de manière indépendante pour le régime général et pour celui des salariés agricoles, fausse les calculs de trois façons :

- les assurés qui relèvent simultanément des deux régimes sont comptés deux fois, sans tenir compte de la répartition de leur temps de travail en cours d'année²²⁵, ce qui se traduit par une légère majoration des effectifs du régime général et par une augmentation des transferts de compensation qu'il verse ;
- les retraités ayant cotisé dans chaque régime (7 % de leurs effectifs cumulés) sont également comptés deux fois, sans tenir compte de la répartition de leur carrière entre les deux statuts, ce qui avantage le régime des salariés agricoles par rapport au régime général où ils sont généralement assurés plus longtemps ;
- la prestation de référence prise en compte pour la compensation, par construction celle du régime le moins généreux, est toujours celle des salariés agricoles, dont les prestations moyennes sont peu élevées en raison notamment de la brièveté des carrières. Le faible niveau de cette prestation de référence limite le montant des transferts de compensation et lèse les régimes bénéficiant de ces derniers, en raison de leur médiocre rapport démographique cotisants sur retraités.

225. Ainsi un salarié qui réunit quelques trimestres de cotisation est compté pour un tout comme le salarié qui compte 150 trimestres.

3 – Les solutions envisageables

La solution optimale consisterait à faire masse des deux carrières salariées (agricoles et non agricoles) afin de calculer une seule pension. Ceci n'empêcherait pas le salarié agricole de rester géré par la MSA pendant sa vie active agricole pour le faire bénéficier des avantages de la proximité et du guichet unique. Au moment de la retraite, le calcul et le service de la pension seraient assurés par la caisse à laquelle il aurait cotisé le plus longtemps. A défaut, il est possible de poursuivre l'intégration financière des deux régimes, en les fusionnant uniquement pour les calculs de la compensation et de régler le problème des salariés pluriactifs à faibles revenus, par exemple en permettant, selon une règle de priorité à définir, la prise en compte des heures de travail cotisées dans un autre régime au cours du même trimestre, lorsqu'ils valident aujourd'hui moins de quatre trimestres par an²²⁶.

Une telle réforme ne peut à l'évidence être menée sans période transitoire, étant donné ses conséquences financières pour certains contributeurs comme la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL).

Le rapport d'audit pour la commission de compensation de juillet 2004 a examiné plusieurs pistes de réforme et réalisé diverses simulations. L'une d'entre elles a procédé au calcul de la compensation pour l'ensemble constitué par les deux régimes, en éliminant les doubles comptes des seuls retraités et en prenant une prestation de référence correspondant à la moyenne des pensions versées par cet ensemble. La prestation de référence est presque triplée dans cette hypothèse et certains transferts de compensation sont profondément modifiés : ainsi les deux régimes réunis auraient versé 1,44 Md€, soit près de deux fois moins que leur solde net, lorsqu'ils sont séparés²²⁷ mais la CNRACL devrait, quant à elle, verser 1,38 Md€ de plus. Une telle réforme devrait cependant être facilitée par la suppression progressive de la compensation spécifique entre régimes spéciaux, déjà décidée, qui fera économiser à la CNRACL les 1,44 Md€ qu'elle versait à ce titre en 2002.

226. Comme la Cour l'a suggéré dans son rapport de septembre 2003 sur la sécurité sociale.

227. En 2002 le régime général a versé 5 Md€ et celui des salariés agricoles a reçu 2,1 Md€ soit un solde net de 2,8 Md€.

B – Les retraites des exploitants agricoles

Données démographiques

Le nombre des affiliés au régime des exploitants agricoles (653 000 en 2004) et celui des retraités de droit direct (1 820 000) diminuent régulièrement et devraient atteindre respectivement 560 000 cotisants et 1 644 000 pensionnés en 2010, d'après les projections de la direction générale de la forêt et des affaires rurales. Le rapport démographique est passé de 0,47 en 1995 à 0,38 en 2002 et devrait atteindre 0,30 en 2010 et 2020 et 0,40 en 2040, d'après le rapport 2001 du COR.

La création d'une allocation vieillesse agricole ne date que de 1952, où elle ne représentait que la moitié de l'allocation des vieux travailleurs salariés (AVTS). Le régime des exploitants a été régulièrement réformé depuis lors « en vue de garantir, à durée et effort de cotisation comparables, des prestations de même niveau que celles qui sont servies par le régime général », conformément à l'un des objectifs de la loi d'orientation agricole du 4 juillet 1980.

1 – Les particularités du régime

a) Les différentes catégories d'affiliés

Les cotisants sont les non salariés chefs d'une exploitation ou d'une entreprise répondant à la double condition d'exercer une des activités visées par les articles L. 722-1, 2 et 3 du code rural et de disposer d'une surface foncière au moins égale à la moitié de la surface minimale d'installation (SMI), définie par arrêté ministériel pour chaque département (des équivalences sont fixées pour les activités difficilement mesurables par une surface foncière).

Ils paient des cotisations d'assurance vieillesse pour eux-mêmes mais aussi pour leurs enfants d'au moins 16 ans et leurs ascendants non salariés vivant sur l'exploitation (« aides familiaux ») qui sont réputés participer aux travaux, sauf s'ils exercent une activité professionnelle les rattachant à un autre régime de retraite.

Leurs conjoints peuvent relever de six situations ou statuts différents : simple ayant droit pouvant bénéficier (s'il n'exerce aucune activité) de pensions de réversion ; assuré dans un autre régime de retraite ; salarié agricole ; chef d'exploitation lui-même, coexploitant les mêmes terres ou responsable d'une autre entreprise ; enfin, le « conjoint collaborateur », au sens de la loi d'orientation agricole du 9 juillet 1999, ou « conjoint participant aux travaux ». Ce dernier statut en voie

d'extinction est réservé aux conjoints qui n'ont pas opté pour celui de conjoint collaborateur dans les délais prévus par la loi précitée. Il est caractérisé par des cotisations et par des droits moindres.

b) La diversité des cotisations

Le chef d'exploitation doit payer pour sa retraite de base et celle des membres de sa famille quatre cotisations, dont trois comportent une part technique finançant les prestations et une part complémentaire couvrant les frais de gestion des caisses de MSA. Le taux de cette dernière est fixé par arrêté préfectoral et peut être modulé par département, dans la limite prévue par le code rural. Le taux de ces cotisations vieillesse (15,71 %)²²⁸ est inférieur de 0,64 % à celui du régime général. Le taux global des cotisations des exploitants, toutes branches confondues (32,05 %), est, pour sa part, inférieur de 3,35 % à celui du régime général.

228. Ce taux de 15,71 % ne tient pas compte de la cotisation AVA fixe de 8,44 %. Celle-ci ne s'applique que s'il y a un conjoint collaborateur et au moins un aide familial et n'est donc pas comparable aux cotisations du régime général.

Cotisations finançant le régime de retraite de base

Cotisations	Taux technique	Taux complémentaire	Cotisation minimum	Particularités
AVI (assurance vieillesse individuelle)	3,20 % du plafond de la sécurité sociale (PSS)		800 SMIC horaires	Finance la retraite forfaitaire. Due pour tous les membres de la famille participant aux travaux
AVA plafonnée (assurance vieillesse agricole)	8,44 % du PSS	2,53 % du PSS* $\pm 5 \%$	400 SMIC horaires	Finance la retraite proportionnelle
AVA déplafonnée	1,29 % des revenus professionnels	0,25 % des revenus professionnels $\pm 5 \%$	600 SMIC horaires	Due au seul titre du chef d'exploitation
AVA fixe	8,44 % de 600 SMIC horaires	2,53 % de 600 SMIC horaires $\pm 5 \%$	400 SMIC Horaires	Due au titre du conjoint et des aides familiaux

* PSS : plafond de la sécurité sociale

Source : Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)

Des cotisations de solidarité non génératrices de droit sont dues par les personnes qui exploitent des terres sans répondre aux conditions d'assujettissement au régime des non salariés agricoles, ainsi que par les associés des sociétés de personnes percevant des revenus agricoles.

Ces diverses cotisations sont calculées sur la base des revenus professionnels pris en compte par les services fiscaux. Au-delà d'un chiffre d'affaires annuel moyen de 76 300 € constaté pendant deux ans, les exploitants sont obligatoirement imposés au réel, dans des conditions proches de celles applicables aux bénéfices industriels et commerciaux. En deçà de ce seuil, ils ont le choix entre les systèmes du réel normal, du réel simplifié (à condition que leurs revenus ne dépassent pas 35 000 €) et du forfait collectif. S'ils optent pour le forfait, ils ne déclarent pas leurs revenus, mais les caractéristiques physiques de leur exploitation, les services fiscaux déterminant leurs revenus à partir de bénéfices forfaitaires à l'hectare ou à l'unité de production fixés par les commissions départementales des impôts directs composées de représentants de la DGI et de la profession.

Dans certains cas particuliers (chefs d'exploitation nouvellement installés, gérants de sociétés percevant des revenus agricoles), les cotisations sont calculées sur la base de différentes assiettes forfaitaires déterminées en fonction de la valeur du SMIC horaire.

c) La diversité des prestations

La retraite de base des non salariés agricoles comprend deux prestations : la retraite forfaitaire et la retraite proportionnelle, toutes deux mensualisées depuis la loi du 21 août 2003.

La retraite forfaitaire est égale à l'allocation des vieux travailleurs salariés (AVTS) (2 956,25 € en 2005). Elle est liquidée à taux plein pour les exploitants agricoles âgés de 60 à 65 ans²²⁹ et ayant eu une carrière complète. Celle-ci, fixée à 150 trimestres en 2004, est allongée de six mois par an de 2004 à 2008, où elle atteindra 160 trimestres comme dans le régime général, puis elle sera augmentée d'un trimestre par an de 2009 à 2012, comme dans ce dernier.

Le montant de la retraite proportionnelle est fonction du nombre de points acquis par le chef d'exploitation au cours de sa carrière et de la valeur du point (3,48 € en 2005), actualisée chaque année du même taux que les autres pensions de la sécurité sociale.

229. Diverses dérogations à l'âge existent pour certains exploitants agricoles.

Barème 2005 de la retraite proportionnelle des chefs d'exploitation

Revenus professionnels	Points de retraite acquis par année de cotisation	Pension totale correspondante (retraite forfaitaire + retraite proportionnelle pour 37,5 ans de carrière) en 2004
≤ 400 SMIC	16	4 944,28 €
entre 400 SMIC et 800 SMIC	16 à 30	4 944,28 € - 6 734,53 €
entre 800 SMIC et 2 minima contributifs ²³⁰	30	6 734,53 €
entre 2 minima contributifs et le PSS	30 à 93	6 734,53 €
\geq PSS	93	14 534,90 €

Source : CCMSA

Les pensions de retraite forfaitaire et de retraite proportionnelle peuvent être affectées d'une surcote ou d'une décote, dans les mêmes conditions que celles du régime général, si elles ont été liquidées après 65 ans ou, au contraire, avant cet âge et sans validation du nombre de trimestres nécessaires pour bénéficier du taux plein. Leur montant cumulé ne peut dépasser, à durée d'assurance égale, la pension de base maximale du régime général, soit 1 257,73 € par mois en 2005.

Les conjoints participant aux travaux agricoles ne bénéficient que de la retraite forfaitaire. Les aides familiaux et les conjoints collaborateurs bénéficient de la retraite forfaitaire et d'une retraite proportionnelle correspondant à 16 points par an.

2 – La réforme des cotisations

Jusqu'en 1990, le produit annuel des cotisations sociales des non salariés agricoles était fixé lors d'une négociation nationale avec les représentants de la profession, puis réparti entre les exploitations au prorata du revenu cadastral de leurs terres.

La loi du 23 janvier 1990 a lancé une réforme par étapes achevée en 1996, caractérisée par l'adoption d'une nouvelle assiette des cotisations (les revenus professionnels des exploitants sont appréciés à partir de leur bénéfice fiscal) et par la suppression des taxes sur les

230. Le minimum contributif du régime général est égal à 553,44 € par mois en 2005. Le seuil de deux minima contributifs correspond à peu près au niveau du SMIC.

produits qui complétaient le financement de la protection sociale des non salariés agricoles.

La réforme s'est traduite dès 1996 par une augmentation moyenne de 10 % du montant des cotisations et par une redistribution des charges entre les exploitants. Les cotisations ont augmenté pour les productions intensives (grande culture, élevage) et la viticulture de qualité et diminué pour la viticulture courante. Elles ont par ailleurs augmenté pour les agriculteurs imposés au réel, dans tous les secteurs sauf celui des vins de table, et diminué pour ceux imposés au forfait.

Un rapport de novembre 1995 réalisé à la demande du ministre de l'agriculture « pour expertiser le problème de la parité de l'effort contributif des agriculteurs au financement de leur protection sociale », constatait néanmoins que les exploitants restaient favorisés par rapport au régime général notamment parce que les forfaits collectifs (qui constituaient alors l'assiette des cotisations d'environ 60 % d'entre eux) sous-estimaient leurs revenus de 0,91 à 1,14 Md€.

a) La sous-estimation des forfaits collectifs

La procédure départementalisée d'élaboration des forfaits collectifs n'a pas changé depuis 1995 et appelle les mêmes critiques : dans les départements de grande culture, la plupart des agriculteurs sont imposés au réel et l'administration fiscale a peu de mal à faire prévaloir son point de vue, le niveau des forfaits incitant les exploitants à passer au réel. Dans les autres départements, le phénomène inverse se produit.

Il est accentué lors des crises conjoncturelles où les forfaits sont volontairement sous-évalués pour aider les agriculteurs en difficulté, sans qu'il soit possible ensuite de rétablir rapidement la situation, car les représentants de la profession dans les commissions départementales s'efforcent de lisser l'évolution des forfaits.

Cependant, depuis 1995, le montant des forfaits a progressé légèrement plus vite que celui des revenus agricoles. Cela a été le cas pour les exploitations de polyculture, de production végétale, de viticulture et de production laitière. La situation inverse a prévalu pour les exploitations consacrées aux « productions spécialisées » : cultures florales et fruitières, maraîchage... Dans la filière bovine, les forfaits ont été réduits lors de la crise de la « vache folle », à la fin des années 90, sans que ce mouvement ait pu être compensé ultérieurement.

Par ailleurs, le pourcentage des exploitations imposées au forfait décline régulièrement et représentait 40 % du total en 2002, contre 62 % en 1994. Leurs revenus annuels ne constituaient plus que 18,5 % de l'assiette des cotisations, contre 34 % en 1994.

Trois réformes permettraient d'amplifier ces progrès :

- la prise en compte dans les revenus des agriculteurs au forfait de la totalité des primes européennes. Aujourd'hui, seules les aides à la production sont comptabilisées, mais non les indemnités compensatoires de handicaps naturels, alors que ces dernières font partie des revenus imposés des exploitants au réel. La DGI explique cette anomalie par le caractère très localisé des handicaps naturels visés par la réglementation communautaire qui rend difficile leur intégration dans des forfaits définis pour des régions agricoles plus larges ;
- la création d'un régime de « micro réel », analogue à celui des artisans et commerçants. Une telle réforme a fait l'objet de plusieurs études mais n'a pas été retenue par crainte de la sous-estimation des revenus (qui feraient l'objet de déclarations très simplifiées) ou de la mobilisation de nombreux contrôleurs pour éviter ce risque, ce qui serait aussi coûteux qu'impopulaire ;
- la simple réduction du seuil d'imposition au réel : une étude de la DGFAR montrait qu'un abaissement de ce dernier à 45 734 € par exploitation aurait réduit en 2003 à 16 % le nombre d'agriculteurs au forfait, ce qui accroîtrait de 30 % l'assiette des cotisations des exploitants agricoles aujourd'hui au forfait et qui passeraient au réel et de 150 M€ le montant des cotisations de ces derniers, chiffre surestimé selon la DGI, compte tenu des exploitants imposés au réel et dont les comptes sont déficitaires.

Enfin, il restera à progresser dans le rapprochement entre les assiettes de cotisation (y compris pour les exploitants agricoles qui sont au réel) et les revenus agricoles tels qu'ils sont appréhendés dans les comptes de l'agriculture.

b) La lutte contre l'évasion sociale des agriculteurs au réel

La progression du nombre des agriculteurs au réel s'est accompagnée de la multiplication des transformations des exploitations agricoles en sociétés. Celles-ci représentent 23 % du total des exploitations en 2002, contre 7 % en 1993. Ce statut permet de bénéficier d'exemptions de cotisations sociales : par exemple, la création de sociétés entre époux, très répandue, fait échapper à l'assiette des cotisations la part de revenus du conjoint rattaché à un autre régime social ou déclarant n'avoir aucune activité professionnelle.

Pour enrayer cette évolution, plusieurs réformes ont été adoptées, à la suite du rapport « sur les adaptations à apporter à la fiscalité et au mode de calcul des cotisations agricoles » établi en mars 2000 à la demande du premier ministre. La loi de finances pour 2003 a facilité la

perception des cotisations auprès des associés des sociétés à objet agricole, en renforçant les obligations déclaratives de ces dernières, en étendant le champ d'application des cotisations de solidarité à leurs associés non assujettis au régime des exploitants, en créant une assiette forfaitaire des cotisations égale à 900 heures de SMIC (pour les associés dont les revenus ne sont pas connus) et en fixant le seuil d'assujettissement de ces sociétés à une demie SMI (et non plus à une demie SMI par associé). Enfin, un décret du 29 octobre 2003 a relevé de 3,4 % à 5,7 % le taux des cotisations de solidarité précitées.

Ce dispositif a entraîné une augmentation de 24,5 % du produit des cotisations de solidarité (42,14 M€ en 2003). Ce résultat positif pourrait encore être amplifié en augmentant le taux de la cotisation de solidarité applicable aux sociétés, très inférieur à celui des exploitations individuelles (16 %) et en créant une présomption de participation aux travaux de l'exploitation pour tout conjoint associé au chef d'une exploitation se déclarant inactif, pour que sa part des revenus de la société soit soumise à cotisation.

3 – La réévaluation des prestations

a) La revalorisation des pensions de base

Depuis 1994, les Gouvernements successifs ont procédé à plusieurs trains de mesures de revalorisation des retraites de base des non salariés agricoles. Les objectifs et les méthodes de ces réformes présentent une grande continuité : volonté de privilégier les agriculteurs à faibles revenus ; revalorisation simultanée des petites pensions des nouveaux et des anciens retraités ; action par étapes, chaque catégorie de non salariés étant successivement concernée, pour étaler dans le temps le coût des mesures et profiter de la diminution du nombre de retraités constatée depuis 1996. En particulier, les mesures prises de 1998 à 2002 ont été conçues de façon à ce que le coût net des décisions prises chaque année soit à peu près égal, en euros constants, à l'économie entraînée par la réduction de l'effectif des retraités, soit 150 M€ par an.

Les mesures complexes décidées par la loi du 18 janvier 1994, les lois d'orientation agricole du 1^{er} février 1995 et du 9 juillet 1999 et les lois de finances de 1997 à 2002 se sont toutes traduites par des attributions de points gratuits, au titre de la retraite proportionnelle, concernant tour à tour les chefs d'exploitation, les conjoints et les aides familiaux.

Grâce à cet ensemble de réformes, les chefs d'exploitation et les personnes veuves bénéficient en 2005 d'une retraite au moins égale au minimum vieillesse du régime général (599,50 € par mois, soit environ 50 % du SMIC mensuel net pour 35 heures) et les conjoints et aides

familiaux du minimum vieillesse du second membre du couple²³¹ (475,95 €, soit environ 40 % du SMIC précité), conformément à l'objectif affiché par le plan pluriannuel de revalorisation des retraites présenté en 1998 par le Gouvernement.

Cette garantie se traduit par l'affectation d'un nombre de points de retraite gratuits égal au minimum à 1 220 pour un chef d'exploitation validant 37,5 années d'assurances au régime agricole (accomplis comme chef d'exploitation, conjoint ou aide familial) et à 793 points pour un conjoint ou un aide familial bénéficiant de la même durée d'assurance, sous réserve de remplir certaines conditions d'assurance. A défaut, ces personnes reçoivent des points gratuits calculés selon leur durée de carrière totale et celle validée au sein du régime agricole.

b) La création du régime complémentaire obligatoire

Les non salariés agricoles bénéficient depuis 1990 d'un régime de retraite complémentaire facultatif par capitalisation²³², dont les cotisations sont déductibles du revenu imposable dans certaines limites. Une loi du 4 mars 2002 a institué un régime complémentaire obligatoire (RCO) par répartition pour les non salariés agricoles comparable à celui dont bénéficient la plupart des autres catégories de retraites.

Ce régime est géré par la MSA. Sa grande originalité est de servir aux retraités n'ayant jamais cotisé des pensions financées entièrement par l'Etat, à compter du 1^{er} avril 2003.

Le RCO est un système par points, comme la retraite de base proportionnelle. L'exploitant paye une cotisation de 2,97 % sur la totalité de ses revenus professionnels. La cotisation minimale est en 2004 de 417,91 € par an, soit celle payée pour un revenu de 14 071 € correspondant à 1 957 SMIC horaires (montant intermédiaire entre les rémunérations de salariés payés au SMIC travaillant 35 et 39 heures par semaine).

Le montant de la pension complémentaire est fonction du nombre de points acquis et de la valeur du point (0,2919 € en 2004). Elle ne peut être liquidée que si l'assuré a droit à la retraite de base. Le paiement de la cotisation minimale donne droit à 100 points de retraite par an et correspond, pour une carrière complète de 37,5 ans, à une pension complémentaire de 1 094,63 € par an en 2004. La cotisation payée sur un

231. C'est-à-dire le minimum vieillesse du couple (1 075,45 € par mois en 2005) diminué de celui de la personne seule (599,50 €).

232. Les contrats de ce régime, appelé initialement « COREVA », étaient gérés initialement exclusivement par la MSA. Depuis 1997, ils peuvent être établis par tout assureur.

revenu supérieur à 1 957 SMIC donne droit à un nombre de points proportionnel au rapport entre le montant de ce revenu et 1 957 SMIC.

Au titre de leurs années d'activité passées avant le lancement du RCO, les chefs d'exploitation bénéficient de 100 points gratuits par année de cotisation au régime de base, dans la limite de 37,5 ans, à condition d'avoir validé une période suffisante pour le régime de base.

Le système a été paramétré pour que le chef d'exploitation validant une carrière complète bénéficie au moins d'une retraite égale à 75 % du SMIC, en cumulant la retraite forfaitaire à taux plein et les montants minima de la retraite proportionnelle et du RCO : sa situation correspondrait alors à celle d'un salarié du régime général payé au SMIC pendant toute sa carrière, en cumulant sa retraite de base et la pension complémentaire de l'ARRCO.

Le conjoint survivant d'un chef d'exploitation dont la retraite de base et la pension complémentaire ont été liquidées après le 1^{er} janvier 2003 a droit à une pension de réversion de 54 % de cette dernière, sans conditions de ressources ou de non cumul : il peut donc percevoir la pension de réversion du RCO, même s'il n'a pas droit à celle du régime de base.

Le coût du RCO représente 439 M€ en 2004 dont les deux tiers sont financés par les cotisations et le solde par l'Etat (142 M€).

Cette participation de l'Etat finance aujourd'hui exclusivement les retraites accordées aux petits exploitants en contrepartie de points gratuits. A l'avenir, elle devrait compléter les cotisations pour permettre de maintenir le rendement du RCO à un niveau proche de celui des autres régimes complémentaires alors qu'il aurait fallu doubler les cotisations en euros constants, d'ici 2040, pour continuer à verser les prestations prévues. Les projections réalisées par des cabinets actuariels indépendants pour la DGFAR montrent que la charge de l'Etat augmentera dans ces conditions jusqu'à 144,2 M€ courants en 2006, puis fluctuera autour de ce niveau, pour atteindre 129,1 M€ en 2018, 173,2 M€ en 2033 et 155,6 M€ en 2040.

Cette participation de l'Etat au financement d'un régime de retraite complémentaire est sans précédent : le budget de l'Etat ne contribue jusqu'ici qu'à certains régimes de base, sous forme de subventions ou de taxes affectées et tous les régimes complémentaires en vigueur s'autofinancent grâce à leurs cotisations.

4 – Le bilan global de la recherche de la parité

a) Les avantages dont bénéficient les agriculteurs

En 1995 le rapport précité qui porte sur l'ensemble de la protection sociale estimait que les non salariés agricoles étaient en réalité avantagés par rapport aux salariés du régime général.

A l'avantage résultant, en 1995, d'un taux plus bas de 2,59 points de leurs cotisations sociales (estimé à 120 M€), devaient être ajoutés la possibilité de déduire les déficits du revenu agricole (40 M€), le rendement plus favorable du régime de retraite de base des petits agriculteurs (128 M€)²³³, la retraite forfaitaire accordée, avec de faibles cotisations, aux conjoints participant aux travaux (53 M€) ainsi que l'exonération des cotisations des jeunes agriculteurs (24 M€).

En sens inverse, l'absence d'indemnités journalières des exploitants et l'existence des cotisations minimales d'assurance maladie désavantageaient ces derniers respectivement de 130 M€ et de 105 M€.

Le rapport concluait que la correction de la « surparité » impliquait une augmentation du taux des cotisations agricoles de 3,25 points.

Il ne prenait pas en compte la sous-évaluation des forfaits, le calcul des cotisations agricoles à partir des revenus nets de cotisations et non des revenus bruts, comme dans le cas des salariés, les déductions autorisées au titre des investissements, avantage auquel s'ajoute la rémunération implicite du capital foncier (contrepartie de l'importance des capitaux mobilisés en agriculture) et l'évasion imputable aux sociétés à objet agricole, peu nombreuses à l'époque.

Compte tenu des réformes décidées depuis 1995, les cotisations des non salariés agricoles devaient être majorées non plus seulement de 3,25 points, mais d'au moins de 4,60 points, pour rétablir la parité en ne tenant compte que de la création du statut de conjoint collaborateur, qui procure un avantage estimé par la DGFAR à 89,07 M€ ou 1,35 point de cotisation. Les autres avantages nouveaux acquis par les agriculteurs ne sont pas quantifiés ou ne concernent qu'une partie d'entre eux :

- la revalorisation des retraites de base des petits exploitants à carrières « monotones », sans agrandissement de l'exploitation, représente un avantage estimé à 0,06 point de cotisation ;

233. Le ministère de l'agriculture avait démontré que les agriculteurs aux revenus inférieurs à 2 028 SMIC horaires acquéraient des droits supérieurs à ceux des salariés de revenus équivalents.

- le coût budgétaire et l'impact sur le revenu des agriculteurs de la création d'une déduction pour aléas et du relèvement du plafond de la déduction pour investissements n'ont pas été estimés par les administrations compétentes.

b) Le coût budgétaire des retraites des agriculteurs

Les cotisations des agriculteurs ne constituent qu'une faible part (17 %) des recettes de leur régime de protection sociale, financé pour l'essentiel par l'Etat (39 %), agissant plus par le biais des taxes affectées que par des subventions directes, et par les autres régimes, grâce à la compensation démographique (38 %). La part de cette dernière a progressé de plus de sept points, de 1993 à 2003, alors que les autres apports sont restés stables.

Les comptes du BAPSA qui présentaient jusqu'en 2004 les modalités de financement de la protection sociale des non salariés agricoles ne sont pas ventilés par risque, ce qui rend malaisées les comparaisons sur de longues périodes. Une analyse des comptes de 2003 par la DSS montre que la part des cotisations techniques est particulièrement faible dans le financement des pensions de retraite et de veuvage (8,4 Md€), dont elles ne couvrent que 11,9 %, la compensation démographique en finançant 51 %, les taxes affectées et la subvention de l'Etat 41,3 %.

Évolution de la structure des recettes du BAPSA²³⁴*en milliers d'euros courants*

		1993	2003
Participation de l'État	Cotisations	2 382 315 (17,5 %)	2 575 205 (17,3 %)
	Compensation démographique	4 236 793 (31,1 %)	5 694 000 (38,1 %)
	Autres participations des régimes de sécurité sociale	996 809 (7,3 %)	64 430 (0,4 %)
	Taxes affectées	2 593 684 (19,0 %)	5 318 107 (35,6 %)
	Subventions	2 753 939 (20,2 %)	542 700 (3,6 %)
	Total	5 347 623 (39,2 %)	5 860 807 (39,3 %)
Divers		660 886 (4,9 %)	375 778 (2,5 %)
Total du BAPSA		13 632 595 (100 %)	14 928 421 (100 %)

Source : Cour des comptes

Le rapport du commissariat général au plan de 1999 estimait que la diminution du nombre des retraités agricoles réduirait le besoin de financement de leur régime de 6 068,08 M€ en 1998 à 4 641,15 M€ en 2020 et 3 783,78 M€ en 2040 (en euros constants de 1998).

Cependant, les réformes décidées depuis 1998 augmentent ce solde à financer. Le calcul a été fait de manière précise dans le cas du RCO, qui augmentera la charge de l'Etat de 133,3 M€ en 2020 et de 155,6 M€ en 2040 (en euros constants 2003).

La situation est moins claire pour la réévaluation des retraites de base : le coût brut des mesures prises depuis 1998 représente 9 431,30 M€ et leur coût net (déduction faite des économies réalisées par

234. Les autres participations des régimes de sécurité sociale sont accordées par le FSV, le fonds de solidarité invalidité (FSI) et la CNAF (en 2003), au titre du remboursement de l'allocation aux adultes handicapés. Les taxes affectées sont une part du produit de la TVA, les « micro taxes » sur les produits agricoles et, en 2003, une part de la C3S. Les subventions comprennent la subvention budgétaire annuelle au BAPSA et, en 2003, la contribution de l'Etat aux prestations familiales agricoles. Les recettes diverses sont, en 1993, le versement au titre de l'article L. 651-1 du CSS et, en 2003, un prélèvement sur le fonds de roulement du BAPSA et des recettes annexes.

le FSV qui verse moins d'allocations de solidarité aux retraités agricoles bénéficiaires des revalorisations) est de 7 751,60 M€. Mais l'impact de ces réformes sur le long terme n'avait pas fait l'objet de projections spécifiques. Toutefois, d'après l'actualisation à laquelle vient de procéder la DGFAR à la demande du COR, le besoin de financement du régime des exploitants s'élèverait à 5 612 M€ de 2003 en 2020 et à 4 788 M€ en 2040. Le rapprochement de ce dernier chiffre avec l'estimation faite par le plan en 1999 (3 783,78 M€ en 2000) permet d'évaluer à 1 Md€ le coût supplémentaire induit par les réformes des retraites.

Il est souhaitable de parachever l'exceptionnel effort qui vient d'être réalisé pour mettre à parité les agriculteurs avec le reste de la nation en harmonisant leurs cotisations avec celles des autres régimes de protection sociale.

SYNTHESE

L'existence d'une gestion autonome du régime des salariés agricoles entraîne plusieurs dysfonctionnements : multiplication des polypensionnés, dont les retraites sont souvent moins élevées, à rémunérations et durée d'assurance équivalentes, que celles des monopensionnés, malgré les progrès réalisés par la loi du 21 août 2003 ; difficultés pour les petits salariés relevant simultanément de plusieurs régimes de faire valider des trimestres pour la retraite, quand ils ne travaillent pas à temps plein ; modifications substantielles des transferts de compensation entre régimes de retraite, notamment au détriment du régime général. L'intégration du régime des retraites des salariés agricoles au régime général, en continuant d'en confier la gestion à la MSA conformément au modèle retenu pour l'assurance maladie, permettrait de mettre fin aux problèmes évoqués. Une telle mesure pourrait prendre place dans une réforme d'ensemble de la compensation démographique telle que préconisée par la Cour dans son rapport de septembre 2003 ²³⁵. A défaut, plusieurs solutions techniques sont envisageables, notamment une intégration financière plus complète des deux régimes, en les fusionnant pour les calculs de la compensation démographique.

Le régime des non salariés agricoles a fait l'objet de deux séries de réformes importantes. En matière de cotisations, le choix d'une nouvelle assiette, calculée à partir des bénéfices fiscaux, a augmenté le montant moyen des cotisations, réduit certaines inégalités entre agriculteurs et rapproché les exploitants des autres professions ; de même, les mesures de lutte contre l'évasion sociale prises en 2003 ont accru le produit des cotisations versées par les sociétés à objet agricole. Mais les agriculteurs

235. Page 304.

restent avantagés par la sous-estimation des forfaits collectifs, par des taux de cotisations légèrement inférieurs à ceux du régime général et par une série de dispositions fiscales favorables.

En matière de prestations, les pensions des agriculteurs aux revenus les plus modestes ont été portées au niveau minimum de 75 % du SMIC, comme celles des assurés du régime général ayant été payés au SMIC pendant une carrière complète, par une série de revalorisations des retraites de base mises en œuvre depuis 1994 et par la création en 2002 du régime complémentaire obligatoire. Ces réformes se traduisent par une contribution du budget de l'Etat sans précédent, pour abonder les pensions des retraités, anciens ou nouveaux, qui n'ont pas suffisamment cotisé pour bénéficier du nouveau minimum de retraite agricole et pour maintenir un niveau de rendement proche de celui des autres régimes complémentaires, alors même que l'Etat n'a jamais financé jusqu'ici de retraites complémentaires.

Il est souhaitable que cette mise à parité des agriculteurs retraités grâce à un effort de solidarité nationale remarquable soit complétée par une réduction des avantages dont bénéficient encore certains d'entre eux.

RECOMMANDATIONS

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

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

38. Abaisser le seuil d'imposition au réel.

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

II - L'avantage social vieillesse

PRESENTATION

Les régimes d'avantage social vieillesse (ASV) des cinq professions de santé conventionnées (médecins, chirurgiens dentistes, directeurs de laboratoires d'analyse non médecins, sages-femmes et auxiliaires médicaux) sont des régimes de retraite complémentaire dont l'assurance maladie prend en charge une partie des cotisations. Ils ont été créés par des décrets pris entre 1960 et 1970 pour inciter les professionnels de santé à adhérer aux conventions passées entre leurs syndicats et les caisses d'assurance maladie. Tous traversent une crise financière grave et leur survie ne sera assurée qu'au prix de réformes urgentes et de grande ampleur.

A – Les bases juridiques des régimes d'ASV

Alors que les règles des autres régimes complémentaires de retraite des professions libérales sont déterminées par des décrets généralement pris sur proposition des caisses concernées, celles des régimes d'ASV sont définies à la fois par des règlements et par des conventions passées entre l'assurance maladie et les syndicats professionnels. Des réformes récentes ont accru le rôle de ces dernières.

1 – Les règlements

Chaque régime d'ASV a été rendu obligatoire par décret pour tous les professionnels dont le revenu non salarié dépasse un certain seuil et qui exercent leur activité dans le cadre des conventions nationales conclues entre les caisses d'assurance maladie (désormais réunies au sein de l'UNCAM) et un ou plusieurs syndicats représentatifs ou qui ont adhéré personnellement aux clauses des conventions types et aux tarifs qu'elles prévoient.

Les cotisations sont des forfaits fixés par décret, par référence aux tarifs plafonds des honoraires déterminés par les conventions. Aucun des régimes ne prévoit un barème de cotisations forfaitaires par tranches de revenu, alors que le code de la sécurité sociale prévoit cette faculté.

Les sections professionnelles compétentes de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales²³⁶ (CNAVPL) fixent le régime des prestations par des règlements approuvés par décrets et intégrés dans leurs statuts. Dans tous les cas, le droit à la retraite est subordonné à au moins un an d'exercice conventionné et au paiement des cotisations. La retraite est liquidée à 65 ans (ou à 60 ans, en cas d'invalidité, sauf pour les directeurs de laboratoire pour qui les années d'invalidité sont assimilées à des années d'exercice pour le droit aux prestations).

Le montant des prestations de droit direct dépend de la valeur du point de retraite (ou de la « part de retraite » pour la CARPIMKO) fixée par référence aux tarifs plafonds (sauf dans le cas des médecins et des chirurgiens dentistes), multipliée par le nombre de points ou de parts acquis chaque année par le versement des cotisations.

Les régimes d'ASV sont des régimes à cotisations définies : leurs prestations n'étant garanties « que dans la limite des ressources qui y sont affectées » (art. D. 645-5 du CSS), les caisses sont obligées d'ajuster le niveau au montant des cotisations fixées par décret. Compte tenu des mesures contraignantes déjà prises, du faible niveau des réserves actuelles de ces régimes et de perspectives démographiques peu favorables, l'équilibre financier de ces régimes sera de plus en plus difficile à atteindre.

2 – Le rôle croissant des conventions

Les conventions fixent les tarifs de remboursement sur lesquels sont indexées à la fois les cotisations et, sauf pour les médecins, les prestations de retraite : toute modification de ces tarifs décidée par les partenaires conventionnels, pour des raisons indépendantes du fonctionnement de l'ASV, affecte donc automatiquement le rendement des régimes concernés et peut en modifier l'équilibre.

Ainsi, dans le cas des sages-femmes dont le rapport démographique cotisants sur retraités est médiocre, les majorations du forfait d'accouchement simple décidées en 1997 (8,4 %) et en 1999 (11,1 %) ont creusé le déficit provoqué par l'écart entre le coût des pensions et le produit des cotisations.

236. La caisse autonome de retraite des médecins français (CARMF), la caisse autonome de retraite des chirurgiens dentistes (CARCD), la caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens (CAVP), compétente pour les directeurs de laboratoire non médecins, la caisse autonome de retraite des sages-femmes françaises (CARSAF) et la caisse autonome de retraite et de prévoyance des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures podologues, orthophonistes et orthoptistes (CARPIMKO).

Afin de mieux prendre en considération les besoins de financement de ces régimes, il serait souhaitable de généraliser la dissociation entre les montants des cotisations et des prestations et les tarifs de remboursement et, en conséquence, de les fixer de manière autonome.

Alors que la participation de l'assurance maladie avait été depuis l'origine fixée par décret aux deux tiers du montant des cotisations, sauf pour les médecins à honoraires libres du secteur II qui payaient l'intégralité de ces dernières, les lois des 29 décembre 1999, 18 décembre 2003 et 13 août 2004 ont autorisé les conventions à moduler cette participation²³⁷.

En application de cette dernière loi, les conventions peuvent majorer la participation de l'assurance maladie « notamment en fonction du lieu d'installation et d'exercice » des professionnels de santé et faire bénéficier les médecins du secteur II de cette participation.

La rédaction extrêmement générale de l'article 49 de la loi précitée, qui ne spécifie l'objet des engagements professionnels susceptibles de servir de contrepartie à l'augmentation de la participation que dans le cas du lieu d'installation et d'exercice, paraît juridiquement contestable.

Elle fait, en outre, courir des risques financiers à l'assurance maladie, dont la contribution est susceptible d'être augmentée en contrepartie d'engagements conventionnels de nature diverse n'entraînant aucune économie de gestion. Ce risque est d'autant plus grand que la prise en charge d'une partie des cotisations des médecins du secteur II est désormais autorisée.

Or, la Cour avait déjà constaté, au terme de son enquête de 1999 sur l'ASV des médecins, que les charges pour l'assurance maladie correspondant aux cotisations de cette seule profession avaient triplé de 1988 (47 M€) à 1998 (155 M€). En 2004, en intégrant l'effet de la revalorisation des honoraires de 2002, elles représentent 225 M€.

3 – Le système de compensation démographique spécifique

La loi du 13 juillet 1982 a créé un système de compensation démographique propre aux régimes d'ASV pour rendre viable le régime des sages-femmes, structurellement déficitaire pour des raisons démographiques.

237. La convention médicale de février 2005 a maintenu, pour l'instant, les taux de participation antérieurs.

La compensation s'applique dès lors que le rapport des allocataires et des cotisants d'un régime donné atteint le seuil de un sur trois, auquel cas, ce régime reçoit une subvention de ses homologues. Celle-ci est égale à la prestation de référence, c'est-à-dire la pension de droit direct la plus basse (aujourd'hui celle des sages-femmes), multipliée par le nombre d'allocataires de ce régime dépassant le rapport d'un pensionné pour trois cotisants.

La charge de la subvention est répartie entre les régimes ayant plus de trois cotisants pour un allocataire, au prorata du nombre de cotisants excédant ce rapport.

En pratique, seule la caisse des sages-femmes reçoit une subvention (de 1,058 M€ en 2003), répartie entre les quatre autres caisses, celles des auxiliaires médicaux et des médecins acquittant les plus grosses contributions (respectivement 0,600 et 0,385 M€).

Le système de seuil en vigueur suscite deux observations. D'une part, il modifie radicalement la répartition des transferts de compensation, alors qu'il n'était destiné qu'à en écrêter le montant. En effet s'il était supprimé (et si l'on adoptait de ce fait le mécanisme actuel de la compensation démographique généralisée vieillesse entre régimes de salariés et de non salariés), seule la caisse des auxiliaires médicaux verserait une subvention de 13,228 M€ à répartir entre les quatre autres régimes.

D'autre part, le dispositif aboutira à un blocage. Les caisses des dentistes et des pharmaciens percevront prochainement des subventions de compensation car le nombre de leurs allocataires dépassera le tiers de leurs cotisants d'ici 2007. Ultérieurement, les deux seules caisses qui resteront contributrices, celles des auxiliaires médicaux et des médecins, seront dans le même cas de figure puisque leur rapport démographique va également descendre au-dessous de trois dans les 15 ans à venir.

Il convient donc d'engager une réflexion sur l'avenir de ce système.

B – Le bilan des régimes d'ASV

Pour inciter les professionnels de santé à adhérer aux régimes d'ASV et aux conventions auxquelles ils sont liés, des avantages importants leur ont été accordés initialement, en autorisant les sections professionnelles à fixer le taux de rendement des régimes ASV à un niveau très élevé (par l'attribution d'un trop grand nombre de points par année de cotisation, parfois de points gratuits et par le choix d'une valeur de service du point de retraite très favorable). Mais les régimes qui étaient à l'origine facultatifs ont été rendus rapidement obligatoires par décret, entre 1972, pour les médecins et 1984, pour les sages-femmes.

1 – Le conventionnement des professionnels de santé

Les assurés des cinq professions de santé en cause sont aujourd'hui conventionnés à plus de 99 % : dans le cas des médecins, par exemple, seuls 1 206 praticiens sur 125 580 sont hors convention en 2004. L'ASV a pu contribuer à cette généralisation.

Beaucoup de médecins n'étant plus tenus de respecter les honoraires conventionnels, l'avantage représenté par les cotisations d'ASV réduites est désormais moins rémunérateur que les honoraires libres et les réformes nécessaires pour assurer la survie des régimes d'ASV en diminueront encore l'attrait.

Pour les mêmes raisons, une politique tendant à inciter à la modération des honoraires conventionnels en contrepartie d'une forte augmentation de la participation de l'assurance maladie risquerait d'alourdir fortement la charge de cette dernière sans entraîner de résultats significatifs.

2 – La part de l'ASV dans les pensions de retraite

Les professionnels de santé conventionnés perçoivent trois retraites obligatoires : la retraite de base des professions libérales, la retraite complémentaire spécifique à leur section professionnelle (sauf dans le cas des sages-femmes, qui viennent seulement d'engager la procédure de création de cette dernière), toujours supérieure à la précédente et l'ASV de leur section.

Le montant moyen de l'ASV est plus important que celui de la retraite de base dans le cas des chirurgiens dentistes et surtout des médecins qui perçoivent une ASV moyenne presque égale à celle de leur autre retraite complémentaire.

L'ASV représente toujours une fraction importante du total des pensions de retraite obligatoires des intéressés (de 20 à 40 %), mais sa part tend à diminuer : pour chaque profession, le taux de remplacement du revenu moyen d'activité par l'ASV était supérieur de deux points environ en 1998 à celui constaté en 2003. Ce taux de remplacement ne tient pas compte des retraites complémentaires facultatives que les professionnels de santé peuvent souscrire par ailleurs, ni de l'éventuel produit de la vente de leur cabinet par certains d'entre eux.

Taux de remplacement du revenu moyen d'activité par les retraites*en euro*

Caisses	CARMF	CARCD	CAVP	CARSAF	CARPIMKO
Revenu moyen 2002	73 834	79 220	129 910	25 729	33 842
Cotisation annuelle moyenne 2003	3 600	3 000	345,6	687	231
Allocation moyenne RB 2003	5 175,69	5 463	5 150	3 500,02	3 768,35
Allocation moyenne RC 2003	12 219,42	11 040	7 193	sans objet	3 778,37
Allocation moyenne ASV 2003	12 068,34	8 446	3 197	1 921,56	2 009,21
Part de l'ASV dans la retraite totale	40,96 %	33,85 %	20,57 %	35,44 %	21,02 %
Taux de remplacement du revenu par l'ASV	16,35 %	10,66 %	2,46 %	7,46 %	5,93 %
Taux de remplacement du revenu par la retraite totale	39,90 %	31,49 %	11,96 %	21,07 %	28,23 %

Note : les deux tiers des cotisations sont pris en charge par l'assurance maladie, sauf dans le cas des médecins spécialistes conventionnés du secteur I (qui paient 1 389,92 € de cotisation, alors que l'assurance maladie en paie 2 210,08 € en 2003) et des médecins à honoraires libres du secteur II qui paient l'intégralité de la cotisation.

Sources : CARMF, CARCD, CAVP, CARSAF, CARPIMKO et Cour des comptes.

3 – La crise financière des régimes d'ASV

La direction de la sécurité sociale (DSS) s'est dotée d'un modèle informatique de projection à long terme des régimes d'ASV et de compétences actuarielles qui lui permettent de bénéficier d'une capacité d'analyse et de prospective indépendante. Les projections démographiques et financières qu'elle a élaborées en 2003 et 2004, à l'occasion de deux enquêtes de l'IGAS sur les régimes d'ASV, montrent la dégradation de la situation et les perspectives d'évolution alarmantes de l'ensemble des régimes : tous seront en déficit technique en 2005 et leurs réserves sont déjà épuisées ou vont l'être d'ici 2011, si des mesures correctrices ne sont pas prises dans l'intervalle.

Cette évolution est imputable d'une part, à la très forte détérioration prévisible de la situation démographique des professions de santé, dont les ratios démographiques cotisants sur retraités ne se situeront plus qu'entre un et deux en 2035 (notamment en raison de

l'incidence des *numerus clausus*), et d'autre part, à des taux de rendement instantané²³⁸ très déraisonnables (de 10,16 à 72,45 % malgré les réformes déjà adoptées), et largement supérieurs à leur taux d'équilibre (5,6 % dans le cas des médecins).

L'évolution démographique et financière des régimes d'ASV

	Ratio cotisants sur retraités	Déficit technique	Réserves	Taux de rendement instantané
CARMEF	3 en 2004 1,30 en 2040	Déficit prévu pour 2008 ²³⁹ -686M€ en 2020	0 en 2014 -17,8Md€ en 2035	11,66 %
CARCD	3 en 2004 1 en 2025	Déficit prévu pour 2005 -172 M€ en 2020	0 en 2009 -4,7 Md€ en 2035	60 % en 1994 10,16 % depuis 1996
CAVP	3,5 en 2004 1 en 2025	Déficit depuis 1995 -19,3 M€ en 2025	0 en 2009 -534 M€ en 2035	72,45 %
CARSAF	1,61 en 2004	Déficit structurel (sans la compensation) -6,2 M€ en 2020	0 (compensation des autres régimes) -39 M€ en 2035	16 %
CARPIMKO	7 en 2004 2 en 2035	Déficit depuis 2002 -166 M€ en 2025	0 en 2007 -4 900 M€ en 2035	50 %

Source : DSS

C – Les réformes envisagées

Les sections professionnelles ont fait réaliser par leurs actuaires des projections démographiques et financières dont les résultats concordent avec ceux de la DSS, à l'exception de certaines des prévisions de la CARSAF (qui n'a, en outre, commandé que des prévisions démographiques, non assorties de données financières) et de la CARPIMKO. La Cour a demandé à la DSS et à ces deux caisses

238. Le taux de rendement instantané, qui donne l'allocation annuelle acquise pour un euro de cotisation, est le rapport entre la valeur de service du point de retraite et son prix d'achat. Ce taux est trois fois plus élevé si l'on ne prend en compte que la part des cotisations payées par les bénéficiaires : 48 % contre 16 % dans le cas de la CARSAF, par exemple.

239. La prévision de réapparition du déficit technique en 2008 émane de l'actuaire de la CARMEF.

d'identifier les sources de ces divergences et, si possible, d'harmoniser leurs projections.

Toutes les sections ont étudié les réformes susceptibles d'être adoptées et leurs conseils d'administration ont pris position à cet égard, avec plus ou moins de rigueur.

1 – L'ASV des médecins

Le régime des médecins est de loin le plus important : il a encaissé à lui seul 83,25 % de l'ensemble des cotisations d'ASV en 2002. En raison de son taux de rendement trop élevé (44,7 % en 1991), imputable notamment à des attributions de points gratuits en 1972 et 1981, il s'est trouvé en déficit technique pour la première fois en 1985. Six trains de mesures de redressement ont été lancés de 1988 à 1999, pour éviter la cessation des paiements. En 2003, le régime a bénéficié en outre de la revalorisation de 14,09 % de la lettre clé C, qui a augmenté le montant des cotisations (égales à 180 lettres C) et abaissé son taux de rendement de 13,30 % à 11,66 %.

Ces mesures ne suffisant pas à rétablir durablement l'équilibre financier du régime, le président de la CARMF a proposé officiellement, par lettre du 28 mai 2003, deux solutions alternatives au ministre chargé des affaires sociales :

- « une solution de maintien du régime mixant de manière équitable tous les paramètres » : doublement de la cotisation ; baisse de 27 à 24 du nombre de points acquis à l'avenir par année de cotisation ; réduction de la valeur de service du point de retraite de 1,5 % par an pendant 10 ans (et même jusqu'à extinction de la valeur des points acquis avant 1992) ;
- « une solution de fermeture » qui a la préférence de la caisse : son conseil d'administration s'est prononcé à plusieurs reprises dans ce sens et elle a été approuvée à 73,40 % lors de la consultation organisée auprès des adhérents en 2002 par la caisse. Le coût de cette mesure pour l'assurance maladie qui devrait ainsi financer les prestations correspondant aux droits acquis (une fois les réserves du régime épuisées) est évalué à 16,3 Md€ sur 30 ans, contre 14,5 Md€ de participation aux cotisations, dans le cas de la réforme proposée et à 19 Md€ en cas de « maintien en l'état » du régime (rééquilibré par une hausse de cotisation, sans modification de la valeur du point de retraite).

Les études de l'actuaire de la CARMF, sur lesquelles se fondent ces propositions, montrent qu'en cas de fermeture du régime d'ASV la charge annuelle de l'assurance maladie culminerait à 777 M€ en 2025 et ne s'éteindrait qu'entre 2060 et 2070.

Cette solution impliquerait probablement la prise en compte totale par les caisses d'assurance maladie des engagements correspondant aux droits acquis, ce qui pèserait donc fortement dans la présentation de leurs comptes.

2 – L'ASV des chirurgiens dentistes

En 1995, la CARCD a mis en œuvre une réforme drastique qui a diminué le rendement du régime de 57,4 % à 13,7 %, grâce à trois décisions : une augmentation de la cotisation forfaitaire de 374 %, une réduction de 11,2 à 10 du nombre de points acquis par année de cotisation et le gel de la valeur de service du point de retraite à son niveau de 1994.

Ce dispositif ne suffisant pas à assurer la pérennité du régime, la CARCD a de nouveau augmenté ses cotisations en 1997 et 1999 et fait étudier par ses actuaires plusieurs scénarios de réforme dont celui de la fermeture du régime, qui a été écarté en raison de son coût trop élevé pour l'assurance maladie. Dans cette hypothèse, celle-ci devrait en effet payer jusqu'à 195 M€ en 2025 pour honorer les droits acquis et sa contribution ne s'éteindrait qu'en 2075.

Les propositions qui ont la faveur de la caisse prévoyaient des cotisations proportionnelles au revenu. Cette solution ne recueillant pas l'assentiment de la tutelle, le projet de réforme de septembre 2003 (non agréé par le conseil d'administration de la caisse) distingue trois catégories d'assurés :

- les retraités aux droits déjà liquidés, pour lesquels la valeur du point resterait gelée et qui continueraient donc à recevoir une allocation fixe, sans revalorisation annuelle. L'application d'une « taxe de solidarité » est même envisagée dans leur cas, pour les faire participer au sauvetage du régime dans la mesure où ils ont bénéficié du rendement très favorable de l'ASV avant 1995. La tutelle est très réservée sur cette formule ;
- les nouveaux adhérents, pour lesquels les paramètres seraient déterminés de façon à ne garantir qu'un rendement de 6 % ;
- les cotisants actuels, pour lesquels la valeur de service du point de retraite serait progressivement réduite d'un quarantième par trimestre (de 30,38 € aujourd'hui à 19,53 € en 2014) et le montant des pensions ne serait revalorisé que du quarantième du taux d'inflation annuel. Cette méthode pénaliserait d'autant plus les cotisants qu'ils ont adhéré tôt au régime et profité plus longtemps du rendement excessif du passé.

Ces propositions principales sont assorties de plusieurs variantes inspirées des solutions en vigueur dans le régime de base et les autres régimes complémentaires des professions libérales : modulation des taux de cotisation en fonction du nombre des points de retraite acquis chaque année, qui deviendrait modulable en fonction du choix des intéressés et non plus identique pour tous ; fixation de cotisations proportionnelles au revenu, ce qui permettrait de rapprocher la situation des différents praticiens, dont les taux d'effort s'échelonnent aujourd'hui de 3,9 % à 1,2 % et les taux de remplacement de 45,6 % à 13 %, selon leurs niveaux de revenus.

3 – L'ASV des directeurs de laboratoire

Le régime géré par la caisse des pharmaciens présente la triple originalité d'être en situation particulièrement critique, puisqu'en déficit technique depuis 1995, d'être marginal pour ses bénéficiaires, car ses cotisations et ses prestations représentent une part minime de leurs revenus d'activité et de retraite et de faire l'objet d'une double série de réformes déjà adoptées mais non appliquées.

En effet, les projections actuarielles de la CAVP qui recourent celles de la DSS tablent sur une parfaite stabilité du nombre des cotisants (hypothèse qui ne va pas de soi) mais sur un triplement de celui des retraités d'ici à 2063. En conséquence, le déficit technique, (3,68 M€ en 2004) devrait s'accroître très rapidement et épuiser dès 2009 les réserves (26,83 M€ en 2004).

C'est pourquoi l'avenant du 16 janvier 2004 à la convention nationale des directeurs de laboratoire a décidé d'augmenter le taux d'appel des cotisations de 40 à 100 %, dès le 1^{er} janvier 2005, puis de le porter progressivement à 150 % d'ici 2010, ce qui reculerait de trois ans la date d'épuisement des réserves.

Le conseil d'administration de la CAVP a décidé ensuite, en avril 2004, de fixer ce taux d'appel à 150 % dès le début 2005, de réduire de moitié (de 131 à 65) le nombre de points acquis par année de cotisation et de baisser la valeur de service du point de 1,92 € à 0,96 €, y compris pour ceux acquis dans le passé. Cette réforme drastique rétablirait l'excédent technique du régime jusqu'en 2011 et repousserait à 2026 la date d'épuisement des réserves.

La tutelle n'a, pour le moment, approuvé aucune de ces réformes.

4 – L'ASV des sages-femmes

Le régime d'ASV des sages-femmes présente une grande importance pour les intéressées, dont il constitue pour le moment la seule

retraite complémentaire obligatoire, soit environ 35 % de leur faible retraite acquise au terme d'une carrière libérale très courte (18,4 ans en moyenne). Structurellement déficitaire, le régime ne survit que grâce aux subventions de la compensation démographique. Cependant, son rapport démographique se redresse depuis 1990, en raison du rôle donné aux sages-femmes libérales dans les plans de lutte contre la mortalité périnatale.

Les projections démographiques des actuaires de la CARSAF sont plus optimistes que celles de la DSS pour les 30 années à venir : elles prévoient une augmentation du rapport démographique de 1,61 en 2004 à 4,8 entre 2014 et 2019, puis un recul à 1,8 en 2045, alors que la DSS prévoit une progression jusqu'à 2,3 en 2035.

Le directeur de la caisse a néanmoins proposé une réforme consistant à augmenter la cotisation de 1,5 à 1,7 ou 1,8 forfait d'accouchement simple et à réduire de 18 à 16 le nombre de points acquis par année de cotisation, ce qui réduirait le rendement du régime de 16 % à 12,50 % ou à 11,86 %, selon le taux de cotisation retenu. Aucune projection financière précise des effets de cette réforme n'a toutefois été étudiée. Le conseil d'administration a ajourné cette réforme, en mai 2003, en invoquant l'importance du régime ASV pour les assurés et la plus grande rigueur de ses dispositions, puisque son rendement initial était moins élevé que celui des autres professions et ses avantages annexes (majorations pour enfants, régime de réversion) très réduits.

5 – L'ASV des auxiliaires médicaux

Le régime des auxiliaires médicaux est en meilleure situation démographique que les autres, bien que le nombre des retraités augmente plus vite que celui des cotisants. La cotisation est faible (77 €) alors que ses prestations de droit direct représentent une fraction non négligeable de la retraite totale (21,54 %).

Bien que les projections démographiques de la caisse annoncent une progression plus forte du nombre de cotisants et de retraités, d'ici 2035 que celles de la DSS, leurs prévisions financières concordent pour prévoir à peu près la même progression des déficits techniques annuels, apparus en 2002 et l'épuisement des réserves dès 2007.

Les travaux actuariels de la caisse critiquent le taux de rendement trop élevé du régime (48,9 %) mais n'en proposent pas la réduction. La caisse préconise en premier lieu, le remplacement de l'index AMV (acte médical vieillesse), qui représente la moyenne des lettres clés des cinq professions d'auxiliaires médicaux par la valeur de l'acte moyen de ces professions, ce qui multiplierait par 4,2 la cotisation annuelle (de 77 à 323 €). Il propose aussi le découplage des droits acquis, en distinguant

les droits du passé acquis avant la réforme proposée qui continueraient à rapporter 112,6 € par année de cotisation et les droits du futur, acquis à partir de la réforme qui rapporteraient 4,2 fois plus (473,5 €).

Cette réforme se traduirait par le rétablissement d'un excédent technique jusqu'en 2012 et repousserait à 2022 la date d'épuisement des réserves.

6 – Les principes communs des réformes à entreprendre

Les indications qui précèdent impliquent que les pouvoirs publics et les caisses concernées adoptent des réformes ambitieuses qui pourraient, pour chaque régime ASV, distinguer trois catégories de droits :

- les droits déjà liquidés des actuels retraités, qui ont eu la chance de bénéficier de taux de rendement manifestement excessifs. A cet égard, il conviendrait, au minimum, de geler le montant de leurs allocations, s'il s'avérait impossible de réviser leurs modalités de liquidation ;
- les droits futurs, acquis après la réforme. Ceux-ci devraient être calculés de façon à ce que leur rendement soit aligné sur le rendement d'équilibre de chaque régime, en jouant de tous les paramètres possibles selon la combinaison choisie par chaque caisse (montant de la cotisation, taux d'appel, nombre de points ou de parts acquis par année de cotisation et valeur de service du point ou de la part) ;
- les droits en cours d'acquisition, autrement dit les points ou les parts déjà accumulés par les cotisants. Ceux-ci devraient être traités différemment selon leur période d'acquisition, en réduisant plus ceux des années au rendement le plus élevé, conformément aux mesures envisagées notamment par les chirurgiens-dentistes ou les directeurs de laboratoire.

SYNTHESE

Les études prospectives de la DSS et des sections professionnelles concernées montrent que la situation financière et les perspectives d'évolution de tous les régimes sont très alarmantes, en raison de la détérioration de leurs ratios démographiques cotisants sur retraités et de taux de rendement trop élevés, très supérieurs au taux d'équilibre des régimes concernés et à ceux pratiqués par les autres régimes complémentaires. Tous sont en déficit technique ou vont le devenir à brève échéance et leurs réserves seront épuisées au plus tard en 2011.

Il conviendrait donc de cesser de faire des régimes d'ASV un instrument de négociation dans les relations conventionnelles entre les professionnels de santé et l'assurance maladie.

L'avenir de ces régimes exige, en conséquence, que soient adoptées des mesures répondant à leurs besoins spécifiques. A cet égard, la fermeture des régimes ne saurait constituer une solution en raison de son coût exorbitant pour l'assurance maladie. Elle ferait peser sur l'assurance maladie des charges considérables jusqu'en 2070 environ au profit des seuls professionnels actuellement installés.

RECOMMANDATIONS

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

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

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

TROISIEME PARTIE

LA CERTIFICATION DES COMPTES DE LA SECURITE SOCIALE

INTRODUCTION

La loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale a confié à la Cour des comptes deux nouvelles missions : d'une part « certifier la régularité, la sincérité et la fidélité des comptes des caisses nationales et des comptes combinés du régime général » et, d'autre part, formuler un « avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre par branche de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que des comptes par branche du régime général ». Ces nouvelles missions s'exerceront pour la première fois en 2007 sur les comptes de l'exercice 2006 et il en sera rendu compte au Parlement en vue de la préparation du vote de la loi de financement pour 2008.

Cette évolution s'inscrit dans le mouvement général de certification des comptes publics engagé avec la réforme de la loi organique relative aux lois de finances. D'une part, les relations multiples qui existent entre l'Etat et les organismes de sécurité sociale rendaient nécessaire d'étendre les opérations de certification à l'ensemble du champ de la sécurité sociale. D'autre part, les enjeux financiers exigent de disposer de données comptables et d'états de synthèse qui reflètent avec toute la rigueur et la clarté voulues la réalité de la situation financière des organismes de sécurité sociale dans des regroupements pertinents pour le pilotage du système. La certification permettra d'émettre une opinion motivée sur les résultats publiés et de mieux appréhender les éléments patrimoniaux de ces organismes à un moment où les déficits cumulés sont à l'origine d'un endettement croissant.

Ces missions nouvelles prolongent celles antérieurement reconnues à la Cour par le code des juridictions financières et par la précédente loi organique sur les lois de financement de la sécurité sociale de 1996. En application du premier de ces textes, la Cour contrôle les établissements publics et tous les organismes « de droit privé jouissant de la personnalité civile ou de l'autonomie financière qui assurent en tout ou partie la gestion d'un régime légalement obligatoire ». En application de la loi organique, elle rend compte au Parlement de l'application de la LFSS et des contrôles opérés sur les comptes.

Ce dispositif de contrôle se heurtait à deux limites. D'une part, malgré l'élargissement progressif des contrôles assurés sur les comptes établis par les caisses nationales, les diligences comptables réalisées par la Cour n'ont pas revêtu le caractère systématique qu'impose la certification, notamment sur les éléments de bilan. D'autre part, en l'absence de pouvoirs dévolus aux agents comptables nationaux pour valider les comptes des organismes de base qu'ils centralisent, la Cour n'était pas en état de s'assurer de la qualité des comptes combinés établis par les caisses nationales. Ce vide a été comblé par la loi de financement pour 2005 (article L. 114-6 du code de la sécurité sociale).

A la différence de l'Etat, la sécurité sociale n'a pas une organisation comptable centralisée. En particulier, il n'existe pas l'équivalent de l'agent comptable central du Trésor. Les « comptes de la sécurité sociale » ainsi dénommés par abus de langage ne sont pas des comptes au sens comptable du terme. Au mieux, ils désignent les comptes des branches et des régimes et opposent à l'unité de l'Etat l'extrême diversité des organismes de sécurité sociale.

L'élaboration des comptes des organismes de sécurité sociale a ainsi nécessité la mise en place d'une organisation particulière à deux niveaux, le premier pour les régimes et caisses du régime général, le second pour établir les tableaux d'équilibre par branches de l'ensemble des régimes de base. Le premier chapitre rend compte de cette organisation et des évolutions qu'appellent les nouvelles dispositions législatives.

Malgré les progrès rendus possibles par les réformes comptables qui ont suivi la mise en œuvre du principe des droits constatés dans les organismes de sécurité sociale, l'enquête réalisée auprès des agents comptables des caisses nationales²⁴⁰ pour le présent rapport a montré que les principes comptables n'étaient pas toujours correctement appliqués. Le second chapitre fait le point sur les manquements communs à la plupart des régimes.

Les modalités de la certification sont examinées dans un troisième chapitre. Celle-ci nécessite de répondre à un certain nombre de questions préalables sur le mode de consolidation, la définition du périmètre, le renforcement des systèmes de contrôle interne applicables en particulier aux procédures comptables. A partir de l'exemple des comptes établis par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, il décrit concrètement les travaux nécessaires à la réalisation de ces diligences. Ce chapitre présente la démarche que la Cour des comptes devra mettre en œuvre pour satisfaire à ses nouvelles obligations.

Le dernier chapitre est consacré à la place des travaux de la commission des comptes de la sécurité sociale dans le cadre des nouvelles dispositions législatives.

240. L'enquête s'est étendue à la CNAMTS, la CNAF, la CNAVTS, l'ACOSS, la CANAM, l'ORGANIC, la CANCAVA, la CNAVPL, la CCMSA, au régime minier et au FSV.

Chapitre VII

L'architecture des comptes de la sécurité sociale

PRESENTATION

Le paiement des prestations et le recouvrement des cotisations et contributions sociales sont assurés selon les régimes, soit par des organismes de base (plus d'un millier) coordonnés par des caisses nationales, soit par des organismes à vocation nationale.

Le regroupement des comptes des organismes s'opère à deux niveaux : dans un premier temps, dans les branches et régimes à réseau, les agents comptables des caisses nationales établissent les comptes dits « combinés » à partir des comptes des organismes de base et ceux de la caisse nationale ; dans un second temps, la direction de la sécurité sociale élabore, à partir des comptes des régimes gérés par un seul organisme à vocation nationale et des comptes combinés établis par les caisses nationales, les tableaux d'équilibre des branches du régime général et ceux des branches des régimes obligatoires de base.

Ce chapitre présente à la fois l'architecture des comptes des régimes de sécurité sociale et les modalités de leur établissement. Il examine également le statut particulier des organismes qui contribuent à l'équilibre financier des différents régimes de sécurité sociale.

Les prestations de sécurité sociale sont versées aux bénéficiaires, sauf exception, par des organismes locaux (dits de base) ou nationaux qui constituent autant de personnes morales indépendantes. Celles-ci sont en nombre variable d'un régime à l'autre. Au sein du régime général, on compte ainsi plus de cent CAF et CPAM et vingt caisses liquidatrices des pensions de retraite (CRAM et CGSS).

Les organismes locaux sont pilotés par des organismes nationaux dotés également de la personnalité morale. Ces derniers présentent aussi une très grande hétérogénéité à la fois de taille (qu'elle soit mesurée par le nombre d'assurés ou par le montant des prestations versées) et de fonction. Schématiquement, on peut distinguer trois grands groupes de régimes :

- au sein du régime général, les caisses versent près de 120 Md€ de prestations maladie à près de 54 millions de bénéficiaires, 68 Md€ de pensions de retraite à un peu moins de 11 millions de retraités et 33 Md€ de prestations familiales à environ cinq millions de bénéficiaires. La branche recouvrement collectif, au moyen de plus de cent URSSAF et CGSS, quelques 200 Md€ auprès de 5,7 millions d'entreprises, travailleurs indépendants et employeurs de maison et 74 Md€ directement au niveau de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) ;

- les régimes gérés par la mutualité sociale agricole (exploitants et salariés agricoles) et les régimes des professions indépendantes, du commerce et de l'industrie (près de deux millions de cotisants)²⁴¹ assurent à la fois le versement de prestations et le recouvrement des cotisations. Seul le régime agricole couvre l'ensemble des branches, maladie, accidents du travail, famille et retraite ainsi que le recouvrement ;
- enfin, de très nombreux « petits » régimes, généralement de retraite. Les plus importants (caisse nationale militaire de sécurité sociale -CNMSS-, caisse de prévoyance et de retraite de la SNCF, caisse des industries électriques et gazières) ont plus de 100 000 cotisants. D'autres ont une taille plus réduite et comptent entre 45 000 et 15 000 cotisants : établissement national des invalides de la marine (ENIM), RATP, caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (CRPCEN), caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM), caisse des français de l'étranger, caisse nationale des barreaux français, caisse d'assurance vieillesse et maladie des cultes (CAVIMAC), Banque de France. En outre, il existe 13 caisses ayant moins de 5 000 cotisants actifs (regroupant au total environ 44 000 cotisants et retraités) qui n'étaient pas jusqu'ici inclus dans les objectifs de dépenses de la loi de financement²⁴².

Il existe en outre deux organismes qui disposent eux-mêmes de la personnalité morale et concourent au financement de différents régimes :

- le fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA) qui a hérité au 31 décembre 2004 des droits et obligations du budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA) et qui contribue au financement du régime agricole ;
- le fonds de solidarité vieillesse (FSV) qui assure celui des prestations de solidarité (minimum vieillesse, cotisations de retraite des chômeurs) gérées par les différents régimes de retraite.

241. L'ordonnance n° 2005-299 du 31 mars 2005 prévoit le regroupement de la CANAM, de la CANCAVA et de l'ORGANIC, en un régime unique dit « régime social des travailleurs indépendants » (RSI).

242. Il s'agit notamment des caisses de retraite de l'Opéra de Paris et de la Comédie française, du régime de retraite et d'assurance maladie de la chambre de commerce et d'industrie de Paris (CCIP). En outre, l'annexe triennale à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 recense très précisément 109 régimes obligatoires de base en extinction qui versent des prestations de retraite à 20 781 personnes. Les deux plus petits, « chemins de fer éthiopiens » et « cantonnerie de l'Isère » comptent respectivement 17 et 1 retraités.

L'établissement des comptes des branches et régimes de sécurité sociale nécessite l'agrégation des comptes établis par chacun de ces organismes. Dès l'origine, des regroupements ont été effectués selon les deux critères qui président à l'organisation de la sécurité sociale : un regroupement par branche correspondant aux quatre grands types de risques (maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, famille et vieillesse) et un regroupement par régime.

Dans la pratique, les organismes nationaux effectuent la centralisation des comptes des organismes de base de leur ressort et de leurs propres comptes et établissent des comptes dits « combinés ». De son côté, la direction de la sécurité sociale (DSS) assure les regroupements nécessaires à l'établissement des résultats du régime général et, demain, des tableaux d'équilibre par branches des régimes obligatoires de base. Au regard des normes comptables, et donc des opérations de certification à venir, ces deux niveaux d'agrégation sont toutefois de nature très différente.

I - Un premier niveau d'agrégation : les comptes établis par les organismes nationaux

A – Le nouveau rôle des organismes nationaux

La comptabilité de chaque caisse de base est tenue par un agent comptable local qui présente les comptes, sous sa responsabilité, à l'organe délibérant de la caisse. Il est personnellement et pécuniairement responsable de ses comptes.

Néanmoins, cette responsabilité est aujourd'hui limitée du fait de certaines opérations directement effectuées au niveau national et sur lesquelles il n'a pas de responsabilité directe (remboursement des exonérations de cotisations sociales et traitement de certaines provisions, notamment).

Aux termes du décret du 19 septembre 2001²⁴³, « les organismes nationaux, après avoir centralisé les comptes annuels des organismes de base et les organismes à compétence nationale, arrêtent les comptes des branches ou régimes qu'ils gèrent ». La loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 a confirmé cette compétence et, en outre, a donné pouvoir aux organismes nationaux pour valider les comptes des

243. Art. D. 114-4-2 du code de la sécurité sociale.

organismes de base²⁴⁴. Ils sont donc désormais pleinement légitimes pour intervenir sur les comptes locaux.

B – L’organisation des comptabilités

1 – L’organisation générale

Depuis l’adoption, en 2002, du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale (PCUOSS), l’organisation comptable présente des traits communs à tous les organismes. La gestion est séparée en plusieurs catégories :

- le versement des droits et le recouvrement des produits (« gestion technique ») ;
- les dépenses administratives (« gestion administrative ») ;
- l’action et les œuvres sociales (« gestion sanitaire et sociale »).

La part respective de ces différentes gestions diffère selon les caisses mais la gestion technique occupe, dans tous les organismes, une place prépondérante (près de 95 % du total).

Les règles applicables aux dépenses administratives et d’action sociale sont elles aussi communes. Ces dépenses s’effectuent dans le cadre des dotations budgétaires allouées aux organismes locaux. Ces dotations qui constituent des enveloppes fermées ne font pas l’objet d’un enregistrement comptable : en effet n’entrent dans la comptabilité générale que les charges effectives avec, en contrepartie, un montant équivalent de produits de telle sorte que les charges soient strictement égales aux produits.

Il n’existe à cette procédure qu’une exception, celle du régime agricole. En effet, la CCMSA comptabilise les dotations budgétaires attribuées aux caisses de base mais non les dépenses effectives engagées au cours de l’exercice et ne fait remonter ni les dépenses de gestion ni les cotisations complémentaires affectées à ces dépenses recouvrées par les GAMEX²⁴⁵. La Cour estime que ces traitements nuisent à la sincérité des comptes et recommande qu’il y soit mis fin.

244. Cette disposition fait l’objet d’un développement dans le chapitre suivant.

245. Organismes privés qui sont autorisés, concurremment aux caisses de MSA, à gérer et liquider les prestations maladie et accidents du travail.

2 – La spécificité du recouvrement au sein du régime général

Au sein du régime général, à la différence des autres régimes, le paiement des prestations et le recouvrement des recettes sont assurés par des organismes distincts. Toutefois, les comptes combinés établis par les agents comptables des trois caisses nationales sont présentés en charges et produits, bien qu'ils ne recouvrent pas leurs recettes. Les montants inscrits dans leurs comptes résultent de la notification des produits qui leurs sont affectés, effectuée conjointement par le directeur et l'agent comptable de l'ACOSS. Les versements correspondants sont centralisés sur un compte unique tenu par la caisse des dépôts et consignations.

La comptabilisation des produits dans les comptes des branches repose ainsi entièrement sur les notifications effectuées mensuellement par l'ACOSS sur la base de la répartition des cotisations et contributions sociales entre branches. Longtemps effectuée sur une base statistique, celle-ci est désormais assurée par une ventilation à la source à l'aide du système RACINE mis en place dans les URSSAF et les CGSS. Malgré les améliorations apportées au fil des ans à ce système, les délais de notification des ressources restent encore mal maîtrisés. Ainsi, si les notifications du total des produits de l'exercice 2004, y compris les produits à recevoir, ont été faites aux caisses nationales un mois plus tôt que l'année précédente, des délais importants ont néanmoins été observés au troisième trimestre 2004²⁴⁶.

Actuellement l'ACOSS notifie fin février aux caisses nationales le montant définitif des produits du recouvrement qui leur reviennent. Elle élabore ensuite un compte combiné du recouvrement qui traite les notifications faites aux caisses, correspondant à des versements, non pas comme des charges de l'ACOSS mais en affectation du résultat net dans le bilan. Cette présentation paraît discutable dans la mesure où elle fait apparaître les produits recouvrés comme une recette propre à l'ACOSS, ce qui n'est pas le cas. La Cour considère au contraire que, dès lors que l'ACOSS n'agit que pour le compte des caisses nationales, il serait plus logique de faire apparaître en charges les produits recouvrés qui reviennent à chacune des branches du régime général. Cela constituerait la traduction comptable du système RACINE (qui répartit entre les branches les cotisations et la CSG) mis en place dans les URSSAF. Cette présentation serait en outre plus conforme aux exigences de la certification qui nécessitera un rapprochement entre les sommes notifiées aux branches par l'ACOSS et celles inscrites par les caisses nationales dans leurs comptes combinés.

246. Les produits des mois d'août, de septembre et d'octobre 2004 ont été notifiés aux caisses du régime général les 29 septembre, 12 novembre et 3 décembre.

II - Un second niveau d'agrégation : les tableaux d'équilibre des branches et du régime général

A – Les tableaux d'équilibre

Les comptes des organismes à compétence nationale et les comptes combinés établis par les caisses nationales sont transmis à la mission comptable permanente (MCP) afin d'être agrégés à un niveau supérieur par la DSS. La loi de financement retient ainsi :

- pour fixer les objectifs de dépenses, la notion de branche qui correspond à chacun des quatre grands « risques » : maladie, accidents du travail, famille et retraite ;
- pour définir les recettes et apprécier l'équilibre financier, le régime général, l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que les organismes concourant à l'équilibre financier de ces régimes.

Les tableaux d'équilibre prévus par la loi organique auront pour objet de retracer simultanément les charges et les produits ainsi que le solde qui en résulte.

1 – Le statut des tableaux d'équilibre au regard des normes comptables

Quelle que soit leur utilité, les notions de branche, de régime général et de régime obligatoire de base sont des constructions juridiques et économiques qui ne correspondent à aucune personne morale. La notion de « comptes » qui leur est associée, bien que couramment utilisée, est donc impropre. En effet, ils ne sont pas établis par une personne morale autonome correspondant au périmètre des comptes, mais par un service de l'Etat. Toutefois leur construction devra respecter les principes et normes comptables.

Pour bien marquer la différence avec les comptes combinés établis par les caisses nationales, la loi organique a introduit pour le régime général tout entier et pour les branches de l'ensemble des régimes obligatoires la notion de « tableau d'équilibre ». La principale différence avec des comptes réside dans la nature des documents comptables produits. Les agents comptables qui établissent les comptes combinés des branches et régimes produisent des états financiers complets : bilan, compte de résultat et annexe. En l'absence d'une personne morale susceptible d'assumer la responsabilité de l'établissement de comptes, il

ne peut exister à ce stade, dans le périmètre des tableaux d'équilibre, ni bilan ni annexe financière.

De plus, alors que la loi organique a prévu la certification des comptes combinés établis par les agents comptables des organismes nationaux, elle prévoit seulement que la Cour donne « un avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre ». Cette distinction souligne ainsi la nature juridique différente des comptes et des tableaux d'équilibre.

La loi organique n'a pas prévu de troisième niveau d'agrégation qui regrouperait l'ensemble des régimes de base obligatoires toutes branches confondues. Une telle agrégation ne présenterait d'ailleurs qu'un intérêt relatif puisqu'elle n'apporterait aucune information complémentaire par rapport aux tableaux d'équilibre de branche et à celui du régime général qui concentre l'essentiel des déséquilibres. Les « comptes de la sécurité sociale » présentés à la commission des comptes de la sécurité sociale ne sont en réalité que les comptes des différents régimes.

2 – Les tableaux d'équilibre par branche de l'ensemble des régimes

Les branches sont définies par les catégories de prestations correspondant aux divers « risques sociaux » couverts par la sécurité sociale. Parce qu'elles correspondent à des dynamiques de dépenses et à des problématiques de pilotage différentes, le législateur, dans la loi du 25 juillet 1994, a réaffirmé et organisé le principe d'un équilibre par branche.

En dehors du régime agricole qui assure l'ensemble des risques, et donc couvre les quatre branches, les autres caisses nationales correspondent chacune à un seul risque, voire deux dans le cas de la CNAMTS (maladie et AT-MP).

Dans le cas du régime général, les comptes combinés établis par les caisses nationales correspondent à chacune des branches de ce régime. En revanche, pour l'ensemble des régimes, l'établissement des tableaux d'équilibre par branche nécessite l'agrégation des différents comptes combinés correspondant à chacune des branches après élimination des opérations réciproques intra branche. Leur établissement présente cependant certaines différences.

Pour la branche famille, les comptes combinés établis par la CNAF enregistrent les prestations servies par les CAF²⁴⁷, celles versées par les

247. Depuis l'année 2005, le versement des prestations familiales aux fonctionnaires de l'Etat a été progressivement transféré des services de l'employeur Etat aux CAF.

caisses de MSA aux exploitants et salariés agricoles et par les entreprises publiques à leurs salariés. Toutefois, les dépenses administratives engagées par les services et les caisses autres que celles du réseau CNAF ne sont pas intégrées au compte de la CNAF²⁴⁸. A cette exception près, le compte de résultat du compte combiné de la CNAF fournit le tableau d'équilibre de la branche famille.

248. Il en va de même des éléments patrimoniaux.

Les caisses nationales et le schéma d'organisation des branches en 2004

FAMILLE		MALADIE		AT/MP		RETRAITE	
REGIME AGRICOLE		FFIPSA (hors AT-MP)					
		Exploitants agricoles : C : 1 577 000, Cotisations : 802 M€		Exploitants agricoles : Cotisations : 166 M€		Exploitants agricoles : C : 637 000, Cotisations : 1 006 M€	
REGIME DES PROFESSIONS INDEPENDANTES		CANAM C : 1 998 000 Cotisations : 2 751 M€				Artisans CANCAVA : C : 518 000 Cotisations : 1 372 M€	
						Industriels, commerçants ORGANIC : C : 664 000 Cotisations : 1 578 M€	
						Professions libérales CNAVPL : C : 467 000 Cotisations : 990 M€	
AUTRES REGIMES DE SALAIRES		ENIM CRPCEN Caisse des français à l'étranger		ATIACL, ENIM Rentes Indemnisation de diverses professions		Fonction publique CNRACL, ouvriers de l'Etat, IEG, SNCF, Marins, RATP, Clercs de notaire, Banque de France, barreaux, CCIP, Opéra de Paris, Comédie Française, Ports Bordeaux et Strasbourg	
REGIME MINIER		C : 178 000, Cotisations : 79 M€		Cotisations : 24 M€		C : 18 000, Cotisations : 68 M€	
REGIME GENERAL		CAVIMAC (cultes) C : 15 000, CNMSS (militaires) Cotisations : 601 000, Salariés agricoles				CAVIMAC (cultes) C : 18 000, Cotisations : 43 M€ Salariés agricoles	
		CNAMTS – AM : B. : 53 727 000 P. : 113 800 M€		CNAMTS – AT : B. : P. : 6 330 M€		CNAVTS : B. : 16 500 000 P. : 64 410 M€	
		BRANCHE RECOUVREMENT : ACOSS C : 5 710 000 Cotisations : 274,3 Md€ dont 200,7 Md€ recouvrés par les URSSAF et les CGSS et 73,6 Md€ recouvrés directement par l'ACOSS					

C : Cotisants, B : Bénéficiaires, P : Prestations

Source : Cour des comptes

Pour les branches maladie, accidents du travail et retraite, la confection des tableaux d'équilibre suppose la combinaison d'un nombre plus ou moins important de comptes :

- pour la maladie : il s'agit des comptes établis par cinq caisses nationales (la CNAMTS, la CCMSA, la CANAM, la caisse des mines et la caisse des marins²⁴⁹). En ce qui concerne les salariés agricoles, la caisse des cultes et celle des militaires, seul leur solde correspondant à une contribution d'équilibre est directement intégré dans les comptes établis par la CNAMTS et non l'ensemble de leurs charges et produits ;
- pour la branche accidents du travail, les comptes établis par la CNAMTS, la CCMSA, la caisse des mines et par tous les autres régimes d'AT-MP mentionnés dans l'annexe de la LFSS ;
- pour la retraite, l'établissement du tableau d'équilibre de la branche appelle la combinaison d'un nombre élevé de comptes combinés de régimes et de comptes de caisses à vocation nationale.

Les tableaux d'équilibre des branches permettront d'appréhender les conditions d'équilibre de chacune des branches.

3 – Le tableau d'équilibre du régime général

La loi du 25 juillet 1994 a posé le principe que « l'équilibre financier de chaque branche est assuré par la caisse chargée de la gérer » tout en maintenant le principe « d'une gestion commune de la trésorerie des différentes branches ». Dans la pratique, à côté de l'équilibre de chacune des branches, l'équilibre financier tend à être apprécié globalement pour l'ensemble du régime. Tel est l'objet du futur tableau d'équilibre du régime général.

Le tableau d'équilibre retracera les produits, les charges et les soldes ainsi que l'état des créances et des dettes. Dans le cas du régime général, il apparaît utile de le compléter par un bilan rendant compte de la situation patrimoniale. Le rapport de la CCSS présente depuis plusieurs années une « situation nette du régime général » par « consolidation » des bilans établis par les caisses nationales. Cette présentation est accompagnée d'un avertissement selon lequel « la consolidation des bilans des branches du régime général n'a pas de signification économique²⁵⁰ », la neutralisation des opérations réciproques n'étant pas à l'heure actuelle effectuée à ce niveau d'agrégation des comptes.

249. Le régime maladie de la Banque de France devrait être à l'avenir traité comme les mutuelles de fonctionnaires.

250. Voir le rapport de la CCSS de septembre 2004, t 2, p. 176.

Situation nette agrégée des caisses nationales du régime général*En Md€*

2000	2001	2002	2003	2004
14,6	15,3	10,4	-1,6	20,4

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale

La signification du bilan du régime général se trouve en outre altérée par le fait qu'il n'intègre pas la dette accumulée depuis le début des années quatre-vingt dix d'abord transférée à l'Etat (16,8 Md€) puis à la CADES (88,84 Md€). La CCSS fait figurer comme « éléments d'éclairage des comptes » les données relatives à la CADES. La Cour recommande que le tableau d'équilibre du régime général soit accompagné d'un bilan présentant en annexe la situation nette de la CADES de façon à éclairer les évolutions qu'implique un déficit récurrent.

B – Les modalités d'établissement des tableaux d'équilibre

Les opérations relatives au second niveau d'agrégation sont assurées par la DSS. La mission comptable permanente centralise les comptes combinés établis par les organismes nationaux et ceux des caisses à vocation nationale par l'intermédiaire du département informatique du Trésor public de Clermont-Ferrand. Ce département effectue sur les « tableaux de centralisation des données comptables » (TCDC) qui lui sont transmis les vérifications préalables de lisibilité et opère sur les balances mensuelles un contrôle de lisibilité et de cohérence. En outre, il transmet les données collectées au service de la direction générale de la comptabilité publique (DGCP) qui établit, en liaison avec l'INSEE, les comptes de la protection sociale²⁵¹. Un « contrat de service », prévu par le plan comptable unique entre la DGCP et les émetteurs de données comptables, devait décrire « les normes de transmission et les contrôles effectués ». La Cour observe que ce contrat, bien que rédigé, n'a jamais été signé.

La MCP opère des contrôles sur les balances mensuelles. Elle vérifie plus particulièrement la cohérence des opérations réciproques entre organismes, tels que les transferts et compensations, la reprise, en balance d'entrée, des soldes antérieurs et les opérations exceptionnelles. Ses contrôles sont renforcés à l'occasion de l'arrêté des comptes en

251. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2001, p.149.

portant plus spécialement sur la « balance N° 13 ²⁵² » qui n'est aujourd'hui définitivement arrêtée qu'avec l'accord de la MCP. Elle assure la transmission des comptes arrêtés, sous la forme actuelle des TCDC aux services compétents de la DSS. En juin 2004, la MCP a présenté au haut conseil interministériel de la comptabilité des organismes de sécurité sociale une première évaluation des contrôles qu'elle a effectués sur la « qualité des comptes » de l'exercice 2003.

La MCP veille donc au respect des règles comptables et du calendrier d'arrêt des comptes. Elle continuera à jouer ce rôle dans le cadre des nouvelles dispositions de l'article L. 114-6 du code de la sécurité sociale qui prévoit que les comptes sont arrêtés sous la seule responsabilité des agents comptables, visés par les directeurs des caisses nationales et transmis à la Cour des comptes en même temps qu'au ministre chargé de la sécurité sociale²⁵³.

S'il était procédé à l'établissement de comptes semestriels, conformément à la mention figurant dans l'article L. 114-6 du CSS (comptes infra annuels), la DSS aurait à assurer un rôle analogue dans leur préparation et leur transmission à la CCSS.

La DSS assurera d'autre part le second niveau d'agrégation des comptes, aboutissant à la présentation des tableaux d'équilibre. En raison de la mission confiée à la Cour par la loi organique de formuler un avis sur la cohérence de ces tableaux, le ministère devra transmettre lesdits tableaux à la Cour au plus tard le 1^{er} mai.

252. L'ensemble des écritures comptables est édité dans un état mensuel appelé « balance » (numéroté de 1 à 12) qui est, par construction, équilibré puisque toute opération génère un mouvement de débit et de crédit de montant équivalent. La balance n° 13 regroupe les opérations de fin d'exercice : inventaire, charges et produits calculés. Elle est éditée après la balance n°12 qui regroupe normalement les opérations de gestion courante du mois de décembre.

253. Et au ministre de l'agriculture pour les comptes établis par la CCMSA.

III - Le traitement comptable des organismes qui participent au financement des régimes obligatoires

Deux organismes, le FSV et le FFIPSA, concourent au financement des régimes sociaux.

A – Le fonds de solidarité vieillesse

Le FSV²⁵⁴ est un établissement public administratif soumis au contrôle juridictionnel de la Cour. Il a pour mission de financer les avantages à caractère non contributif relevant de la solidarité nationale servis par les régimes de base de retraite : allocations du minimum vieillesse, majorations de pensions pour enfants et pour conjoint à charge, dépenses liées à la prise en charge des cotisations de retraite pour des périodes non travaillées et validées par les régimes. Le FSV a passé des conventions avec chacun des régimes de retraite concernés qui fixent les règles applicables aux versements d'acomptes et les modalités de régularisation au cours de l'année n+1.

Le financement de ces dépenses est assuré par des recettes fiscales recouvrées par l'ACOSS, les URSSAF-CGSS, par les services de l'Etat et par l'ORGANIC (pour la contribution sociale de solidarité sur les sociétés). Ces recettes sont complétées par une contribution de la CNAF.

La date d'arrêté des comptes du FSV et leur certification sont donc essentielles tant pour l'arrêté des comptes des organismes bénéficiaires que pour l'Etat et les organismes payeurs (CNAF). Tout retard se répercute inévitablement dans la production des comptes des uns et des autres. En particulier, le respect des délais tant par la CNAF que par l'ACOSS est un impératif auquel la Cour devra veiller. Celle-ci devra en outre s'assurer de la réciprocité du traitement des données comptables entre le FSV et les organismes partenaires.

La Cour propose que les opérations du FSV soient intégrées à celles de la branche retraite au financement desquelles elles contribuent à hauteur d'environ 7 %. En effet, en droits constatés, les produits dus par le FSV aux différents régimes de retraite sont inscrits dans leurs comptes même si celui-ci ne dispose pas des ressources suffisantes pour en assurer le versement. En l'absence d'une telle présentation, l'image donnée par le tableau d'équilibre de la branche ne serait pas sincère puisqu'il ne mettrait pas en évidence l'insuffisance globale de

254. Sur les missions et la situation du FSV en 2004, voir infra, chapitres II, 3, A.

financement, laquelle pèse finalement sur la trésorerie des caisses, notamment de la CNAVTS.

B – Le fonds de financement de la protection sociale agricole

Créé par la loi de finances pour 2004 en application de la loi organique relative aux lois de finances, le FFIPSA est un établissement public qui reprend à compter du 1^{er} janvier 2005 l'ensemble des missions de l'ancien BAPSA. Il reste ainsi un intermédiaire entre l'Etat et le régime agricole. Il pourra recevoir, outre les taxes affectées, une subvention directe du budget de l'Etat, mais à la différence du BAPSA, la possibilité de concours de l'Etat pour assurer l'équilibre du fonds ne revêt plus le caractère d'une obligation.

RECOMMANDATIONS

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

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

Chapitre VIII

L'état des comptes

PRESENTATION

Plus de dix ans se sont écoulés depuis la décision, prise en octobre 1994, d'imposer à tous les organismes de sécurité sociale la tenue d'une comptabilité en droits constatés. Une démarche continue de normalisation comptable a été menée depuis lors. Toutefois, malgré les progrès accomplis, l'enquête conduite auprès des principales caisses nationales a montré que les principes comptables restent insuffisamment appliqués. Ce constat est confirmé par les résultats de l'enquête des COREC relative aux comptes de tiers. Or, ces écarts aux normes comptables affectent la régularité, la sincérité et la fidélité des comptes des différents organismes.

I - Dix ans de réforme comptable

A – Le choix d'une comptabilité d'exercice

La volonté d'unifier la tenue de la comptabilité et d'améliorer la transparence et la sincérité des comptes a conduit les pouvoirs publics à imposer aux régimes de sécurité sociale, en octobre 1994, l'application des droits constatés à compter de l'exercice 1996. Plusieurs décrets de 1996 et 1997 ont précisé les conditions d'application de la comptabilité d'exercice et notamment la définition de faits générateurs²⁵⁵ communs à l'ensemble des régimes pour des opérations similaires.

Comptabilité en encaissement/décaissement (ou de caisse) et comptabilité en droits constatés (ou d'exercice)

La comptabilité dite « de caisse » repose sur une comptabilisation des recettes et des dépenses au moment de leur encaissement ou de leur décaissement, c'est-à-dire au moment où la caisse est affectée par une entrée ou une sortie de fonds. La comptabilité en droits constatés (ou d'exercice) repose sur le principe du rattachement des différentes opérations comptables à l'exercice qui les a vues naître, indépendamment d'une entrée ou d'une sortie de trésorerie (article L. 123-13 du code de commerce : « Le compte de résultat récapitule les produits et les charges de l'exercice, sans qu'il soit tenu compte de leur date d'encaissement ou de paiement »). Cette comptabilité permet de retracer plus fidèlement, sur une période donnée, la variation du patrimoine et le résultat de l'activité.

Le choix de l'une ou de l'autre de ces méthodes a un impact important sur la tenue et la signification des comptes de la sécurité

255. Le fait générateur est l'opération qui provoque, de manière immédiate ou différée, une transaction monétaire. Dans le cadre de l'assurance maladie, le fait générateur d'une charge technique est la délivrance de soins. En matière de famille ou de retraite, il est constitué par la naissance d'un droit.

sociale. En effet, si une dépense est constatée au moment du paiement, il suffit de retarder la date de l'opération pour améliorer le résultat. Prenons l'exemple de l'assurance maladie. En encaissement/décaissement, la comptabilisation de l'opération qui naît d'une visite du médecin au domicile du patient dépendra du délai d'envoi de la feuille de soins et de la date de liquidation par la caisse primaire d'assurance maladie. Ainsi une forte épidémie de grippe en fin d'année aura nécessairement des répercussions dans les comptes de l'année suivante. La comptabilité en encaissement/décaissement peut de ce fait se prêter plus facilement à un lissage des comptes et, en différant les paiements, au choix du résultat publié.

Au contraire, si une charge est constatée au moment de la délivrance des soins, le fait qu'un assuré social envoie à sa caisse primaire sa feuille de soins plusieurs semaines après la fin de l'exercice ne changera pas le résultat comptable. Les charges liquidées mais non décaissées sont enregistrées comptablement en charges à payer. Les feuilles de soins non encore envoyées font l'objet de provisions pour charges qui sont évaluées et comptabilisées dans les comptes de l'année N. Ainsi tous les coûts générés par les soins d'une année donnée seront bien comptabilisés au titre de cette année.

Dans son premier rapport annuel au Parlement sur la sécurité sociale, en 1995, la Cour signalait en effet d'importantes lacunes dans la tenue des comptes de la sécurité sociale. La diversité des plans comptables et les différences de date de comptabilisation des recettes et des dépenses conduisaient les régimes à présenter soit un compte de résultat, soit la variation du fonds de roulement. Pour parvenir à un résultat d'ensemble, la DSS était amenée à retraiter les comptes des régimes en droits constatés et à établir un solde en encaissement/décaissement.

Dans un contexte de difficultés financières pour la sécurité sociale, la comptabilité d'exercice représentait un facteur important de sincérité des comptes. Elle rend en effet le résultat de l'exercice indépendant d'événements pouvant perturber l'encaissement des cotisations et le règlement des prestations (voir encadré). Elle est en outre un élément important de l'harmonisation des méthodes comptables de l'ensemble des régimes. Il s'agissait là d'une étape préalable essentielle sur la voie d'une combinaison des comptes des organismes de sécurité sociale. Elle favorise enfin la transparence financière entre les différents acteurs de la sécurité sociale en faisant apparaître leurs créances et leurs dettes respectives.

Dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2000, la Cour a dressé un premier bilan de l'application des droits constatés. Elle a constaté des difficultés liées notamment aux opérations d'inventaire (évaluation des charges à payer, des restes à recouvrer et des provisions correspondantes), à la comptabilisation tout au long de l'exercice des

produits et des charges, aux déficiences des applications informatiques, notamment dans la branche du recouvrement et enfin aux interventions insuffisantes des caisses nationales dans le pilotage de cette réforme.

Dans ses rapports ultérieurs, la Cour a assuré un suivi de la mise en place de cette réforme. Elle a pris acte des progrès réalisés année après année, notamment dans le traitement des opérations de fin d'exercice qui ont un impact direct sur le résultat. Un chemin important a été parcouru. Toutefois, les principes comptables restent encore insuffisamment appliqués.

B – L'établissement d'un plan comptable unique

Le passage aux droits constatés crée les conditions d'une image fidèle du patrimoine et de la situation financière de chaque organisme, branche ou régime. Mais cela ne préjuge pas d'une comptabilisation appropriée de ces charges et produits entre les différents postes. En effet, les organismes s'étaient dotés, au fil du temps, de plans comptables distincts, spécifiques à certaines caisses ou à certains régimes²⁵⁶. Cette hétérogénéité, à laquelle s'ajoutait celle des pratiques comptables, ne permettait pas aux informations comptables de remplir les conditions minimales de fiabilité et de clarté. L'agrégation directe des comptes d'une branche n'était pas pleinement significative et exigeait de la part des services de la DSS un travail important et délicat de retraitement. En outre, les comptes étaient produits tardivement.

L'établissement d'un plan de comptes commun a été la mission prioritaire assignée en décembre 1998 à la mission interministérielle de réforme de la comptabilité des organismes de sécurité sociale (MIRCOSS). Son comité de pilotage a validé en avril 1999 le projet d'architecture comptable des organismes de sécurité sociale permettant d'arrêter les résultats des organismes selon des règles identiques.

« Le plan comptable harmonisé des organismes de sécurité sociale, s'inspirant du plan comptable général et adapté aux spécificités de la protection sociale » a reçu un avis favorable du conseil national de la comptabilité le 20 avril 2000.

Ce plan comptable harmonisé applique à la sécurité sociale le plan comptable général (PCG). Parmi les adaptations rendues nécessaires pour des raisons techniques, la comptabilisation en résultat courant, et

256. Plan comptable du régime général (1983), plan comptable des caisses de mutualité sociale agricole (1984), du régime maladie des travailleurs non salariés non agricoles (1985) ainsi que du régime vieillesse, des caisses des industries électriques et gazières (1989), etc.

non en résultat exceptionnel, des produits et charges sur exercices antérieurs, apparaît contestable²⁵⁷.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a rendu obligatoire ce plan comptable, désormais appelé « plan comptable unique » (PCU), et fixé son entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2002²⁵⁸. Le PCU a été approuvé par arrêté interministériel du 30 novembre 2001. Tous les organismes appliquent aujourd'hui le plan comptable unique à l'exception de la caisse nationale des barreaux français.

C – Les instances responsables de la comptabilité des organismes de sécurité sociale

L'objet de la MIRCOSS était limité à la mise en place du plan comptable unique. Toutefois, ses travaux avaient mis en lumière la nécessité de créer deux structures permanentes destinées à piloter la normalisation comptable et à en assurer le suivi : le haut conseil interministériel de la comptabilité des organismes de sécurité sociale et la MCP. Ces deux organismes ont été créés par le décret du 19 septembre 2001.

1 – Le haut conseil interministériel de la comptabilité des organismes de sécurité sociale

Mis en place le 27 février 2003, le haut conseil est chargé 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 toute recommandation nécessaire pour améliorer la lisibilité des comptes de la sécurité sociale ». Il doit établir un rapport annuel, communiqué au Parlement, « en vue d'améliorer son information sur les principes et les règles qui régissent les comptes des organismes de sécurité sociale²⁵⁹».

Plusieurs groupes de travail ont été créés en son sein dans la perspective de la certification des comptes de la sécurité sociale. Le

257. Cette dérogation au regard du PCG, relevée dans son avis par le conseil national de la comptabilité, a été à l'origine d'une rectification, par la Cour, du déficit atteint par le régime général en 2003, lié au traitement comptable du versement de la CADES à l'ACOSS de 1,1 Md€ le 1^{er} avril 2003. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2004, p. 105-107 et le présent rapport, chapitre II, p. 120.

258. Article 56-1 de la LFSS n°2000-1257 du 23 décembre 2000 et article 114-5 du code de la sécurité sociale.

259. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2004, p. 103-104.

rapport remis en juin 2004 a permis de préciser l'articulation des responsabilités entre l'organisme national, au premier chef son agent comptable, et les organismes locaux. Il préconisait notamment que les agents comptables nationaux soient investis d'attributions renforcées pour le contrôle des données comptables préparées par les agents comptables des organismes locaux.

Le groupe de travail composé des agents comptables des organismes nationaux ayant un réseau de caisses locales poursuit actuellement ses travaux dans le but de construire, avec le concours de la MCP, un référentiel comportant des règles communes aux branches et aux régimes et des règles particulières à chaque branche ou régime. Il s'agit de préciser de manière homogène entre les régimes les règles comptables applicables (dictionnaire des comptes, guide des procédures), les modalités du contrôle interne comptable et informatique et les outils qui permettront aux agents comptables nationaux de valider les comptes locaux.

Ce groupe a également identifié les problèmes techniques qui se posent pour établir des comptes en état d'être certifiés²⁶⁰. Ceux-ci recoupent les questions mises en évidence par l'enquête conduite par la Cour dont il est rendu compte dans la seconde partie de ce chapitre. L'ensemble de ces travaux témoigne de l'implication des agents comptables nationaux dans la préparation de la certification des comptes.

2 – La mission comptable permanente

La MCP est chargée « d'organiser les travaux nécessaires aux arrêts de comptes annuels, de centraliser les comptes annuels et infra annuels des organismes de sécurité sociale et de s'assurer de leur qualité, de mettre les informations comptables à disposition des destinataires habilités à cet effet, de proposer toute évolution jugée nécessaire du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale, de saisir le conseil national de la comptabilité en tant que de besoin, de veiller à l'exacte application des principes comptables par les organismes de sécurité sociale » (art. D. 114-4-3 du code de la sécurité sociale). En outre, « la mission peut faire tout commentaire et porter toute appréciation jugée nécessaire sur la qualité des comptes produits par les organismes de sécurité sociale ».

260. Ces problèmes concernent l'articulation entre les règles budgétaires et les règles comptables, le contrôle des très nombreuses opérations réciproques et l'arbitrage entre précision des comptes et rapidité d'élaboration, notamment pour le calcul des produits à recevoir (cotisations sociales sur les salaires de fin d'année) et des provisions pour charges (prestations restant dues au titre de l'année dont les comptes ont été clôturés).

La MCP, structure interministérielle, est rattachée pour son fonctionnement au ministre chargée de la sécurité sociale et est installée auprès de la DSS. Elle exerce ses missions "en liaison avec les services concernés des ministres chargés du budget, de la sécurité sociale et de l'agriculture". Bien que la centralisation par la MCP des comptes des organismes de la mutualité sociale agricole ne s'opère pas dans des conditions différentes de celles en vigueur pour les autres régimes, les services du ministère de l'agriculture conservent une tutelle propre en matière de suivi des comptes et d'élaboration des normes qui s'y appliquent²⁶¹.

La MCP a été habilitée par le décret de 2001 à « rédiger et à signer des conventions, valant cahier des charges, avec les administrations, services, corps de contrôle ou organismes de sécurité sociale, relatives au contenu des données comptables annuelles ou infra annuelles, leur transmission, leur réception et leur diffusion ». Ces dispositions n'ont toutefois pas été mises en oeuvre. Le secrétaire général de la MCP n'a pas davantage obtenu la délégation de signature de la part des ministres concernés, y compris pour les "actes de gestion courante" pour lesquels elle est expressément prévue et toutes les correspondances sont soumises à la signature du directeur de la sécurité sociale.

Dans son rapport au Parlement sur la sécurité sociale de 2002, la Cour avait constaté que la MCP connaissait « un démarrage difficile » et recommandé de la doter « des moyens nécessaires, notamment en personnels » à l'accomplissement de ses missions²⁶². La situation a évolué dans un sens plus favorable en 2005. Il reste néanmoins à tenir compte des dispositions conjuguées de la loi de financement pour 2005 et de la loi organique relative à la certification pour adapter les contrôles effectués par la MCP selon les orientations prévues par le haut conseil.

D – Le pouvoir de validation des comptes des organismes de base conféré aux organismes nationaux

Les agents comptables des caisses nationales établissent les comptes combinés à partir de la centralisation des comptes des organismes de base et de leur agrégation avec ceux de la caisse nationale et éventuellement d'organismes associés. Jusqu'ici, ce travail s'appuyait sur le décret du 19 septembre 2001 et les agents comptables ne disposaient pas des compétences nécessaires pour s'assurer de la validité et de la fiabilité des comptes qu'ils combinaient.

261. Cette mission est assurée par le bureau « prévision, financement, études » au sein de la sous-direction « protection sociale » de la direction générale de la forêt et des affaires rurales (DGFAR).

262. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2002, p. 167-169.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 a comblé cette lacune et donné une base légale à l'établissement des comptes combinés par les organismes nationaux. L'article L. 114-6 du code de la sécurité sociale dispose, dans son second alinéa, que « les comptes annuels et infra annuels des organismes de base de sécurité sociale, présentés par l'agent comptable, établis sous sa responsabilité et visés par le directeur, sont transmis à l'organisme national chargé de leur centralisation. Ce dernier valide ces comptes et établit le compte combiné de la branche ou de l'activité de recouvrement, ou du régime ».

La Cour constate donc que les obstacles juridiques à la combinaison des comptes des organismes de sécurité sociale et à leur future certification ont été levés. Toutefois, même si les agents comptables nationaux ont d'ores et déjà étendu leurs contrôles sur les balances comptables transmises par les agents comptables locaux, l'article L. 114-6 n'entrera en vigueur que lorsque le décret d'application, qui déterminera le dispositif et l'étendue de la validation des comptes des organismes locaux par les agents comptables nationaux, aura été pris.

II - L'application des principes comptables

La certification des comptes de tout organisme, entreprise privée ou organisme public, implique la vérification de la régularité, de la sincérité et de l'image fidèle des comptes. La notion de régularité ne vise pas, comme dans les contrôles juridictionnels auxquels la Cour procède sur les établissements publics, la régularité juridique des opérations et des gestions sous-jacentes. La régularité comptable a trait au respect des normes définies dans un référentiel comptable. Les notions de sincérité et d'image fidèle des comptes visent quant à elles l'application des règles et procédures en vigueur par rapport « à la connaissance que les responsables de l'organisme ont de la réalité et de l'importance relative des événements enregistrés »²⁶³. Le respect strict de ces principes est à la fois essentiel à la comparabilité des comptabilités et à la combinaison des comptes.

Malgré les progrès réalisés depuis la mise en place de la comptabilité d'exercice dans les caisses de sécurité sociale, un certain nombre de difficultés demeurent. Elles sont de deux types : les unes sont liées aux procédures budgétaires en vigueur, les autres résultent d'une application insuffisante de la comptabilité en droits constatés, notamment pour les opérations de fin d'exercice.

263. Cf. Recueil des normes comptables de l'Etat, op. cit, p. 12.

A – Les imbrications entre procédures comptables et budgétaires

Les dépenses de gestion administrative et d'action sanitaire et sociale des caisses reposent sur des procédures budgétaires qui ont pour objet de conformer les engagements de dépenses aux budgets votés par les conseils d'administration. L'enquête réalisée auprès des agents comptables a révélé les difficultés de concilier les pratiques budgétaires avec la bonne application des règles comptables.

Lors de la clôture des comptes, certaines caisses procèdent à des enregistrements comptables contestables dans le seul but de préserver leurs dotations budgétaires. Deux cas de figure, également relevés lors des contrôles effectués par les COREC, se présentent fréquemment :

- le service fait ou la « livraison » a pu être constaté avant la fin de l'exercice mais les crédits budgétaires ne sont plus disponibles : les ordonnateurs peuvent être tentés de ne pas transmettre la facture au comptable pour ne pas faire constater une charge à payer qui entraînerait un dépassement de la dotation budgétaire. La dépense n'est inscrite que l'année suivante comme une dépense courante de l'exercice alors qu'elle se rattache à l'exercice précédent. En outre, lorsque l'opération implique un autre organisme de sécurité sociale, cette dépense peut être comptabilisée en produit à recevoir par un organisme partenaire, l'enregistrement de ces opérations réciproques se faisant ainsi sur des exercices différents ;
- lorsque l'engagement budgétaire intervient tard dans l'année, il est fréquent que le service fait ne puisse pas être constaté avant la clôture de l'exercice. L'agent comptable local ne peut pas, dans ces conditions, enregistrer une charge à payer. Dans certains cas, cependant, l'ordonnateur peut vouloir faire inscrire des charges à payer pour ne pas faire apparaître des crédits non consommés en fin d'année susceptibles d'être remontés à la caisse nationale et qui lui feraient défaut l'année suivante pour honorer ses engagements. Un tel enregistrement est tout aussi irrégulier que le précédent et présente un risque plus important puisqu'il ne s'appuie sur aucune pièce comptable et ouvre ainsi le champ à des abus éventuels.

Ces irrégularités affectent la sincérité des résultats comptables de la gestion administrative et de la gestion d'action sanitaire et sociale centralisés au niveau national. Les circulaires relatives aux opérations d'inventaire rappellent régulièrement les règles applicables. Celles-ci constituent une zone de risques qui nécessitera une attention particulière de la part des agents comptables des caisses nationales lors de la validation des comptes des organismes de base. Ils devront notamment

s'assurer que les opérations sont couvertes par le dispositif de contrôle interne et veiller à sa bonne application.

En outre, l'article du code de la sécurité sociale, qui définit les règles de rattachement à l'exercice des charges et des produits, n'est pas conforme au principe des droits constatés. En effet, l'article D. 253-19 du CSS prévoit que les dépenses sont rattachées à l'exercice au cours duquel elles sont « liquidées et ordonnancées ». Cet article devra être modifié pour faire obligation aux ordonnateurs et aux agents comptables de respecter le principe du fait générateur.

Les agents comptables des organismes nationaux devront donc veiller à la stricte application du principe du service fait pour la comptabilisation des charges à payer.

De plus, certains engagements des caisses du régime général ne sont pas retracés correctement ou sont omis :

- les prestations réalisées pour un organisme tiers (avances de coûts de formation, dépenses engagées par les centres informatiques pour les caisses...) qui donnent lieu de ce fait à un remboursement, sont indifféremment comptabilisées tantôt en charges et produits, tantôt en comptes de tiers. Seule cette dernière méthode, qui neutralise l'opération, doit être retenue ;
- les primes d'intéressement qui sont calculées et payées au cours de l'exercice n+1, doivent faire l'objet de provisions pour charges. Or, la Cour a pu constater que ce n'est pas toujours le cas. Les organismes inscrivent ces dépenses en fonction des crédits budgétaires disponibles et non de leurs engagements : ainsi, l'ACOSS n'a pas inscrit de charges à payer en 2002 et a inscrit en charges en 2003 la prime d'intéressement 2002 et 2003 ;
- les congés reportés sur l'année n+1 ne sont provisionnés, suite à une lettre ministérielle du 4 juillet 2001, que pour les agents susceptibles de quitter l'organisme en n+1. Or, même s'ils ne donnent pas lieu à des crédits budgétaires, ils devraient faire l'objet d'une provision pour charges que les agents quittent ou non l'organisme ;
- certaines dépenses d'action sociale à caractère obligatoire (principalement au titre du fonds d'investissement pour la petite enfance ou au titre de prestations de service) font l'objet de budget rectificatif lors de l'exercice suivant afin d'ajuster l'autorisation budgétaire au niveau des dépenses effectives. Cette procédure de validation budgétaire retarde la comptabilisation des sommes en cause car la dépense n'a pas été formellement autorisée avant le vote du budget rectificatif. En ce qui concerne les prestations de service, les CAF dépendent des informations détenues par les communes et les associations gestionnaires. Celles-ci sont communiquées trop tardivement pour que

la CNAF puisse les intégrer dans ses comptes. Là encore des budgets rectificatifs sont nécessaires pour valider les engagements. La comptabilité générale reste ainsi dépendante de la procédure budgétaire alors qu'elle devrait en être indépendante. La Cour recommande donc que la procédure budgétaire soit adaptée en conséquence.

Les agents comptables des caisses nationales doivent désormais, dans le cadre de leurs pouvoirs de validation des comptes des organismes de base, s'assurer tout particulièrement de la régularité de ces diverses opérations. Il appartient aux autorités de tutelle d'aménager le cadre budgétaire pour que celui-ci n'interfère pas avec les opérations comptables.

B – Les comptes de tiers

En comptabilité, les comptes de tiers permettent d'assurer le suivi des créances et des dettes d'un organisme. Il s'agit de comptes par lesquels transitent certaines opérations avant d'être dénouées et faire l'objet d'une imputation dans les comptes de charges ou de produits : avances et acomptes, recettes de provenance inconnue, charges à payer, indus, crédits à affecter...

Moins visibles que les résultats ou les agrégats relatifs aux charges et produits, les soldes en fin d'exercice de ces comptes de tiers renseignent sur la maîtrise des procédures de traitement comptable. Ainsi, l'exactitude des imputations et surtout le suivi de leurs conditions d'apurement sont déterminants pour la qualité des comptes et leur analyse. Ils constituent un enjeu d'autant plus important pour l'amélioration de la sincérité des comptes que les opérations qui transitent par les comptes de tiers présentent en général un risque financier.

Lorsque ces opérations font l'objet d'un apurement progressif, les COREC ont relevé un grand nombre d'anomalies et d'inexactitudes dans la passation des écritures comptables.

Celles-ci, relevées au cours des vérifications effectuées ces dernières années, ont conduit le comité de pilotage des COREC à programmer une étude particulière à partir d'un échantillon de 31 organismes de base du régime général (10 CAF, 11 CPAM, 1 CRAM et 9 URSSAF) qui a confirmé les précédentes constatations de la Cour.

1 – Un suivi de l'apurement des soldes trop peu rigoureux

En fin d'exercice, le suivi et la justification des comptes de tiers sont assurés par des états de solde qui décrivent pour tous les comptes le

détail des opérations concernées avec un certain nombre de mentions obligatoires. Ces états doivent être annexés aux comptes annuels. Cette présentation permet de faire de l'état de solde un double outil : à la fois pour contrôler l'exactitude des flux inscrits en comptabilité de l'exercice clos et pour assurer au cours de l'exercice suivant un suivi de l'apurement du compte.

Selon le constat établi par les COREC, les états de solde sont établis en fin d'exercice mais leur suivi ultérieur en vue de l'apurement est, d'une façon générale, peu rigoureux, souvent lacunaire, voire défaillant :

- en cours d'année, la majorité des organismes procèdent certes à une revue (plus ou moins) systématique des soldes, mais dans des conditions qui sont très rarement formalisées dans le plan de contrôle interne ;
- des organisations spécifiques sont mises en place dans un grand nombre de caisses, mais la formalisation et le ciblage des créances sont loin d'être assurés, leur montant et ancienneté ne sont pas pris en compte et certains agents comptables ont néanmoins mis en place un tableau de bord sans disposer de cette information ;
- dans plusieurs organismes, les écritures de régularisation sont loin de faire l'objet d'un report systématique sur les états de solde ;
- enfin, dans des cas extrêmes, certains organismes n'opèrent aucun suivi des opérations d'apurement.

En ce qui concerne les charges à payer relatives à la gestion administrative, l'état de solde n'est pas toujours accompagné des pièces ou éléments permettant de vérifier la justification du service fait qui incombe au comptable. Les contrôles sont souvent partiels, voire inexistantes. Des charges à payer sont comptabilisées sans que les services comptables soient en mesure d'identifier la nature de la dépense. Cette situation se rencontre dans plus de la moitié des CPAM auditées, dans trois CAF et une URSSAF.

En outre, le rapprochement des dépenses réalisées au titre des exercices antérieurs avec les charges à payer constituées devrait être un élément essentiel de l'analyse des comptes. Il permet, en effet, de vérifier la qualité des estimations et la sincérité des éléments pris en charge par le comptable. Les COREC ont observé que cette démarche est rarement mise en œuvre.

2 – Deux postes considérés comme sensibles particulièrement concernés

Il s'agit d'une part, des indus²⁶⁴ des CAF et des CPAM et, d'autre part, des crédits à affecter des URSSAF.

a) Les indus des CAF et des CPAM

Le total des indus à récupérer s'élevait dans les CAF au 31 août 2003 à 766,5 M€. Les COREC ont constaté que les organismes dotés d'un tableau de bord sont minoritaires et la recherche d'une prévention des causes d'indus n'a été que rarement relevée. Enfin, très fréquemment (et cela peut apparaître comme une conséquence), les COREC ont relevé des écritures anciennes subsistant sans mouvement récent, générant donc des créances prescrites.

Dans les CPAM, seuls quelques agents comptables se sont dotés d'un tableau de bord et la prévention et la détection des indus ne font qu'exceptionnellement l'objet d'une procédure de contrôle interne.

Dans plus de la moitié des CPAM examinées, aucune organisation et aucun suivi n'ont été mis en place, les agents comptables s'estimant déchargés de toute responsabilité dès la transmission des dossiers au contentieux qui relève de la responsabilité de l'ordonnateur. Des écritures anciennes subsistent dès lors dans les comptes sans aucun mouvement sur une longue période. Ainsi, dans une CPAM, des soldes, correspondant à plusieurs milliers d'écritures, subsistent qui n'ont pas tous été transférés au service contentieux : les plus anciens datent de 1987.

De manière générale, les COREC ont noté l'absence de coordination entre les services prestations et les services comptables.

b) Les crédits à affecter des URSSAF

Lorsque les encaissements effectués ne peuvent être rapprochés des pièces justificatives, les URSSAF, faute de pouvoir les imputer correctement, les enregistrent provisoirement en « crédits à affecter ».

Les contrôles ont fait apparaître un grand nombre de crédits à affecter de plus de douze mois et des montants en solde qui restent importants dans certains organismes : 15,8 M€ à Lyon, un peu plus de 8 M€ à Paris, Nantes et Orléans. Dans deux URSSAF, celle de Paris et de Nantes, les COREC ont constaté que les agents comptables n'avaient

264. Prestations auxquelles le bénéficiaire n'a pas droit du fait d'un changement de sa situation familiale, de ses revenus ou d'un trop perçu.

pris aucune mesure de surveillance de ces crédits à affecter. Ces dysfonctionnements sont dus à un partage de responsabilité insuffisamment clarifié entre les services de l'ordonnateur et de l'agent comptable. L'agent comptable de l'ACOSS considère qu'en l'état du droit la régularisation des crédits à affecter et des avoirs incombe à l'ordonnateur seul même si la responsabilité de l'élaboration du plan de contrôle interne est partagée avec l'agent comptable.

De même, pour les avoirs liés à des versements supérieurs aux montants dus par le cotisant, les suivis sont très inégaux pour des montants qui atteignent 6,5 M€ à l'URSSAF de Lyon, près de 4 M€ à Nantes et plus de 2 M€ à Orléans et Caen. Dans quatre URSSAF (Lyon, Nantes, Orléans et Paris) il a été constaté une absence de coordination entre les services ordonnateurs et l'agence comptable. Cette situation est préjudiciable aux cotisants qui ne sont pas informés systématiquement de l'existence d'un trop versé et peut conduire l'URSSAF à s'approprier indûment les soldes.

En dépit de ces constats, les travaux des COREC montrent cependant que des efforts réels ont été réalisés dans la plupart des organismes. La distinction introduite par l'ACOSS entre crédits à affecter de moins d'un mois (535 M€), en augmentation sensible, et les crédits à affecter de plus d'un mois (171 M€ fin 2004) confirme les progrès de la gestion dans les URSSAF et les CGSS.

Afin de résorber dans les meilleurs délais ces crédits, la Cour recommande trois pistes :

- envisager la possibilité d'apurements exceptionnels lorsqu'il est confirmé, après recherche, que les pièces justificatives sont égarées ;
- intégrer de manière explicite dans le plan de contrôle interne, signé entre l'agent comptable et le directeur, la question du suivi des comptes de tiers et de la coopération entre les services destiné à garantir un apurement rapide et régulier ;
- prévoir, dans la continuité des réflexions engagées pour clarifier les responsabilités respectives de l'ordonnateur et de l'agent comptable, un « devoir d'alerte » de l'agent comptable vis-à-vis de l'ordonnateur lorsque des soldes restent en suspens.

C – Les opérations de fin d'exercice

On appelle opérations de fin d'exercice, dites encore opérations d'inventaire, l'ensemble des opérations comptables qui ne sont pas dénouées lors de la clôture annuelle des comptes, fixée pour l'ensemble des organismes de sécurité sociale au 31 décembre. Elles doivent être

regroupées dans un état comptable particulier, communément appelé « balance n°13 », distincte des balances mensuelles.

Ces opérations se rapportent toutes à l'exercice à clôturer et portent d'une part sur les immobilisations, les créances et les dettes inscrites au bilan, et, d'autre part, sur les charges à payer et produits à recevoir constatés par les comptes de résultat. Elles concernent toutes les gestions. La fiabilité de la comptabilisation de ces opérations est indispensable à la sincérité des comptes.

1 – L'arrêté des comptes

Avant la réforme intervenue en 2001, les comptes des organismes nationaux étaient définitivement arrêtés après leur présentation aux conseils d'administration. Cette présentation n'intervenait pas, la plupart du temps, avant octobre. La CCSS devait travailler sur les documents provisoires transmis par ces organismes et sujets à révision ultérieure. Le décret du 19 septembre 2001 a introduit une obligation réglementaire de transmission des comptes, donc d'arrêté, fixé au 28 février, cette échéance étant reportée à titre provisoire au 31 mars pour les exercices 2002 à 2004. Ce délai a été respecté par la quasi-totalité des organismes. Toutefois, les principes applicables à l'arrêté des comptes restent encore mal appliqués, situation qui, si elle se prolongeait, compromettrait le passage à la date du 28 février.

La principale caractéristique du régime des droits constatés réside dans le rattachement à l'exercice des charges non encore décaissées et des produits non encore encaissés. Une des conséquences liées à ce mode d'enregistrement des opérations comptables est la disparition de la période complémentaire qui caractérise la tenue de la comptabilité dans un système d'encaissement et de décaissement et qui permet de rattacher à l'exercice supposé clos des opérations initiées en fin de période (la période complémentaire a pour effet d'autoriser les comptables à passer des écritures pendant un certain temps après la fin de la période calendaire). Dans le système de droits constatés, une telle période n'existe pas.

Le code de la sécurité sociale²⁶⁵ a prévu, à la clôture de l'exercice, une période d'inventaire au cours de laquelle de nouvelles opérations ne peuvent être passées. Au cours de cette période d'inventaire qui suit la clôture de l'exercice, les comptables enregistrent dans des comptes prévus à cet effet les charges qu'ils auront à payer et les produits attendus inhérents aux opérations engagées (donc certaines) qui ne sont pas encore dénouées au 31 décembre.

265. D. 253-15 à 19 pour le régime général et D. 613-9 et 10 pour les non salariés.

Le strict respect de la règle de clôture de la balance 12 (décembre) est une condition de la régularité des comptes. L'enquête conduite auprès des agents comptables des caisses nationales a montré que, dix ans après l'adoption des droits constatés, cette règle n'est pas toujours strictement respectée. Les COREC ont en effet relevé que des opérations administratives initiées en fin d'année et non dénouées étaient comptabilisées en charges courantes et non en charges à payer. En ce qui concerne les dépenses techniques, la Cour a constaté une comptabilisation identique pour l'assurance maladie. Celle-ci continue d'ouvrir une période complémentaire pour les charges liées aux versements de la dotation globale hospitalière effectués jusqu'au 15 janvier et inscrits en totalité en charges courantes de l'exercice.

Ce principe vaut également, au sein du régime général, pour le traitement des « crédits à affecter ». Certains versements de cotisations sont en effet effectués sans qu'il soit possible d'identifier immédiatement les comptes à créditer. Ils sont alors enregistrés dans des comptes de tiers dans l'attente d'une régularisation. Pour les organismes bénéficiaires, ces encaissements n'en constituent pas moins des recettes constatées. Au 31 décembre 2004, les crédits à affecter à répartir entre les caisses nationales s'élevaient à 706 M€ contre 754,5 M€ en 2003 et 520 M€ en 2002.

En fin d'exercice, l'ACOSS effectue une répartition provisionnelle entre les caisses sur une base forfaitaire. Une fois les identifications effectuées, elle procède à une régularisation sur les exercices antérieurs.

Cette procédure ne doit cependant pas conduire à retarder l'arrêté des comptes par les caisses nationales dans l'attente d'une connaissance plus précise des montants des ressources qui leur sont dues : les montants notifiés par l'ACOSS doivent être enregistrés en recettes à régulariser (compte de tiers) et en produits sur exercices antérieurs au moment des régularisations.

La Cour insiste pour que la règle d'arrêté des comptes soit strictement respectée tant par les agents comptables que par les directeurs et demande au haut conseil interministériel de la comptabilité des organismes de sécurité sociale d'y veiller particulièrement.

Au-delà du respect de la norme comptable, elle est une condition sine qua non du raccourcissement des délais de production des états financiers.

2 – Le traitement des opérations réciproques entre organismes sociaux

Le traitement des opérations réciproques entre organismes de sécurité sociale constitue une des autres causes du non respect de la date d'arrêté des comptes.

Il s'agit d'opérations de transfert entre organismes de sécurité sociale ou entre ceux-ci et les fonds qui les financent. Elles peuvent s'étendre aux relations entre les organismes sociaux et l'Etat, notamment pour les produits recouvrés par l'Etat pour le compte de ces organismes. Elles sont réciproques dans la mesure où une même opération constitue une charge pour l'un et un produit pour l'autre (c'est le cas par exemple des cotisations retraite des assistances maternelles ainsi que les cotisations plafonnées au titre de l'assurance vieillesse des parents au foyer, l'AVPF, versées par la CNAF à la CNAVTS). Les caisses partenaires doivent normalement inscrire les mêmes montants dans leurs comptes, ce qui constitue un point de contrôle usuel lors des missions de certification.

Le traitement de ces opérations n'est pas aujourd'hui satisfaisant. Certains organismes attendent de connaître les montants exacts qui leur seront attribués, plusieurs semaines après la fin de l'exercice, pour pouvoir les inscrire en produits. Cette procédure n'est donc pas conforme aux normes comptables. Si le versement n'a pas été effectué à la date de clôture des comptes et si le montant exact n'en est pas connu, celui-ci doit être estimé et être inscrit en produit à recevoir pour l'un et en provision pour charges. La régularisation interviendra au début de l'exercice suivant lorsque le montant exact du transfert sera connu. Il importe que le traitement comptable soit identique dans les deux organismes partenaires et que l'un n'inscrive pas, par exemple, un produit à recevoir quand l'autre enregistrerait une charge courante ou vice versa.

Les délais de traitement de ces opérations représentent pour certains organismes un aspect important, voire essentiel, pour l'arrêté de leurs comptes. Ainsi la CNAF ne peut arrêter ses comptes sans disposer des données comptables des organismes ou entreprises qui versent directement des prestations familiales (soit une vingtaine de partenaires) ; de même, les trois caisses nationales du régime général dépendent de l'ACOSS pour connaître le montant des produits qui leur reviennent et celui des contributions qu'elles doivent à l'ACOSS pour sa gestion administrative

Il en va de même du FSV dont l'arrêté des comptes dépend des états comptables fournis par les régimes vieillesse et par l'ACOSS. Pour les comptes 2004, la date butoir fixée au 18 février 2005 a été respectée

par tous les régimes à l'exception de l'Etat pour ses fonctionnaires et de la CNAVPL qui ont transmis leur données respectivement les 22 et 25 février. De son côté, l'ACOSS a fait parvenir les dernières informations relatives au recouvrement le 25 février mais les notifications officielles ne lui ont été adressées que le 7 mars pour les produits recouvrés par les URSSAF et le 15 avril pour le recouvrement direct effectué par l'ACOSS, retardant d'autant l'arrêté des comptes de l'organisme.

La Cour appelle au strict respect de ces règles qui conditionne la sincérité des comptes des organismes et la cohérence des tableaux d'équilibre.

3 – Le traitement en fin d'exercice des charges et des produits

Les prestations d'une part, les produits du recouvrement de l'autre, sont comptabilisés tout au long de l'année respectivement en charges et produits. Lors de la clôture des comptes de l'année *n*, les prestations versées à terme échu, donc début janvier de *n+1*, doivent être rattachées à l'exercice *n* en tant que charges à payer. De même, les cotisations, contributions et remboursements dus au titre de l'exercice mais dont les justificatifs n'ont pu être produits au cours de celui-ci sont comptabilisés en produits à recevoir.

La sécurité sociale présente une situation contrastée. Dans le cas des pensions, des prestations familiales et des rentes d'accidents du travail, la dernière échéance étant liquidée en décembre et payée en janvier suivant, les montants sont connus au centime près. Les caisses nationales peuvent donc à partir des remontées des comptes des organismes de base calculer avec exactitude les charges à payer. L'incertitude ne porte que sur les prestations correspondant à des droits ouverts après la date de la dernière liquidation mensuelle et sur les rappels de prestations qui doivent être rattachés à l'exercice clos. Dans ces deux cas, l'organisme doit calculer une provision.

Concernant les rappels de prestations, la Cour avait relevé l'an passé que l'absence de provisionnements par la CNAF des rappels sur prestations et des indus portait atteinte au principe des droits constatés. Une première étude, réalisée par la CNAF, avait chiffré à 1,1 Md€ les prestations de 2001 et 2002 qui avaient été imputées directement dans les comptes 2003, sans qu'aucune provision n'ait été constituée dans les comptes antérieurs. De même, pour 0,32 Md€ fin 2003 d'indus (prestations payées à tort et mises en recouvrement), des provisions auraient du être constituées, les taux de recouvrement s'établissant à environ 94 %.

C'est seulement fin décembre 2004 que l'agent comptable de la CNAF a transmis à la MCP des propositions détaillées en vue d'une première application, sur les comptes 2004, de ces provisionnements.

Des calculs plus précis, portant sur le régime général, avaient permis de chiffrer à 0,6 Md€ les rappels payés en 2004 dans le régime général au titre des années antérieures. Leurs transpositions aux autres régimes conduisaient à proposer un montant global de 0,75 Md€. De même, pour les indus, compte tenu des données analysées, une provision de 80 M€ était proposée.

La DSS n'a pas souhaité donner suite à ces propositions, se réservant de les mettre en œuvre ultérieurement. L'intégration d'une provision dans les comptes peut en effet avoir une incidence sur le résultat comptable l'année de leur première inscription. Néanmoins, ces difficultés peuvent recevoir plusieurs solutions techniques dans le cadre de la présentation des comptes²⁶⁶. La Cour souhaite que ce point soit réglé lors de l'arrêté des comptes 2005.

En ce qui concerne, d'une part, les prestations maladie, les prestations d'accidents du travail et maladies professionnelles autres que les rentes et, d'autre part, les cotisations et contributions sociales des salariés auto-liquidées par les employeurs²⁶⁷, la situation est différente. Dans le premier cas, le fait générateur est le soin dispensé ou la prescription, mais le montant à rembourser ne peut être connu, lorsque la télétransmission n'est pas utilisée, qu'après réception par la caisse primaire des feuilles de soins, lesquelles leurs sont adressées par l'assuré avec un délai plus ou moins long et parfois irrégulier²⁶⁸. Dans le second cas, le montant dû par les entreprises n'est connu qu'au moment de l'échéance par le bordereau de déclaration qui accompagne, normalement, le paiement. Dans les deux cas, les montants à inscrire en charges à payer ou en produits à recevoir ne peuvent pas être connus avec certitude et doivent faire l'objet d'évaluation.

Dans ses précédents rapports, la Cour a examiné les méthodes mises en œuvre par les caisses maladie, d'un côté, et par l'ACOSS, de l'autre, pour effectuer ces évaluations. La recherche d'une plus grande fiabilité a conduit à privilégier dans tous les cas une méthode nationale. Les améliorations apportées aux bases de données constituées à partir

266. Notamment la reconstitution « proforma » dans les comptes de l'année n-1 de provisions calculées selon des modalités techniques équivalentes. Avec une telle présentation, l'impact réel sur les comptes de l'année est circonscrit

267. Pour les non salariés, les cotisations donnent lieu à des appels en cours d'année et sont donc intégralement comptabilisées en produits pour les montants appelés.

268. L'assuré social dispose d'un délai maximum de deux ans pour présenter sa feuille de soins à la CPAM.

des données comptables ont permis d'affiner progressivement les estimations²⁶⁹. Si les efforts pour les améliorer doivent être poursuivis, ces méthodes n'appellent pas à ce stade de nouvelles observations.

En revanche, la Cour souhaite attirer l'attention des caisses nationales sur la question des délais liés à ces opérations. Les agents comptables des caisses nationales ont jusqu'ici procédé de la façon suivante : les charges à payer en prestations maladie et les produits à recevoir du recouvrement évalués au niveau national étaient ventilés entre les organismes de base qui les intégraient dans leurs balances d'inventaire ; les agents comptables de ces organismes les faisaient ensuite remonter au niveau national pour centralisation des balances et vérification de la cohérence avec le calcul national.

Ces allers-retours allongent très sensiblement les délais d'élaboration des comptes combinés et, dans le cas de l'ACOSS, retardent la notification des produits du recouvrement aux caisses bénéficiaires.

En effet, lorsque les charges à payer et les produits à recevoir sont évalués directement par l'organisme national, l'enregistrement comptable de ces données dans les organismes de base ne doit pas faire obstacle à une intégration directe dans les comptes combinés.

4 – Les provisions pour créances douteuses et prestations indues et le traitement des créances prescrites

Les caisses calculent chaque année des provisions pour dépréciation de leurs créances, les unes sur les prestations indues à récupérer, les autres sur les cotisations et contributions dues. La Cour examine régulièrement les méthodes de calcul utilisées.

Pour les prestations, la CNAMTS, la CNAVTS, l'ORGANIC et la CANCAVA inscrivent des provisions à partir de la centralisation des montants calculés par les organismes de base. En revanche, la CNAF ne procède à ce jour à aucun calcul de provision sur les indus.

En ce qui concerne les cotisations, la CANAM, l'ORGANIC et la CANCAVA centralisent les montants des créances douteuses calculées au niveau de chaque organisme de base en fonction de l'ancienneté et du stade du contentieux. De son côté, l'ACOSS procède à un calcul effectué directement au niveau national à partir du montant des restes à recouvrer en fin d'année. Sur la base de séries passées, des taux de provisionnement sont évalués par catégories de cotisants, selon l'ancienneté de la créance et par zones géographiques²⁷⁰ pour tenir

269. Voir les rapports de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 1999, 2000, 2001, 2002 et 2003.

270. Ile-de-France, province, DOM.

compte des différences de comportement. L'ACOSS applique ensuite ces taux aux créances de chaque URSSAF et CGSS. Ces dernières les inscrivent dans leurs comptes avant de faire remonter ceux-ci pour centralisation à l'ACOSS. Le montant national des provisions peut alors être ventilé entre les caisses nationales bénéficiaires des produits du recouvrement et inscrites dans leurs comptes.

Là encore, cet aller-retour se traduit par des délais inutiles. Dès lors que le montant à transmettre aux caisses nationales est connu par le calcul effectué au plan national, la Cour recommande, comme précédemment, une intégration directe au niveau national, indépendamment de la ventilation des provisions entre les caisses de base.

Le fait de provisionner les créances n'interrompt pas le recouvrement contentieux. Parmi ces créances, certaines sont frappées par la prescription. Dans son rapport de septembre 2004, la Cour a rendu compte de l'enquête réalisée par les COREC sur les créances prescrites. Entre 1995 et 2002, le montant cumulé des créances ayant donné lieu à annulation s'est élevé à 847 M€²⁷¹. Elle notait que « faute d'une réglementation prévoyant l'apurement des créances prescrites, celles-ci s'accumulent dans les comptes de nombreux organismes de sécurité sociale » et recommandait qu'une « procédure d'apurement par admission en non-valeur soit formalisée au plan juridique ». Cette recommandation demeure.

5 – Le traitement comptable des versements de l'Etat

A la clôture de l'exercice, l'Etat reste débiteur vis-à-vis des organismes de sécurité sociale de sommes dues mais qui ne seront versées qu'au cours de l'exercice suivant. Il s'agit, d'une part, des exonérations de cotisations sociales (mesures emploi), d'autre part, des prestations prises en charge par l'Etat mais gérées par les caisses de sécurité sociale (prime de Noël aux allocataires du RMI, AAH, CMU, AME...). Il est également débiteur des sommes dues au titre des impôts et taxes que ses services collectent pour le compte des organismes de sécurité sociale et qui font l'objet d'un versement dont les dates sont fixées par convention (taxes alcool et tabac, CSG sur les revenus des capitaux).

Ces créances sont toutefois de nature différente : les premières sont des dépenses inscrites dans le budget de l'Etat alors que les secondes correspondent à un recouvrement assuré par l'Etat pour un tiers

271. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2004 p. 131 à 133.

et qui, de ce fait, ne transitent pas par les comptes de charges et produits de l'Etat.

a) Les créances correspondant à des dépenses de l'Etat

Celles qui correspondent à des dépenses de l'Etat, appelées aussi « restes à recouvrer », constituent des créances d'exploitation à apurer en fonction des calendriers inscrits dans les conventions négociées entre l'Etat et les organismes sociaux. Cet apurement a lieu en général courant janvier. Les montants en cause sont directement fonction de ceux des prestations versées et des cotisations exonérées et donnant lieu à recouvrement. Depuis la signature de ces conventions, il n'existe plus a priori de décalage de trésorerie qui viendrait gonfler artificiellement les produits à recevoir en fin d'année.

La CNAF enregistre les dépenses effectuées au titre de l'AAH et de l'API en charges et les remboursements effectués par l'Etat en produits. Les sommes dues par l'Etat au titre de décembre, bien que payées en janvier n+1, sont comptabilisées en produits courants alors qu'elle devraient l'être en produits à recevoir avec constitution d'une créance sur l'Etat. La différence de comptabilisation entre l'Etat (comptabilité de caisse) et les organismes sociaux (comptabilité d'exercice) et le fait que l'Etat dispose d'une période complémentaire rattachée à l'exercice clos peuvent expliquer cette pratique. Toutefois, le fait que la prestation soit payée à l'allocataire en décembre mais que l'Etat ne rembourse la CNAF qu'en janvier crée bien un décalage de trésorerie que l'arrêté des comptes doit refléter. La constatation d'un produit à recevoir est nécessaire pour pouvoir constater une créance sur l'Etat.

Un problème identique se pose pour les opérations pour compte de tiers, qui donnent lieu à un remboursement de la part de l'Etat ou des départements (ASA, FNH, FNAL, RMI). Elles doivent être comptabilisées en compte de tiers avec comptabilisation des prestations payées le 5 janvier en charges à payer en non en charges courantes et les remboursements attendus en produits à recevoir.

La Cour souhaite que ce schéma soit mis en place dès les comptes 2005. Lorsque la comptabilité de l'Etat passera en comptabilisation d'exercice, celui-ci devra de même comptabiliser des dettes ou des charge à payer, selon le cas. Il appartiendra à la Cour, qui assure un suivi annuel de ces créances dans le cadre de l'analyse des relations entre l'Etat et la sécurité sociale, de s'assurer que les montants inscrits dans les comptes des uns et des autres seront rigoureusement identiques.

De plus, l'Etat justifie que les agents comptables ne provisionnent pas ces créances au motif qu'elles sont apurées régulièrement. Cette absence de provisionnement a soulevé une question au cours des années

récentes, liée à l'absence de remboursement par l'Etat des exonérations de cotisations relatives aux 35 heures et au plan textile. Dès lors qu'un risque de non recouvrement existe, les caisses nationales sont tenues, conformément aux règles comptables générales, de constituer une provision pour créance litigieuse. Alors qu'il devrait être automatique, ce provisionnement des créances sur l'Etat n'est effectué, dans la pratique, que sur instruction de l'administration, ce qui est contraire au principe de la responsabilité du comptable et entache l'image fidèle des comptes.

Pour les exonérations liées aux « 35 heures », les caisses nationales ont inscrit en 2000 le produit du remboursement des exonérations dans leurs comptes avant que l'Etat fasse savoir qu'il n'entendait pas procéder à ce remboursement. Suite aux observations de la Cour²⁷² et à l'intervention du Parlement, des provisions ont été passées en 2002 et la CADES a procédé en 2003 au remboursement d'une partie de la dette de l'Etat. Le solde a été versé en 2004.

En revanche, en dépit des observations réitérées de la Cour, des provisions n'ont toujours pas été passées dans deux autres cas où le défaut de paiement est pourtant manifeste :

- le premier concerne les exonérations de cotisations du plan textile qui après annulation par la Cour de justice des communautés européennes, doivent être remboursées à l'Etat par les entreprises. Si l'Etat a ainsi une créance sur les entreprises bénéficiaires, il a aussi une dette à l'égard des caisses du régime général. Le non recouvrement de sa créance ne saurait le dispenser d'honorer sa propre dette. En tout état de cause, celle-ci doit faire l'objet d'une provision pour créance douteuse dans les comptes des caisses ;
- le second est relatif au remboursement des exonérations imputables à décembre 1999 et 2000. Lors de la mise en place du FOREC, le versement effectué par l'Etat en janvier 2001 a été affecté au FOREC et comptabilisé en produit de l'exercice 2001 et non rattaché comme cela aurait dû l'être aux exercices 1999 et 2000. De ce fait, la créance détenue par les organismes sur l'Etat n'a jamais été soldée. Là encore, une provision aurait dû être passée dans les comptes des organismes.

La Cour avait souhaité dans son dernier rapport qu'une solution définitive soit rapidement apportée à ces questions sur la base d'une étude interministérielle annoncée dans des lettres du directeur de la sécurité sociale à l'agent comptable de l'ACOSS en date du 10 mars 2003 et du 27 août 2003. Elle constate que cette dette n'a toujours pas été réglée.

272. Voir les rapports de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2001, p. 29 et de septembre 2002, p. 14.

Enfin, plus généralement, la Cour a constaté que l'enregistrement des exonérations de cotisations et leur compensation n'étaient pas conformes aux normes comptables. Dès lors que les URSSAF et les CGSS, ainsi que les caisses de MSA, n'ont pas le pouvoir de porter auprès de l'Etat la créance qu'elles constatent et n'ont pas connaissance de la réalité du remboursement, elles ne peuvent pas comptabiliser celui-ci en produits. Il ne peut l'être que par l'organisme qui prend en charge la créance, la notifie à l'Etat et en constate le remboursement, à savoir l'ACOSS et la CCMSA. Les URSSAF, les CGSS et les caisses de MSA doivent, de leur côté, les comptabiliser en comptes de tiers.

En outre, le remboursement devrait figurer sur la rubrique « contributions de l'Etat » comme cela est désormais le cas dans la présentation de la CCSS.

b) Les impôts et taxes recouvrés par l'Etat

L'Etat recouvre pour le compte des organismes sociaux (régime général, FSV, FRR et FFIPSA) deux types d'impôts et taxes : d'une part, les taxes sur le tabac et les boissons alcoolisées et, d'autre part, les contributions sociales sur les revenus du patrimoine (CSG, CRDS, prélèvement social de 2,3 %), les produits de placement et des jeux, notamment émis par voie de rôles généraux et individuels. Le total s'est élevé en 2004 à 11,8 Md€²⁷³, dont 5,2 Md€ par voie de rôles.

En ce qui concerne le droit de consommation sur les tabacs, celui-ci fait l'objet d'une déclaration mensuelle des distributeurs et des importateurs et est payé le 5 du mois suivant celui au titre duquel la liquidation a été effectuée²⁷⁴. Le montant des taxes relatives au mois de décembre doit donc être comptabilisé en produits à recevoir.

Pour les contributions sociales donnant lieu à émission de rôles, l'Etat a entrepris, fin 2002, une réforme de la procédure de versement sur les revenus du patrimoine. Celle-ci a eu pour objectif de régulariser les dates de versement de façon à améliorer la gestion de la trésorerie du régime général. Dès l'homologation des rôles des contributions sociales, la DGI notifie à la DGCP les informations relatives aux montants et références des émissions. De son côté, la DGCP transmet :

- à l'agence comptable centrale du trésor (ACCT) qui les centralise, les montants détaillés et les dates des versements opérés par les trésoreries générales en vue d'un versement unique sur les comptes des organismes bénéficiaires effectué le 3^{ème} jour du mois suivant ;

273. Le total des impôts et taxes affectés aux organismes de sécurité sociale s'est élevé en 2004 à 87 Md€.

274. Art. 570 et 575 C du code général des impôts.

- aux organismes de sécurité sociale, les montants à recevoir et le calendrier des versements correspondants.

Ainsi, les produits rattachés au mois de décembre, versés le 30 janvier, doivent donner lieu à une comptabilisation comme « produits à recevoir ».

Les organismes reçoivent 97 % du rôle émis (la différence, 3 %, correspondant aux sommes non recouvrées) et reversent à l'Etat 0,5 % de frais de gestion.

D – La nécessité d'une présentation homogène des comptes

Les travaux du groupe « lisibilité des comptes » menés au sein du haut conseil ont montré que la présentation des états financiers de l'ensemble des organismes de sécurité sociale, pourtant normalisée par le plan comptable unique, restait très hétérogène et que le contenu des annexes ne comportait toujours pas les informations utiles à la compréhension des comptes.

Une présentation des documents comptables commune à tous les organismes doit être la règle. La lisibilité de ces documents et leur exploitation supposent que leur volume soit réduit et qu'ils soient présentés selon un ordre logique validé par le haut conseil. Ces documents doivent en outre être distincts du rapport d'activité du directeur qui comporte ses commentaires sur la gestion.

Une attention particulière devra être apportée à la confection de l'annexe. Celle-ci devra comporter obligatoirement :

- les termes du référentiel comptable applicable ;
- si elles existent, les règles particulières à la gestion de l'organisme expliquant certaines opérations, par exemple l'enregistrement des produits dans les caisses nationales du régime général en l'absence de tout recouvrement direct ;
- les changements de méthode de comptabilisation ;
- enfin, les faits significatifs de la gestion affectant les comptes.

La Cour s'assurera de la lisibilité de l'ensemble de ces documents comptables.

RECOMMANDATIONS

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

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

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

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

Chapitre IX

Les modalités de la certification

PRESENTATION

L'établissement de comptes retraçant l'activité, le patrimoine et les résultats financiers d'un ensemble d'organismes regroupés au sein d'une branche ou d'un régime pose des problèmes particuliers pour la certification des comptes. La spécificité des organismes de sécurité sociale, qui ne disposent pas de fonds propres, a conduit à substituer la notion de combinaison à celle de consolidation utilisée pour les sociétés anonymes (privées comme publiques). Cette question de terminologie n'est pas indifférente lorsqu'il s'agit de s'assurer que le périmètre de combinaison retenu par le comptable donne bien une image fidèle du patrimoine et du résultat financier de l'ensemble contrôlé par l'organisme consolidant. Elle est examinée ci-dessous.

Le présent chapitre s'attache également à préciser les conditions que la Cour estime nécessaires, en particulier en matière de contrôle interne, pour certifier les comptes. Les missions intermédiaires qu'elle réalisera en cours d'année s'attacheront particulièrement à évaluer les dispositifs de contrôle interne mis en place, ainsi que les systèmes d'information et les procédures informatisées, et à s'assurer de leur bonne application.

Enfin, pour mieux préciser les diligences que la Cour devra mettre en œuvre pour répondre à la mission que lui a confiée le Parlement, une application de la méthode est présentée sur les comptes combinés établis par la CNAMTS. Cet exercice est avant tout d'ordre pédagogique et n'est donné qu'à titre d'illustration. Il a été réalisé en étroite coopération avec l'organisme.

I - Les principes de la certification

Dans le cadre des travaux qu'elle conduit en vue de la certification des comptes de l'Etat en application de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF), la Cour a décidé, en tenant compte de ses missions et responsabilités particulières, de s'inspirer des normes d'audit applicables aux entités publiques publiées par l'organisation internationale des institutions supérieures de contrôle (INTOSAI) dont elle est membre ainsi que celles établies par l'IFAC²⁷⁵ (dénomination anglaise de la fédération internationale des experts comptables). Elle adoptera la même méthode pour certifier les comptes établis par les organismes de sécurité sociale.

275. IFAC : International federation of accountants.

L'objectif des audits qu'effectue le certificateur sur les états financiers est de lui permettre d'exprimer une opinion selon laquelle les états financiers ont été établis, dans tous leurs aspects significatifs, conformément à un référentiel comptable identifié.

A – Combinaison et consolidation

Les agents comptables des caisses nationales sont appelés à centraliser des comptes d'entités pour établir ce qu'on appelle un compte combiné. Cette terminologie, adoptée par le comité de réglementation comptable, vise à transposer la notion habituelle de consolidation aux entités économiques sans capitaux propres. Un bref rappel des principes généraux de la combinaison permettra de préciser les implications et les limites de la méthode retenue pour les organismes de sécurité sociale.

Centralisation, combinaison et consolidation

La centralisation des comptes est le terme générique pour caractériser le rapprochement de plusieurs comptabilités sous l'autorité d'un comptable central. Il s'agit d'une opération de nature administrative qui ne comporte pas de retraitements comptables. L'« agrégation des comptes » est une expression synonyme.

La consolidation des comptes est une opération de nature comptable représentant le mode usuel d'intégration des comptabilités en une seule (on parle alors de « comptes consolidés ») dès lors que l'entité mère assure, d'une façon ou d'une autre, un contrôle des structures consolidées.

La consolidation comporte une intégration des écritures de flux et des écritures de stock avec une neutralisation des opérations réciproques. Cette méthode permet d'obtenir une image fidèle des résultats et du patrimoine et donc du rendement et du risque de l'activité considérée. A la différence de la combinaison des comptes, la consolidation est la seule méthode reconnue au plan international pour les entreprises privées et pour les structures publiques.

La combinaison des comptes est une notion récente, elle aussi de nature comptable. Elle a fait l'objet d'un règlement du comité de la réglementation comptable n° 2002-12 du 12 décembre 2002 homologuant l'avis du conseil national de la comptabilité n° 2002-13 du 22 octobre 2002. Son principal objectif est de permettre à une entité d'intégrer dans sa comptabilité les comptes d'autres entités même si ces dernières sont dépourvues de liens en capital avec la première, ce qui est le cas de nombreuses structures créées par les organismes de sécurité sociale, qui sont juridiquement distinctes, mais dont l'objet et l'activité sont intimement liés à l'entité créatrice. Le § 61 du règlement susvisé précise que le lien de combinaison résulte du fait que les entités ont des relations suffisamment proches pour engendrer un comportement social, commercial, technique ou financier commun.

1 – Le principe de consolidation

D'une manière générale, la consolidation des comptes est un ensemble d'opérations comptables visant à regrouper dans une comptabilité unique des opérations comptables effectuées par des entités juridiquement distinctes. Les comptes consolidés doivent, comme des comptes unitaires, présenter les mêmes qualités de régularité, sincérité et d'image fidèle pour bénéficier d'une opinion positive du certificateur.

La consolidation donne une image d'ensemble de l'activité et du patrimoine qui ne tient pas compte des caractéristiques juridiques de l'ensemble étudié. Cette vision globale permet d'obtenir une meilleure appréhension du volume et des caractéristiques de l'activité et une connaissance exhaustive du patrimoine et des éventuels risques qui s'y attachent.

Les normes comptables privées présentent de longue date des règles de consolidation qui sont fonction des caractéristiques du lien en capital qui unit les entités entre elles. La consolidation est intégrale lorsque la part de capital détenu est supérieure à 50 %. En deçà de 50 %, elle se fait au prorata de cette part sauf si celle-ci, supérieure à la minorité de blocage, s'accompagne d'un contrôle effectif. Deux modes de consolidation sont principalement utilisés : la consolidation par intégration globale et la consolidation par équivalence²⁷⁶.

La consolidation par intégration globale consiste à intégrer dans les comptes des structures consolidantes ceux des structures consolidées, après un retraitement des opérations réciproques. Cela revient à fusionner les comptabilités ligne par ligne, au bilan comme au compte de résultat, en neutralisant les opérations comptables effectuées entre les structures considérées. Ce mode d'intégration s'applique lorsque la structure consolidante détient un pouvoir exclusif ou prédominant (en substance) sur la structure consolidée. Cette méthode vaudra par exemple pour l'ensemble des organismes de base d'une branche, ainsi que pour leurs centres informatiques.

La consolidation par mise en équivalence consiste à substituer à la valeur comptable des titres détenus la quote-part des capitaux propres, y compris le résultat de l'année et à éliminer les opérations comptables effectuées entre les structures consolidées. Pour les structures sans titres de capital l'intégration dans les comptes de l'entité consolidante revient à

276. Il existe aussi la méthode de consolidation par intégration proportionnelle qui s'assimile à une intégration globale, les montants intégrés étant retenus pour une fraction seulement, correspondant à la part détenue par l'entité consolidante dans l'entité consolidée (C. com. Art. L. 233-18 et Règl. 99-02, § 110).

reprendre l'actif net de la structure consolidée (à hauteur du pouvoir détenu par l'autorité consolidante). Ce mode d'intégration s'applique lorsque la structure consolidante exerce un pouvoir notable sur la structure consolidée.

En l'absence de tout lien en capital, il n'est pas possible de définir pour le champ de la sécurité sociale un mode opératoire simple de mise en équivalence. Aussi bien, le principe général qui a été retenu en matière de combinaison est celui d'une intégration à 100 %. Il n'interdit cependant pas dans certains cas très particuliers (exemple de locaux détenus par plusieurs organismes) une intégration au prorata de la part de chacun.

Pour déterminer les entités qui entrent dans ce champ de combinaison, il est nécessaire de substituer au critère du lien capitalistique un faisceau de critères²⁷⁷ : nature juridique du lien entre les entités, pouvoir de nomination aux organes dirigeants, nombre d'administrateurs dans les instances délibératives, origine du financement, principaux bénéficiaires des opérations, responsabilité en cas de défaillance financière ou de déficits récurrents. En cas de contrôle partagé, il conviendra alors de rechercher entre les organismes présents au conseil d'administration un accord sur le mode de combinaison à retenir (et pour les immeubles sur leur valorisation).

Les organismes nationaux devront, dans l'annexe de leurs comptes combinés, préciser le périmètre des entités intégrées, les critères retenus, la méthode de valorisation retenue et l'impact sur l'actif net.

2 – Les procédures de combinaison des comptes

La combinaison des comptes des entités est une procédure connue des caisses nationales qui établissent déjà des comptes combinés.

Toutefois les règles appliquées pour déterminer les périmètres pertinents, comptabiliser les opérations de fin d'exercice et valoriser les éléments de patrimoine, ne sont pas identiques dans toutes les caisses.

277. Les critères à prendre en compte sont définis à l'annexe (section VI) du règlement n° 2002-12 du 12 décembre 2002 du comité de réglementation comptable qui prévoit : « Les critères déterminants du choix du groupe auquel l'entité doit être rattachée sont l'accord entre les entités entre elles et l'importance et la durabilité du lien qui sont appréciées en fonction du centre réel de décision (direction et réseau de distribution) et du niveau d'autonomie de l'entité, c'est-à-dire de la capacité de l'entité à rompre ce lien unilatéralement et sans compromettre la continuité de son exploitation ».

Pour donner une réelle cohérence aux comptes combinés établis par les caisses nationales et aux tableaux d'équilibre par branche des régimes obligatoires et du régime général, il appartiendra au haut conseil de veiller à l'établissement d'un référentiel commun et à la MCP de s'assurer de sa bonne application. Le respect rigoureux des règles comptables dans les entités combinées par chaque caisse nationale constitue une obligation permanente pour l'agent comptable de la caisse nationale.

3 – L'importance nouvelle des bilans

Le haut conseil et la MCP devront apporter une attention toute particulière aux méthodes de consolidation des bilans. Bien que ces bilans soient établis depuis l'entrée en application du plan comptable unique, ils ne respectent pas toujours les normes en usage. Des règles précises devront donc être édictées en ce qui concerne tant les méthodes d'évaluation que la neutralisation des opérations réciproques qui ne peut être effectuée qu'organisme par organisme et pour chaque ligne concernée du bilan et du compte de résultat.

Pour l'accomplissement de leurs missions, les caisses disposent de locaux dont elles sont presque toujours propriétaires et de matériels, notamment informatiques. En outre, certains régimes ont un patrimoine constitué de maisons de retraite et d'institutions à vocation sociale ou médico-sociale. D'autres accordent des prêts à ces établissements (prêt de la CNAVTS à des maisons de retraite ou de la CNAF à des crèches) et donc détiennent des créances.

Enfin, les caisses nationales contrôlent des entités susceptibles d'entrer dans leur périmètre de combinaison (cf. supra). Ce périmètre apparaît devoir être plus large que celui actuellement retenu pour les caisses nationales.

Le bilan constitue un instrument de gestion encore inégalement utilisé tant par les administrations publiques que par les organismes de sécurité sociale. Il permet notamment de suivre les charges induites par le patrimoine, qu'il s'agisse des amortissements, des éventuelles provisions pour grosses réparations et, plus généralement, de porter une appréciation sur les méthodes utilisées pour évaluer les risques financiers qui y sont liés.

B – Les conditions préalables à la certification

Pour la compagnie nationale des commissaires aux comptes, le contrôle interne se définit comme « l'ensemble des mesures de contrôle comptable et autres que la direction définit, applique et surveille sous sa

responsabilité, afin d'assurer la protection du patrimoine, la régularité et la sincérité des enregistrements comptables et des comptes annuels qui en résultent, la conduite ordonnée et efficace des opérations de l'entreprise, la conformité des décisions avec la politique de la direction ». Il joue un rôle très important dans la certification. En effet, le très grand nombre de comptes, d'opérations et de pièces justificatives rend impossible leur contrôle exhaustif. La connaissance et l'évaluation du contrôle interne permettent d'orienter les travaux de certification et de cibler les zones à risque.

Les dispositifs de contrôle interne doivent donc faire l'objet d'un audit par le certificateur à l'occasion de ses missions intermédiaires. Celles-ci visent un triple objectif :

- évaluer le risque inhérent à la nature de l'organisation elle-même ;
- porter un jugement sur les diligences mises en place par le service comptable pour s'assurer de la sincérité des enregistrements comptables au regard de la connaissance qu'il a de l'activité de son organisme ;
- enfin, évaluer le risque lié au contrôle interne lui-même, c'est-à-dire lié au fait qu'une erreur ne soit ni prévenue ou détectée ni corrigée en temps voulu par les systèmes comptables et de contrôle interne.

Dans le domaine de la sécurité sociale, l'importance du contrôle interne pour la certification des comptes est notablement renforcée par le fait que les comptes combinés par la caisse nationale sont établis à partir des comptes des organismes locaux validés par l'agent comptable de celle-ci. Toutefois, le risque qui résulte de l'autonomie juridique des organismes de base ne doit pas être exagéré. Depuis de nombreuses années, les comptabilités sont en effet tenues dans ceux-ci à l'aide d'applicatifs comptables développés par les caisses nationales. Ils assurent une homogénéité de traitement des différentes opérations entre tous les organismes relevant de celles-ci et facilitent ainsi le travail de centralisation des données comptables remontées à la caisse nationale ainsi que leur contrôle.

Ces applicatifs informatiques devront faire l'objet d'audits de façon à donner aux agents comptables des organismes nationaux l'assurance raisonnable que les données comptables qui remontent des caisses de base sont d'une qualité satisfaisante. Dans le cas de l'assurance maladie, ces audits devront être étendus aux organismes (mutuelles de fonctionnaires, GAMEX) qui liquident des prestations pour le compte de l'assurance maladie et dont les opérations sont ensuite intégrées dans les comptes établis par les organismes nationaux.

1 – Les dispositifs existants de contrôle interne

Le contrôle interne a été instauré dans les organismes de sécurité sociale à la suite d'un décret d'août 1993. Mis en place sous la responsabilité conjointe du directeur et de l'agent comptable, il a pour objet de « pallier les risques financiers inhérents aux missions des organismes ». Les COREC en assurent un suivi régulier.

A l'occasion de leurs contrôles annuels, ils ont relevé de nombreuses insuffisances qui au fil du temps ont eu tendance à se réduire. La nécessité d'un pilotage par la caisse nationale, le besoin dans les caisses de base d'outils de suivi et l'utilité d'un processus d'essaimage et d'échanges entre elles ont été régulièrement soulignés. Des progrès sont en cours mais ils restent inégaux et parfois embryonnaires dans certaines branches²⁷⁸.

Ainsi en 2004, la CNAF a défini un socle national d'actions dont la réalisation est prévue au cours de la prochaine COG 2005-2008. La même démarche est engagée au sein de la branche maladie, pour laquelle un référentiel des risques et des procédures destinées à les maîtriser est en cours de définition et devrait être progressivement déployé dans les CPAM d'ici 2006.

En revanche, les analyses complémentaires effectuées par les COREC ont montré qu'au sein des CRAM, pour les aspects AT-MP, le contrôle interne restait embryonnaire. De même, les premiers constats faits dans les centres de traitement informatiques de la branche maladie confirment le caractère encore partiel de la réflexion et surtout des actions décidées par la CNAMTS.

La définition d'un référentiel national et la mise à disposition d'outils par la caisse nationale est une condition nécessaire, mais non suffisante. Ainsi la CNAVTS a, dans un premier temps, pris en charge la phase d'analyse des risques et publié des référentiels nationaux, puis dans un second temps, elle a développé des outils informatiques visant à homogénéiser et à optimiser certains contrôles. Les travaux effectués par les COREC au sein de la branche retraite ont montré que des outils avaient été déployés notamment pour la détection des erreurs dans la liquidation des pensions. A la suite de ces travaux, la CNAVTS a mis en place un indicateur de la qualité de la liquidation avant contrôle.

D'une manière générale, les enjeux liés au contrôle interne sont désormais mieux perçus, notamment à travers les démarches de maîtrise des risques. Afin que soit progressivement comblé l'écart entre des

278. Voir les rapports de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2002 et 2004.

orientations rigoureuses au niveau national et une application souvent décevante au niveau local, la mise en place d'indicateurs permettant de vérifier le caractère effectif et complet du déploiement des référentiels et des autres outils nationaux est nécessaire.

2 – Le renforcement du contrôle interne sur les opérations comptables

Le contrôle interne jusqu'ici mis en œuvre, avec ses insuffisances, a concerné la qualité et l'exactitude de la liquidation et du recouvrement. Il doit désormais être déployé vers la qualité de la production comptable et des états financiers ; une chose est en effet de s'assurer qu'on a payé et recouvré ce qu'on devait, une autre est de s'assurer que ces opérations sont enregistrées en comptabilité conformément aux règles en vigueur.

La mise en place d'un plan comptable unique pour les organismes de sécurité sociale a facilité le traitement des remontées des comptes des organismes de base. Cette unification s'est accompagnée de mesures spécifiques permettant aux agents comptables des caisses nationales de s'assurer de la fiabilité des balances qu'ils centralisent. Ces procédures, la plupart automatisées, sont généralement intégrées ou liées aux applications informatiques qui assurent la remontée des balances. Il s'agit principalement de tests de cohérence et de vraisemblance, de reprise de soldes et de contrôle des périodes de rattachement. Ils ont aussi une vocation de surveillance budgétaire des organismes locaux.

Lors de l'établissement des comptes annuels, ces contrôles sont complétés dans les principaux régimes par des contrôles spécifiques qui donnent lieu, éventuellement, à des demandes de correction adressées aux agents comptables des organismes de base. Toutefois, ces vérifications étaient jusqu'ici limitées et les contrôles des COREC sur le suivi de l'apurement des comptes de tiers²⁷⁹ ont mis en évidence les conséquences négatives de l'absence de contrôle interne proprement comptable et les risques qui en résultent pour la sincérité des comptes.

La Cour considère que le contrôle comptable constitue une priorité pour les agents comptables nationaux. Les organismes nationaux (CNAF et CNAVTS par exemple) envisagent de renforcer les procédures de contrôle proprement comptables. Un contrôle de premier niveau sur les balances mensuelles devrait mis en place, fondé sur l'auto-évaluation des agents comptables à partir d'un guide des procédures comptables élaboré par la caisse nationale. Un contrôle de deuxième niveau serait effectué par les organes nationaux sur les comptes annuels avant validation

279. Cf. chapitre VIII.

définitive. Plusieurs caisses nationales envisagent également la création d'une mission d'audit comptable, soit au sein du service national d'audit, soit auprès de l'agent comptable.

Bien qu'elle constitue un progrès important, la nouvelle disposition législative (article L. 114-6 du code de la sécurité sociale) ne donne pas à l'agent comptable national une compétence générale de validation de l'ensemble des écritures comptables qu'il intègre dans ses comptes. Ainsi, s'agissant des régimes des cultes et des militaires²⁸⁰, l'intégration des charges et produits dans les comptes de la branche maladie du régime général a été abandonnée depuis 2002 au profit de la seule intégration des soldes. Cette décision est d'autant plus contestable qu'elle a été prise sur la base d'une interprétation d'un texte réglementaire relatif à la gestion des salariés agricoles²⁸¹. Sans remettre en cause le statut de ces régimes, il conviendrait de revenir à la pratique ancienne d'une intégration en charges et produits.

Le problème se pose à l'identique pour la CNAF qui centralise les comptes de prestations familiales de la CCMSA et des entreprises publiques sans disposer sur ces comptes des mêmes pouvoirs de validation que ceux qui lui sont reconnus au sein de son réseau. Pour ces régimes, les prestations liquidées et payées sont recensées uniquement en fin d'année sur la base d'un questionnaire adressé aux régimes concernés. En outre, pour les entreprises publiques, la CNAF ne connaît que les masses et non le détail par prestations.

Pour établir les comptes combinés, les agents comptables concernés devraient pouvoir bénéficier, à défaut d'une certification externe des opérations intégrées, d'un droit de communication exhaustif et d'une intervention d'audit comptable sur place. La Cour préconise que le décret qui doit être pris, en application de l'article L. 114-6, prévoit que des conventions définissent, dans le respect de l'autonomie des régimes, les contrôles nécessaires à la validation des comptes sous-jacents aux opérations intégrées dans les comptes combinés.

II - Un exemple d'application : les comptes combinés établis par la CNAMTS

Pour illustrer concrètement les questions générales évoquées précédemment et pour examiner les problèmes posés par la certification, la Cour a examiné la façon dont devraient s'organiser les futurs travaux

280. La situation des sections locales mutualistes est analysée infra (II, B, 2).

281. R. 134-1 du code de la sécurité sociale.

de certification des comptes établis par une caisse nationale. Le choix s'est porté sur les comptes que devra établir la CNAMTS en raison des complexités particulières qu'elle présente :

- d'une part, la CNAMTS²⁸² gère, à la différence de la CNAF et de la CNAVTS, deux branches distinctes (maladie et AT-MP). En outre, les CRAM assurent principalement la gestion des prestations d'une troisième branche, en l'occurrence la retraite ;
- d'autre part, elle présente une architecture particulière qui tient aux différentes structures qu'elle anime ou auxquelles elle participe et qui, au regard des éléments patrimoniaux, posent des problèmes qui ont été ignorés jusqu'ici alors qu'ils constituent un élément important d'une certification.

La certification des comptes nécessite plusieurs opérations préalables : la connaissance de l'entité, la délimitation du champ de combinaison et l'analyse des risques, enfin la définition des procédures d'audit.

A – Les caractéristiques des comptes à certifier

La spécificité des comptes combinés établis par la CNAMTS ne résulte pas seulement de la complexité que créent une multitude d'organismes et la diversité des missions mais aussi du fait qu'elle ne recouvre pas elle-même ses ressources.

1 – La diversité des structures

La CNAMTS est à la tête d'un réseau d'organismes qui gèrent deux branches : la maladie d'une part et les accidents du travail et maladies professionnelles d'autre part. Il s'agit du premier régime de la sécurité sociale par le nombre des bénéficiaires (plus de 53 millions), le volume et la diversité des opérations qu'elle a sous sa responsabilité : plus d'un milliard de feuilles de soins en 2004 pour la seule branche maladie ainsi qu'une multiplicité de flux à destination d'autres organismes, notamment les versements aux hôpitaux et aux établissements médicaux-sociaux.

En outre, l'établissement des comptes combinés, dont la CNAMTS a la responsabilité, est affecté par les relations financières qu'elle entretient avec les structures qu'elle finance, tantôt en totalité, tantôt en coopération avec d'autres caisses ou organismes. Ces structures ont en

282. La CNAMTS est entendue ici et dans tout le chapitre, sauf mention contraire, comme le gestionnaire des deux branches (maladie et AT-MP) et englobe les CPAM et les organismes liés à la caisse nationale.

commun de posséder la personnalité morale²⁸³ et donc d'établir leurs propres comptes.

On peut ainsi distinguer deux ensembles :

- d'une part, la CNAMTS en tant que tête de réseau, les 128 caisses primaires et les quatre CGSS ainsi que les autres structures qui versent les prestations d'assurance maladie du régime général (mutuelles, caisses IEG...) ;
- d'autre part, un ensemble de structures sur lesquels la caisse nationale exerce un contrôle qui peut être ou non prédominant. Plusieurs types d'organismes peuvent être distingués en fonction de leur activité et de la nature du lien qu'ils entretiennent avec la caisse nationale (tous n'ont pas forcément vocation à entrer dans le périmètre de combinaison) :
 - les 16 CRAM ;
 - les 8 CTI, centres de traitement de l'information qui réalisent des opérations exclusivement pour le compte de l'assurance maladie et dont le statut d'organismes autonomes ou intégrés à la caisse nationale peut varier ;
 - les 13 UGECAM, structures de gestion des établissements de soins créés par la branche maladie ;
 - des organismes inter-régimes dans le champ de l'assurance maladie au sein desquels la CNAMTS exerce un pouvoir notable, voire prépondérant :
 - les 22 URCAM, qui ont en charge la définition d'une politique commune de gestion du risque ;
 - le groupement d'intérêt économique Sesame Vitale (GIE), gestionnaire de la carte VITALE, dont la CNAMTS assure plus de la moitié du financement ;
 - des structures autonomes financées en majorité par des dotations de la CNAMTS, telle que l'IRDES (institut de recherche et de documentation en économie de la santé) qui réalise des études pour le compte de la CNAMTS ;
 - des organismes qui réalisent des prestations pour diverses branches, dont la branche maladie :

283. A la différence du fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale (FORMMEL) et du fonds d'aide à la qualité des soins des villes (FAQSV).

- les centres régionaux de formation professionnelle (au nombre de 13) communs aux différentes branches du régime général ;
- l'union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS), structure inter-branches qui bénéficie d'une dotation budgétaire des différentes branches du régime général et réalise des prestations spécifiques (publications, formations...) à titre principal pour la CNAMTS ;
- des fonds financés par la CNAMTS tels que le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), qui a la personnalité morale, et le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) ;
- des régimes (cultes, militaires, salariés agricoles) dont les soldes sont intégrés dans le compte de résultat mais non les charges et produits.

2 – Le traitement des ressources

La CNAMTS, à l'exception des recours contre tiers, n'assure pas elle-même le recouvrement de ses ressources mais laisse cette responsabilité au réseau des URSSAF et de l'ACOSS. La couverture des dépenses est assurée par un appel de fonds quotidien des caisses sur le compte unique de l'ACOSS tenu par la caisse des dépôts et consignation. Les montants des recettes attribués à la CNAMTS lui sont notifiés par l'ACOSS mais ne donnent lieu à aucun versement. Ils sont directement comptabilisés dans les comptes combinés.

B – Périmètre de la certification et risques comptables

La délimitation du périmètre des opérations comptables et l'examen de l'analyse que l'organisme fait des risques comptables permettent d'établir un guide d'audit par organisme national. Ce dernier, qui fait l'objet d'une actualisation après chaque mission annuelle de certification, constitue un document propre à l'autorité de certification.

Les dispositions relatives au contrôle interne qui auront été mises en œuvre par la CNAMTS constitueront un élément à prendre en considération dans l'organisation des missions de certification des comptes. La mise en place d'une structure de contrôle interne comportant dans son champ de compétences la comptabilité serait susceptible de faire évoluer l'appréciation portée par les certificateurs sur les niveaux de risque associés aux comptes.

Ces opérations sont présentées ci-dessous pour mettre en lumière les questions de méthode que le certificateur aura à résoudre. Les réponses précises ne pourront cependant être apportées qu'à l'issue des contrôles préalables aux missions de certification.

1 – Le périmètre de combinaison

Le champ fonctionnel de la certification comporte l'ensemble des opérations, qu'elles appartiennent aux gestions technique, administrative ou d'action sociale. Le nombre des gestions²⁸⁴ importe moins que les montants globaux des flux financiers. Ceux-ci ne sont pas en effet du même ordre de grandeur : les gestions techniques génèrent des flux vingt fois plus élevés que les gestions administratives²⁸⁵. Toutefois, le niveau de risque n'est pas directement corrélé avec les montants. L'élaboration du guide d'audit a pour objet de dresser la liste des vérifications qui permettront de s'assurer que les risques sont correctement évalués par l'organisme et que le contrôle interne permet de les maîtriser.

a) La question de la réalité du contrôle

La détermination du périmètre de combinaison doit tenir compte de la réalité du contrôle que l'entité exerce sur les autres structures mais aussi du caractère significatif des opérations par rapport à l'ensemble consolidé (qui doit être apprécié en fonction du volume des transactions et du risque intrinsèque de la structure).

Le principe général qui devra prévaloir pour l'intégration dans le périmètre de combinaison est ce qu'on appelle « l'analyse en substance », c'est-à-dire le caractère effectif ou non du pouvoir de l'entité combinante. Dans le cadre de la CNAMTS, deux problèmes se posent.

En premier lieu, il conviendra de s'interroger sur la personne morale qui supporterait les conséquences d'une défaillance de l'organisme concerné ou auquel serait dévolu le patrimoine en cas de dissolution de l'organisme. Lorsque la CNAMTS exerce un rôle prépondérant au sein des conseils d'administration, on peut considérer que les éléments patrimoniaux de ces organismes entrent en totalité dans le périmètre de combinaison.

284. La CNAMTS utilise treize gestions budgétaires et analytiques différentes (y compris les gestions techniques) pour les deux branches (maladie et AT-MP).

285. Ce ratio se retrouve, avec des modulations, dans les autres caisses : plus faible à l'ACOSS et à la CNAV, comparable à la CNAF, plus élevé pour le régime des salariés agricoles.

En second lieu, dans le cas d'entités dont le contrôle est partagé avec d'autres organismes, comme les unions immobilière des organismes de sécurité sociale (UIOSS), les CRFP ou l'UCANSS, le principe de combinaison qui entraîne une intégration à 100 % peut ne pas apparaître approprié. Toutefois, en l'absence d'un contrôle capitalistique, une consolidation partielle (par mise en équivalence) suppose de pouvoir définir une clé de répartition du patrimoine, par exemple en cas de liquidation de l'entité. Les règles fixées en matière de combinaison conduisent logiquement à se fonder sur un accord contractuel entre les organismes participant, ou, à défaut, à une décision de l'autorité de tutelle. Dans les deux cas, le haut conseil formulerait un avis.

Enfin, compte tenu du champ retenu pour les objectifs votés dans le cas de la LFSS, l'articulation entre le périmètre défini par l'ONDAM et celui qui résulte du champ de contrôle évoqué ci-dessus méritera réflexion.

A titre d'exemple, la CNAMTS a procédé, à la demande de la Cour, à une première analyse de la nature des relations qu'elle entretient avec les organismes qui entrent dans son champ d'activité et les a classés en deux groupes : ceux qu'elle se propose d'intégrer dans le périmètre de combinaison et ceux qu'elle considère comme hors champ.

Le tableau ci-après indique les organismes que la CNAMTS envisage d'intégrer globalement dans ses comptes combinés

Les organismes qui sont exclus du champ sont nombreux et divers (UCANSS, ONIAM, ANAES, INPES, ATIH, GIP CPS, GIP INTS, GIP MDS...) et n'ont d'ailleurs pas encore fait l'objet d'un recensement exhaustif. D'une manière générale, les résultats de ces organismes ne remontent pas à la CNAMTS et le pourcentage des administrateurs issus de la CNAMTS y est faible.

Il appartiendra à la Cour, dans le cadre des opérations de certification, de s'assurer de la pertinence des choix qui seront retenus et de porter une attention particulière aux entités qui entrent ou qui sortent du périmètre entre deux exercices, notamment quant à l'incidence de ces évolutions sur les résultats et le patrimoine de l'ensemble consolidé²⁸⁶.

286. Cette question vaut pour l'ensemble des caisses nationales. Certaines d'entre elles présentent un nombre et une variété de structures significatifs : la CCMSA, la CANSSM, l'ORGANIC et la CNAF notamment.

Organismes retenus par la CNAMTS pour intégration globale dans les comptes combinés de la branche maladie

	Contrôle de droit ou de fait exclusif de la CNAMTS sur l'entité	Influence notable ou partagée	Pourcentage d'administrateurs	Remontée des résultats à la CNAMTS ou non	Mode de financement	COMMENTAIRES
CPAM	X			OUI	Dotations et avances CNAMTS	
CGSS	X			OUI	Dotations et avances CNAMTS	Intégration des opérations concernant la maladie
CRAM	X			OUI		Intégration des opérations concernant la maladie
URCAM	X		66.66% (2/3)	OUI	Dotations et avances CNAMTS	
CTI	X			OUI	Dotations et avances CNAMTS	Pour ceux n'ayant pas été réintégrés dans la caisse nationale
UGECAM	X			OUI	Compétence tarifaire de l'Etat (Dotation globale ou prix des actes).	Mise en œuvre difficile en raison de nomenclatures différentes Le directeur et l'agent comptable sont choisis et nommés selon les mêmes règles que celles qui régissent les cadres dirigeants des autres organismes de sécurité sociale. Comptes centralisés par la CNAMTS.
ŒUVRES DE CAISSE	X			OUI	Subvention de la CNAMTS, variable en fonction des œuvres.	Ensemble disparate de 132 structures ayant des activités sanitaires ou médico-sociales non dotées de la personnalité morale ²⁸⁷ .
Unions Immobilières		X		OUI	Avances et contributions des organismes de base. Pour les contributions, la part de l'AM: 56 %.	Intégration globale des UIOSS dans lesquelles un organisme d'assurance maladie est adhérent (environ un tiers des unions) Les CPAM et CRAM ne sont membres des UIOSS que dans 1/3 des cas. Actuellement, en application de l'article L. 221-1 8° du CSS, la CNAMTS centralise les comptes des UIOSS.
GIE SESAME VITALE		X	Les régimes assurance maladie disposent de la majorité. Si égalité, la CNAMTS dispose de voix supplémentaires	NON	Contribution des membres. Part CNAMTS 2005: 74%	Existence d'un contrôleur des comptes et d'un commissaire aux comptes. Les comptes sont transmis avant le 28/02.
GIE SIPS		X	CNAMTS : 40 % (CMSA et CANAM 10 % chacune; CNIMH : 40 %)	NON	Contribution: 87 % pour la CNAMTS.	3 grands régimes d'assurance maladie ainsi que la CNIMH. (association loi 1901 gérant une base de données sur les médicaments et les interactions médicamenteuses).

Source : CNAMTS

287. On y dénombre notamment 50 centres d'exams de santé, 32 cliniques dentaires et 7 PMI. Pour 2004, le compte de résultat sera présenté avec le compte combiné, en complément des résultats par branche.

b) Le problème posé par l'existence de deux branches

L'agent comptable de la CNAMTS établit actuellement deux comptes « de synthèse » (qui préfigurent les comptes combinés) différents (bilan et compte de résultat), un pour chacune des branches maladie et AT-MP. La ventilation des charges administratives entre les deux branches repose sur des clés de répartition issues de la comptabilité analytique, de même en ce qui concerne les immeubles des CRAM affectés à plusieurs usages : hébergement du service médical, prestations AT-MP et prestations vieillesse.

En revanche, en ce qui concerne les gestions techniques de chacune des branches, la répartition des charges découle du paiement de prestations spécifiques à chacune des branches. Dans le cadre de l'avis sur les tableaux d'équilibre des branches, la Cour devra s'assurer de la qualité des imputations comptables des prestations versées.

2 – Une première analyse des risques

L'analyse des risques de la structure à certifier doit permettre de répartir, en les modulant, les vérifications nécessaires à la certification. Elle se déroule préalablement aux missions de certification et fait l'objet, si nécessaire, d'actualisation.

a) Les précédents travaux d'analyse des comptes par la Cour des comptes

Si la Cour des comptes n'a pas eu, jusqu'à présent, à certifier les comptes établis par la CNAMTS, elle a effectué des contrôles juridictionnels périodiques sur les comptes et apprécié la gestion de l'établissement public CNAMTS ainsi que des organismes qui lui sont rattachés. De même, les CPAM et les CRAM font l'objet de contrôles réguliers de la part des COREC et de la Cour.

De ces travaux, il est possible de faire ressortir plusieurs zones de risque : existence de défaillances dans l'application de l'enregistrement comptable en droits constatés par les CPAM²⁸⁸, qualité insuffisante de la liquidation des prestations qui pâtit de systèmes informatiques lourds et complexes²⁸⁹, comptabilisation en solde, et non comme cela devrait être fait, en charges et produits, des opérations réalisées par certains

288. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2000, p. 46.

289. Voir les rapports de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 1997 p. 393, 1998 p. 27 et p. 46 et septembre 1999 p. 275 à p. 290.

régimes dont la CNAMTS supporte le déficit²⁹⁰, absence de compétence de l'agent comptable de la CNAMTS pour valider ces opérations.

La Cour a aussi critiqué l'insuffisant suivi des recours contre tiers, les problèmes d'imputation des charges de gestion administrative et des prestations entre les branches maladie et AT-MP, les insuffisances dans les paiements d'acomptes et la liquidation des remboursements aux cliniques. Elle a enfin appelé à une amélioration des procédures comptables (notamment pour les opérations réalisées par des partenaires extérieurs pour le compte de la CNAMTS).

b) Les opérateurs extérieurs à l'assurance maladie

L'existence d'opérateurs distincts, indépendants de la CNAMTS mais délivrant des prestations de base intégrées dans ses comptes, présente un risque particulier pour la certification des comptes. Le cas des mutuelles de fonctionnaires fournit un exemple de l'analyse des risques qui doit être menée.

Les sections locales mutualistes servent aux fonctionnaires de l'Etat les prestations de base de l'assurance maladie et les prestations complémentaires auxquelles ils peuvent souscrire. Pour les prestations de base, le code de la sécurité sociale leur donne compétence pour assurer la liquidation et le service des prestations en nature des assurances maladie, maternité et invalidité, dans les conditions de droit commun. Les mutuelles liquident environ 15 % des dépenses de médecine de ville. A cet effet, elles reçoivent des caisses d'assurance maladie les fonds nécessaires au service des prestations et doivent justifier auxdites caisses de l'emploi des fonds reçus²⁹¹.

Bien que le fonctionnaire soit remboursé de ses dépenses de soins directement par la mutuelle à laquelle est rattachée son administration, la charge de la dépense incombe à la CPAM de son lieu de résidence. Les mutuelles adressent donc aux CPAM les extraits des comptes individuels des fonctionnaires de leur ressort. Ceux-ci servent de justificatifs pour la demande de remboursement que la mutuelle présente à l'assurance maladie. Dès réception, les CPAM procèdent à des contrôles rapides de cohérence des montants, de bonne destination des demandes de remboursement et d'identification des assurés.

La comptabilité des prestations de base versées aux assurés et aux établissements de soins et des remboursements effectués par la CPAM est tenue par les mutuelles en compte de tiers (puisqu'elles n'agissent pas pour leur propre compte) et en charge par les CPAM. Cette

290. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 1996 p. 112-113.

291. Articles L. 712-6 et 712-7 et D. 712-31 à 38 du code de la sécurité sociale.

procédure n'isole cependant pas au sein des comptes des CPAM les prestations servies par les mutuelles au titre du régime de base. Jusqu'en 2003, la CNAMTS isolait une gestion « fonctionnaires » qui retraçait les dépenses des mutuelles de fonctionnaires. A la demande de l'agent comptable de la CNAMTS, la lettre ministérielle du 7 novembre 2003 l'a autorisé, dans un but de simplification, à supprimer cette gestion. De ce fait, les prestations servies aux fonctionnaires ne subsistent plus qu'au sein d'une comptabilité auxiliaire.

Les contrôles exercés par les CPAM sur ces opérations reposent uniquement sur le rapprochement effectué entre le relevé de compte établi en fin de mois pour chaque mutuelle et les bordereaux journaliers qu'elles ont transmis à la CPAM. Ces contrôles apparaissent insuffisants. La CNAMTS n'a, en effet, jamais procédé à la validation des systèmes d'information des mutuelles, contrairement à ce que prévoyaient les conventions d'organisation des flux de trésorerie signées avec les mutuelles nationales à partir de 1992. Ces conventions constituent d'ailleurs le seul texte organisant le contrôle des opérations relatives aux prestations de base des sections locales mutualistes en application de l'obligation légale qui leur est faite de justifier de l'emploi des fonds reçus.

D'autre part, les audits de structures menés par les caisses primaires pour vérifier l'application de plans de contrôle interne (au demeurant définis par les mutuelles et vérifiés par des indicateurs fournis par les mutuelles) ne portent ni sur les systèmes d'information, ni sur la tenue de la comptabilité. Il convient en outre de noter que si les mutuelles appliquent en règle générale le plan comptable unique, cette application ne résulte d'aucune disposition réglementaire.

Les problèmes soulevés par la liquidation des prestations servies aux fonctionnaires ne sont pas différents de ceux directement réalisés par les CPAM. Compte tenu du grand nombre d'opérations en cause (plusieurs dizaines de millions), les vérifications devraient porter en priorité sur les procédures informatisées de liquidation des prestations et d'enregistrement comptable.

Dès lors que les mutuelles de fonctionnaires de l'Etat liquident des prestations de base du régime général, le pouvoir de validation des comptes des caisses primaires, confié à la CNAMTS, doit s'entendre comme un pouvoir de validation de l'ensemble des opérations afférentes à l'assurance maladie obligatoire, y compris celles effectuées par les sections locales mutualistes. Ce pouvoir de validation devrait, en outre, s'appuyer sur un texte d'un niveau normatif supérieur aux conventions d'organisation des flux de trésorerie précitées.

c) L'identification des niveaux de risque

Les principales procédures donnant lieu à des opérations comptables (pour les gestions administratives et les gestions techniques) ont été passées en revue avec la direction des finances et de la comptabilité de la CNAMTS. Ces opérations ont été classées en trois degrés de risque : faible, moyen et élevé. Le niveau de risque a été défini à partir du volume estimé d'erreurs de comptabilisation par rapport à la réalité des transactions. Il ne tient pas compte de la valeur relative qu'il occupe dans l'ensemble des risques. Cette dernière est directement liée à l'importance respective des transactions : ainsi le même niveau de risque, en valeur absolue, n'a pas la même conséquence selon qu'il concerne des opérations relevant de la gestion administrative ou de la gestion technique, le premier ayant des conséquences financières sur les comptes forcément plus modestes que le second.

L'analyse des risques effectuée par la CNAMTS montre ainsi que :

- la plupart des opérations liées à la gestion administrative et à l'action sanitaire et sociale présentent un niveau de risque faible, à l'exception des opérations de caisse et de rapprochement entre la comptabilité et la trésorerie pour lesquelles le risque est estimé moyen ;
- les opérations liées à la liquidation des prestations se caractérisent en général par un risque moyen : il s'agit par exemple du tiers payant, des versements aux établissements de soins, des recours contre tiers, des rappels et indus, ou des relations entre branches et régimes ou avec l'Etat. En revanche, le mode de calcul des provisions (par estimation statistique) en fait un poste à risque élevé ;

La Cour devra s'assurer que l'ensemble des risques est pris en compte et en évaluer le niveau. Le tableau d'analyse des risques devra faire l'objet d'une actualisation annuelle en fonction des résultats des missions de certification après discussion avec la propre analyse de risque développée par le contrôle interne de la CNAMTS.

C – Les procédures d’audit

Les procédures d’audit à mettre en œuvre seront différentes pour les gestions administratives et pour les gestions techniques.

Les vérifications des comptes liées aux premières s’appuieront sur des contrôles de cohérence, des tests de confirmation²⁹² (relations inter-régimes, situations de trésorerie), des analyses qualitatives (évaluation du patrimoine immobilier) et éventuellement des sondages.

La certification des gestions techniques mettra en œuvre, à titre principal, des analyses par sondage (par caisse et par nature de droits) ainsi que des audits informatiques sur les chaînes de procédures utilisées (sécurité et fiabilité des traitements automatisés). Une partie de ces épreuves pourront être diligentées pendant les missions intermédiaires de certification, c’est-à-dire en dehors de la période de révision des comptes.

1 – Les documents à certifier

La certification repose sur la revue d’un nombre limité de documents : un bilan, un compte de résultat combiné et une annexe. Ces documents devront retracer, de façon unitaire, l’activité des caisses locales et de la caisse nationale ainsi que des autres structures entrant dans le périmètre de combinaison. Ils devront comporter l’ensemble des informations nécessaires à une bonne compréhension des comptes (changement de périmètre, changement de méthode d’évaluation, faits significatifs relatifs à l’activité...).

A cet égard, les documents financiers élaborés actuellement par la CNAMTS ne répondent pas à ce critère. Ceux de 2003 totalisaient ainsi plus de 1 700 pages qui peuvent être regroupées en deux ensembles :

- les documents relatifs aux comptes combinés par branche qui comprennent le compte combiné AT-MP, le compte combiné maladie et le rapport de l’agent comptable ;
- les documents relatifs aux comptes de l’établissement public comprenant le compte financier de l’exercice et un rapport intitulé « document de synthèse ».

Plusieurs de ces documents sont redondants. Certains présentent des données qui ne sont pas de nature comptable mais statistique, enfin, les répartitions opérées par type de gestion (la CNAMTS a mis en place treize gestions, réparties pour six d’entre-elles entre la branche maladie

292. Opérations consistant à interroger les partenaires de l’organisme en vue d’obtenir confirmation des données inscrites dans ses comptes.

et la branche AT-MP) ou distinguant la CNAMTS en tant qu'établissement public, ne sont pas pertinentes pour entreprendre la vérification des comptes. La CNAMTS devra à l'avenir distinguer les documents proprement comptables de ceux destinés à donner une plus large information sur l'activité de l'organisme.

2 – Les opérations de certification

a) Le choix de seuils de signification pertinents

La certification nécessite la révision de toutes les lignes de compte des états financiers (bilan et compte de résultat) et la révision de l'annexe. L'activité des caisses relevant de la CNAMTS se caractérise par une forte dichotomie entre les opérations de gestion administrative, peu nombreuses mais pouvant présenter un caractère inhabituel (acquisition ou cession d'immobilisations par exemple) et les opérations de gestion technique de montants très différents selon la nature des opérations, les unes peu nombreuses mais de montants élevés (versements aux établissements de soins), les autres, à l'inverse, en grand nombre mais d'un montant modeste (remboursement aux assurés).

Pour obtenir une assurance raisonnable que les comptes sont réguliers et sincères et représentent une image fidèle du patrimoine et de la situation financière, il importe de quantifier la somme d'erreurs (à la fois positive et négative) ne devant pas dépasser une certaine proportion du bilan ou du compte de résultat. Celle-ci pourra être obtenue après l'examen des opérations de montants élevés et par une analyse des procédures et un audit des chaînes de traitement pour les opérations en grand nombre. Le choix du seuil par le certificateur est important pour qualifier le jugement porté sur les comptes : plus le seuil est faible, plus le risque que la somme des erreurs relevées sur différentes lignes conduise à des réserves s'accroît.

b) Les opérations de fin d'exercice

Les opérations de fin d'exercice (regroupées dans la balance n°13) devront faire l'objet de diligences particulières parce qu'elles conditionnent directement les valeurs inscrites au bilan et au compte de résultat et peuvent donc influencer sur les conditions de l'équilibre financier. Leur impact sur les données présentées dans les états financiers est donc une question sensible.

C'est le cas notamment des produits inscrits dans les comptes sur la base des notifications de l'ACOSS et de l'évaluation des provisions calculées directement par la caisse nationale (que le développement de la

télétransmission des feuilles de soins devrait toutefois progressivement améliorer).

L'estimation des provisions

Les provisions constituées en fin d'année au titre des prestations fournies pendant l'année et non encore remboursées représentent un risque moyen, quoique en diminution ces dernières années. En effet, dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre dernier, la Cour avait relevé des écarts sensibles sur les provisions constituées à la clôture des comptes 2002 : celles constituées pour la branche maladie excédaient de 274 M€ les prestations 2002 payées en 2003. La situation était inverse dans la branche AT-MP, où la provision était inférieure de 46 M€ aux paiements enregistrés. La Cour avait donc relevé que la CNAMTS avait réalisé, dans le premier cas, un profit exceptionnel de 274 M€ et, dans le second cas, une perte exceptionnelle de 46 M€ et corrigé en conséquence le résultat courant de chacune des branches. L'écart entre provisions constituées et provisions réalisées était donc de 320 M€ soit 5,2 % du résultat comptable de ces branches.

Le rapport de l'agent comptable sur les comptes 2004 mentionne cette fois de manière très explicite les « bonis sur provisions pour prestations » réalisés en 2003, du fait d'une surestimation, dans les deux branches, des provisions portées dans les comptes 2003 (4 693 M€ pour la maladie, 290 M€ pour les AT-MP). Les profits exceptionnels constatés à ce titre sont, respectivement, de 172 M€ en maladie et 42 M€ en AT-MP, soit au total 214 M€ d'écart entre provisions constituées et provisions utilisées (1,8 %²⁹³ du résultat comptable de ces branches).

Les provisions constituées dans les comptes 2004 sont, quant à elles, de 4 623 M€ en maladie et de 264 M€ en AT-MP. Sur la base des paiements effectifs de soins de 2004 et réalisés fin avril 2005, les « bonis sur provisions » constatés fin 2004 sont estimés à 190 M€ (branche maladie et AT-MP confondues) soit 1,6 % du résultat comptable de ces branches.

En définitive, l'exemple de la CNAMTS montre que l'organisation de la certification des comptes entraînera une évolution des méthodes de travail de la Cour. Devront notamment être introduites :

- l'analyse de risque, régulièrement actualisée ;
- la détermination d'un seuil de signification (ou de matérialité) pour le bilan et le compte de résultat ;
- une revue des procédures d'audit (analyse des échantillons, suivi du contrôle analytique, conclusions des missions intermédiaires) ;

293. La nette amélioration observée entre 2002 et 2003 résulte pour l'essentiel de la forte dégradation du résultat comptable des branches maladie et AT-MP entre ces dates (-6,1 Md€ en 2002, -11,6 Md€ en 2003).

- enfin, des fiches d'audit (consignées dans un dossier permanent avec le guide d'audit) avec des références annexées des documents et pièces examinés.

III - Les diligences de la Cour

Comme indiqué dans l'introduction générale de cette partie, la loi organique assigne à la Cour des comptes deux missions bien distinctes : d'une part, « certifier la régularité, la sincérité et la fidélité des comptes des caisses nationales et des comptes combinés du régime général » et d'autre part, « formuler un avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre par branche de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que des comptes par branche du régime général ». L'accomplissement de ces missions nécessitera des diligences très différentes, dont la plupart sont liées à l'accomplissement de la première mission.

Aux termes tant de l'article L. 114-6 issu de la LFSS 2005 que de l'article D. 114-4-2, les comptes combinés des branches ou des régimes ayant un réseau sont établis par l'organisme national qui valide les comptes des organismes de base. Ils sont ensuite transmis simultanément au ministre en charge de la sécurité sociale et à la Cour des Comptes.

A – La certification des comptes des caisses nationales et des comptes combinés du régime général

La mission de certification des comptes des caisses nationales et des comptes combinés établis par les caisses nationales (CNAF, CNAMTS, CNAVTS et ACOSS) comportera deux types de vérification :

- l'une portant sur les comptes des quatre établissements publics ;
- l'autre sur les comptes combinés (bilan, compte de résultat et annexe) des branches du régime général établis par ces caisses et par l'ACOSS.

La vérification des produits inscrits dans les comptes combinés établis par les caisses nationales du régime général supposera deux opérations distinctes :

- la vérification de la concordance des sommes inscrites en produits dans les comptes établis par les caisses nationales avec celles notifiées par l'ACOSS ;
- la certification des comptes combinés de l'ensemble URSSAF-CGSS-ACOSS.

La certification comprendra des missions intermédiaires planifiées en cours d'année et une mission finale au printemps dite de « révision des comptes ».

Les premières seront consacrées à l'évaluation du contrôle interne et à l'audit des systèmes d'information. Elles devront permettre d'identifier les zones de risque et de préciser les seuils de signification pertinents. Une mise à jour annuelle sera effectuée.

La seconde portera uniquement sur la revue des comptes et se déroulera de mars à mai.

La Cour s'attachera à articuler les missions de certification avec le contrôle juridictionnel qu'elle effectue au moins une fois tous les cinq ans sur les établissements publics. Les deux contrôles sont de nature différente mais pour partie complémentaire.

Alors que la certification des comptes vise la régularité des enregistrements comptables au regard du référentiel comptable, le contrôle juridictionnel assure le contrôle de la régularité des opérations effectuées par le comptable au regard des règles législatives ou réglementaires qui s'appliquent à l'organisme : ainsi, une dépense effectuée en contradiction avec l'autorisation de dépense doit être comptabilisée dès lors qu'elle a été constatée. Le comptable pourra être mis en cause pour sa gestion sans que les états financiers de l'organisme appellent des réserves du certificateur (en l'espèce, les autorités de certification pourront émettre néanmoins une observation).

Les vérifications opérées dans le cadre des travaux de certification ne sont pas orientées vers un contrôle de régularité juridique. Toutefois, la Cour fera mention des irrégularités les plus significatives qu'elle pourrait détecter à l'occasion de la révision des comptes, sans préjuger des résultats des contrôles juridictionnels des comptes et des contrôles effectués sur la gestion des établissements.

La Cour articulera ses missions intermédiaires avec ses contrôles de la gestion, notamment dans le domaine des systèmes d'information et des environnements informatiques.

B – L'avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre des branches

Il existe autant de comptes combinés que de régimes ou de branches ayant un réseau de caisses. Pour permettre à la Cour de formuler un avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre, ils devront tous être soumis à une procédure de certification. Pour les régimes autres

que le régime général, qu'ils aient ou non un réseau²⁹⁴, l'obligation de faire certifier leurs comptes par un réviseur extérieur devra faire l'objet d'une disposition législative, par exemple dans une prochaine LFSS. La certification devra englober l'ensemble de l'activité des organismes et non, comme aujourd'hui au sein du régime agricole, les seules opérations de gestion administrative. Cette mission pourra être confiée à des commissaires aux comptes dont la Cour présenterait la synthèse des observations.

Même si l'obligation de mettre en place une certification des comptes dans tous les régimes doit être fixée à une date unique, certains régimes risquent de ne pas voir leurs comptes certifiés ou certifiés sans réserves sérieuses avant plusieurs années, compte tenu des difficultés qui leur sont propres. Néanmoins, ces réserves seront utiles pour permettre au législateur d'apprécier la qualité des comptes qui font l'objet du second niveau d'agrégation : les tableaux d'équilibre par branche de l'ensemble des régimes obligatoires de base.

A partir des différents comptes établis par les organismes nationaux, les tableaux d'équilibre par branche et pour l'ensemble du régime général sont établis par la MCP. Celle-ci les transmet à la Cour.

Leur élaboration suppose l'élimination des transferts financiers entre caisses d'une même branche et, au sein du régime général, entre les branches de celui-ci et la prise en compte des financements assurés par les différents fonds. Cette dernière opération devrait permettre de faire apparaître d'éventuelles insuffisances globales de financement.

La Cour s'assurera des modalités d'élimination des opérations réciproques entre branches et régimes retenues par la DSS et de la prise en compte des financements assurés par le FSV et le FFIPSA.

C – Le calendrier des diligences de la Cour

Dans ses récents rapports annuels au Parlement sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour a émis diverses observations sur certaines opérations qui affectaient la sincérité des résultats financiers des organismes de sécurité sociale, notamment l'estimation des provisions et des charges à payer et le traitement d'opérations exceptionnelles liées aux exonérations de cotisations sociales. Ces observations l'ont conduite à corriger le solde du régime général présenté par la CCSS à sa réunion de juin. Rendues publiques avec le rapport au Parlement lui-même, elles n'ont été connues qu'à la mi-septembre.

294. Les comptes des régimes d'employeur (SNCF, RATP) sont déjà certifiés par les commissaires aux comptes compétents pour les comptes de l'entreprise.

La loi organique prévoit que la Cour remet au Parlement un rapport « présentant le compte rendu des vérifications opérées notamment en application du V de l'art. 111-3 du code de la sécurité sociale », c'est-à-dire, relatives à la certification des comptes des caisses nationales et des comptes combinés du régime général. A partir de 2005, les textes actuellement en vigueur prévoient que les tableaux de centralisation des données comptables sont transmis à la MCP au plus tard le 28 février. A titre transitoire, les comptes annuels 2002 à 2004 ont pu être produits au 31 mars de l'année suivante. Sans exclure qu'un nouveau délai transitoire doive être prévu pour 2005, le respect à terme du délai du 28 février devrait permettre à la Cour d'entreprendre ses diligences dès le début du mois de mars, afin de la mettre en mesure de présenter son rapport pour la fin juin.

Contrairement à la pratique actuelle où les comptes de l'ensemble des régimes ne sont présentés qu'à la session d'automne de la CCSS, le respect du délai du 28 février permettrait aussi la publication de l'ensemble des comptes dès le printemps. Celle-ci s'accompagnerait de la transmission au Parlement et au Gouvernement du rapport de la Cour présentant le compte rendu des vérifications opérées sur les comptes.

Les rapports des commissaires aux comptes, qui auraient à certifier dans les conditions prévues par un texte de loi à venir, les comptes des autres régimes, pourraient être établis dans des délais permettant à la Cour des comptes d'en tenir compte dans ses travaux.

En revanche, conformément à la loi organique, l'avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre par branche et de l'ensemble des régimes obligatoires prendra place dans le rapport annuel que la Cour remet au Parlement et au Gouvernement en septembre.

RECOMMANDATIONS

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

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

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

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

Chapitre X

Des comptes aux prévisions

PRESENTATION

Le présent chapitre examine la place des travaux de la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) dans le cadre créé par les nouvelles dispositions législatives, ainsi que les relations qu'elle entretient avec la mission comptable permanente d'un côté, les services de la direction de la sécurité sociale et de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique (DREES), de l'autre.

Créée en 1979 et consacrée par la loi du 25 juillet 1994, la commission des comptes de la sécurité sociale a joué un rôle important dans l'amélioration progressive de la transparence de l'information portant sur les comptes de la sécurité sociale. De plus, par ses commentaires sur les évolutions passées et sur les prévisions des dépenses et des recettes, elle contribue à éclairer les décisions nécessaires au pilotage du système. A la différence de la Cour des comptes, qui a une mission d'audit comptable et peut procéder à des enquêtes pour expliquer les évolutions constatées, la commission des comptes de la sécurité sociale se situe davantage dans une approche économique, calquée d'ailleurs, à l'origine sur les travaux de la commission des comptes de la Nation.

La CCSS regroupe, sous la présidence du ministre en charge de la sécurité sociale, des parlementaires, les partenaires sociaux, les responsables des organismes de sécurité sociale, les représentants des professions médicales, les administrations concernées ainsi que des personnalités qualifiées. Elle n'élabore pas de comptes. Sa mission, consiste à présenter et à analyser « les comptes de l'ensemble des régimes obligatoires de sécurité sociale » (article D. 114-3 du code de la sécurité sociale). Toutefois, il ne faut pas entendre le mot « ensemble » comme une agrégation de comptes mais comme la présentation simultanée des comptes des différents régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

A cette fin, la commission « reçoit communication des comptes des régimes de sécurité sociale établis pour l'année antérieure et les comptes prévisionnels établis pour l'année en cours et l'année suivante » et elle prend connaissance des comptes des régimes complémentaires de retraites obligatoires ainsi que d'un bilan des relations financières entre l'Etat et le régime général.

I - Une répartition des rôles stabilisée au sein de l'administration sociale

Pour remplir ses missions, la CCSS bénéficie du concours des services de la DSS qui assure son secrétariat. Chargée « de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique relative à la sécurité sociale », cette direction comporte une sous-direction des études et des prévisions financières. Au sein de celle-ci, le bureau « comptes » est en charge à la fois de l'élaboration des commentaires comptables et économiques qui nourrissent les rapports présentés au printemps et à l'automne et de la préparation des comptes prévisionnels.

De son côté, la MCP, évoquée précédemment, assure le traitement des tableaux de centralisation des données comptables en provenance des caisses nationales en vue de la présentation des comptes à la commission. Le partage des missions entre la MCP, qui assure une fonction de nature exclusivement comptable, et les services de la DSS, centrés sur les analyses et prévisions de nature économique et statistique, est donc conforme à l'intention du décret de septembre 2001 confiant à la seule MCP le soin « d'organiser les travaux nécessaires à l'arrêt des comptes ».

Bien que le bureau « comptes » appartienne à la même sous-direction avec le bureau « économie de la santé » et le bureau « études et évaluation », la Cour a observé un cloisonnement entre les fonctions d'analyse des comptes et de prévision, d'une part, et les études dont le programme annuel est coordonné pour l'ensemble du ministère par la DREES, d'autre part. En revanche, l'enrichissement progressif du rapport de la CCSS a conduit à élargir la collaboration à des bureaux d'autres sous-directions, en charge notamment du financement de la sécurité sociale, des prestations de santé et des régimes de base des retraites, dont les travaux permettent d'éclairer les analyses du rapport.

La CCSS et le rôle spécifique confié par la loi à son secrétaire général ont joué un rôle important pour renforcer la transparence des comptes et en améliorer la présentation. La concertation qu'organise la commission a conforté l'audience des travaux de la MCP et des prévisions élaborées par la DSS. Ainsi, le partage des fonctions s'opère dans la clarté entre l'administration, seule en charge des travaux techniques fondant le commentaire des comptes et les prévisions, et le secrétaire général de la commission qui présente, sous sa responsabilité propre, le rapport.

Antérieurement nommé par le ministre chargé de la sécurité sociale, le secrétaire général a vu sa responsabilité renforcée par la loi 13 août 2004 qui a transféré cette nomination, faite pour une durée de trois

ans, au premier président de la Cour des comptes. Son autonomie est plus grande que celle dont dispose le secrétaire général de la commission économique de la nation. Le statut de cette dernière est seulement réglementaire et son secrétaire général est nommé par le ministre de l'économie. Quant à la commission des comptes de la santé, son secrétariat est de fait assuré directement par la DREES et son président, nommé par arrêté interministériel.

Le secrétaire général prépare les travaux de la commission. En particulier, il arrête la conception d'ensemble et la rédaction finale du rapport et présente, dans une introduction, ses propres observations. Ces dernières années, il a été à l'origine, avec l'aide de la DSS, des améliorations substantielles apportées à la lisibilité du rapport de la commission et des travaux d'analyse relatifs aux évolutions observées et à leurs liens avec l'environnement économique.

Par ailleurs, il est depuis le 1^{er} janvier 2005 l'un des trois membres²⁹⁵ du « comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie », créé par la loi du 13 août 2004. Placé auprès de la CCSS, le comité a pour mission « chaque année, au plus tard le 1^{er} juin, et en tant que de besoin, de rendre un avis sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour l'exercice en cours. Il analyse notamment l'impact des mesures conventionnelles et celui des déterminants conjoncturels et structurels des dépenses d'assurance maladie ». Lorsqu'il estime qu'il « existe un risque sérieux » de dépassement de l'ONDAM de plus de 0,75 %, il doit le notifier au Parlement, au Gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie.

II - Des comptes à mieux articuler avec ceux de la protection sociale et de la santé

Outre les travaux présentés à la CCSS, les données comptables issues des organismes de sécurité sociale servent à établir les comptes de la protection sociale et ceux des administrations de sécurité sociale (ASSO) au sens de la comptabilité nationale. Ces différentes présentations correspondent à des champs et à des besoins distincts :

- les comptes de la sécurité sociale soumis à la commission agrègent les données comptables des organismes pour en dégager le solde financier ;

295. Les deux autres sont le directeur général de l'INSEE et une personnalité qualifiée nommée par le président du conseil économique et social.

- les comptes de la protection sociale constituent un « compte satellite » de la comptabilité nationale et participent du système statistique européen de la protection sociale. Ils ont un champ plus large que les comptes de la sécurité sociale puisqu'ils incluent le régime d'indemnisation du chômage, les régimes d'intervention sociale des administrations publiques, les régimes de la mutualité autres que la MSA, de retraite supplémentaire et de prévoyance ainsi que les interventions sociales des « institutions sans but lucratif au service des ménages » (ISBLSM) ;
- les comptes des administrations de sécurité sociale (ASSO) procèdent d'un classement des comptes de la protection sociale selon les secteurs institutionnels de la comptabilité nationale : entreprises, administrations publiques centrales, administrations publiques locales, entreprises d'assurances et ASSO. Ils ont une vocation macro-économique et financière dans la mesure où le solde des ASSO entre dans le champ du déficit public au sens des règles européennes.

En outre, il existe un autre « compte satellite » de la comptabilité nationale, les comptes nationaux de la santé, organisés autour de deux grands agrégats : la « consommation médicale totale » et la « dépense courante de santé ».

La loi organique de 22 juillet 1996 avait prévu que l'annexe g) du projet de loi de financement de la sécurité sociale incluait un document annuel rétrospectif, dit « effort social de la Nation (ESN) », regroupant pour les trois dernières années connues, « les prestations sociales et les charges qui en découlent pour l'Etat, les collectivités locales, les employeurs, les assurés et les contribuables ».

La nouvelle loi organique a supprimé cette annexe ainsi d'ailleurs que celle relative aux « données de la situation sanitaire et sociale de la population ». Toutefois, même si la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a prévu que certaines de ces données figurent désormais dans le rapport annexé au projet de loi sur la santé publique qui sera soumis tous les cinq ans au Parlement, une telle restriction ne contribue pas à éclairer le débat sur le coût et le financement de la sécurité sociale. Elle a aussi pour effet de priver de leur débouché parlementaire les comptes de la protection sociale pour lesquels, au demeurant, il n'existe pas de commission chargée de les examiner.

La Cour, tout en reconnaissant le caractère « compréhensible, et à certains égards légitime²⁹⁶ » des différentes présentations des comptes évoquées ci-dessous, avait relevé la médiocre lisibilité de ces dernières,

296. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2001, p. 150 et 151.

qui correspondent à des réalités comptables se recouvrant partiellement. Elle formulait dans son rapport 2001 trois recommandations :

- compléter le solde actuel de la protection sociale par un solde décrivant une capacité ou un besoin de financement ;
- unifier au sein des administrations (DGCP et DSS) les modalités d'estimation et d'arbitrage entre sources divergentes de façon à ce que les comptes produits au sein de l'Etat soient identiques, dès lors qu'ils portent sur un même champ et ont trait au même concept ;
- établir des tableaux de passage entre les différents soldes et les publier dans le rapport de la CCSS, dans les comptes de la Nation et en annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Depuis, la création de la MCP a modifié ce contexte. L'accès aux données comptables, reprises désormais par la DGCP pour l'élaboration des comptes des ASSO et des comptes satellites de la protection sociale, a en effet été modifié. Leur utilisation complète a eu lieu pour la première fois sur les comptes de l'exercice 2004. Sur ces bases, l'INSEE s'est engagée à étudier le format approprié pour rendre publiques les tables de passage des comptes publiés par la DSS aux comptes nationaux, ce qui répond aux demandes de la Cour formulées en 2001.

III - Des prévisions à développer

La loi du 25 juillet 1994 qui donne une mission d'« analyse des comptes » à la CCSS a également confié à la Cour des comptes l'établissement d'un rapport annuel sur la sécurité sociale. Pour l'accomplissement de cette mission, confirmée par la loi organique du 22 juillet 1996 qui a fait de ce document un « rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale », la Cour « analyse les comptes de l'ensemble des organismes de sécurité sociale soumis à son contrôle »²⁹⁷. Si le même mot « analyse » est utilisé, il correspond à des objets différents. Les travaux attendus de la Cour sur ces sujets ont d'abord une portée comptable et financière même s'ils peuvent s'accompagner d'une analyse économique des évolutions constatées. La mission assignée à la CCSS relève d'une approche plus statistique et économique. Le rapport de la commission consacre des « éclairages » aux diverses catégories de prestations comme à des aspects spécifiques du financement, sous la forme de notes d'analyse délibérément brèves. L'accent y est mis, le plus souvent, sur les corrélations à court terme avec les évolutions macro-économiques.

297. Art. L. 132-3 du code des juridictions financières.

Les deux approches se distinguent également dans l'horizon temporel des comptes examinés. Le contrôle de l'application de la loi de financement conduit la Cour à examiner l'exercice clos et l'incidence des mesures prises sur les évolutions de l'année en cours. En revanche, la Commission a reçu la mission d'examiner les comptes prévisionnels pour l'année en cours et l'année suivante.

La CCSS débat des perspectives d'évolution des comptes prévisionnels à ses deux sessions de printemps et d'automne. Les prévisions sont élaborées par la DSS. La direction générale du trésor et de la politique économique ainsi que la direction du budget apportent leur concours pour les données macroéconomiques et fiscales. Prévisions de court-moyen terme, puisque ne dépassant pas 18 mois, elles s'appuient sur des méthodes d'extrapolation conjoncturelle et ne prennent en compte que les éléments susceptibles d'avoir une influence à cet horizon. Elles intègrent le maximum d'informations disponibles qui affectent les recettes et les dépenses. Toutefois, la prise en compte de ruptures de tendance ou de facteurs, notamment sanitaires et dont l'impact n'est généralement sensible qu'à moyen ou long terme est un exercice difficile dans le cadre de prévisions à court terme. C'est ainsi que les prévisions des recettes sur le tabac examinées par la Cour l'an dernier²⁹⁸ n'avaient pas retenu un infléchissement de l'élasticité au prix entraînant une modification du comportement des fumeurs suite à une très forte hausse de la fiscalité sur les tabacs.

A côté des projections spécifiques dont font l'objet certaines prestations fortement liées à des facteurs démographiques (famille, vieillesse), l'essentiel des corrélations économiques soumises à la commission des comptes portent sur la prévision des recettes, notamment les cotisations sociales et la CSG. Même dans une optique de court terme, l'attention mériterait d'être également portée sur les liens entre l'évolution des revenus et de l'activité et certaines dépenses, de soins notamment, en s'appuyant sur les travaux qui se sont multipliés ces dernières années dans ce domaine.

De plus, les prévisions transmises à la commission des comptes sont tributaires des hypothèses de cadrage macroéconomiques retenues pour le projet de loi de financement de la sécurité sociale en provenance de la commission économique de la Nation. Elles font parfois l'objet d'un commentaire de prudence de la part du secrétaire général de la commission. En revanche, les prévisions ne retiennent pas les variantes du scénario central ni les hypothèses de cadrage émanant des divers instituts de conjoncture, telles qu'elles sont présentées à la commission économique de la Nation et qui peuvent avoir des incidences sensibles sur les comptes des organismes de sécurité sociale. De telles variantes,

298. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2004, p. 75.

dans la mesure où elles traduisent une appréciation différente de la conjoncture économique, viendraient utilement compléter l'information de l'ensemble des acteurs du système sur la réalité des conséquences à attendre de ces évolutions économiques.

IV - Les conséquences des nouvelles dispositions législatives

La loi organique qui confie à la Cour la mission de certifier les comptes établis par les caisses nationales du régime général et de donner un avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre par branches conduit à confirmer la CCSS dans sa fonction propre de prévision et dans le rôle d'analyse des corrélations entre les flux financiers de la sécurité sociale et les évolutions macro-économiques.

Au demeurant, la loi organique prévoit que désormais le projet de loi de financement de la sécurité sociale est « accompagné d'un rapport soumis au vote qui décrit les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général et de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir ». Cette nouvelle obligation devrait conduire, au-delà des prévisions relatives aux années courante et suivante, à allonger au moyen terme les projections débattues lors des réunions de la CCSS. Ces projections, à la différence des prévisions de court terme, devront prendre en compte l'incidence sur les comportements des différentes actions entreprises par les pouvoirs publics. L'existence d'hypothèses différentes de comportements devrait conduire à l'élaboration de plusieurs variantes.

Ces nouvelles prévisions quadriennales devront en outre être articulées avec les hypothèses retenues pour les administrations de sécurité sociale dans les plans triennaux des finances publiques que le Gouvernement est tenu de transmettre annuellement à la commission européenne dans le cadre du pacte de stabilité et de croissance.

La circulaire du premier ministre du 21 mars 2005 a précisé les conditions dans lesquelles le ministère en charge de la sécurité sociale est associé à l'élaboration de ces hypothèses.

Le développement des travaux de prévision pourrait justifier que les réunions de la commission des comptes soient précédées, sous l'autorité de son secrétaire général, comme pour la commission économique de la Nation, de la réunion d'un groupe technique d'experts associé à sa formation officielle. Il aurait pour mission de procéder à un examen circonstancié des hypothèses et informations quantitatives proposées par l'administration pour l'élaboration des prévisions.

En outre, plusieurs évolutions devraient affecter le calendrier et le contenu des réunions de la commission des comptes. D'une part, si les actions conjuguées des organismes nationaux et de la MCP permettent bien d'avancer à fin février l'arrêté des comptes des caisses nationales, la Cour pourra formuler son opinion sur les comptes combinés des branches du régime général pour la fin du mois de juin. D'autre part, un changement de calendrier est intervenu dès cette année avec la seconde transmission à Eurostat, avancée au 20 mai, des comptes nationaux, lesquels incorporent les comptes de la protection sociale élaborés à partir des données soumises à la certification. Ce nouveau calendrier devrait permettre une plus grande cohérence des données rendues publiques par la commission des comptes et par le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie.

Enfin, deux dispositions de la loi relative à l'assurance maladie d'août 2004 ont une incidence sur les travaux de prévisions des dépenses de l'assurance maladie. D'une part, le comité d'alerte se prononcera, au plus tard le 1^{er} juin, sur d'éventuels dérapages par rapport à l'ONDAM. D'autre part, la loi donne mission à chaque caisse nationale d'assurance maladie de transmettre avant le 30 juin de chaque année des propositions relatives à l'évolution de ses charges et produits au titre de l'année suivante et aux mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie.

En définitive, la CCSS constitue la seule enceinte où est présentée et soumise au débat des différents partenaires une synthèse des prévisions financières des régimes de sécurité sociale. La Cour considère que sa mission de présentation de « comptes prévisionnels » doit être notablement renforcée afin d'asseoir les décisions qui affectent les dépenses des régimes sur des perspectives financières pluriannuelles. Sa prise en compte dans la dénomination de la commission viendrait symboliquement conforter cette approche.

La Cour estime qu'il serait utile que la commission examine les prévisions pluriannuelles (à la fois quadriennales et triennales prévus par les différents textes) en même temps que les prévisions relatives aux années en cours et suivante et que celles-ci prennent mieux en compte l'impact de la conjoncture économique sur les recettes et les dépenses. De même, elle estime que le comité d'alerte ne devrait pas limiter son champ au seul dépassement de l'ONDAM mais assurer également un suivi de l'évolution des recettes des régimes d'assurance maladie.

RECOMMANDATIONS

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

CONCLUSION

La nouvelle loi organique relative au financement de la sécurité sociale complète et achève la mise en place du cadre comptable des organismes de sécurité sociale engagée en 1994 avec l'adoption des droits constatés puis poursuivie en 2002 par l'adoption et la mise en œuvre du plan comptable unique et l'installation, l'année suivante, du haut conseil interministériel de la comptabilité des organismes de sécurité sociale. Enfin, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, les agents comptables des caisses nationales ont compétence pour valider les comptes des organismes afin d'établir les comptes combinés.

Néanmoins, en dépit de ces progrès, dans de nombreux domaines tels que la comptabilisation des dépenses de gestion administrative, les procédures d'apurement des comptes de tiers, l'application des règles relatives à l'arrêté des comptes, les écritures comptables passées lors de la période d'inventaire, la définition d'un périmètre clairement défini des comptes combinés, le contrôle et l'audit interne, un chemin très important reste à parcourir.

La loi organique a prévu une certification des comptes du régime général en 2007 sur les comptes de l'exercice 2006. Ce délai très court implique que les actions engagées énoncées ci-dessus pour assurer la régularité, la sincérité et le respect du principe d'image fidèle des comptes combinés soient poursuivies et renforcées. La certification des comptes est subordonnée aux progrès attendus dans les différents domaines évoqués ci-dessus et aux résultats des diligences de la Cour.

Pour formuler une opinion motivée, la Cour sera conduite à mettre en œuvre des méthodes d'audit qui s'inspireront des normes internationales de l'IFAC. Elle procédera à des missions intermédiaires centrées sur l'examen analytique et l'évaluation du contrôle interne, à des missions finales centrées sur la révision des comptes et à des missions d'approfondissement portant en particulier sur l'audit des systèmes d'information.

Elle devra aussi s'assurer que les méthodes mises en œuvre pour l'établissement des tableaux d'équilibre par branche de l'ensemble des régimes obligatoires de base sont bien conformes aux normes comptables. Elle veillera notamment à ce que les tableaux d'équilibre reflètent la situation réelle du financement des branches. L'endettement du régime général, porté par la CADES, devra également faire l'objet d'une information qui puisse être mise en regard de la situation nette du régime général.

La Cour assurera la revue des états financiers des comptes des caisses nationales et des comptes combinés du régime général de mars à mai, de telle sorte que la juridiction puisse transmettre en juin au

Parlement et au Gouvernement le rapport présentant le compte rendu des vérifications effectuées. Il devrait en aller de même des rapports des commissaires aux comptes relatifs aux autres régimes si l'obligation de certification leur était étendue. L'avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre sera, en revanche, intégré à son rapport annuel sur la sécurité sociale qui paraît en septembre.

Enfin, la certification des comptes combinés établis par les caisses nationales du régime général permettra une connaissance précise de l'état des créances et dettes qui existent en fin d'exercice entre l'Etat et les régimes sociaux.

CONCLUSION GENERALE

Après trois années de léger excédent (1999, 2000, 2001), le régime général est en déficit croissant depuis 2002 (-3,4 Md€ en 2002, -11,5 Md€ en 2003). En 2004, il atteint un niveau sans précédent de -13,2 Md€ et toutes les branches sont, pour la première fois depuis longtemps, déficitaires.

Autre fait préoccupant, deux organismes concourant au financement des régimes de sécurité sociale connaissent des déficits récurrents et croissants : le fonds de solidarité vieillesse et le budget annexe des prestations agricoles, remplacé à compter de 2005 par le fonds de financement des prestations sociales agricoles. Les pouvoirs publics n'ayant pris jusqu'à présent aucune mesure conduisant à un rétablissement financier durable, le déficit cumulé de ces deux fonds a dépassé les 5 Md€ fin 2004 et il approchera les 9 Md€ fin 2005.

Le déficit de la branche maladie est le plus élevé de son histoire. Au sein de l'ONDAM, le poste de dépenses le plus important est celui des établissements sanitaires. La mise en œuvre progressive de la tarification à l'activité à partir de 2004 s'accompagne d'un dispositif de régulation prix-volume proche de celui déjà mis en œuvre pour les cliniques privées. Ce dispositif, dans les faits non respecté ces dernières années, a induit, pour les cliniques privées, un dépassement de près de 1 Md€, entre 2000 et 2004, par rapport à des dépenses totales ayant varié entre 6,5 Md€ et 8,5 Md€ par an sur la même période. Des mécanismes d'application plus rigoureux de ce type de régulation dans le secteur des établissements sanitaires doivent être mis en place, sous peine d'aboutir à de graves déconvenues.

Pour les soins de ville, la croissance toujours élevée des dépenses de médicament (+6,4 %) est due, en dépit d'économies réalisées dans ce secteur, à la poursuite de la substitution de produits chers à des médicaments meilleur marché. Cette tendance risque de se poursuivre sur ce poste de dépense, ce qui rend d'autant plus nécessaire la mise en œuvre des recommandations formulées par la Cour dans son rapport sur la sécurité sociale de 2004. Par ailleurs, l'examen des dépenses de biologie et de radiologie montre qu'une rationalisation de l'offre est également nécessaire dans ces domaines.

Le changement des comportements est un objectif majeur. L'enjeu est en effet de taille car, qu'il s'agisse du recours aux consultations ou du niveau et du contenu des prescriptions, la France affiche un niveau de consommation souvent très supérieur à ses voisins. En 2004, la CNAMTS a chiffré entre 5 Md€ et 6 Md€ le montant des dépenses d'assurance maladie non justifiées, soit la moitié d'un déficit annuel.

La Cour a fait le bilan d'une décennie d'actions sur les comportements des professions de santé et des assurés sociaux. Tant en termes de connaissance des comportements que de diffusion de l'information et de sanction des fraudes, les résultats sont décevants. Les négociations conventionnelles qui avaient pour but de revaloriser certains actes en échange de la modification des pratiques des professionnels se sont traduites par un coût élevé pour des résultats peu probants. La modification des comportements suppose donc de mieux connaître ces derniers, d'améliorer et de moderniser la diffusion de l'information, de chercher à influencer les comportements des patients comme ceux des professionnels et d'agir davantage sur leurs déterminants, en particulier en décroissant les professions de santé et, dans certains cas, en réformant leur mode de rémunération. Le paiement à l'acte n'est plus aujourd'hui justifié pour toutes les pathologies et tous les modes de prise en charge médicale.

L'objectif d'un retour durable à l'équilibre de la branche maladie à partir de 2007, prévu lors de la réforme de 2004, semble difficile à atteindre. Il repose, en effet, sur des hypothèses de croissance des recettes nettement supérieures à la croissance moyenne de la richesse nationale constatée au cours de ces dernières années. Sa réalisation implique donc une détermination sans faille dans la poursuite des réformes structurelles en matière de dépenses.

RÉPONSES DES MINISTRES

*REPONSE DU MINISTRE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES ET DU
MINISTRE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES
AGEES, AUX HANDICAPES ET A LA FAMILLE*

Nous vous remercions de nous avoir communiqué le projet de rapport au Parlement de la Cour des comptes sur la sécurité sociale, dont nous avons pris connaissance avec le plus grand intérêt. Outre les observations techniques qui vous ont été d'ores et déjà communiquées, nous souhaitons revenir sur deux des principaux points examinés par la Cour.

En premier lieu, la Cour souligne les difficultés d'appréhension de l'ensemble des financements consacrés aux politiques de sécurité sociale, compte tenu, d'une part, de la structure actuelle des lois de financement de la sécurité sociale, d'autre part de la multiplicité des acteurs intervenant en la matière.

Partageant le souci exprimé par la Cour, le Gouvernement, mais aussi le Parlement et les partenaires sociaux, ont souhaité renforcer le pilotage financier de l'ensemble des politiques publiques de sécurité sociale qui représentent, avec 350 Md€ engagés, plus du cinquième de la richesse nationale. La loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, dont l'élaboration a fait l'objet d'un important travail parlementaire et qui vient d'être publiée le 2 août dernier, met en place le cadre rénové qui permettra d'améliorer ce pilotage.

Tout d'abord, la loi organique renforce la portée des lois de financement de la sécurité sociale, en instituant un véritable débat sur l'équilibre de chacune des branches, ce qui donnera au Parlement l'occasion de se prononcer sur le solde des régimes obligatoires de base, par le vote des tableaux d'équilibre. Ce souci de plus grande transparence se traduit également par le fait que le Parlement pourra désormais voter les différentes composantes de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), décomposé en plusieurs sous-objectifs. La définition du périmètre de l'ONDAM, sa décomposition en sous-objectifs et l'évolution à structure constante de l'objectif et des sous-objectifs seront retracées dans une annexe spécifique au projet de loi de financement (PLFSS).

Par ailleurs, le champ des lois de financement est également élargi, puisqu'elles intégreront les fonds qui participent au financement de la sécurité sociale. Nous avons à cet égard pris note de l'analyse approfondie et des observations formulées par la Cour sur la nécessité pour l'Etat d'assumer ses responsabilités financières à l'égard de ces fonds.

Il faut également souligner que la loi organique donne plus de lisibilité et de cohérence aux lois de financement, ce qui renforcera leur crédibilité. D'une part, ces lois seront désormais structurées en quatre parties -la première portera sur le dernier exercice clos, la deuxième sur celui de l'année en cours, la troisième sera relative aux recettes et à l'équilibre de l'année à venir et la dernière aux dépenses de l'année à venir. D'autre part, un cadrage pluriannuel des prévisions financières est institué. Chaque loi de

financement fixera les perspectives de recettes et de dépenses pour les quatre années à venir. Ce cadrage pluriannuel concernera également les organismes concourant au financement des régimes de sécurité sociale, tels que le FSV ou le FFIPSA. Enfin, le Parlement approuvera chaque année le montant des compensations d'exonérations de cotisations ou contributions de sécurité sociale, les dérogations au principe de compensation ne pouvant plus intervenir que dans le cadre de la loi de financement.

La sincérité des lois de financement a également été renforcée puisque votre Cour est appelée à certifier les comptes des organismes nationaux du régime général et les comptes combinés des branches du régime général et à se prononcer sur la cohérence des tableaux d'équilibre du dernier exercice clos.

Enfin, la loi organique approfondit la démarche « objectifs-résultats » déjà introduite avec les conventions d'objectifs et de gestion créées en 1996. Désormais, une annexe au PLFSS retracera les programmes de qualité et d'efficacité de la politique de sécurité sociale ; ces programmes seront établis sur la base d'un diagnostic de situation reposant notamment sur les données sanitaires et sociales de la population et comporteront des objectifs suivis au moyen d'indicateurs précis.

Nous pensons que l'ensemble de ces dispositions concourront à améliorer significativement la détermination des priorités qui doivent guider les politiques publiques de sécurité sociale, l'appréciation des enjeux financiers qu'elles représentent, et, en définitive, l'évaluation de leurs résultats.

*

* *

La Cour a également consacré d'importants développements aux actions sur les comportements des professionnels de santé et des assurés sociaux, dont elle a analysé la conduite et les résultats pour la période antérieure à 2004. Comme la Cour, le Gouvernement est convaincu des enjeux décisifs qui s'attachent à la réussite de ces actions, à la fois en termes de santé publique et de maîtrise des dépenses d'assurance maladie. C'est pourquoi, il a entrepris de rénover en profondeur la maîtrise médicalisée avec la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie, afin d'améliorer la qualité et l'efficacité du système de soins.

S'inscrivant dans un processus de responsabilisation des acteurs du système de soins, l'action sur les comportements est multiforme et passe, comme le souligne la Cour, par une meilleure information des professionnels de santé et des patients, par la lutte contre les abus et les fraudes, et par une démarche conventionnelle instaurant un véritable partenariat entre l'assurance maladie et les professionnels de santé. Elle nécessite comme préalable le renforcement de la connaissance des comportements, ce qui suppose de poursuivre l'amélioration des systèmes d'information de l'assurance maladie engagée ces dernières années.

S'agissant de l'information des professionnels de santé, le Gouvernement rejoint l'analyse de la Cour sur la nécessité d'en renforcer le contenu et la diffusion. Les recommandations de bonnes pratiques doivent en effet contribuer à la qualité des soins. L'élaboration des référentiels constitue un enjeu majeur de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et de l'amélioration de la qualité des soins. C'est une priorité essentielle confiée à la haute autorité de santé créée par la loi du 13 août 2004. Quant à la diffusion des référentiels, la CNAMTS s'est engagée à y contribuer dans ses orientations sur la gestion du risque adoptées par le conseil le 2 juin 2005. Le Gouvernement a souhaité rendre obligatoires la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles par les lois des 9 et 13 août 2004.

Le Gouvernement partage également l'avis de la Cour sur la nécessité de mieux informer les usagers du système de soins. A cet égard, le parcours de soins coordonné organisé autour du médecin traitant permet désormais aux patients d'être mieux orientés dans le système de soins et de recourir à l'offre de soins de manière appropriée et efficiente. Le médecin traitant, établissant avec ses patients une relation dans la durée, sera ainsi à même de les conseiller, notamment en matière de prévention, et de les orienter vers d'autres médecins ou d'autres professionnels de santé dont il aura vocation à coordonner si nécessaire les interventions. A l'horizon 2007, la mise en place du dossier médical personnel (DMP), autre axe central de la réforme instaurée par la loi du 13 août 2004, complètera le dispositif de coordination, de qualité et de continuité des soins. Pour les patients en affection de longue durée, l'outil privilégié que constitue le protocole de soins entre médecin conseil, médecin traitant et patient sur les soins nécessités par l'affection et les comportements à adopter en termes d'hygiène de vie, sera renforcé : la loi du 13 août 2004 prévoit désormais qu'il soit signé par le patient et systématiquement présenté par celui-ci au médecin consulté. Plus généralement, le conseil de la CNAMTS a décidé de faire de l'information de l'ensemble des assurés l'un des axes majeurs de la gestion du risque. Cette démarche sera appuyée par l'Etat notamment dans le cadre de la négociation de la prochaine convention d'objectifs et de gestion (2006-2009).

La Cour souligne par ailleurs l'importance qui s'attache à un renforcement des contrôles des caisses d'assurance maladie en matière d'abus et de fraudes. Le Gouvernement est lui aussi convaincu que des actions de contrôle menées avec détermination sont nécessaires et efficaces. Comme l'indique la Cour, le renforcement des contrôles des arrêts de travail et l'amélioration de leur efficacité ont eu ainsi en 2004 et plus encore en 2005 des effets significatifs sur la prescription d'indemnités journalières. Au-delà des dispositions de la loi du 13 août 2004, qui mettent notamment à la disposition des caisses d'assurance maladie de nouveaux modes de pénalisation financière des établissements, des professionnels de santé et des assurés en cas d'inobservation des règles du code de la sécurité sociale, le PLFSS 2006 comportera des mesures complémentaires visant à renforcer l'efficacité de cette politique.

Quant aux relations conventionnelles, elles ont elles aussi été renouvelées par la loi du 13 août 2004, qui confère à la nouvelle Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et aux syndicats représentatifs des médecins libéraux une responsabilité importante dans la mise en œuvre de la réforme. La nouvelle convention médicale conclue le 12 janvier 2005 entre l'UNCAM et les syndicats de médecins libéraux généralistes et spécialistes comporte ainsi des engagements en matière d'amélioration de la coordination des soins autour du médecin traitant, mais aussi de respect du champ d'exonération du ticket modérateur ou encore d'inflexion des prescriptions d'indemnités journalières et de certains produits de santé qui font l'objet d'une surconsommation. Par ailleurs, en transférant la gestion de la nomenclature à l'assurance maladie, la loi du 13 août 2004 rétablit l'unité et la cohérence de gestion des tarifs des professions de santé.

L'action sur les comportements est au cœur de la réforme de l'assurance maladie que conduit le Gouvernement. Elle ne portera l'ensemble de ses fruits que progressivement mais commence d'ores et déjà à faire sentir ses premiers effets. Avec une croissance en 2004 de 4,7 % par rapport aux résultats comptables 2003, le taux de progression de l'ONDAM se situe, pour la première fois depuis 2001, en dessous de 5 %, alors qu'il était de 6,4 % en 2003 et de 7,2 % en 2002, ce qui marque une inflexion de tendance significative et encourageante. Cet infléchissement est particulièrement net pour les remboursements d'actes des libéraux et les indemnités journalières, ces dernières ayant décliné de 0,6 % en 2004, après avoir enregistré des hausses de 6,6 % en 2003 et de plus de 10 % en 2004. Les tendances qui se dégagent des sept premiers mois de l'année 2005 confirment et accentuent l'inflexion observée depuis la fin 2004. Par rapport à la même période en 2004, la progression de l'ONDAM reste en effet limitée à 3,5 %, grâce en particulier à une croissance modérée des soins de ville à 1,4 %.

Ces premiers résultats encourageants montrent que les français ont compris la nécessité d'un changement de comportement. La mise œuvre de la réforme de l'assurance maladie, dont les différentes dispositions produiront progressivement l'ensemble de leurs effets, confortera et approfondira ces changements.

*REPOSE DU MINISTRE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DE
L'INDUSTRIE ET DU MINISTRE DELEGUE AU BUDGET ET A LA
REFORME DE L'ETAT*

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie et le ministre délégué au budget et à la réforme de l'État ont pris connaissance avec un grand intérêt des travaux effectués par la Cour des comptes dans le cadre de son rapport annuel sur la sécurité sociale.

Les observations formulées rejoignent dans leur majorité les préoccupations du ministère.

Sur les dépenses et le financement de la sécurité sociale

1° Évoquant la construction de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), la Cour souligne les questions de définition de périmètre et de suivi des dépenses qui le composent. Sur ce point, la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale qui prévoit un minimum de cinq sous-objectifs de l'ONDAM, ainsi que les réformes en cours, marquent un très net progrès. Ce souci de clarté devra conduire à reconstituer l'évolution historique des dépenses, en vue d'établir les prévisions d'ONDAM conformément à l'article LO. 111-4-III-9 du code de la sécurité sociale prévoyant une annexe détaillant et chiffrant l'ensemble des hypothèses et mesures.

2° La Cour aborde ensuite certains sujets plus spécifiques à l'assurance maladie. Elle relève les risques de dérive financière en cas d'encadrement insuffisant de l'extension de la tarification à l'activité (T2A) à l'ensemble du secteur sanitaire. Cette observation plaide pour une « corde de rappel », c'est-à-dire un ajustement prix/volume en amont de la fixation annuelle des tarifs. S'agissant des prestations de radiologie et biologie effectuées en ville, la Cour note la très forte augmentation, sur la période 1999-2003 du volume des actes, ce qui devrait inciter à certains regroupements des laboratoires de petite taille. De même, partant du constat de la Cour sur le retard de la France pour les scanners et IRM, le souci de meilleur service rendu et de meilleur usage de l'argent public devrait conduire à desserrer le contingentement de ces équipements, tout en veillant à limiter le nombre de sites et le nombre de clichés par examen.

3° En ce qui concerne la branche accidents du travail – maladies professionnelles (AT-MP), le caractère désormais structurel du déficit constaté par la Cour, en raison notamment de l'émergence du risque de l'amiante, appelle des mesures de redressement. La définition d'une clé de répartition stable des contributions de l'État et de la branche AT-MP au financement de ces fonds ne paraît, en revanche, pas techniquement réalisable, au moins à ce stade, compte tenu des difficultés à se fonder sur des données précises, objectives et stables. A cette occasion, les ministres indiquent à la Cour les financements opérés par l'État tant au bénéfice du FIVA, par une contribution de 52 M€ en 2005 (et de 50 M€ en 2006), qu'à celui du FCAATA par le biais de l'affectation d'une fraction des droits tabacs.

4° Par ailleurs, la Cour évoque divers sujets tenant aux relations financières entre l'État employeur et les organismes de sécurité sociale. Elle souligne ainsi la nécessité que la nomenclature d'exécution continue de permettre de suivre précisément, une fois la LOLF entrée en vigueur, les cotisations sociales. Cette préoccupation est vraisemblablement liée aux regroupements de lignes de nomenclature qui ont dû être opérés, pour certaines sections budgétaires, dans le cadre d'expérimentations de la LOLF. En 2006, dans le cadre de la généralisation de la LOLF, nous sommes en mesure d'assurer à la Cour que la nomenclature d'exécution permettra de ne

rien perdre de l'information actuelle mais au contraire de gagner en analyse. Quant au congé de paternité des agents de l'État, l'absence de données de nature comptable, en rien inhabituelle sur ce type de dépense, ne saurait justifier la suppression de son remboursement à l'État par la CNAF dès lors que sont produites par l'État, sur la base d'une enquête statistique, les estimations de dépenses salariales en cause.

Enfin, s'agissant des créances des organismes de sécurité sociale sur l'État, le MINEFI rappelle toutes les précautions méthodologiques qui s'imposent afin de ne pas assimiler des restes à recouvrer au 31 décembre 2004 à des « dettes » de l'État, ce qui majorerait artificiellement celles-ci. En effet, dans la comptabilité en droits constatés des organismes de sécurité sociale, l'intégralité des créances vis-à-vis de l'État est prise en compte au 31 décembre de l'année de l'exercice, cette échéance ne permettant pas de tenir compte de paiements dès le début janvier de l'année suivante par l'État au titre des prestations versées en décembre par les caisses. En revanche, la dette n'apparaît pas dans la comptabilité de l'État puisque le paiement intervient pendant la période complémentaire, tout début janvier, du même exercice. L'écart technique entre les deux comptabilités, en droits constatés pour les organismes de sécurité sociale et intégrant la période complémentaire pour l'État, explique à elle seule la moitié des 9,1 Md€ de « restes à recouvrer » au 31 décembre 2004 cités par la Cour. De cette évaluation de la Cour, il convient en outre de déduire les montants relatifs au FFIPSA et au FSV qui, en droit, ne constituent pas des dettes de l'État. C'est dire le caractère contestable de cette présentation, l'État ayant au contraire cherché à apurer en 2004 des dettes dûment reconnues.

Attributaire de la mission de certification, la Cour dresse un bilan de l'état des comptes de la sécurité sociale

1° Tout en soulignant les progrès effectués en dix années de réforme comptable par les organismes de sécurité sociale, la Cour réitère ses précédentes observations sur la légitimité d'une présentation des comptes encore dérogatoire au plan comptable général, autorisant à comptabiliser en résultat courant, et non en résultat exceptionnel, des produits et des charges sur exercices antérieurs. Dans l'immédiat cependant, la lisibilité et la sincérité des comptes ressort des détails fournis dans leurs rapports par les agents comptables établis par branche, distinguant à titre d'exemples les reprises sur provisions permettant de dégager un résultat exceptionnel du résultat courant.

2° S'agissant de la comptabilité de l'État, le MINEFI précise que la mise en œuvre de la LOLF au 1^{er} janvier 2006 prévoit, d'une part, que la nouvelle comptabilité de l'État s'appuiera sur les principes de la comptabilité dite d'exercice, arrêtée au 31 décembre avec rattachement des produits et des charges à l'exercice qui s'achève et, d'autre part, que l'exécution budgétaire sera toujours assortie d'une période complémentaire (article 28 de la LOLF), cette règle d'exécution budgétaire ne modifiant pas l'état des dettes et des créances de l'État.

3° La certification offre l'occasion au MINEFI de témoigner de l'intérêt particulier qu'il attache aux méthodes et diligences qui seront déployées par la Cour lors de l'examen des comptes combinés du régime général et de son avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre des régimes obligatoires de base prévus par la loi organique du 2 août 2005. Les modalités de certification proposées par la Cour sont conformes aux travaux des groupes de travail mis en place par le Haut Conseil et les comités régionaux d'examen des comptes (COREC). En outre, les Ministres approuvent les recommandations de la Cour d'étendre l'obligation de certification des comptes aux régimes autres que le régime général et de publier au printemps l'ensemble des comptes, ceci s'inscrivant dans le sens de la circulaire du Premier ministre du 21 mars 2005 relative aux échanges interministériels approfondis entre administrations pour la préparation annuelle du PLFSS.

4° L'examen de la place des travaux et du positionnement institutionnel de la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) appelle les commentaires suivants. Tout d'abord, le MINEFI souligne combien l'harmonisation des nomenclatures comptables réalisée par la MIRCOSSE puis la centralisation des états financiers effectuées par la Mission des comptes permanente (MCP) ont facilité les comparaisons entre les agrégats de comptabilité nationale et ceux utilisés par la CCSS. Sur les questions de projections pluriannuelles, le Ministre de l'économie, des finances et de l'industrie et le Ministre délégué au budget et à la réforme de l'Etat tiennent à souligner leur responsabilité de synthèse des prévisions à moyen terme et globales sur les finances publiques, y compris sociales, en vue de répondre à la logique de l'article 50 de la LOLF et de l'article 2-I. de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale. Le rapport économique, social et financier et les perspectives d'ensemble des finances publiques sont les outils privilégiés de cette cohérence. Il en ressort qu'un élargissement des réflexions prospectives de la CCSS ne pourrait être étudié que dans le strict respect des prérogatives du MINEFI, en étroite collaboration avec les différents départements ministériels concernés.

S'agissant de la gestion des risques, le rapport appelle les réponses suivantes.

1° Le MINEFI ne peut que partager le constat de la Cour sur les résultats mitigés des mesures tarifaires jusqu'alors prises par les pouvoirs publics pour lutter contre les dérives des dépenses induites par les comportements des professionnels de santé et des assurés sociaux en France. Le recours à des dispositifs d'information sur les bonnes pratiques et les sanctions des comportements sont restés incomplets et la Cour relève même que les actions visant à modifier les comportements en utilisant le vecteur des rémunérations a pu générer des surcoûts importants. En conséquence, il convient de poursuivre les orientations de la récente loi portant réforme de l'assurance maladie, qui a mis en place des éléments de responsabilisation du patient, à l'instar du 1 € non remboursé et du parcours de soins, ces mesures constituant des signaux clairs et des incitations concrètes pour les

assurés sociaux. En outre, il importe de rappeler le poids des dépenses liées à des « affections de longue durée » (ALD) qui représentent près de la moitié des dépenses et 70 % de leur progression annuelle. La future convention d'objectifs et de gestion (COG) entre l'État et la CNAMTS offre une opportunité pour traduire ces mesures au moyen d'indicateurs de suivi des engagements conventionnels ainsi que de mise en œuvre des objectifs de maîtrise de la dépense prévue dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie.

2° Les observations de la Cour relatives aux retraites dans le monde agricole appellent les observations suivantes.

S'agissant des salariés, les Ministres approuvent, en grande partie, les analyses de la Cour sur les transferts de compensations démographique en provenance du régime général. Toutefois, les ministres rappellent que seule une approche globale comportant d'autres mesures d'équité, inspirée du rapport d'audit de juin 2004 sur les compensations, pourrait être préconisée. En tout état de cause, les ministres partagent l'avis de la Cour qu'une intégration financière salariés agricoles-régime général ne devrait pas avoir d'incidence sur le réseau de la Mutualité sociale agricole (MSA), l'existence d'un « guichet unique » de proximité constituant une mesure de simplicité au service des assurés sociaux.

En ce qui concerne les exploitants, les Ministres ne peuvent que corroborer l'analyse de la Cour. Les plus modestes de ces pensions ont été portées au niveau minimum de 75 % du SMIC par une série de revalorisations mises en œuvre depuis 1994 et par la création en 2002 du régime complémentaire obligatoire (RCO). Ces réformes se sont traduites par un apport cumulé de financement pour l'essentiel en provenance de la solidarité nationale de plus de 4 Md€. Les ministres prennent note des interrogations de la Cour sur certains avantages, comme par exemple le seuil de contribution au réel, et sur la nécessité d'éviter l'« évasion sociale » de certaines sociétés à objet agricole.

**RÉPONSES DES ADMINISTRATIONS
ET DES ORGANISMES**

PREMIÈRE PARTIE – LA SITUATION DES COMPTES SOCIAUX EN 2004

Chapitre I - Les dépenses de la sécurité sociale

REPONSE DU COMITE ECONOMIQUE DES PRODUITS DE SANTE

Ce projet n'appelle que deux observations :

La première est technique et porte sur la mesure de l'évolution des prix. Le projet relève que la baisse mesurée par l'INSEE est plus forte que celle mesurée par le CEPS. Ces deux mesures ne sont pas contradictoires. Leur différence tient simplement à ce que l'INSEE enregistre comme baisse de prix, pour une molécule donnée, la croissance de la pénétration des génériques alors que le CEPS traite chaque présentation générique comme un produit isolé. Pour le CEPS, la croissance des génériques est donc à l'origine d'un effet structure négatif.

La seconde observation porte sur l'évaluation faite par le projet de rapport des effets en 2005 du plan médicament, évaluation qui paraît notablement sous estimée. Ce plan comporte en effet deux volets : l'un relatif à l'offre de médicaments (prix, génériques, grands conditionnements, maintien ou non au remboursement, etc.), l'autre à la demande (maîtrise médicalisée de la prescription). Les économies attendues en 2005 du volet « offre » devraient approcher 600 M€ : 160 M€ de baisses de prix de produits sous brevets ; au moins 200 M€ de baisses de prix de produits achetés par les hôpitaux en conséquence du nouveau régime de prix de ces produits ; nettement plus de 200 M€ dans le secteur générique (augmentation de la pénétration, TFR, baisses de prix des génériques. Il n'y aura en revanche en 2005 quasiment aucune économie sur les grands conditionnements dont l'arrivée sur le marché en nombre significatif ne pourra pas intervenir avant la fin de l'année. A ces économies s'ajouteront celles résultant de la maîtrise médicalisée. Il n'y a aucune raison de prévoir aujourd'hui que les mesures prises par l'assurance maladie pour accompagner sur ce point les engagements conventionnels des prescripteurs ne produiront pas d'économies dès 2005.

Chapitre II - Les ressources des régimes de sécurité sociale

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES

Un constat alarmant est dressé sur la situation gravement déficitaire du FSV, jugée non conforme au droit. La caisse nationale des allocations familiales note à cet égard la mention « Quant à la contribution de la CNAF, elle ne correspond en 2004 qu'à 60 % des majorations de pension servies aux parents de trois enfants. A l'avenir l'augmentation de ce taux se heurtera au déficit de la branche famille constaté en 2004 ». La caisse note également les recommandations spécifiques de la Cour :

- assujettir les majorations de pensions à l'impôt sur le revenu ou les rendre forfaitaires ;
- régler le déficit structurel du FSV par une augmentation de la CSG ou par une dotation de l'Etat.

Comme la caisse a déjà eu l'occasion d'en faire part à la Cour au sujet de son relevé de constatations provisoires sur l'activité du FSV, elle voudrait souligner deux points :

- le solde de la branche famille, correspondant à une prise en charge actuelle de 60 % des majorations de pensions, est déjà déficitaire en 2004. La prise en charge des 40 % actuellement supportés par le FSV l'aggraverait structurellement de 1,3 Md€ en valeur 2004, « installant » un découvert de l'ordre de 3 % de l'ensemble des dépenses de la branche. Le financement de l'avantage relatif aux majorations de retraite pour enfants, instauré à partir de 2001 représente à lui seul 7 % des autres charges techniques et administratives de la branche. Il n'est dès lors plus compatible avec le niveau de la CSG affectée en 1991 à la branche famille, niveau qui n'a pas été révisé depuis cette date. Par ailleurs, l'élargissement récent de l'assiette de la CSG (de 95 % à 97 % ne lui a pas bénéficié, puisque, contrairement à la branche maladie, il a été neutralisé par la baisse du taux qui est passé de 1,10 % à 1,08 % ;
- si le rattachement à la politique familiale de cet avantage devait être consacré, il conviendrait par ailleurs de s'interroger sur le calibrage de la mesure. Comme la Cour le souligne justement, la majoration revêt un caractère anti-redistributif, puisqu'elle est actuellement proportionnelle à la pension, et non imposable. Parmi les deux solutions évoquées par la Cour, il serait alors préférable d'agir directement sur le niveau de dépense en forfaitisant la prestation plutôt que de l'assujettir à l'impôt sur le revenu. Cette mesure entrerait en effet en cohérence avec le caractère forfaitaire, non proportionnel au revenu, des prestations familiales tout en

corrigeant l'effet anti-redistributif dénoncé par la Cour. De surcroît, la réduction de coût serait affectée directement à l'organisme en charge de la politique familiale, ce qui est également cohérent.

DEUXIÈME PARTIE – LA GESTION DES RISQUES

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

REPONSE DE LA DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DE STATISTIQUES

La DREES souscrit entièrement à la recommandation de La Cour visant à approfondir les études sur les comportements des professionnels de santé et des assurés sociaux. Elle a d'ailleurs réalisé récemment ou inscrit à son programme de travail de nombreux travaux sur ces thèmes.

Ainsi, s'agissant des professionnels de santé, l'enquête 2002 sur les consultations et visites des médecins généralistes libéraux, que cite la Cour, a permis de dresser une première typologie des séances de généralistes. Des exploitations complémentaires de l'enquête sont en cours. Elles portent notamment sur l'analyse de la durée de consultation ou celle du nombre de médicaments prescrits. D'autres études pourraient également être lancées suite à un appel d'offre à l'exploitation secondaire de cette enquête prévue pour juin 2005. Ces études chercheront notamment à isoler d'éventuels effets spécifiquement liés au « patient » ou au « prescripteur » ainsi qu'à prendre en compte des données sur le contexte dans la zone d'emploi (densité de professionnels, revenus des ménages...).

Dans la lignée de cette enquête sur les consultations et visites des médecins généralistes libéraux, la DREES a réalisé fin 2004 une enquête sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale, visant tant à décrire les recours « urgents » à partir de questionnaires remplis par les médecins sur ces recours, qu'à interroger les patients sur les raisons et circonstances les ayant amenés à consulter un médecin généraliste de ville. Ces enquêtes seront complétées en 2006 par une enquête sur l'activité des spécialistes.

Plus généralement, la DREES a également réalisé ou fait réaliser de nombreuses études sur les comportements des médecins libéraux, portant par exemple sur l'impact de la densité médicale sur leur activité et leurs honoraires, sur les évolutions de leur temps de travail (ou de leur volume d'activité) en lien avec la féminisation et le vieillissement de la profession, sur l'organisation en groupe. Ainsi, une étude à paraître dans le dossier « solidarité-santé » indique que, dans une certaine mesure, la régulation de la médecine libérale en France, où les rémunérations sont définies selon le système de paiement à l'acte avec des tarifs conventionnels, contribue au développement de comportements de demande induite, c'est à dire d'intensification des soins par les médecins généralistes du secteur 1.

Par ailleurs, en ce qui concerne le comportement des assurés sociaux, une analyse des déterminants individuels des dépenses de santé (Études et Résultats N°378) indique qu'au delà de l'influence de l'âge, du sexe et de l'état de santé, les caractéristiques socioéconomiques et le bénéfice d'une assurance maladie complémentaire influent sur la consommation de soins. Alors que la structure de la consommation des personnes issues de milieux sociaux favorisés est plutôt tournée vers les soins ambulatoires, celle des plus modestes a tendance à privilégier les soins vers l'hôpital : c'est le cas des personnes issues de ménages dont la personne de référence est ouvrière ou n'a pas reçu d'éducation secondaire, ainsi que des personnes issues de familles monoparentales. En outre, les personnes bénéficiant d'une assurance complémentaire engagent des dépenses ambulatoires supérieures de 29 % à celles des personnes qui en sont dépourvues, les bénéficiaires de la CMU complémentaire engageant quant à eux des dépenses de médicaments et d'omnipraticiens supérieures à celles des autres assurés complémentaires. Enfin, les déclarations de renoncement aux soins pour des raisons financières concernent essentiellement les soins dentaires, optiques et de spécialistes. Elles sont réduites de plus de moitié quand les personnes sont couvertes par une assurance complémentaire.

Une analyse des effets redistributifs de l'assurance maladie (Solidarité et santé N°1*2005) rappelle en outre que l'essentiel de la fonction d'assurance-maladie étant assurée par des régimes obligatoires, et les prélèvements étant essentiellement proportionnels aux revenus des assurés, les propriétés redistributives de l'assurance-maladie dépendent essentiellement du lien entre les remboursements des soins et les revenus individuels. A structures d'âge comparables, les dépenses de soins des ménages les plus modestes sont plus élevées que celles des autres ménages, mais la prise en compte de l'état de santé plus précaire de ces ménages modestes atténue l'ampleur relative de leurs dépenses de soins. La progressivité des prélèvements apparaît légèrement réduite à structures d'âge identiques. Au total, la redistribution des revenus opérée par le système d'assurance-maladie apparaît d'une ampleur légèrement réduite, lorsqu'elle est considérée hors redistribution horizontale liée à l'âge et à l'état de santé. L'impact de la réforme de l'assurance maladie n'est pas sans conséquences. L'augmentation

de la CSG augmente légèrement la progressivité des prélèvements, tandis que le forfait de « 1 euro » a un léger effet inverse à partir du deuxième décile de niveau de vie et l'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire devrait principalement bénéficier aux ménages des deux premiers déciles de revenu. L'estimation du nombre de bénéficiaires de la CMU fait aussi l'objet de publications régulières (Études et Résultats N°381).

Les dépenses des médicaments remboursables font par ailleurs l'objet de plusieurs analyses (Études et Résultats N°404 et Solidarité et santé N°3*2004) ainsi que les dépenses de soins de ville remboursés par le régime général (Études et Résultats N°364).

Enfin, il est envisagé une étude sur les trajectoires de soins à partir de l'enquête nationale santé (INSEE/DREES) permettant de caractériser les trajectoires de recours aux soins selon les variables socio-démographiques et notamment les enchaînements entre généralistes et spécialistes.

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES

Le travail de la Cour s'inscrit pleinement dans les réflexions qui accompagnent la mise en œuvre de la réforme de l'assurance maladie.

Cette réforme, adoptée par le Parlement en juillet 2004, repose en effet sur un changement des comportements de l'ensemble des acteurs du système de santé. Aujourd'hui, les principales instances de la nouvelle gouvernance du système sont en place, les différentes mesures contenues dans la loi pour renforcer son efficacité sont opérationnelles. La volonté d'influer sur les comportements des professionnels de santé et des assurés sociaux est au cœur des préoccupations de la CNAMTS.

L'efficacité de l'action sur les comportements individuels ou collectifs implique une connaissance fine de l'information relative à la prescription et à la consommation des soins. Ce constat est largement partagé. Dans cette logique, l'assurance maladie s'efforce depuis plusieurs années de perfectionner son analyse de l'activité des professionnels de santé.

Le rapport évoque les limites de l'étude opérée sur les disparités géographiques des pratiques des médecins, qui est présentée comme insuffisamment analytique. La finalité préalable de ces études consistait précisément à mettre en évidence les disparités afin de susciter une réflexion générale sur leur fondement.

S'agissant plus particulièrement de l'activité des médecins, il est précisé que les services de la CNAMTS prennent en compte l'impact des modifications de nomenclature dans leur suivi de l'évolution des dépenses. Ces travaux sont diffusés dans des points de conjoncture, le dernier a fait l'objet d'une publication au mois de février 2005.

Pour prolonger cette démarche, la CNAMTS met de façon régulière à la disposition de son réseau, dans le cadre de son plan national d'actions de régulation, des informations sur l'évolution des prescriptions de l'ensemble des médecins libéraux, omnipraticiens et spécialistes. J'attache une importance toute particulière à ce que les acteurs locaux de la gestion du risque dispose effectivement des données pertinentes, à un niveau territorial et selon un calendrier adapté aux nécessités de l'action.

Cette approche doit se doubler d'une accentuation, comme vous le soulignez, du processus d'élaboration et de diffusion des référentiels de bonne pratique aux professionnels de santé. Vous soulignez à cet égard les lacunes de la situation observée ces dernières années.

La loi du 13 août 2004 donne à notre système de santé le cadre institutionnel et les moyens permettant de promouvoir la qualité des soins et les bonnes pratiques médicales.

La création de la haute autorité de santé devrait permettre de pallier les insuffisances constatées. La coordination et la diffusion des référentiels sont l'une des raisons majeures de sa création. De la même façon, le nouvel élan donné par la loi du 13 août 2004 à l'évaluation des pratiques professionnelles qui est rendue obligatoire me semble répondre aux insuffisances soulignées par la Cour des comptes.

Pour ce qui est de son domaine de compétence, l'assurance maladie diffuse depuis plusieurs mois à l'ensemble des médecins une lettre d'information accompagnée, le plus souvent, de fiches pratiques d'aide à la prescription, contribuant ainsi à l'appropriation par les praticiens d'une approche qualité.

Dans le cadre du plan national d'actions de régulation déjà évoqué, les médecins conseils de l'assurance maladie vont réaliser, au cours de l'exercice 2005, 70 000 échanges confraternels destinés à promouvoir les bonnes pratiques autour de trois thèmes majeurs du volet régulation de la convention médicale du 12 janvier 2005 : les statines, les antibiotiques, les anxiolytiques et les hypnotiques.

Dans ce prolongement, la mise en œuvre des orientations de la politique de gestion du risque adoptées par le conseil de la CNAMTS le 2 juin 2005, doit permettre d'inciter les professionnels de santé à respecter leur obligation de formation et d'évaluation des pratiques.

Vous évoquez également dans votre projet de rapport les limites actuelles des mesures de régulation financière qui touchent aussi bien les assurés sociaux que les professionnels de santé. Vous soulignez très justement les limites fortes du rôle du ticket modérateur et ses effets pervers.

Là encore, la réforme de l'assurance maladie, au travers du parcours de soins et de la mise en place des contrats responsables me semble pouvoir être une réponse adaptée.

En dehors du parcours de soins, lorsque l'assuré consultera un spécialiste du secteur à tarifs opposables sans passer par son médecin traitant, le médecin pourra, pour un peu moins d'un tiers de son activité, facturer sa consultation 17,5 % au dessus du tarif normalement applicable, soit environ 32 euros. Le patient sera remboursé sur la base de 25 euros. Cette incitation est destinée à encourager les usagers à s'inscrire dans une logique de continuité et de qualité des soins.

Cette participation financière de l'assuré sera renforcée par le dispositif des contrats responsables qui devrait désinciter fortement les organismes complémentaire d'assurance maladie à prendre en charge le dépassement d'honoraires.

Concernant le bilan des nouveaux outils conventionnels, institués suite à la loi du 6 mars 2002, celui-ci est évidemment nuancé.

S'agissant de la convention médicale du 12 janvier 2005, il me semble utile de souligner que les médecins se sont engagés, dans la convention médicale du 12 janvier 2005, sur des objectifs quantifiés annuels d'inflexion de l'évolution des dépenses de santé traduits en termes d'économies attendues

Il est également prévu dans la convention qu'un avenant annuel définira les modalités selon lesquelles une partie des dépenses effectivement évitées pourra être utilisée pour valoriser la rémunération des actes médicaux.

Nous partageons votre analyse tendant à encourager les contrôles des abus et des fraudes dans une perspective d'efficience consistant à éviter de rembourser des dépenses inutiles. Le bilan du programme « Contrôler autrement » permet d'appréhender la globalité des actions contentieuses réalisées en fonction des professions de santé concernées.

4 023 professionnels de santé ont été contrôlés entre le dernier trimestre 2003 et la fin de l'exercice 2004. : soit 1,4% du nombre total. Parmi ces contrôles, 23,9 % ont donné lieu à un contentieux (conventionnel, ordinal ou pénal), 37,5 % ont fait l'objet d'un recouvrement d'indus et 29,6 % ont justifié un retour d'informations personnalisé.

Le plan national de contrôle de la CNAMTS pour l'année 2005 a été rendu public au mois de février. Il repose sur trois idées force : la transparence, le ciblage et l'efficacité des contrôles. La CNAMTS travaille dans ce cadre à une charte d'engagement de l'assurance maladie, pour les contrôles menés par le service médical.

En 2005, sur quatre thèmes prioritaires : les dépenses de soins prises en charge indûment à 100 % au titre des affections de longue durée, les arrêts de travail, les prescriptions des médicaments anti-cholestérol, les transports en ambulance, les contrôles de l'assurance maladie seront renforcés.

A titre d'indication, sur l'exercice 2005, 220 000 contrôles porteront sur les arrêts de travail de courte durée dans la continuité de ceux opérés en 2004 qui ont permis de diminuer de façon significative les dépenses relatives aux prestations en espèce. Le contrôle systématique des arrêts de travail de longue durée a par ailleurs été porté de 90 à 60 jours.

Par ailleurs, pour faire face aux enjeux actuels de l'assurance maladie, une réorganisation des services de la CNAMTS en charge de la gestion du risque a été engagée, répondant directement à la recommandation de la Cour.

Elle vise à renforcer l'efficacité des équipes en rapprochant les personnels administratifs et médicaux et en identifiant mieux les responsabilités des directions « métiers » et de celle en charge des relations avec le réseau.

Concomitamment, nous engageons une politique de développement de l'information des assurés et des professionnels de santé, actée dans plusieurs des orientations de la politique de gestion du risque. Dès à présent nous organisons la mise en œuvre de ces orientations par l'élaboration de plans d'actions pluriannuels.

Le constat nuancé fait par la Cour des Comptes sur les actions menées pour faire évoluer les comportements des acteurs du système de soins ne me semble pas devoir remettre en cause le choix de la CNAMTS d'accentuer ses efforts en matière de maîtrise médicalisée. Beaucoup d'éléments convergent pour montrer qu'une action ciblée et suivie, qu'elle ressorte d'une logique d'accompagnement, de contrôle ou d'explication, a effectivement un impact sur les acteurs et qu'il demeure des marges de manœuvre et d'actions très importantes dans ce domaine.

REPONSE DE LA CAISSE CENTRALE DE LA MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE

1 - Les limites du système d'information de l'assurance maladie :

Le logiciel ARCHIMED (analyse, recherche, informations médicalisées) a été généralisé à l'ensemble des services de contrôle médical en janvier 2005.

Il s'agit d'un outil qui intègre des fonctions avancées d'analyse sur la pratique de professionnels de santé et sur la consommation des assurés que ce soit pour une aide à la décision dans les avis sur prestations ou en analyse thérapeutique. Il intègre également une fonction observatoire « médicament » et un module « gestion du risque » facilitant l'imputation sur le bon risque. Le logiciel ARCHIMED permet au médecin conseil d'analyser les ordonnances au regard des pathologies et par conséquent de repérer des anomalies dans la prescription. Un contact par courrier avec le médecin, suivi le cas échéant d'un entretien, permet de modifier très sensiblement les habitudes de prescriptions des médecins.

Dans le cadre du plan de maîtrise médicalisée prévu par la convention signée, le 12 janvier 2005, entre les médecins et l'assurance maladie, le logiciel ARCHIMED s'est enrichi de modules spécifiques automatisés concernant :

- le plan médicament avec des actions sur la polymédication des personnes âgées, les associations médicamenteuses formellement contre-indiquées, la prescription des benzodiazépines après 70 ans, la prescription des statines après 80 ans et une incitation à la prescription de génériques ;
- le plan ALD avec des actions sur le respect de la prescription sur ordonnancier bizonne et sur le retour de pratique au médecin en fonction des référentiels en vigueur.

Les ALD constituent un enjeu majeur pour la MSA dont 20% des adhérents sont en ALD. C'est dans ce contexte que la MSA a lancé en 2004 un plan d'accompagnement des patients en ALD, afin de responsabiliser médecins et assurés, basé sur :

- l'harmonisation des avis des médecins conseils ;
- l'envoi de référentiels aux médecins traitants ;
- le retour d'information aux médecins prescripteurs ;
- l'éducation thérapeutique des patients.

2 – L'information des professionnels de santé

La MSA expérimente, dans le cadre de son plan ALD :

- l'envoi des référentiels aux médecins traitants :

La MSA estime que les médecins conseils sont un bon relais pour transmettre aux médecins traitants, en particulier généralistes, les recommandations de bonne pratique clinique validées par l'ex-ANAES ou l'actuelle haute autorité de santé.

S'inspirant de la méthode du « rappel au moment de la prescription », reconnue comme un moyen efficace d'amélioration des pratiques, toute demande d'ALD dans quatre pathologies (asthme, insuffisance coronaire, hypertension artérielle, diabète de type 2), fait l'objet d'un envoi, par le médecin conseil au médecin traitant, d'un questionnaire qui reprend les recommandations édictées.

Six régions participent à l'expérimentation (Pays de Loire, Bretagne, Picardie, Midi-Pyrénées, Poitou-Charentes, Rhône-Alpes) qui a débuté au dernier trimestre 2004 et doit se dérouler sur une durée d'un an.

Il est prévu, après un an d'expérimentation, de procéder à une évaluation de la faisabilité et de l'impact de la diffusion de référentiels par les médecins conseils auprès de leurs confrères médecins traitants.

-le retour d'information aux médecins prescripteurs :

L'objectif est d'optimiser la qualité des soins par un retour d'information vers les médecins en terme de prise en charge et de suivi de leurs patients en ALD 13 (insuffisance coronarienne) tout en responsabilisant les assurés.

Cette expérimentation se déroule depuis octobre 2004 en Aquitaine, Auvergne, Basse Normandie, Centre, Lorraine, Nord Pas de Calais, Champagne Ardennes, PACA et Franche Comté. Elle concerne les patients de 20 à 75 ans pour lesquels une prise en charge au titre de l'ALD 13 est accordée à la demande d'un médecin généraliste sur une période de 6 mois (octobre 2004 – mars 2005). Le médecin est contacté afin de lui expliquer la démarche et lui diffuser les recommandations et les indicateurs de suivi (document ad hoc).

Un an après la mise en ALD (soit à partir d'octobre 2005), un retour d'information collectif est fait aux médecins sur l'ensemble de leurs patients, assurés de la MSA, en ALD 13 (pourcentage de respect des référentiels médicaux). Des entretiens confraternels auront lieu pour les généralistes « atypiques ».

Un 2^{ème} retour d'information est prévu en 2006 avant l'évaluation de l'action.

3 – L'information des assurés

Dans le cadre de son plan ALD, la MSA a prévu, parallèlement au retour d'information aux médecins prescripteurs, de convoquer une première fois les assurés afin de leur exposer leurs droits et devoirs dans le cadre de l'ALD et de réexpliquer les objectifs du traitement (remise de deux documents ad hoc), puis une seconde fois, un an après la mise en ALD, afin de faire le bilan de leurs connaissances sur leur maladie et de vérifier le suivi des prescriptions du médecin.

REPONSE DE LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE LA SARTHE

La CPAM confirme l'action de sensibilisation des assurés sociaux ayant des arrêts itératifs. Cette action a d'ailleurs été reprise par la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et généralisée à l'ensemble des départements : si la première généralisation concernait les assurés ayant eu au moins 5 arrêts de moins de 15 jours, la CNAMTS nous a fait connaître, par lettre réseau du 14 juin 2005, qu'elle modifiait sa cible pour retenir les assurés ayant eu au moins 3 arrêts de moins de 15 jours.

Il est précisé, par ailleurs, que la caisse a entrepris d'autres actions de responsabilisation des assurés sociaux et des professionnels de santé. A titre d'exemple :

- pour les assurés sociaux, des courriers leur sont adressés pour les alerter sur leur consommation médicamenteuse ;

- pour les professionnels de santé, et depuis 1998, la CPAM de la Sarthe, par l'intermédiaire des délégués de l'assurance maladie, transmet aux médecins (mais aussi aux dentistes, aux pharmaciens, ...) leur profil d'activité et de prescription. Ce profil, qui leur permet une comparaison avec leurs confrères, a été généralisé dans une forme proche par la CNAMTS à l'ensemble de la France.

Afin de compléter ce profil, la CPAM de la Sarthe présente aux médecins du département, d'abord en réunion collective puis lors des visites individuelles des délégués de l'assurance maladie, la « cartographie » cantonale des prescriptions médicales.

Cette cartographie permet de déceler les écarts de prescription pour ensuite en analyser les causes.

Chapitre VI - Les questions de retraite

REPONSE DE LA CAISSE CENTRALE DE LA MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE

Le bilan global de la recherche de la parité.

La méthode de calcul retenue par la Cour conduirait à une augmentation des taux de cotisations sociales très sensible.

La méthode conduit, en effet, à faire porter le poids financier de mesures spécifiques au régime professionnel alors qu'elles ont précisément pour objet de prendre en compte des éléments considérés comme devant être écartés des prélèvements sociaux (par exemple les déficits dans la moyenne triennale). Une logique similaire n'est pas retenue par les Pouvoirs publics en matière d'allègements des charges des entreprises employeurs de main d'œuvre puisque ces exonérations sont en principe remboursées aux régimes par le budget de l'Etat.

D'une manière générale, la MSA estime souhaitable de distinguer un raisonnement de type macro économique au niveau des régimes et un raisonnement de type micro économique par catégories de personnes en veillant à bien distinguer les catégories de cotisants et bénéficiaires. En effet l'existence des minima d'assiette de cotisations par branche conduit à titre individuel à des taux de prélèvements instantanés très élevés pour les bas

revenus professionnels²⁹⁹. La CCMSA est favorable à une comparaison individuelle des revenus professionnels et des taux de cotisations retenus, étant précisé que les différences de taux entre le régime général et le régime des non salariés agricoles gardent un caractère de convention prenant en compte de manière approchée les différences majeures de réglementation en matière de prestations sociales.

Par ailleurs, la prise en compte d'éléments tirés de l'impact d'une évolution fiscale sur l'assiette en termes de manque à gagner, traduit ensuite en points de cotisations, est discutable car il existe des dispositions de nature similaire pour l'assiette des cotisations sur salaires qui ne semblent pas être intégrés au raisonnement, par exemple la non prise en compte des indemnités de licenciement pour la partie non assujettie à l'impôt sur le revenu ou la non prise en compte des contributions patronales au financement de prestations complémentaires de prévoyance ou encore le non assujettissement à cotisations des sommes versées en application d'un accord d'intéressement.

L'intégration dans les calculs des effets de la revalorisation des petites retraites agricoles paraît particulièrement discutable au plan des principes car il s'agit d'une mesure décidée par les Pouvoirs publics. L'impact sur les finances publiques doit bien entendu être connu et isolé mais il semble délicat de traduire cet impact en taux de cotisations sauf à vouloir faire financer par le régime une mesure qui a été portée à la charge de la collectivité publique.

Les éléments d'assiette entre salariés et non salariés sont très différents par nature et il convient de s'interroger sur la pertinence de l'introduction de correctifs dans un seul sens, dès lors qu'une disposition concernant les non salariés agricoles conduit à une baisse partielle de l'assiette fiscale. Les règles d'assiette minimum n'existent pas dans les régimes de salariés et, pour autant, le droit aux prestations en nature est ouvert sous la seule condition d'une activité professionnelle.

Enfin, on peut se demander à quel moment du raisonnement sont pris en compte les mécanismes d'exonération des cotisations patronales qui conduisent à maintenir, pour certains niveaux de rémunération (ceux proches du SMIC) des niveaux de taux globaux³⁰⁰ sans commune mesure avec la réalité du prélèvement pratiqué.

En ce qui concerne le calcul relatif aux conjoints collaborateurs, la CCMSA observe qu'il s'agit d'un dispositif qui vise à attribuer une

299. Ainsi avec les taux et minima de cotisations applicables en 2004 et pour les trois situations suivantes de revenus professionnels soumis à cotisations (hors CSG CRDS, hors ATEXA et hors RCO) de 400, 600 et 800 SMIC, le taux d'effort par rapport au revenu professionnel est de 52,47 % à 400 SMIC, 36,78 % à 600 SMIC et 32,07 % à partir de 800 SMIC.

300. Le niveau d'exonération se situe à 26 % du SMIC brut à hauteur du SMIC avec le dispositif FILLON de droit commun.

protection sociale améliorée à certains conjoints avec des éléments favorables en termes de rendement des cotisations ou de rachat qui ont été décidés par les Pouvoirs publics. La majoration théorique du taux de cotisation vieillesse de l'ensemble des cotisants est discutable au plan de la méthode (en admettant le principe même de la majoration de cotisation qui n'est pas retenu par la CCMSA) puisqu'elle aboutit à faire porter sur l'ensemble des cotisants une mesure estimée favorable pour certains d'entre eux. On observera que l'attribution d'une pension d'invalidité aux conjoints collaborateurs a été financée par une cotisation forfaitaire et non par une majoration de la cotisation d'AMEXA.

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DE RETRAITE DES AGENTS DES COLLECTIVITES LOCALES

Le rapport annuel de la Cour des comptes sur la sécurité sociale, prévu par l'article LO 132-3 du code des juridictions financières a examiné les effets de l'autonomie du régime des salariés agricoles sur la compensation démographique.

La caisse des dépôts, gestionnaires de la CNRACL, souhaite attirer l'attention de la Cour sur les conséquences de la consolidation du régime des salariés agricoles avec la CNAVTS, qui sont de nature à mettre en péril l'équilibre financier de ce régime.

Déjà, dans le cadre des travaux menés pour la rédaction du rapport d'audit pour la commission de compensation de juillet 2004, la Caisse des dépôts, gestionnaire de la CNRACL, avait exprimé des réserves sur cette piste d'évolution technique des mécanismes de compensation. Elle avait préconisé le maintien des règles actuelles de calcul des transferts de compensation généralisée vieillesse sans intégration de nouveaux paramètres ou d'évolution du périmètre.

En effet, la position de la caisse des dépôts s'explique par l'impact financier de cette hypothèse d'intégration qui accroît considérablement le montant de compensation généralisée à la charge de la CNRACL et qui n'est pas compensé par la suppression progressive de la surcompensation.

Il convient de rappeler que la diminution du taux de recouvrement de la surcompensation s'inscrit dans deux plans de mesures (2000-2001 et 2003-2005) décidés par les pouvoirs publics permettant à la CNRACL de disposer d'une situation financière équilibrée pour les cinq prochaines années, dans un effort partagé entre l'Etat et les collectivités locales et sans alourdissement des charges de compensation généralisée.

La baisse du taux de surcompensation qui est passé de 38 % à 34 % en 2000 et de 34 % à 30 % en 2001 ainsi que l'augmentation du taux de contribution employeur de 0,5 % au 1^{er} janvier 2000 et 2001 (décret n° 99-1065 du 20 décembre 1999) ont permis de constater un résultat excédentaire

en 2001, à hauteur de 46,6 M€ mais ces mesures n'ont pas suffi à éviter un déficit de 47 M€ en 2002.

Le second train de mesures a porté le taux de cotisation employeur à 26,5 % au 1^{er} janvier 2003, à 26,9 % au 1^{er} janvier 2004 et à 27,3 % au 1^{er} janvier 2005 conformément au décret n° 2003-51 du 17 janvier 2003 tandis que le taux de la contribution à la CNRACL passait au terme du décret n° 2003-1037 du 29 octobre 2003, à 27 % en 2003, à 24 % en 2004 puis à 21 % en 2005. La situation financière de la CNRACL est revenue à l'équilibre dès 2003 mais ne pourra le rester en 2006 qu'avec une nouvelle diminution du taux de recouvrement de la surcompensation.

Ces différentes mesures se sont donc avérées indispensables pour financer la dérive démographique du régime qui va se poursuivre sur les prochaines années malgré la montée en charge progressive du dispositif de réforme des retraites. Il est à noter qu'elles ont été d'autant plus nécessaires que la baisse continue du taux de recouvrement sur la période n'a pas empêché la CNRACL de verser un montant de surcompensation en augmentation de + 4 % entre 2001 et 2002, de + 1 % entre 2002 et 2003 et de +4 % entre 2003 et 2004 en raison d'une dégradation encore plus marquée des paramètres de calcul des autres régimes participants au mécanisme.

Par ailleurs, l'apparition de résultats déficitaires au cours des dernières années a totalement absorbé les réserves de la CNRACL qui doit recourir à un dispositif d'avance de trésorerie de 500 M€. Les besoins d'accompagnement de la trésorerie du régime sont restés les mêmes pour les six premiers mois de l'année 2005 et le report de compensations 2004 en début d'année 2005 a été de 630 M€. Pour 2005, tout en conservant le plafond d'avance de trésorerie au même niveau, l'amélioration de la situation financière de la CNRACL devrait permettre de limiter le report de compensation de 2005 sur 2006 à hauteur de 400 M€ d'après les dernières prévisions réalisées.

Dans ce contexte, une augmentation de la participation de la CNRACL au mécanisme de compensation généralisée annulerait l'efficacité du plan de rééquilibrage des comptes du régime. Mais surtout, il est probable que cette situation obligerait la CNRACL à recourir à des reports accrus de compensation sur l'exercice suivant et/ou à des avances plus importantes de trésorerie, au risque de mettre en difficulté les régimes bénéficiaires de la compensation généralisée. Elle entraînerait également à terme une augmentation sensible de l'effort contributif des ressortissants du régime, de l'ordre de 4 points de cotisation, la croissance de la population cotisante ne permettant plus depuis de nombreuses années de couvrir tout accroissement de la charge de compensation.

Au regard de l'effort contributif déjà consenti pour financer les charges actuelles du régime, toute hausse du montant de la compensation généralisée versé par la CNRACL pourrait apparaître comme fortement

inéquitable au regard de celui concédé par les régimes bénéficiaires du mécanisme. D'après le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2004, la cotisation moyenne obtenue en rapportant le montant des cotisations de l'année 2003 à l'effectif cotisant du milieu d'année, est déjà très supérieure à la CNRACL par rapport aux régimes bénéficiaires de la compensation généralisée.

De plus, la part des cotisations à la CNRACL consacrées au financement des régimes bénéficiaires des compensations qui s'est établie en 2004 à 24 %, augmenterait de plus de 11 points dans l'hypothèse de consolidation du régime des salariés agricoles avec la CNAVTS, soit plus du tiers des ressources de l'institution.

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE DES TRAVAILLEURS SALARIES

L'intégration totale des salariés agricoles dans le régime général tout en maintenant leur gestion dans les caisses de la MSA poserait le problème de l'organisation dédiée à un type de caisse pour un type de dossier et nécessiterait de décliner les implications en gestion de cette architecture.

L'intégration des salariés agricoles dans le régime général aboutirait à considérer qu'il n'y a plus qu'un régime et que ce régime fait bloc dans le cadre de la compensation démographique entre régimes de bases.

Dans ce scénario, les paramètres de la compensation démographique devraient être alors nécessairement revus.

Comme le fait remarquer la Cour des comptes dans le cadre des travaux du rapport d'audit pour la commission de compensation de 2004, une simulation (simulation 2A du rapport d'audit) sur la base de la prestation moyenne de référence égale à la moyenne des prestations des deux régimes et en éliminant les doubles comptes de retraités fait ressortir un transfert régime général + salariés agricoles de 1 446 M€ au lieu d'un transfert de 2 892,5 M€ dans le cadre actuel de calcul de la compensation menée sur l'exercice 2002. Le transfert du régime général est réduit de moitié, tandis que celui de la CNRACL passerait à 2 747 M€ et son transfert serait augmenté de 1 386,96 M€.

Cette option qui augmente fortement les transferts du fait de l'accroissement de la prestation de référence avait été majoritairement rejetée par les régimes. Certains régimes ont fait valoir que la prestation de référence des salariés agricoles devait être maintenue.

La CNAVTS souligne qu'une autre simulation introduisant la prise en compte de la durée moyenne d'affiliation validée pour le décompte des effectifs de retraités, croisée avec la simulation précédente (simulation croisée 2A et 5A du rapport d'audit) a été examinée en 2004 et mise à l'étude

en 2005 (les transferts du régime général sont réduits de 16 M€, le transfert de la CNRACL est augmenté de 1 247 M€).

La révision des mécanismes de compensation demande une analyse approfondie des implications sur les régimes et sur l'équilibre des régimes.

Le conseil d'administration de la CNAVTS, le 1^{er} juin a regretté que la concertation avec les partenaires sociaux annoncée par les pouvoirs publics sur les principes et les règles de la compensation n'ait pas encore été engagée.

La haute juridiction propose de fusionner le régime de retraite des salariés agricoles avec le régime général en maintenant la gestion des salariés agricoles par la MSA, au motif que ce régime dispose d'un réseau de caisses de proximité.

Les règles applicables au régime des salariés agricoles et au régime général étant alignées, il serait en effet cohérent d'intégrer le régime des salariés agricoles au régime général :

- d'une part, pour éviter les effets négatifs liés à la dissociation des éléments de calcul pris séparément dans chaque régime, effets atténués cependant par le nouveau mode de calcul du salaire annuel moyen des polypensionnés, issus, du décret 2004-144 du 13 février 2004 (article R.173-4-3 du code de la sécurité sociale),

- d'autre part, en cohérence avec le fait que de nombreux assurés au régime des salariés agricoles n'exercent pas leur activité sur les exploitations agricoles, mais dans les entreprises du tertiaire liées à l'origine au monde agricole.

Cependant, maintenir la gestion par la MSA d'un régime intégré au régime général entraînerait des difficultés de mise en œuvre importantes, en terme d'implémentation et d'utilisation d'un système d'information ou de systèmes disjoints.

Cette hypothèse n'apporterait pas toutes les garanties de cohérence de traitement entre les assurés relevant désormais d'un même régime, selon leur appartenance ou non, à un moment de leur carrière, à l'ex-régime des salariés agricoles. Le problème serait également posé de la gestion des données sociales, qui alimentent les carrières des actifs, etc.

L'attention de la Cour est appelée sur le fait que la branche retraite du régime général dispose d'un réseau de proximité étendu et réparti sur tout le territoire, soit, à fin 2004 : 252 Agences locales permanentes et 1 781 points d'accueil, de telle sorte que les relations de proximité avec les assurés sont parfaitement comparables à celles de la MSA.

En conséquence, la préconisation d'intégration du régime des salariés agricoles au régime général, paraît devoir impliquer la gestion directe par le

régime général, comme cela a toujours été le cas pour les régimes que le régime général a déjà intégrés.

*REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES
TRAVAILLEURS SALARIES*

La crise financière que traversent les régimes d'assurance sociale vieillesse est due principalement à deux causes : une dégradation rapide du rapport démographique cotisants/retraités (le nombre de retraités va être multiplié entre trois et sept d'ici à 2030) et un rendement instantané trop élevé pour être pérenne sur du long terme.

De plus, nous rejoignons la Cour des comptes sur la nécessité d'une réforme ainsi que sur les principes qui devraient la guider, notamment en terme de partage de l'effort entre les différentes générations concernées. Ce sont d'ailleurs ces principes que l'IGAS a mis en avant dans ses différents rapports. Il est aussi logique que soit posée la question des paramètres de la compensation spécifique.

L'assurance maladie souhaite participer aux réformes des régimes ASV, car le maintien de ces régimes ainsi que la participation aux cotisations ASV sont des éléments du pacte conventionnel.

C'est la raison pour laquelle il nous semble néanmoins important d'apporter quelques précisions sur les jugements que semble porter la Cour quant à la délégation donnée par la loi du 13 août 2004 aux partenaires conventionnels sur ce sujet.

Il faut d'abord souligner que la responsabilité des difficultés financières que traversent les différents régimes ASV n'incombe pas principalement aux partenaires conventionnels. Ce sont en effet des textes réglementaires qui fixent les principaux paramètres des régimes de l'ASV.

De plus, la CNAMTS ne partage pas totalement l'analyse de la Cour sur le caractère juridiquement contestable de la rédaction de l'article 49 de la loi du 13 août qui délègue aux partenaires conventionnels une responsabilité plus importante sur ce sujet.

Cette délégation est en cohérence avec la logique de la réforme de l'assurance maladie visant à étendre le champ de compétence des conventions qu'elles soient relatives à la mise en œuvre du parcours de soins, à la définition des missions du médecin traitant ou des majorations de rémunération pour certaines activités.

A cet égard, les orientations adoptées par le conseil de l'UNCAM le 16 juin dernier relatives aux négociations conventionnelles avec les chirurgiens dentistes retiennent l'idée d'agir sur l'assiette des cotisations sociales, ce qui démontre une volonté bien réelle de l'assurance maladie d'utiliser les outils que lui a confiés le législateur.

Par ailleurs, avec la mise en place du parcours de soins, l'assurance maladie va renforcer sa vigilance quant au respect des tarifs opposables.

S'agissant du secteur 2, la nouvelle convention médicale prévoit une participation des caisses d'assurance maladie aux cotisations sociales des médecins du secteur 2 ayant adhéré à l'option de coordination. Dans ce cadre, la participation ne s'effectue que sur la base des honoraires liés à l'activité réalisée en tarifs opposables³⁰¹, ceci souligne le lien entre participation aux cotisations sociales et respect des tarifs opposables.

La participation aux cotisations sociales nous paraît donc un élément important de la vie conventionnelle ce qui, en outre, n'est pas incompatible avec une gestion plus rationnelle de l'ASV.

REPONSE DE LA CAISSE AUTONOME DE RETRAITE DES MEDECINS DE FRANCE

Le rapport rappelle la préférence de la CARMF pour une solution de fermeture mais exclut cette solution en raison de son « coût exorbitant pour l'assurance maladie ».

A cet égard, la caisse autonome de retraite des médecins de France rappelle la position exprimée par le président du conseil d'administration de la CARMF en avril 2005 en réponse au relevé de constatations provisoires, et notamment sa conclusion : « la fermeture coûterait sur le long terme, au-delà des trente premières années, globalement moins cher aux caisses d'assurance maladie que la poursuite du régime ».

REPONSE DE LA CAISSE AUTONOME DE RETRAITE DES SAGES-FEMMES FRANÇAISES

La CARSAF constate avec soulagement que la Cour ne recommande pas la fermeture des régimes d'ASV comme le préconisaient certains.

En effet, cette fermeture aurait eu pour conséquences de spolier plusieurs générations de sages-femmes qui se sont vu imposer des tarifs conventionnels très bas depuis plusieurs années, en contrepartie de la participation des régimes maladie au financement des avantages sociaux.

Par ailleurs, les recommandations de la Cour tendant à rendre autonome la gestion technique de ce type de régime me semblent de nature à permettre une gestion plus sereine des régimes d'ASV.

301. Y compris la participation forfaitaire à la cotisation ASV qui sera modulée en fonction de la part de l'activité réalisée en tarifs opposables.

TROISIÈME PARTIE – LA CERTIFICATION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Chapitre VIII - L'état des comptes

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES

Les points relatifs à l'amélioration des comptes de la CNAF en vue de leur certification ont tout particulièrement retenu notre attention.

La CNAF a pris diverses mesures qui font actuellement l'objet d'une programmation conjointe de la direction générale et de l'agence comptable de la CNAF.

Si une première tranche significative d'application de ce programme peut être engagée dès la clôture des comptes 2005, en coordination avec la mission comptable permanente et la direction de la sécurité sociale, pour ce qui relève de leur autorisation, deux années supplémentaires seront nécessaires à une application complète.

En ce qui concerne les provisions pour rappels de prestations et indus, l'impact sur les comptes 2005 du dispositif proposé par la CNAF est actuellement en cours d'examen auprès de la tutelle.

En ce qui concerne les rappels, ce dispositif reposera sur un recensement effectif de toutes les prestations liquidées après la clôture de l'exercice au titre duquel les droits ont été acquis par les allocataires.

En ce qui concerne les indus, seule une approche statistique peut permettre aujourd'hui de calculer le montant de la provision à constituer.

Les applicatifs de suivi des indus doivent encore être perfectionnés en vue d'établir la provision à partir d'une connaissance directe des « créances douteuses » cote par cote. Ce sujet sera traité en lien avec un autre point soulevé par la Cour, qui est la définition d'un tableau de bord pour le suivi du recouvrement des indus dans les CAF.

Pour le traitement des opérations réciproques entre organismes sociaux, la CNAF poursuit la réalisation des améliorations souhaitées par la Cour dans le cadre des travaux inter-branches du haut conseil interministériel de la comptabilité des organismes de sécurité sociale.

S'agissant des prestations financées par l'Etat ou versées pour son compte, l'agence comptable définira pour la clôture 2005 une procédure permettant de distinguer, au bilan, les restes à recouvrer réellement exigibles au 31 décembre et les produits à recevoir dont l'échéance se situe en année

suivante. Les schémas d'écritures correspondants devront au préalable avoir été approuvés par la mission comptable permanente.

Enfin, dans le cadre de la négociation de la COG 2005-2008, la CNAF a introduit auprès de la tutelle une demande d'aménagement des règles du fonds national d'action sociale, afin de permettre une comptabilisation indépendante des procédures budgétaires pour les dépenses à caractère obligatoire du fonds d'investissement pour la petite enfance et des prestations de service.

REPONSE DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE

L'ACOSS est consciente de certains retards dans les notifications aux caisses nationales des produits encaissés. Elle s'efforce de les réduire au maximum. Toutefois, l'ACOSS ne peut transmettre aux caisses nationales des données non fiabilisées. En conséquence, elle procède à de nombreux contrôles au niveau central avant notification. Par ailleurs, elle perfectionne les différents logiciels afférents à la comptabilisation des cotisations et à la qualité de la répartition afin de notifier les vrais montants qui doivent être attribués à chaque caisse nationale. A cet égard, elle engagera en 2006 un processus de certification de la qualité de la répartition qui concernera l'ensemble des URSSAF.

Par ailleurs, l'ACOSS ne peut procéder à la notification des résultats que lorsque la totalité des balances est remontée dans les premiers jours du mois $N + 1$. Si cette remontée s'effectue sans trop de difficultés pour les URSSAF, il n'en est pas de même pour les CGSS qui connaissent régulièrement des difficultés. L'ACOSS ne souhaite pas notifier des résultats incomplets avec des organismes manquants afin de permettre aux services de l'ordonnateur d'assurer une analyse cohérente et fiable des résultats d'un mois sur l'autre.

La Cour indique que « l'ACOSS élabore ensuite un compte combiné du recouvrement qui traite les notifications faites aux caisses, correspondant à des versements non pas comme des charges de l'ACOSS mais en affectation du résultat net dans le bilan ».

L'ACOSS précise que le compte combiné de la branche est établi à partir de l'agrégation des comptes des URSSAF, CERTI et CGSS et non à partir des notifications. Les notifications sont établies à partir des comptes des mêmes entités et distinguent les produits, les charges et les encaissements. Les notifications et les comptes combinés étant établis à partir de mêmes sources, il ne saurait y avoir de discordance.

La Cour conteste les méthodes de comptabilisation utilisées par l'ACOSS. En effet, l'ACOSS comptabilise en recettes les cotisations et contributions mises en recouvrement. Cette méthode n'a pas jusqu'à présent

fait l'objet de critiques tant par la Cour que par les autorités de tutelle. L'ACOSS n'est pas opposée à une réflexion sur ce sujet, mais il faut avoir conscience qu'un changement de comptabilisation, s'il s'avérait conforme à l'orthodoxie comptable, ne serait pas sans conséquence sur le système d'information de l'agence centrale et des URSSAF et qu'il conviendrait d'en mesurer les conséquences tant en termes organisationnels que financiers. Cette réflexion doit être engagée en tout état de cause avec la MCP.

La Cour critique les méthodes utilisées pour la comptabilisation des produits à recevoir et des provisions pour créances douteuses.

La comptabilité des organismes de sécurité sociale est tenue en droits constatés. Or, une application de ces principes conduit à valider la pratique actuelle puisque les créances ou les dettes sont bien nées dans chaque organisme. Il convient, en conséquence, de les prendre en compte avec les provisions afférentes dans chaque comptabilité, sauf à rendre celles-ci non sincères.

Les délais pour notifier les produits à recevoir (PAR) et les provisions aux caisses nationales doivent être dissociés pour ces deux estimations.

Les PAR font l'objet d'une estimation nationale avant d'être répartis entre les URSSAF qui les comptabilisent sans pouvoir remettre en cause le produit notifié.

L'ACOSS, par ailleurs, n'attend pas la centralisation des balances pour notifier les produits à recevoir aux caisses nationales, mais elle effectue cette notification, dès la détermination de ceux-ci au niveau national. Un contrôle a posteriori est effectué sur les balances des organismes locaux, afin de vérifier le bon enregistrement des montants.

Pour l'estimation des provisions nationales en revanche, l'ACOSS centralise les balances des organismes après avoir demandé aux CGSS et aux URSSAF d'effectuer un certain nombre de contrôles portant sur l'estimation dans les caisses des provisions calculées de manière centrale.

Les opérations de clôture de l'exercice 2004 montrent que les travaux nécessaires à la fiabilisation des données n'ont pas introduit de délais supplémentaires par rapport aux notifications nationales.

Les notifications concernant ces opérations ont été transmises, comme prévu, dès le 15 février.

La Cour relève d'une part que l'enregistrement des exonérations de cotisations et leur compensation ne sont pas conformes aux normes comptables et d'autre part que l'ACOSS ne constitue pas de provisions pour dépréciation d'actif.

S'agissant de l'enregistrement comptable, l'observation de la Cour est exacte. L'ACOSS a donc l'intention de revoir ce circuit comptable afin que soient émis les titres de recettes en classe 7 qui seraient comptabilisés dans le

compte de résultat du recouvrement direct. La comptabilisation des URSSAF devra être adaptée en conséquence.

S'agissant du non provisionnement d'une créance sur l'Etat, l'ACOSS a toujours considéré et l'a déjà indiqué à la Cour, que l'Etat étant solvable, il n'y avait pas lieu à comptabiliser une provision pour dépréciation. Par ailleurs, l'Etat n'a jamais contesté formellement une dette à l'égard du régime général. Toutefois, sur le plan de la stricte orthodoxie comptable, une provision pour créance douteuse devrait être comptabilisée au moins pour la créance « plan textile » étant donné les incertitudes quant à un apurement rapproché.

La Cour indique que « lors de la mise en place du FOREC, le versement effectué par l'Etat en janvier 2001 a été affecté au FOREC et comptabilisé en produit de l'exercice 2001 et non rattaché comme cela aurait dû l'être aux exercices 1999 et 2000. De ce fait, la créance détenue par les organismes sur l'Etat, d'un montant de 0,9 Md€, n'a jamais été soldée ».

Cette interprétation de la Cour ne correspond pas aux opérations réalisées par l'ACOSS qui a, dans ce cas, appliqué les principes des droits constatés. En fait aucun versement de l'Etat, ni du FOREC n'est venu couvrir les exonérations constatées en janvier 2000 et janvier 2001. L'explication détaillée de cette situation est la suivante :

La créance de 0,9 Md€ correspond aux montants déclarés exonérés par les entreprises au titre de :

- janvier 2000 - réduction bas salaires (594,12 M€) ;
- janvier 2000 - autres mesures emplois 35h (118,5 M€) ;
- et de deux autres nouvelles mesures mises à la charge du FOREC qu'à partir de 2001 ;
- janvier 2001 - exonérations allocations familiales (148,44 M€) ;
- janvier 2001 - Loi de Robien (45,88 M€).

Ces montants enregistrés, en droits constatés, dans les comptes de la branche, en classe 7 et en classe 4 (créance), ont été facturés à l'Etat puisqu'ils concernaient des mesures emplois relatives à des salaires versés en décembre 1999 et décembre 2000.

Toutefois, l'Etat considérant que sa comptabilité était tenue en encaissement/décaissement a décidé qu'il ne devait pas rembourser cette créance, puisqu'il s'agissait d'exonérations déclarées en janvier 2000 puis 2001.

De son côté, le FOREC installé en janvier 2001 a considéré que les exonérations (148,44 M€ et 45,88 M€) de janvier 2001 qui se rapportaient à des salaires de décembre 2000, n'étaient pas dues, puisque sa comptabilité était tenue en droits constatés, et que seules les exonérations déclarées à partir de février 2001 devaient être compensées par ses soins.

Il en a été de même pour janvier 2000 (l'ACOSS a joué le rôle du FOREC en l'absence de sa mise en place) les fonds affectés au financement des 35 heures ne pouvaient pas venir couvrir des exonérations dont le fait générateur était situé décembre 1999.

Ainsi ni l'Etat, ni le FOREC n'ont accepté de prendre en charge les montants déclarés par les cotisants.

En conclusion, les encaissements de l'Etat ne sont pas « rattachés » à un exercice, mais viennent honorer une facturation. En revanche, sont rattachés à un exercice les montants dus et constatés au titre des exercices en fonction du fait générateur.

La Cour considère que l'importance des crédits à affecter (CAF) et leur ancienneté ainsi que celle des avoirs sont dues à un partage de responsabilité insuffisamment clarifié entre services de l'ordonnateur et du comptable.

L'ACOSS considère, qu'en application des textes actuels, la responsabilité de la gestion des comptes des cotisants relève de l'ordonnateur. En conséquence, la régularisation des CAF et des avoirs incombe à l'ordonnateur seul.

Toutefois, étant donné l'impact de ces situations sur les comptes, les URSSAF sont appelées à mettre en place, dans le cadre du contrôle interne, des mesures de surveillance et d'apurement.

Le plan de contrôle interne relevant du directeur et de l'agent comptable, c'est dans ce cadre que la responsabilité est partagée.

Les agents comptables ne peuvent avoir qu'un rôle d'alerte, les services de l'ordonnateur étant responsables de la gestion et donc de l'exécution des régularisations. Ce rôle d'alerte leur a d'ailleurs été rappelé récemment par l'agent comptable national.

En effet, l'ACOSS a donné des instructions très précises en la matière :

- un standard de pratiques recommandées sur les crédits à affecter ;
- une circulaire sur la régularisation des avoirs ;
- la mise à disposition d'outils informatiques sur le suivi des crédits à affecter.

Le total des crédits non répartis (crédits à affecter, avoirs, encaissements non ventilés) se sont élevés respectivement en 2001, 2002, 2003 et 2004 à 1 404 M€, 976 M€, 966 M€ et 897 M€.

Enfin depuis 2003 l'ACOSS fait le distinguo entre deux types de crédits à affecter :

- les crédits à affecter de moins d'un mois appelés crédits reçus par anticipation (384 M€ fin 2003 et 535 M€ fin 2004). Ces chiffres traduisent le comportement des cotisants qui payent avant l'échéance sans transmission concomitante des données déclaratives. Sur ces situations les organismes n'ont pas de possibilité d'apurer avant le 31/12 ;

- les crédits à affecter de plus d'un mois (332 M€ fin 2003 et seulement 171 M€ fin 2004), ces montants traduisent les progrès de la gestion des URSSAF.

Ces quelques chiffres démontrent ainsi une nette amélioration de la gestion des crédits à affecter depuis 4 ans, le niveau ayant baissé de pratiquement 45 %.

Enfin, la Cour semble indiquer que la méthode retenue par la branche recouvrement pour la comptabilisation des crédits à affecter en compte de tiers n'est pas régulière.

Il convient d'apporter les précisions suivantes :

- les crédits à affecter sont comptabilisés dans les URSSAF jusqu'au 31/12 et non lors de la période complémentaire ;

- la branche est dans un système déclaratif, et en l'absence de déclarations ou de délais suffisants pour traiter ces déclarations (échéance du 15/01) les sommes ne peuvent que rester en compte de tiers ;

- la répartition statistique avec incidence comptable est effectuée dans le cadre des travaux de combinaison des comptes.

REPONSE DE L'URSSAF DE PARIS

La prise en compte de la répartition des cotisations et contributions à l'Urssaf de Paris-région parisienne à l'aide du programme de répartition Racine s'est opérée à l'URSSAF de Paris au 1^{er} janvier 1998, comme pour toutes les autres URSSAF. Néanmoins il convient de rappeler que l'URSSAF de Paris-RP venait de basculer ses comptes en SNV2 au cours des mois et même des jours précédents. L'appropriation progressive du nouveau système de gestion des comptes et l'impact des crédits non répartis sur les clients du recouvrement des URSSAF ont conduit l'URSSAF à se mobiliser prioritairement sur l'amélioration des circuits des opérations courantes et sur la diminution des montants en jeu.

L'URSSAF de Paris-RP est bien consciente que du fait de sa taille, près d'un tiers du réseau du recouvrement, elle doit être plus vigilante sur la qualité de ses résultats car un faible pourcentage de non-qualité entraîne inévitablement un effet volume sensible. A ce titre, un audit interne a été diligenté à l'instigation de la direction générale de l'organisme en 2003 sur les avoirs (rapport du 22 avril 2004).

Ainsi l'URSSAF a diminué de façon drastique le montant des crédits non ventilés :

En euros

	31/12/2000	31/12/2001	31/12/2002	31/12/2003	31/12/2004
cred. par anticip*				37 288 544	21 803 275
créd. à affecter	188 156 993	238 950 068	161 222 435	78 510 306	52 704 847
Avoirs	70 335 759	75 879 247	64 64 255	51 808 175	40 729 640
Non ventilés	16 668 727	11 494 623	678 732	13 512 374	3 899
Non identifiés	151 841 532	124 133 908	53 337 127	2 634 705	2 302 500
Total	427 003 011	450 457 845	279 882 548	183 754 104	117 544 162

* inclus dans les crédits à affecter jusqu'au 31 décembre 2002.

Le taux des crédits non ventilés par rapport aux encaissements de l'URSSAF a été ramené dans la norme des taux de la branche, voire inférieur à la moyenne. La part des crédits non répartis³⁰² en année 2003 a été de 0,25 % pour une médiane de 0,22 % et une moyenne de métropole de 0,36 %³⁰³. L'indicateur est passé à 0,18 % en 2004 pour l'URSSAF de Paris-RP.

Le contrat d'objectif local de chaque direction départementale fixe les objectifs de crédits à répartir. Un tableau de bord de suivi des objectifs des contrats est établi périodiquement. Pour sa part l'agence comptable établit mensuellement depuis 1998 un tableau de bord détaillé des crédits à répartir largement diffusé. Ce tableau est désormais trimestriel.

Maintenant que les objectifs concernant la masse financière des montants non répartis ont été atteints, les remarques formulées lors du dernier contrôle ont été prises en compte en vue de solder les crédits en solde, non plus seulement en priorité en fonction de leur montant mais également en fonction de leur ancienneté. De nouveaux tableaux de suivis en nombre et en fonction de l'antériorité ont été mis en place. Ainsi le 15 septembre 2004 un courrier co-signé du directeur et de l'agent comptable a fixé comme priorité de solder au 31 décembre 2004 les crédits non répartis antérieurs à 2001. Ceux-ci représentaient au 31 août 2004, 6 454 crédits à affecter et 1 323 avoirs. Des relances mensuelles ont été opérées par l'agent comptable et quatre mois plus tard, le nombre était tombé à 1 988 crédits à affecter et 64 avoirs (le nombre de paiements est supérieur à 3 millions chaque année).

302. Crédits à affecter, hors crédits reçus par anticipation + avoirs.

303. Lettre collective ACOSS 2005-003 du 10/01/2005

Le 3 février 2005, le directeur et l'agent comptable fixaient un nouvel objectif de solder les crédits à affecter et les avoirs antérieurs à 2002 avant le 30 juin 2005. Ceux-ci étaient au 31 décembre 2004 de 6 625 crédits à affecter et 667 avoirs. Au 30 avril, il restait 5 001 crédits à affecter et 465 avoirs. Il convient de noter que la plus grande partie des crédits à affecter antérieurs à 2002 restants sont de très faible montant et concernent des comptes d'employeurs de personnel de maison dans le cadre de l'AGED. Pour ces comptes, le versement du cotisant reste en solde créditeur car il n'a pas été rapproché de la dette du fait que l'URSSAF attend une régularisation du complément en provenance de la caisse d'allocations familiales. Des réunions de travail ont été organisées entre les deux organismes et celles-ci devraient permettre une régularisation des sommes ci-dessus mentionnées d'ici la fin de l'exercice. Les nouveaux circuits plus simples mis en œuvre dans le cadre de la PAJE mettent fin à ces difficultés pour l'avenir.

Par ailleurs l'agent comptable établit également depuis octobre 2004 des relances concernant l'apurement des sommes anciennes figurant sur les comptes des encaissements à identifier des directions départementales. Le nombre de ces crédits antérieurs à 2004 est ainsi passé de 243 à 111 entre le 31 décembre 2004 et le 30 avril 2005.

L'URSSAF considère qu'il n'est pas exact de noter «une absence de coordination entre les services ordonnateurs et l'agence comptable». Les modalités de traitement des remboursements aux cotisants ont fait l'objet depuis plusieurs années de procédures formalisées sous forme de note de service co-signée du directeur et de l'agent comptable, régulièrement mise à jour. Ces mises à jour sont proposées par un groupe de surveillance permanent composé de représentants du directeur et de l'agent comptable et animé par un cadre de l'agence comptable. L'évolution du système de production national en 2003 permettant de positionner un code «crédit justifié» sur les montants créditeurs ayant fait l'objet d'une vérification par les gestionnaires des comptes cotisants a conduit à une actualisation conséquente de ces instructions (dernière version, note de service du 18 octobre 2004 «traitement des crédits justifiés»). En effet, elle permet d'éviter la génération d'un remboursement en positionnant automatiquement le crédit sur l'appel suivant de cotisations. Par ailleurs, dans le cadre de la préparation de la certification de la répartition, ce groupe travaille à l'adaptation du standard national de pratiques recommandées (SPR) à l'organisation de l'URSSAF régionale déconcentrée mutualisée ainsi qu'à la description du processus sous Aris, outil régional de formalisation des processus. Le plan de contrôle interne 2005/2006 intègre la maîtrise des risques de dysfonctionnement opérationnels à travers cette démarche de certification.

REPONSE DE L'URSSAF DE NANTES

Plus que des dysfonctionnements, il nous semble en effet que les difficultés rencontrées tiennent aux délais de traitement. La régularisation de ces crédits constitue une charge de travail lourde et l'URSSAF manque de moyens (-7 % par rapport à la moyenne des effectifs nationaux). Cette insuffisance en personnel vient, d'ailleurs, d'être partiellement reconnue et quatre postes ont été accordés à l'URSSAF en 2005.

Ainsi s'agissant des avoirs concernant l'exercice 2003, ceux-ci représentaient 24 % du total, contre 60.54% pour 2004. Ces mêmes avoirs ne représentent plus que 14.13 % du total au 31 mai 2005.

En ce qui concerne les CAF au 31 juillet 2004, 93 % des montants se rapportent à 2003 et 2004 dont 23.61 % pour les CAF de 2003. Ceux-ci ne représentent plus que 9.47 % des montants au 31 mai 2005.

Ces chiffres témoignent des efforts et du suivi effectués mais la caisse est consciente de la nécessité d'apurer les situations les plus anciennes qui se révèlent aussi être les plus complexes.

REPONSE DE L'URSSAF D'ORLEANS

L'URSSAF du Loiret souhaite apporter les précisions suivantes:

L'existence de CAF (Crédits à affecter) sur les comptes-cotisants, retracés dans la comptabilité de l'organisme, doit être considérée comme une situation normale, qui est d'ailleurs codifiée par des écritures issues du système informatique SNV2. Les entreprises sont en effet principalement à l'origine de ces situations dans lesquelles le versement et la déclaration ne sont pas en adéquation totale, la deuxième cause génératrice de CNR pouvant être liée à des dysfonctionnements du système informatique lui-même.

Le rôle de l'URSSAF est alors de rectifier dans les meilleurs délais ces situations car les sommes positionnées en crédits non répartis (CAF, avoirs et crédits à identifier) sont encaissées mais non attribuées de façon certaine à leurs destinataires finaux (une attribution forfaitaire pouvant néanmoins être réalisée par l'ACOSS en attente de régularisation de la situation).

Si le montant des CAF, tel que retenu par la Cour (8 M€ pour Orléans) peut apparaître comme important pour un lecteur non averti, il semble utile de rapporter ce montant aux sommes encaissées sur la période, et de rappeler qu'un indicateur de performance a été élaboré sur ce thème par la caisse nationale (mesure au dernier jour de chaque trimestre, par comparaison entre soldes CNR et encaissements sur 12 mois glissants).

En 2004, l'indicateur national explicitant le rapport entre les CNR et les encaissements est de 0.38 % à fin 2ème trimestre 2004, et même 0.25 %

en fin d'année 2004, (0.05 % pour les seuls CAF), ce qui permet de relativiser très largement la force du chiffre annoncé.

Par ailleurs, de nombreux CAF sont des «CAF reçus par anticipation», enregistrés en tant que tels dans le compte R4192. A fin 2004 (arrêté des comptes), les CAF reçus par anticipation représentaient 77.33 % du total des CAF; ils étaient notamment liés à des entreprises qui décident de régler sur l'exercice des sommes qui s'y rattachent sans attendre la date d'échéance, en début d'année suivante, ce qui pour l'URSSAF du Loiret peut concerner des entreprises importantes en VLU.

C'est sur le traitement de CAF trop anciens ou en cas d'absence de relance des cotisants que la gestion de l'URSSAF doit être appréciée.

Sur le traitement des CNR, l'URSSAF du Loiret a développé, en complément de son plan de contrôle interne un outil bureautique (SUCRE/ suivi des crédits), qui permet aux gestionnaires de comptes de suivre et traiter ces situations. Cet outil avait été évoqué avec l'auditrice car il vise à corriger les insuffisances du système informatique national qui se contente d'éditer des listings, beaucoup plus difficiles à exploiter. Un tel outil devrait être distribué par la caisse nationale elle-même.

Sur le «devoir d'alerte» de l'agent comptable évoqué par la Cour, il y a lieu de rappeler que l'agent comptable d'Orléans a mis en place un site intranet (PACIFLOR³⁰⁴) dans lequel sont suivis de nombreux indicateurs, dont un suivi des crédits non répartis, qui permet par divers tableaux et graphiques de visualiser l'évolution de ces comptes.

En ce qui concerne plus particulièrement les avoirs, et une soi-disante absence de coordination entre services ordonnateurs et comptables, il y a lieu de préciser que les remboursements d'avoirs ne peuvent se faire qu'après décision et ordonnancement des services techniques. L'échantillonnage de dossiers retenus par l'auditrice démontre bien souvent une absence de réactions du cotisant lui-même, ce qui bloque toute régularisation. De ce fait, la conservation de ces sommes en avoirs démontre à contrario que l'URSSAF ne s'approprie pas indûment des soldes (sinon ces avoirs ne figureraient plus en comptabilité), et que par ailleurs les règles d'apurement des sommes modiques ou anciennes relèvent de directives nationales retraduites dans des traitements informatiques spécifiques. La proposition de la Cour envisageant des apurements exceptionnels entre dans cette logique, et pourrait très utilement compléter les règles qui existent déjà, pour autant qu'on ne se limite pas à une opération exceptionnelle, mais qu'il s'agisse d'une opération entrant dans le fonctionnement de la branche recouvrement, l'attitude des cotisants pouvant générer à nouveau ce type de situations.

304. Projet d'agence comptable pour l'information financière locale en organisme de recouvrement.

REPONSE DE L'URSSAF DE LYON

Dans son analyse de crédits à affecter, la Cour relève que l'URSSAF de Lyon enregistrait un solde de 15,8 M€ dans ses comptes au 31 décembre 2003.

Deux ensembles composent ce solde :

- le premier regroupe les crédits à affecter proprement dits (soit 9,7 M€ en 2003) sur le niveau desquels l'URSSAF est en capacité d'agir par un travail d'analyse et de traitement des débits et crédits enregistrés au compte des cotisants. Ce poste a diminué de 40 % entre 2004 et 2003.

- le second correspond à des crédits reçus par anticipation et pour lesquels la réconciliation avec les éléments déclaratifs ne peut intervenir avant la date réglementaire d'exigibilité. Ce poste a augmenté de 34,8 % entre 2004 et 2003 sans qu'aucune action particulière de régularisation ne puisse être actionnée au niveau de l'organisme.

Concernant les avoirs, la Cour relève une absence de coordination entre les services ordonnateurs et l'agence comptable de l'URSSAF de Lyon. Des actions correctives vont être mises en place dans l'organisme. Elles seront adossées, sur un plan juridique, au référentiel en matière d'indus et de trop perçus diffusé par l'ACOSS en mars 2005 et corrélées, sur un plan technique, à une procédure nationale de traitement en cours d'élaboration. Ces actions devraient permettre concrètement d'assurer un suivi plus fin des avoirs et de simplifier leur traitement. Les conditions de notification ou de remboursement des avoirs aux cotisants seront dans ce cadre revues. L'URSSAF de Lyon tiendra la Cour informée du détail de ces actions.

Chapitre IX - Les modalités de certification

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE MILITAIRE DE SECURITE SOCIALE

La certification des comptes des organismes de sécurité sociale est une obligation légale qui devra s'imposer à la caisse nationale militaire de sécurité sociale afin de garantir la régularité, la sincérité et la qualité des comptes produits par le régime.

Comme indiqué dans la correspondance du 13 avril 2005 adressée au président du haut conseil interministériel de la comptabilité des organismes de sécurité sociale, la CNMSS s'est engagée résolument dans une démarche d'amélioration de la qualité de son système comptable et d'organisation du contrôle interne pour être au rendez-vous de la certification de ses comptes en 2006.

Cette exigence a été inscrite dans la convention d'objectif et de développement pour les années 2005-2007 que la caisse a conclue avec les ministères du budget, de la santé et de la défense qui exercent la tutelle de l'établissement.

La CNMSS souscrit pleinement à la proposition de la Cour des comptes de confier à un certificateur externe qualifié la certification des comptes du régime des militaires.

En revanche elle n'adhère pas à celle de donner à l'agent comptable de la CNAMTS compétence pour valider des écritures comptables de la CNMSS.

En effet cette compétence implique un pouvoir de contrôle sur les opérations de recettes et de dépenses de l'organisme qui ne paraît pas compatible avec le statut de la caisse nationale militaire de sécurité sociale, établissement public national à caractère administratif doté de l'autonomie juridique et financière pour la gestion du régime spécial des militaires qui lui a été confié.

La CNMSS possède un comptable public chargé de la tenue des comptes de l'établissement et de l'élaboration du compte financier soumis à l'approbation de ses autorités de tutelle et sa gestion financière et comptable est placée sous la surveillance d'un contrôleur d'Etat et de la Cour des comptes.

En sa qualité d'établissement public national chargé du régime spécial d'assurance maladie maternité des militaires, la CNMSS paraît pouvoir garantir sous sa propre responsabilité la fiabilité et la qualité de ses comptes qui feront par ailleurs l'objet d'une certification externe, conforme aux préconisations du haut conseil interministériel des comptes des organismes de sécurité sociale, en vue de leur intégration dans les comptes consolidés de l'assurance maladie maternité.

REPONSE DE LA CAISSE D'ASSURANCE VIEILLESSE, INVALIDITE ET MALADIE DES CULTES

De par la loi, la CAVIMAC est « une caisse à compétence nationale » qui de ce fait juridique devrait normalement faire l'objet d'une certification des comptes autonome par un commissaire aux comptes ou toute autre autorité extérieure à l'institution sécurité sociale.

Or si l'argument de l'intégration financière est premier pour justifier une vision différente, ceci signifie que les opérations de « validation » des comptes de la CAVIMAC devraient être confiées aux deux caisses nationales (CNAMTS et CNAVTS) intégrant la totalité des comptes de la CAVIMAC dans leur comptabilité.

D'un point de vue technique, il y a lieu d'indiquer qu'il semble malaisé de confier cette responsabilité à deux caisses nationales dont les réseaux n'incluent pas la CAVIMAC.

S'agissant de l'examen annuel des comptes de la CAVIMAC, il convient de s'interroger sur les compétences respectives des deux organismes sur les domaines de l'action sociale, de la gestion administrative et du recouvrement des cotisations qui sont reversées à l'ACOSS par convention.

Chapitre X - Des comptes aux prévisions

REPONSE DE LA DIRECTION GENERALE DU TRESOR ET DE LA POLITIQUE ECONOMIQUE

1/ Le partage des responsabilités dans la réalisation des comptes de la sécurité sociale et des prévisions est une question importante : sont en jeu la sincérité des prévisions, et également la possibilité que s'exerce une contre-expertise des prévisions du Gouvernement. Dans ce contexte, le rôle du secrétaire général de la commission des comptes s'avère crucial.

La comparaison avec la commission économique de la nation a de ce point de vue ses limites. Dans le cas de la CEN, le problème de l'indépendance du secrétaire général ne se pose pas de la même façon que dans le champ de la sécurité sociale, dans la mesure où le débat est organisé à un double niveau (groupe d'experts, commission économique), il existe un marché des prévisions privées et la comparaison avec le consensus des économistes fait sens.

Dans ce cadre, le rôle du secrétaire général de la nation consiste à présenter les prévisions du Gouvernement, qui font l'objet d'un débat contradictoire. Il est difficile de concevoir une transposition immédiate de ce mode de fonctionnement dans le champ de la sécurité sociale : il n'existe pas de prévisions « indépendantes » relatives aux comptes de la sécurité sociale. Cette observation emporte deux conséquences :

- dans ce contexte, le secrétaire général joue un rôle tout à fait essentiel, et la loi du 13 août 2004 renforce son indépendance et son pouvoir de contre-expertise ;

- la proposition de la Cour de créer un « groupe technique » gagnerait à être précisée, notamment par l'esquisse d'une composition de ce groupe : présence des administrations, des caisses, d'experts réputés indépendants (et si oui lesquels)...

2/ S'agissant de l'analyse des comptes rétrospectifs, les propositions formulées par la Cour sont bienvenues.

- le renforcement de la mission de la MCP à l'ensemble des régimes obligatoires de base ;

- une meilleure articulation avec la mission de certification des comptes qui incombe à la Cour (loi organique sur les LFSS) ;

- la nécessité d'accroître les efforts de lisibilité et de transparence des différents concepts comptables. S'agissant de l'articulation entre les états comptables et les concepts de la comptabilité nationale, les propositions formulées par la Cour vont d'ailleurs dans le sens d'une demande formulée par Eurostat de disposer de tables de passage.

3/ Sur les critiques et les recommandations de la Cour pour développer les prévisions.

a) Sur l'analyse de la Cour concernant la méthodologie de prévision

Les prévisions de finances sociales sont en effet réalisées :

- en incorporant au maximum l'information disponible : information conjoncturelle, évolutions démographiques, contexte institutionnel et réglementaire pour les prestations ; on ne peut donc dire que les méthodes de prévision « reposent le plus souvent sur la poursuite des tendance récentes, ajustées pour tenir compte des changements prévisibles, et notamment l'impact des mesures nouvelles » ;

- en s'appuyant sur des hypothèses fines, notamment sur les recettes (distinction des différentes assiettes et catégories de revenu) ;

- en s'interrogeant sur d'éventuels changements de comportement que les politiques publiques mises en œuvre pourraient susciter. En ce qui concerne l'évolution des recettes de tabac, il y a toujours une réflexion approfondie sur l'élasticité, même si l'élasticité ex post a été plus élevée que prévu.

Au final, la seule proposition formulée par la Cour est qu'il faudrait davantage prendre en compte « les liens entre l'évolution des revenus et de l'activité et certaines dépenses, de soins notamment, en s'appuyant sur des travaux qui se sont multipliés ces dernières années dans ce domaine ». Il serait utile de citer les travaux en question. D'autre part, les études en question montrent souvent que l'évolution des dépenses de soins est davantage à relier à des facteurs d'offre qu'aux fluctuations conjoncturelles de la demande.

b) Sur l'affichage de variantes dans le rapport de la CCSS.

Cette demande est certes légitime pour cerner le degré d'incertitude qui entoure les comptes sociaux. La confection de variantes dans le rapport de la CCSS est cependant à mettre en rapport avec son coût en termes de moyens humains. Il est à tout le moins toujours utile de rappeler la sensibilité des comptes aux principales hypothèses (masse salariale, prix).

Il est à souligner que le secrétaire général de la CCSS dispose d'ores et déjà de la possibilité de s'exprimer dans le rapport sur les risques qui entourent la prévision.

La CCSS pourrait surtout renforcer son rôle dans l'expertise des comptes et des prévisions, en réalisant de façon plus systématique des retours sur les prévisions, pour expliquer les écarts et les erreurs de prévision. Elle pourrait également renforcer son rôle pédagogique, en explicitant davantage les hypothèses qui sous-tendent les prévisions.

4/ Il ne va pas de soi d'étendre la fonction de prévision de la CCSS aux perspectives pluriannuelles.

La discussion de prévisions de finances sociales en commission des comptes, avec un horizon pluriannuel, pose clairement un problème de compatibilité avec la préparation des programmes de stabilité. Il ne s'agit pas là de problèmes techniques relatifs à la faisabilité des exercices, mais de questions de principe : la préparation du PLFSS et la programmation pluriannuelle des finances publiques sont deux exercices de nature très différente, même s'ils reposent tous deux sur des prévisions nécessitant des hypothèses d'environnement macroéconomique et de comportement.

Dans la préparation du PLFSS, à la réunion de la CCSS de septembre, le secrétaire général de la CCSS présente des prévisions tendanciennes. Le ministre en charge de la sécurité sociale présente, le cas échéant, les mesures du PLFSS, leur impact sur les comptes, et la prévision officielle relative aux comptes de la sécurité sociale.

GLOSSAIRE

AAH	Allocation aux adultes handicapés
ACBUS	Accord de bon usage des soins
ACCT	Agence comptable centrale du Trésor
ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
AES	Allocation d'éducation spéciale
AFEAMA	Aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AGIRC	Association générale des institutions de retraite des cadres
AHI	Accueil – hébergement - insertion
AIS	Soins infirmiers (cotation des actes médicaux - auxiliaires médicaux)
API	Autorisation de programme individualisée
ALD	Affection de longue durée
ALS	Allocation de logement à caractère social
AME	Aide médicale de l'Etat
AMI	Actes infirmiers (cotation des actes médicaux - auxiliaires médicaux)
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
AP-HP	Assistance publique – Hôpitaux de Paris
APR	Allocation de préparation à la retraite
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARL	Accusé de réception logique
ARRCO	Association des régimes de retraite complémentaire
ASMR	Amélioration du service médical rendu
ASA	Allocation spécifique d'attente
ASV	Avantage social vieillesse
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
ATU	Autorisation temporaire d'utilisation
AT-MP	Accidents du travail – maladies professionnelles
AVA	Allocation vieillesse agricole
AVPF	Assurance vieillesse des parents au foyer
AVTS	Allocation aux vieux travailleurs salariés

BAP	Bénéficiaire actif pondéré
BAPSA	Budget annexe des prestations sociales agricoles
BBD	Bilan bucco-dentaire
BMAF	Base mensuelle des allocations familiales
BNC	Bénéfices non commerciaux
CADES	Caisse d'amortissement de la dette sociale
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAMAVIC	Caisse mutuelle d'assurance vieillesse des cultes
CAMR	Caisse de retraite des chemins de fer secondaires
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 des artisans
CANSSM	Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines
CARBOF	Caisse ORGANIC de la boucherie
CARCD	Caisse autonome de retraite des chirurgiens dentistes
CARCEPT	Caisse autonome de retraites complémentaires et de prévoyance du transport
CARMF	Caisse autonome de retraite des médecins français
CARPIMKO	Caisse autonome de retraite et de prévoyance des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, podologues, orthophonistes et orthoptistes
CARSAFF	Caisse autonome de retraite des sages femmes françaises
CAVICORG	Caisse interprofessionnelle d'assurance vieillesse des industriels et commerçants d'outre mer et français à l'étranger
CAVIMAC	Caisse d'assurance vieillesse et de maladie des cultes
CBP	Contrats de bonne pratique
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CCDP	Caisse centralisatrice de paiement
CCIP	Chambre du commerce et d'industrie de Paris
CCMSA	Caisse centrale de mutualité sociale agricole
CCSS	Commission des comptes de la sécurité sociale
CDC	Caisse des dépôts et consignations
CEPP	Commission d'évaluation des produites et prestations
CEPS	Comité économique des produits de santé

CERTI	Centres régionaux de traitements de l'informatique
CET	Compte épargne temps
CFA	Congés de fin d'activité
CFPR	Centre de formation professionnelle régionale
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale
CICS	Commission interministérielle de coordination des salaires
CIRE	Cellule interrégionale d'épidémiologie
CLIC	Centres locaux d'information et de coordination
CMCAS	Caisse mutuelle complémentaire et d'activité sociale
CMR	Caisse mutuelle régionale
CMSA	Caisse de mutualité sociale agricole
CMU	Couverture maladie universelle
CMUC	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAVPL	Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales
CNAVTS	Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés
CNBF	Caisse nationale des barreaux français
CNESS	Centre national d'études supérieures de sécurité sociale (CNESSS)
CNHIM	Centre national hospitalier d'information sur le médicament
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNMSS	Caisse nationale militaire de sécurité sociale
CNPS	Centre national des professions de santé
CNRACL	Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CNSD	Confédération nationale des syndicats dentaires
CPCM	Code des pensions civiles et militaires
COG	Convention d'objectifs et de gestion
COGIR	Contrats d'objectifs et de gestion inter-régimes
COR	Conseil d'orientation des retraites
COREC	Comité régional d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale
CORERPA	Comité régional des retraités et personnes âgées

CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPG	Contrat pluriannuel de gestion
CPP	Certificat de pratique professionnelle
CPR-SNCF	Caisse de retraite et de prévoyance de la SNCF
CPS	Caisse de prévoyance sociale
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CRDS	Contribution au remboursement de la dette sociale
CREDES	Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé
CREDOC	Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie
CRFPF	Centres régionaux de formation et de perfectionnement professionnels
CRPCEN	Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires
CSA	Contribution de solidarité pour l'autonomie
CSC	Consultation spécifique en cardiologie
CSG	Cotisation sociale généralisée
CSP	Conseil supérieur de la pharmacie
CSS	Code de la sécurité sociale
CTI	Centre technique informatique
CTRI	Comité technique régional et inter-départemental
C3S	Contribution sociale de solidarité des sociétés
DADS	Déclarations annuelles de données sociales
DCI	Dénomination commune internationale
DDASS	Direction départementale de l'action sanitaire et sociale
DGCP	Direction générale de la comptabilité publique
DGFAR	Direction générale de la forêt et des affaires rurales
DGI	Direction générale des impôts
DGS	Direction générale de la santé
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DNE	Dispositif national d'évaluation
DRASS	Direction régionale de l'action sanitaire et sociale
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSI	Démarche de soins infirmiers
DSS	Direction de la sécurité sociale
EDI	Exchange de données informatisées
EIC	Échantillon inter-régimes de cotisants
EIR	Échantillon inter-régimes des retraités

EHPAD	Établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
EMEA	European medicines evaluation agency
EMI	Entraide médicale internationale
ENIM	Établissement national des invalides de la marine
ENSM	Échelon national du service médical
ENSP	École nationale de la santé publique
EPAS	Échantillon permanent des assurés sociaux
ERSM	Échelon régional du service médical
ETI	Employeurs travailleurs indépendants (cotisants)
ETP	Équivalent temps plein
FAF	Fonds assurance formation
FAPA	Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie
FAF-PM	Fonds d'assurance formation des professions médicales
FAQSV	Fonds d'aide à la qualité des soins de ville
FAS	Fonds d'action sociale
FASMO	Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé
FCAATA	Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante
FCAT	Fonds commun des accidents du travail
FCATA	Fonds commun d'accidents du travail agricole
FCOSS	Fonds de compensation des organismes de sécurité sociale
FEH	Fonds pour l'emploi hospitalier
FFIPSA	Fonds de financement de la protection sociale agricole
FIMHO	Fonds d'investissement pour la modernisation des hôpitaux
FIVA	Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante
FMC	Formation médicale continue des médecins libéraux
FMCP	Fonds de modernisation des cliniques privées
FMES	Fonds pour la modernisation sociale des établissements de santé
FMESPP	Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés
FNA	Fonds national d'adaptation
FNAH	Fonds national pour l'amélioration de l'habitat
FNAL	Fonds national d'aide au logement

FNASS	Fonds national d'action sanitaire et social
FNH	Fonds national pour l'habitat
FNI	Fichier national d'identification
FNORS	Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé
FNPEIS	Fonds national de prévention, d'éducation et d'informations sanitaires
FOPIIM	Forum pour l'information médicale
FOREC	Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales
FORMMEL	Fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale
FPC	Formation professionnelle conventionnelle
FPH	Fonction publique hospitalière
FRR	Fonds de réserve des retraites
FSE	Feuille de soins électronique
FSPOEIE	Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat
FSV	Fonds de solidarité vieillesse
GAMEX	Groupeement des assureurs maladie des exploitants agricoles
GERS	Groupeement d'études et de recherche sur la santé
GIE	Groupeement d'intérêt économique
GIP	Groupeement d'intérêt public
GPEC	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (ou des carrières)
GRPS	Groupeement régional de santé publique
GVT	Glissement-vieillesse-technicité
HAD	Hospitalisation à domicile
IJ	Indemnités journalières
IEG	Industrie électrique et gazière
IFAC	Fédération internationale des experts comptables
IMS	Institut mondial des sciences
INPES	Institut national de prévention et d'éducation de la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INRS	Institut de recherche et de sécurité pour la prévention des AT-MP
InVS	Institut de veille sanitaire

IRCANTEC	Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques
IRDES	Institut de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé
IRM	Imagerie par résonance magnétique
ISRS	Inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine
ISA	Indice systématique d'activité
LCR	Liquide céphalorachidien
LEEM	Les entreprises du médicament
LFI	Loi de financement initiale
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LOLF	Loi organique relative aux lois de finances
LOOM	Loi d'orientation relative à l'outre-mer
LPPR	Liste des produits et prestations remboursables
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MCP	Mission comptable permanente
MDA	Majoration de la durée d'assurance
MIRCOSS	Mission interministérielle de réforme de la comptabilité des organismes de sécurité sociale
MSA	Mutualité sociale agricole
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux
OASIS	Outil d'aide aux sondages et à l'investigation statistique
OC	Organisme conventionné
ODD	Objectif de dépenses déléguées
ODAC	Organismes divers d'administration centrale
ODASS	Organismes dépendant des assurances sociales
ODMCO	Objectif de dépense de médecine et de chirurgie obstétrique
OMRF	Outil de maîtrise du risque financier
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
ONIAM	Office national d'indemnisation des accidents médicaux
OQN	Objectif quantifié national
ORGANIC	Organisation autonome nationale de l'industrie et du commerce
ORS	Observatoire régional de la santé
PAJE	Prestation d'accueil des jeunes enfants
PAR	Produits à recevoir
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé

PCG	Plan comptable général
PCU	Plan comptable unique
PCUOSS	Plan comptable unique des organismes de sécurité sociale
PERCO	Plan d'épargne pour la retraite collectif
PERP	Plan d'épargne retraite populaire
PIRES	Protocole inter-régime d'examen spécial
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNIR	Programme national inter-régimes
PPESV	Plan partenarial d'épargne salarial volontaire
PRAM	Programme régional de l'assurance maladie
PRAPS	Programme (ou plan) régional d'accès à la prévention et aux soins
PRH	Programme régional hospitalier
PRS	Programme (ou plan) régional de santé
PRT	Programme régional de travail
PSD	Prestation spécifique dépendance
PSE	Prestation de service enfance
PSO	Prestations de services ordinaires
RACINE	Répartition des recettes à la source et restitution à chaque partenaire (caisses nationales, organismes tiers) de ces recettes
RG	Régime général
RFP	Référentiel des fonctions et des processus
RMA	Revenu minimum d'activité
RMI	Revenu minimum d'insertion
RMO	Références médicales opposables
RSA	Résumé de sortie anonymisé
RSI	Régime social des travailleurs indépendants
RNR	Répertoire national des retraites
RTT	Réduction du temps de travail
SAM	Salaire annuel moyen
SASV	Service de l'allocation spéciale vieillesse
SEC	Système européen de comptes
SEL	Société d'exercice libéral
SMIC	Salaire minimum interprofessionnel de croissance
SMR	Service médical rendu
SNGC	Système national de gestion des carrières
SNGD	Système national de gestion des dossiers
SNGI	Système national de gestion des identifiants
SNGP	Système national de gestion des prestataires

SNIIRAM	Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie
SNIR	Système national inter régimes
SNIREP	Système national inter-régimes des établissements privés
SNSP	Système national statistique des prestataires
SREPS	Schéma régional d'éducation pour la santé
SRITEPSA	Service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite ou de réadaptation
STIF	Syndicat des transports Ile-de-France
TCAM	Taux de croissance annuel moyen
TCDC	Tableau de centralisation des données comptables
TEP	Tomographe à émission de positions
TFR	Tarif forfaitaire de responsabilité
T2A	Tarification à l'activité
TEE	Tableau économique d'ensemble
UCANSS	Union des caisses nationales de sécurité sociale
UDMG	Union départementale des mutuelles de la Guadeloupe
UIOSS	Union immobilière des organismes de sécurité sociale
UNAFORMEC	Union nationale pour la formation médicale continue
UGECAM	Union pour la gestion des établissements de caisse d'assurance maladie
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
UNEDIC	Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce
UNOF	Union nationale des omnipraticiens français.
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
URML	Union régionale de médecins exerçant à titre libéral
URSSAF	Union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales
USLD	Unité de soins de longue durée
VLU	Versement en lieu unique
VMMD	Visite médicale majorée à domicile
ZRU	Zone de redynamisation urbaine