COUR DES COMPTES

LA SÉCURITÉ SOCIALE

SEPTEMBRE 2004

La sécurité sociale

Synthèse

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

Sommaire

Introduction 3

1 *Les comptes* **5**

Le déficit du régime général s'est nettement aggravé 8

Une régulation toujours insuffisante des dépenses d'assurance maladie 11

2 *La gestion des organismes du régime général* **13**

Stratégies de gestion et outils de pilotage 13

L'organisation territoriale des branches 14

La gestion des ressources humaines 16

La productivité 18

L'organisation régionale de la santé et de l'assurance maladie 20

3 *La politique du médicament* **22**

L'évaluation médicale 22

La régulation économique 22

La régulation des comportements 24

4 *Les questions de retraite* **26**

La situation des polypensionnés 26

Les mécanismes de solidarité 26

5 *Sommaire et recommandations du rapport* **29**

Conclusion générale 40

Introduction

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

Le présent rapport répond à cette obligation législative : c'est le septième à s'inscrire dans ce cadre.

Il comprend trois parties.

La première partie examine, comme chaque année, les comptes de la sécurité sociale et l'application de la loi de financement de la sécurité sociale. Sont examinés successivement les dépenses, le financement et la qualité des outils, notamment comptables, qui permettent d'établir les comptes de la sécurité sociale. Cette partie se termine par une synthèse de l'activité des comités régionaux d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale (COREC).

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

Cette année, la Cour a choisi de consacrer la deuxième partie du rapport à l'examen de la gestion des organismes des quatre branches (maladie, retraite, famille, recouvrement) du régime général de la sécurité sociale : les stratégies et les outils de pilotage, l'organisation territoriale et fonctionnelle, la gestion des ressources humaines et la problématique de productivité. La productivité doit progresser à l'avenir sous l'effet de deux facteurs : le développement de l'automatisation et de la dématérialisation des procédures et l'accélération des départs en retraite. D'importantes économies en gestion doivent en résulter. L'organisation territoriale et régionale de la santé et de l'assurance maladie est aussi étudiée.

La troisième partie analyse la politique du médicament en examinant de manière globale l'impact des divers mécanismes de régulation sur la maîtrise des dépenses. Ce chapitre met en évidence la complexité et l'efficacité incertaine des dispositifs en place, alors que les économies potentielles sont importantes. Les questions de retraite font l'objet du dernier chapitre du rapport, qui examine la situation des polypensionnés et les mécanismes de solidarité dans les régimes de retraite, leur importance mais aussi leurs limites.

Les comptes

Les chiffres clés
(en Md€)

	2002	2003	%
PIB en valeur	1 526,8	1 557,2	2,4
ONDAM voté	112,8	123,5	9,5
ONDAM réalisé	116,7	124,8	6,9
Dépenses vieillesse réalisées	136,1	140,5	3,5
Dépenses famille réalisées	41,8	43,4	3,8
Solde du régime général	– 3,4	– 11,5	
Dont :			
– assurance maladie	– 6,1	– 11,9	
– vieillesse	+ 1,7	+ 0,6	
– famille	+ 1,0	+ 0,2	
Fonds de réserve pour les retraites (solde cumulé)	12,8	16,5	

Les dépenses des régimes de base dans le champ LFSS (en Md€)

	Encaissements-décaissements*		Droits constatés	
Objectifs	2000	2001	2002	2003
Maladie-Maternité-Invalidité	111,4	117,3	125,4	136,4
Accidents du travail	8,4	8,6	8,5	9,4
Vieillesse-Veuvage[1]	122,4	126,6	136,1	140,4
Famille[2]	40,2	42,2	42,0	43,6
Total des objectifs de dépense	282,4	294,7	312,0	329,7
ONDAM (rappel)	*100,4*	*105,9*	*112,8*	*123,5*
Réalisations	2000	2001	2002	2003
Maladie-maternité-invalidité - encaissements-décaissements - droits constatés	 114,2 115,4	 120,4 121,3	 129,6	 138,2
Accidents du travail - encaissements-décaissements - droits constatés	 8,1 7,9	 8,5 8,8	 9,3	 9,8
Vieillesse-veuvage[1] - encaissements-décaissements - droits constatés	 121,9 125,9	 126,9 130,9	 136,1	 140,5
Famille[2] - encaissements-décaissements - droits constatés	 40,3 37,3	 41,8 39,2	 41,8	 43,4
Total des dépenses - encaissements-décaissements - droits constatés	 284,5 286,6	 297,6 300,0	 316,9	 331,9
ONDAM (rappel) - encaissements-décaissements - droits constatés	 103,0	 108,8 108,9	 116,7	 124,8
Pour mémoire : PIB[3]	1 420,1	1 475,6	1 526,8	1 557,2

Sources : Cour des comptes et direction de la sécurité sociale.

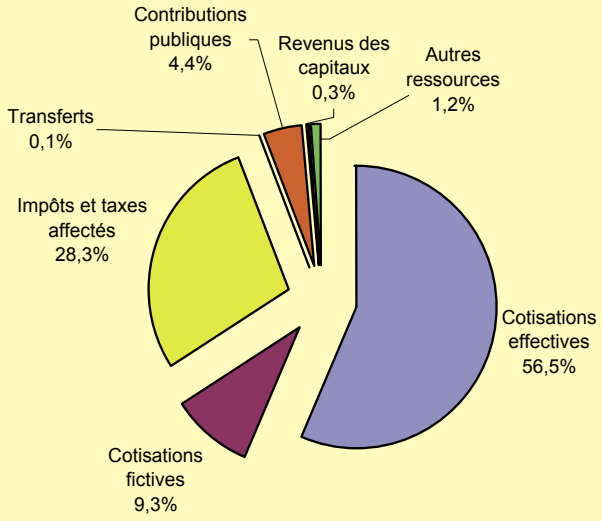
(1) Ensemble des régimes de retraite de base comptant plus de 20 000 cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres, c'est-à-dire à l'exception des régimes complémentaires obligatoires (notamment AGIRC et ARRCO).

(2) Les dépenses 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.

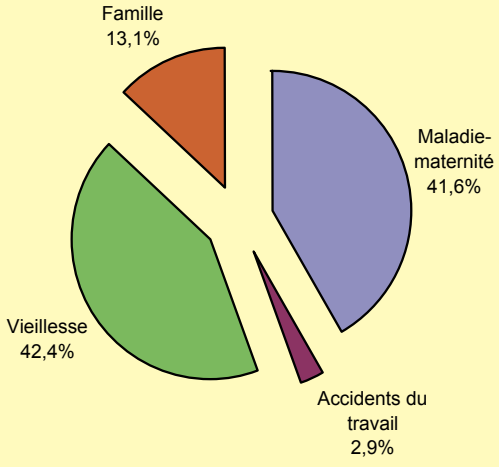
(3) Source : INSEE.

* Sauf lignes de séries en droits constatés.

Recettes des régimes de base en 2003 dans le champ LFSS
Total : 321,6 Md€



Dépenses des régimes de base en 2003 dans le champ LFSS
Total : 331,9 Md€



Source : direction de la sécurité sociale. Les champs des dépenses et des recettes ne se recouvrent pas exactement.
Le solde des régimes de base était de -11,7Md€ en 2003.

Le déficit du régime général s'est nettement aggravé

➜ Le déficit du régime général s'établit à 11,5 Md€ en 2003, soit plus du triple de celui de 2002 (3,4 Md€). Il s'agit de la plus forte dégradation financière de l'histoire de la sécurité sociale.

➜ Fait nouveau par rapport à l'année précédente, toutes les branches du régime général voient leur solde se dégrader. Le déficit de la branche maladie, qui a presque doublé entre 2002 (6,1 Md€). et 2003 (11,9 Md€), est sans précédent. Les excédents des branches retraite et famille baissent respectivement de 1,7 Md€ à 616 M€ et de 1 Md€ à 222 M€.

➜ Bien que l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) ait été fixé au niveau le plus élevé depuis qu'existe une LFSS, son taux de progression tend à minorer les prévisions de dépenses. Ce constat, qui résulte notamment du « rebasage »[1] le plus important jamais réalisé, pose le problème de la transparence de l'information fournie au Parlement et confirme la nécessité d'une révision en profondeur du système des lois de financement, comme la Cour l'avait déjà préconisé l'an dernier.

➜ Les ressources du régime général ont augmenté plus vite en 2003 (+ 2,9%) qu'en 2002 (+ 2,1 %) du fait notamment du remboursement des exonérations de cotisations sociales au titre de 2001 par la CADES. Elles s'établissent à 237,8 Md€ contre 231 Md€ en 2002. Cette progression des ressources est néanmoins insuffisante pour compenser celle plus rapide des dépenses observée depuis 2002. Cet écart est le facteur explicatif central de la dégradation des comptes.

➜ En 2003, un supplément important de ressources (près de 1 Md€) était attendu du relèvement des taxes sur le tabac. Ce supplément ne s'est en définitive élevé qu'à 200 M€, en raison d'une hausse du prix du tabac moindre que celle prévue et d'une diminution des ventes plus marquée. Les informations disponibles indiquent qu'il devrait en être de même en 2004, le supplément attendu de recettes sur le tabac devant être inférieur au montant prévu dans la loi de financement de la sécurité sociale (1,2 Md€).

➜ La trésorerie du régime général s'est fortement dégradée : elle était déficitaire durant 311 jours en 2003, contre 114 l'année précédente, ce qui a conduit au relèvement substantiel du plafond d'avances, auprès de la Caisse des dépôts (15 Md€ contre 4,4 Md€ en 2002). Outre la forte dégradation des soldes des branches et les frais financiers accrus y afférents, la trésorerie a en effet dû absorber l'augmentation sensible des restes à recouvrer du régime général sur l'Etat, passés entre 2002 et 2003 de 3,22 à 3,93 Md€ (remboursement des mesures en faveur de l'emploi, versement des cotisations et contributions dues par l'Etat).

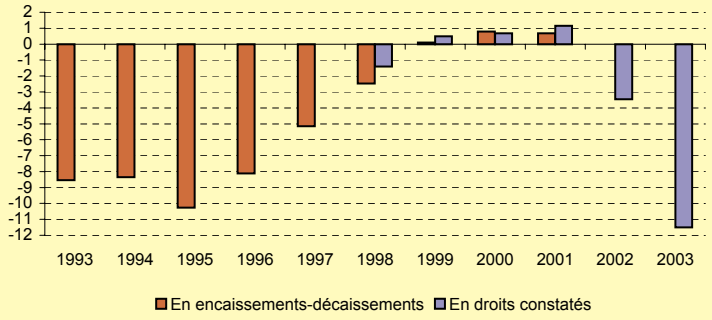
(1) Le « rebasage » est la révision de l'objectif de l'année qui s'achève en fonction des dépenses réelles. L'objectif ainsi révisé sert de référence pour l'objectif de l'année suivante.

Evolution des charges et produits du régime général

	2000	2001	2002	2003
Produits	5,3 %	5,3 %	3,6 %	3,1 %
Charges	5,1 %	5,1 %	5,7%	6,0 %
Ecart	0,2 %	0,2 %	-2,1 %	-2,9 %

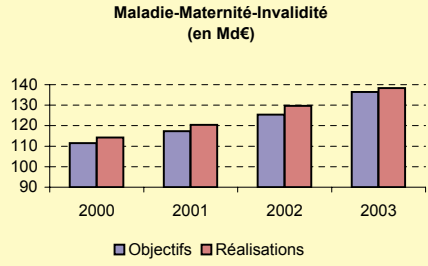
Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2004, retraitement inclus.

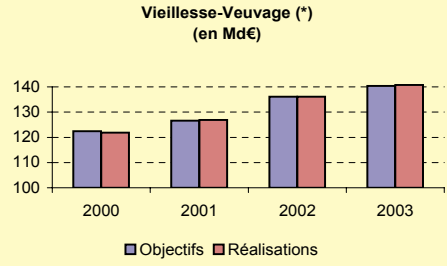
Solde annuel du régime général de la sécurité sociale depuis 1993 (en Md€)

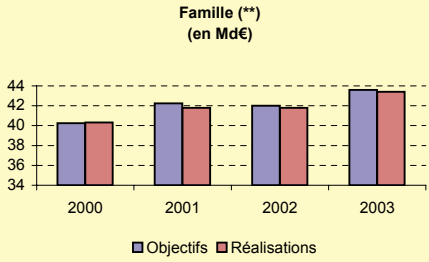


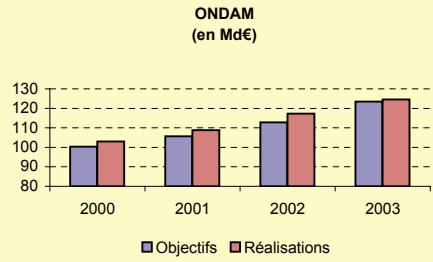
Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, Cour des comptes

Les dépenses de sécurité sociale dans le champ LFSS
Objectifs et réalisations









Source : LFSS 2000 à 2003 et commission des comptes de la sécurité sociale.

(*) *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).*

(**) *La branche famille au sens de la LFSS comprend le handicap et l'AVPF.*

Une régulation toujours insuffisante des dépenses d'assurance maladie

➜ Malgré la perspective d'une très forte augmentation des dépenses, la LFSS pour 2003 n'a comporté qu'une mesure d'effet rapide destinée à une meilleure maîtrise des dépenses : la création du tarif forfaitaire de responsabilité pour le remboursement des médicaments. L'ampleur de l'accélération de certaines dépenses d'assurance maladie est d'autant plus préoccupante que les efforts de maîtrise et de contrôle sont loin d'être à la hauteur des enjeux.

• *Les affections de longue durée*

➜ Les affections de longue durée (ALD), première source de dépenses de l'assurance maladie, représentent 40 % des soins de ville, soit 16,7 Md€ pour le régime général. Les admissions en ALD ont augmenté de 46 % entre 1990 et 2002 et près de 6 millions de patients en bénéficient. Les dépenses liées aux ALD ont crû de 41 % entre 2000 et 2003. Ce domaine reste cependant mal connu : en raison de l'insuffisance des systèmes d'information, l'assurance maladie ne connaît ni le coût de chacune des 30 ALD répertoriées, ni le nombre de patients en ALD.

➜ L'assuré en ALD est pris en charge à 100 %, sauf pour les dépenses dépourvues de lien avec son affection principale. Ce dernier principe n'est cependant pas toujours respecté. C'est pourtant une condition essentielle de régulation du dispositif, qui est, par ailleurs, de moins en moins contrôlé (4 200 médecins contrôlés en 1998, 1 500 seulement en 2002). L'insuffisante définition de certaines ALD, l'absence de référentiels de traitement, le remboursement intégral de médicaments à service médical rendu pourtant faible ou insuffisant sont d'autres faiblesses importantes du système.

• *La liste des produits et prestations remboursables*

➜ La liste des produits et prestations remboursables par l'assurance maladie (LPPR) regroupe un ensemble considérable et hétéroclite de dispositifs médicaux dans lequel on trouve, entre autres, l'optique, les appareils correcteurs de surdité, les stimulateurs cardiaques, le grand appareillage et les véhicules pour handicapés. Au total, près de 60 000 produits et dispositifs sont concernés.

➜ Ce poste de dépenses a augmenté de 42 % entre 2000 et 2003, soit presque deux fois plus vite que l'ensemble des soins de ville (25 % sur la même période).

➜ Or les mécanismes de contrôle et de régulation restent très insuffisants et n'ont pas été adaptés à la vive progression des dépenses. Les moyens consacrés à l'évaluation du service rendu et à la fixation des tarifs de remboursement demeurent très faibles. En principe, l'inscription d'un nouveau produit sur la liste (qui vaut admission au remboursement) n'est possible que s'il apporte une amélioration ou permet des économies, mais cette règle n'est pas respectée. En outre, la liste n'est pas actualisée, en dépit de l'obsolescence de nombre de ces dispositifs. L'admission au remboursement de nombreux produits rendant un service similaire interdit les économies d'échelle. Le respect des spécifications techniques ne fait l'objet d'aucun contrôle. La prescription reste très peu encadrée et guidée, ce qui peut entraîner l'achat de produits plus coûteux que nécessaire.

• Les transports des malades

➜ Les frais de transport pris en charge par l'assurance maladie comprennent des transports sanitaires (ambulances et véhicules sanitaires légers) et non sanitaires (taxis). Si ce poste ne représente que 3,7 % des dépenses de soins de ville, sa croissance est très vive : respectivement 50 et 60 % pour les frais d'ambulance et de taxis sur la période 2000-2003.

➜ Les causes de cette augmentation n'ont pas fait l'objet d'études de la part de l'assurance maladie. Le vieillissement de la population n'explique que très partiellement ce phénomène. La progression de la chirurgie ambulatoire, la multiplication des retours périodiques à l'hôpital en expliquent une large part. Mais cette croissance semble surtout due à l'insuffisant respect des règles de prescription (justifications médicales non précisées, entente préalable formelle, contrôles peu efficaces...) et aux prescriptions hospitalières. Ces dernières représentent 62 % des frais de transports des malades et sont loin d'être toujours fondées sur le mode de transport le moins onéreux.

➜ Enfin, l'organisation des transports sanitaires, à la fois dépassée et inadaptée, nécessite une révision profonde.

• Les indemnités journalières

➜ Les indemnités journalières remboursées par le régime général ont augmenté fortement entre 1999 et 2003, avec une forte accélération en 2002.

➜ Ce sont les indemnités correspondant à des arrêts de travail supérieurs à trois mois (soit 60 % des indemnités) qui ont connu l'augmentation la plus vive : + 40 % entre 1998 et 2003. Elles constituent l'essentiel du problème. Le fléchissement des départs en pré-retraite, souvent invoqué pour justifier leur croissance, est loin de tout expliquer. Ce sont les comportements des prescripteurs et des assurés qui contribuent le plus à l'ampleur du phénomène.

➜ Face à cette progression, les contrôles ne sont pas suffisants. La réglementation sur l'ouverture des droits et leur liquidation est inutilement complexe et mobilise des moyens qui seraient plus utilement affectés aux contrôles. Alors que le taux global d'anomalies, selon la CNAM, avoisine les 6 %, les contrôles ciblés montrent des taux nettement supérieurs tant pour les arrêts de longue durée (près de 16 %) que pour les arrêts de moins de 15 jours (19 % en 2003, en progression sensible ces dernières années).

➜ Aucun référentiel n'a été mis à la disposition des médecins et aucun accord de bon usage des soins ne leur a été proposé.

➜ En outre, l'absence de sanction réelle a rendu jusqu'à présent le système de contrôle peu opérant. La réintroduction de cette possibilité par la réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 ne concerne pas les prescriptions hospitalières, à l'origine de 30 % des arrêts de longue durée. Cela en réduira très fortement l'impact.

➜ **L'examen de ces quatre postes de dépenses montre qu'ils recèlent une potentialité importante d'économies qui, si elles étaient effectives, ne remettraient aucunement en cause notre système de protection sociale.**

La gestion des organismes du régime général

Chiffres clés

- Le régime général couvre 85 % de la population et ses dépenses administratives représentent près de 10 Md€, soit 4 % du total des dépenses du régime.
- Il emploie 167 900 agents en contrats à durée indéterminée, dont 106 100 pour la branche maladie, 33 000 pour la famille, 14 100 pour le recouvrement et 13 700 pour la retraite.
- Il est composé, en plus des quatre caisses nationales (CNAM, CNAV, CNAF, ACOSS), de 500 organismes de base (dont 128 caisses primaires d'assurance maladie, 122 caisses d'allocations familiales, 104 organismes pour le recouvrement, 16 pour la retraite).

➜ Bien que les quatre réseaux (maladie, retraite, famille, recouvrement) ne soient pas organisés à l'identique, que leur champ de compétences et leur clientèle se soient diversifiés, le régime général présente une forte unité.

➜ Ces réseaux ont d'abord en commun d'être gérés par des personnes morales autonomes, de droit privé, pourvues d'un conseil d'administration, d'un directeur et d'un agent comptable. Ils ont à leur tête un établissement public administratif dont le directeur est nommé en conseil des ministres.

➜ La gestion du personnel constitue ensuite un fort élément d'unité : les mêmes conventions collectives d'agents de direction, d'employés et de cadres s'appliquent à toutes les branches.

➜ Enfin, les caisses détiennent d'importantes prérogatives de puissance publique et sont contrôlées par l'Etat (direction de la sécurité sociale et direction du budget). Ce contrôle a évolué sensiblement depuis la mise en place, en 1996, de conventions d'objectifs et de gestion (COG) qui fixent aux gestionnaires des objectifs de qualité de service et de productivité quantifiés et soumis à évaluation, l'Etat s'engageant sur les moyens à accorder pour les atteindre.

Stratégies de gestion et outils de pilotage

Les améliorations à apporter aux conventions d'objectifs et de gestion (COG)

➜ Les conventions d'objectifs et de gestion constituent un élément essentiel de progrès pour la définition et la formulation des stratégies des caisses nationales et des branches. Néanmoins, le bilan des deux premières générations de COG reste mitigé.

➜ Les premières et secondes COG ont privilégié des catalogues d'objectifs par rapport à la définition précise d'une stratégie d'ensemble. L'objectif prioritaire de la qualité du service rendu a, de fait, marginalisé des questions importantes telles que l'organisation territoriale des réseaux, l'amélioration de la productivité ou la réduction des coûts. De plus, les COG ont toujours été signées plusieurs mois après le début de leur première année d'application, ce qui diminue leur impact sur l'amélioration de la gestion.

➜ Des secteurs importants de certaines branches ont été laissés à l'écart. C'est le cas notamment à la CNAM du contrôle médical (10 000 agents, dont 7 000 personnels administratifs).

➜ En outre, si les COG de la seconde génération ont été davantage assorties d'indicateurs, leur nombre élevé ne saurait compenser un défaut d'ambition (beaucoup sont faciles à atteindre) ou de pertinence (un indicateur de délai de réponse dans les 15 jours est peu probant lorsqu'un simple accusé de réception est admis comme une réponse).

➜ Les préoccupations des caisses et une faible capacité d'impulsion de l'Etat peuvent expliquer les lacunes des COG. Les conseils d'administration abordent en effet peu les problèmes d'organisation de la branche. Les administrations de tutelle disposent d'une expertise limitée tant pour la préparation que pour l'évaluation des conventions.

Le pilotage insuffisant des réseaux

➜ Pour assurer le pilotage des réseaux, les organismes nationaux disposent de pouvoirs qui se sont développés progressivement, de l'informatique à l'allocation budgétaire et, aujourd'hui, à la détermination des objectifs de gestion. Mais, obligés de compter avec l'autonomie d'organisation et de gestion des caisses locales, ils les ont utilisés a minima. Par ailleurs, l'organisation de certaines caisses nationales, notamment de la CNAM, demeure insuffisamment adaptée au pilotage de réseaux de cette envergure.

➜ La mise en œuvre des COG fait l'objet de contrats pluriannuels de gestion (CPG) entre l'organisme national et chaque organisme local. La difficulté d'individualiser les CPG pour plus de 500 organismes de base explique que ces contrats participent plus de l'animation du réseau que de son pilotage.

➜ L'intéressement des caisses à la réalisation d'objectifs nationaux, via un mécanisme de report de crédits non consommés, pourrait être efficace si les objectifs n'étaient pas fixés à un niveau trop bas et si la proportion de crédits non consommés reportables sans condition était plus limitée (dans la branche maladie, 70 % des crédits non consommés sont reportés automatiquement).

➜ En théorie, la mise sous tension budgétaire aurait pu être utilisée pour stimuler les performances du réseau. Mais la période de référence pour le calcul de l'enveloppe budgétaire étant la dernière année de la COG (année pendant laquelle sont consommés les reports des crédits des années précédentes), la méthode de calcul conduit à une aisance financière globale des budgets de gestion des branches.

L'organisation territoriale des branches

Une organisation des caisses locales figée depuis 1945

➜ A l'exception de la branche retraite, structurée au niveau régional, les autres branches sont organisées sur une base départementale ou infra-départementale, restée figée depuis 1945, à quelques rares exceptions près. Cette organisation n'a, de ce fait, aucunement pris en compte les importantes mutations démographiques et économiques intervenues depuis.

➜ Il en résulte de très forts déséquilibres. En effet, sans même tenir compte des 5 % d'organismes les plus importants, le nombre d'assurés ou de coti-

sants gérés varie dans une proportion de 1 à 22 pour les CPAM, de 1 à 20 pour les CAF et de 1 à 8 pour les URSSAF.

➜ Les tentatives d'inscrire dans la loi, notamment en 1996, le principe du département comme base territoriale des organismes sociaux se sont soldées par des échecs. Cet immobilisme institutionnel a aussi conduit à une regrettable absence d'études du coût de gestion des prestations et du recouvrement par les organismes de base en fonction de leur taille. L'informatisation croissante et le développement des nouvelles technologies rendent l'organisation actuelle encore plus désuète et devraient conduire à un vigoureux mouvement de regroupement des caisses locales. Une politique volontariste en ce domaine induirait des économies non négligeables, estimées par la Cour à 100 M€.

Une politique de proximité insuffisamment maîtrisée

➜ Une politique d'accueil de proximité a été mise en place dans toutes les branches. Mais elle a trop souvent été laissée à l'initiative des caisses locales, qui disposent en la matière d'une trop grande liberté.

➜ Une telle situation, qui nuit à la maîtrise des coûts, devrait inciter les caisses nationales à fixer des orientations plus précises et plus contraignantes.

Nombre d'organismes de base et de structures de proximité

	Au niveau régional	Au niveau départemental	Au niveau infra départemental	Total		Structures de proximité
Maladie*	0	77	51	128		~ 1 500
Famille	0	86	36	122		2 011
Recouvrement*	0	79	25	104		305
Retraite*	16	Néant	Néant	16		2 028

* S'y ajoutent les quatre CGSS des départements d'outre-mer qui regroupent en une même entité maladie, recouvrement et retraite.

Une mutualisation insuffisante

➜ Des démarches de mutualisation et de coopération, à l'instar de ce qui avait été fait de manière structurée pour l'informatique, ont vu le jour. Mais, en dehors de certaines avancées dans les branches recouvrement et famille, les démarches de mutualisation restent timides et s'effectuent sans lien avec un objectif de rapprochement des caisses, faute d'un pilotage suffisant par les têtes de réseau.

➜ Certains aménagements au sein de la branche recouvrement montrent pourtant la voie à suivre. C'est le cas notamment du chèque emploi-service (CES) et du versement en un lieu unique (VLU). Le dispositif de chèque emploi-service propose aux employeurs de personnel de maison une procédure simplifiée pour s'acquitter de leurs obligations. Le traitement du CES est effectué pour moitié en un seul point du territoire, à l'URSSAF de Saint-Etienne. La Cour a calculé que le coût de gestion unitaire du CES est de 21,7€ à Saint-Etienne alors que celui de la méthode classique de recouvrement s'élève à 96€. Le basculement vers un lieu unique représenterait un gain d'au moins 25M€ mais poserait la question du maintien des effectifs au sein de la branche.

La gestion des ressources humaines

Un outil de management sous-utilisé

➜ Si le nombre d'agents s'est stabilisé entre 1992 et 2000, l'ARTT a entraîné un accroissement des effectifs.

➜ Le personnel connaît un certain vieillissement (l'âge moyen des effectifs a augmenté de 6,7 % entre 1987 et 2002), en raison d'un faible nombre de départs en retraite et de leur non-remplacement intégral jusqu'en 2001. La mobilité est faible. Le taux d'absentéisme, sur lequel les caisses estiment avoir peu d'emprise, est élevé.

Evolution des effectifs permanents du régime général

1990-2000	2000-2002	1990-2002
– 1,82 %	+ 4,64 %	+ 2,74 %

➜ En matière de gestion des ressources humaines, les conventions d'objectifs et de gestion affichent des objectifs peu ambitieux et sont dépourvues d'indicateurs précis. Le mode d'allocation des enveloppes budgétaires n'incite pas à la gestion prévisionnelle des effectifs, d'autant que les dépenses de personnel, dans les branches famille et maladie, restent dispersées au sein de différents fonds dont les règles d'évolution sont peu homogènes. Des directions des ressources humaines dédiées au réseau émergent lentement dans les branches.

➜ L'avancement à l'ancienneté reste très important dans toutes les branches, au détriment de l'avancement au choix. La gestion des promotions par accès au niveau supérieur montre une augmentation de la proportion des niveaux élevés (notamment dans la branche retraite). L'évolution des méthodes de travail des agents que ces promotions prennent en compte aurait dû être obtenue par une politique de primes.

➜ Le principe d'intéressement a été introduit pour l'ensemble du régime en 2002. Mesurées sur la base des indicateurs de la COG, les performances collectives de branche et locales sont prises en compte pour établir le montant de la prime. Celle-ci est constituée de deux parts : 60 % au titre de la performance de branche et 40 % au titre de la performance locale. L'importance de la part nationale et l'absence d'indicateur de productivité assimilent en fait cette prime à un complément de rémunération.

➜ Les accords sur l'ARTT, négociés directement au niveau local, ont abouti au recrutement de 9 314 agents supplémentaires. Faute de connaissance au niveau national des avantages locaux préexistant à l'accord et d'étude sur ceux qui subsistent, il est impossible de connaître l'impact réel de l'ARTT sur le temps de travail.

Tirer parti du choc démographique

➜ Toutes les branches sont appelées à voir partir en retraite 50 % des effectifs entre 2001 et 2014, avec une accélération du rythme à partir de 2006. La branche retraite, dans le même temps, sera confrontée à une forte augmentation de ses charges de travail (+18 % de demandes de pensions dès 2006).

➜ Ces évolutions nécessitent à la fois d'anticiper les recrutements et de repenser les modes de travail pour dégager des marges de productivité. Pourtant, la réflexion sur les besoins des branches en emplois et compétences reste sommaire, alors même que l'évolution qualitative des métiers, permise par les technologies, n'est pas nouvelle et se traduira par des mutations importantes dans le domaine du versement des prestations.

➜ **Saisir l'occasion du renouvellement des personnels suppose à la fois une politique de formation plus volontaire et coordonnée par les caisses nationales et une plus grande mobilité de l'ensemble des agents. Néanmoins, la réussite de la gestion des ressources humaines reste dépendante des pouvoirs conférés aux têtes de réseau.**

La productivité

Une préoccupation jusqu'à présent secondaire

➜ L'amélioration de la productivité n'a pas été jusqu'à présent un objectif prioritaire des COG. Celles-ci ont toutes, à des degrés divers, privilégié la recherche d'un meilleur service à rendre aux usagers, et ce dans le respect d'enveloppes budgétaires peu contraignantes.

➜ La mesure de la productivité impose de rapporter des indicateurs d'activité à des effectifs. Les branches ont certes construit des indicateurs d'activité, mais ceux-ci présentent de nombreuses limites. L'une des plus importantes réside dans l'absence d'exhaustivité des indicateurs des branches maladie et famille, qui ne tiennent pas compte de l'activité de plus de 40 000 agents, soit près du quart de la totalité des effectifs des quatre branches. En outre, les difficultés, voire l'impossibilité d'obtenir des données homogènes sur les informations de base utilisées pour les indicateurs illustrent la faible appétence manifestée par certaines branches, en particulier le recouvrement et la maladie, pour une meilleure appréhension de la productivité.

➜ Les indicateurs de coût unitaire de production généralement calculés par les caisses et qui découlent des indicateurs d'activité sont donc également insuffisants. Dès lors, les branches (à l'exception de la CNAV) ne se sont pas engagées dans la détermination d'un ratio de productivité global, affiché dans la COG et orientant la stratégie d'ensemble. La Cour s'est efforcée de calculer de tels ratios qui ne peuvent cependant, en raison des limites rappelées ci-dessus, servir à des comparaisons inter-branches. Ces travaux montrent que les gains de productivité sont restés modestes et qu'à l'intérieur de chaque branche les écarts de coûts entre caisses ne se sont guère réduits.

La situation des branches

• Dans la branche maladie, en raison de l'insuffisance de l'indicateur d'activité, la productivité ne peut actuellement être estimée que pour les CPAM, (soit 65% des effectifs de la branche). Dans ce secteur, le fait marquant concerne le pôle production, qui assure le traitement et la liquidation du milliard de feuilles de soins produites annuellement. Ce pôle de production, qui représente près de 60% des effectifs des CPAM, a enregistré un gain de productivité apparent important (22 000 décomptes traités par agent en 1999 contre 27 100 en 2002) mais, si l'on retranche les décomptes automatisés réalisés grâce à Sésam-Vitale qui est arrivé à maturité durant cette même période, la productivité s'est en fait fortement dégradée : le nombre de décomptes non automatisés restant à la charge des agents est passé de 12 000 en 1999 à 10 100 en 2002. Le constat de cette divergence montre l'ampleur des marges de progrès possibles dans ce secteur, estimées par la CNAM à 3 800 emplois.

• La branche famille, quant à elle, a connu, sur la période étudiée, de sensibles variations de productivité : la progression constatée entre 1995 et 1999 a été suivie d'une baisse résultant, notamment, des recrutements importants réalisés pour faire face aux dysfonctionnements liés à l'utilisation de l'outil informatique Cristal. Il doit aussi être rappelé que cette branche avait connu, antérieurement à 1995, une amélioration significative de sa productivité. Dans cette branche, la démarche de productivité a été plus cohérente et plus complète qu'ailleurs.

• L'indicateur synthétique de productivité de la branche retraite a progressé de près de 12 % entre 1995 et 2002. Cependant, l'essentiel de l'amélioration ne vient pas des processus de production liés à la retraite, mais d'une très forte automatisation de

la transmission des données sociales indiquant les salaires perçus durant la carrière et utilisés pour le calcul de la pension.

• Dans la branche recouvrement, la faible augmentation de la productivité constatée (4,5 %) est à analyser au regard des limites de l'instrument de mesure et de celles du dispositif d'incitation à la productivité. L'indicateur d'activité n'a pas été actualisé depuis 1996. Là encore, l'objectif principal de réduction des écarts de coût entre URSSAF n'a pas été atteint.

Les conditions d'une évolution favorable

➜ Deux évolutions majeures devraient avoir un impact significatif sur la productivité du régime général. Internet et les technologies de transmission électronique des informations réduiront les coûts de production et amélioreront l'information du public. L'ampleur des départs à la retraite devrait donner des marges de manœuvre et permettre de concrétiser les gains latents de productivité, jusqu'ici différés par la difficulté d'ajuster à la baisse le niveau des effectifs. Ceci est particulièrement vrai pour la branche maladie.

➜ **Mais ce contexte favorable ne pourra porter tous ses fruits sans une politique volontariste. Il convient d'abord d'élaborer des outils de mesure de la productivité capables de prendre en compte l'ensemble des activités et des coûts et de faciliter le pilotage des organismes. Ensuite, la reconfiguration des réseaux et les opérations de mutualisation doivent être accélérées. Enfin, la contrainte budgétaire doit être plus affirmée au moyen d'objectifs et d'indicateurs chiffrés.**

L'organisation régionale de la santé et de l'assurance maladie

➜ Les structures de l'assurance maladie sont associées étroitement au pilotage et au financement de la politique de santé dans les régions. Leurs liens avec les autres acteurs de la santé (Etat, collectivités locales et professions de santé) soulèvent de nombreuses questions touchant à l'organisation de cette politique et à son fonctionnement. L'efficacité des dispositifs en place est incertaine, alors même que la région s'affirme comme l'échelon de référence des politiques de santé et d'assurance maladie.

Des faiblesses institutionnelles et une insuffisante coordination des acteurs

➜ Les instances intervenant dans le champ de la santé et de l'assurance maladie ont été multipliées depuis une dizaine d'années. Toutes leurs missions n'ont pas été déployées conformément aux ambitions initiales.

➜ L'organisation régionale de l'offre de soins s'appuie sur des structures fragiles (agences régionales de l'hospitalisation), modestes (unions régionales des médecins libéraux) ou imparfaitement représentées dans les régions (ordre des médecins). De nombreuses structures dédiées à l'observation sanitaire des territoires (observatoires régionaux de santé et cellules interrégionales d'épidémiologie d'intervention) n'ont pas la taille critique suffisante pour être efficaces. L'articulation entre les échelons régionaux et départementaux de l'Etat est insuffisamment clarifiée et organisée.

➜ Enfin, bien qu'instituées pour surmonter l'émiettement des acteurs de l'assurance maladie dans le domaine de la gestion du risque, les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) sont également des structures faibles inadaptées aux enjeux de l'assurance maladie. Leurs interventions sont en outre marquées par l'instabilité et la dispersion (élaboration d'accords de bon usage des soins, participation au comité départemental de l'aide médicale urgente, mise en place des réseaux de santé, réalisation d'études sur des problèmes de santé publique).

Des interventions enchevêtrées aux résultats encore inaboutis

➜ Les interventions des divers acteurs s'enchevêtrent. Les études sanitaires réalisées dans les régions sont concurrencées par les études des structures nationales (IRDES). Les URCAM et les URML réalisent aussi des études et ce, généralement, en ordre dispersé. Le foisonnement des programmes de santé publique (programmes régionaux de santé (PRS), programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), schémas régionaux d'éducation pour la santé (SREPS), programmes régionaux de l'assurance maladie (PRAM), programmes territoriaux de santé (PTS) pose un vrai problème de lisibilité tant les acteurs sont nombreux (préfet, ARH, assurance maladie, collectivités territoriales) et les objectifs à la fois excessifs en nombre et insuffisamment articulés.

➜ Les interventions dans le domaine hospitalier montrent également qu'une répartition claire des acteurs entre l'assurance maladie et l'Etat, bien que fixée par la réforme de 1996, n'est pas encore constatée sur le terrain.

➜ Les financements croisés nécessaires à la mise en œuvre de la plupart des actions prévues dans les programmes de santé ne donnent pas une stabilité suffisante à ces actions et compliquent les initia-

tives des acteurs de terrain. Cela peut notamment fragiliser les réseaux de soins, par ailleurs affectés par un mécanisme complexe de codécision entre les ARH et les URCAM.

➜ Les résultats de ces actions sont difficiles à appréhender. L'imprécision des objectifs des plans de santé publique, la difficulté d'apprécier leur valeur ajoutée, le poids des facteurs exogènes pour des actions qui visent au recul des inégalités de santé expliquent en grande partie la difficulté d'en faire le bilan. S'agissant de la gestion du risque et de la maîtrise des dépenses, les actions menées par les URCAM demeurent limitées, dispersées et ne sont pas assez ciblées sur les dépenses les plus susceptibles de générer des économies. Les actions des URML, dont le but est de contribuer à la maîtrise des dépenses, restent embryonnaires et ne pèsent pas réellement sur les pratiques médicales.

➜ L'organisation régionale de la santé et de l'assurance maladie a bien entraîné un rapprochement des acteurs, mais sans parvenir encore à une dynamique et une cohérence d'ensemble. Une vraie coordination ne verra le jour qu'à la double condition d'une clarification des rôles des différents acteurs (notamment de l'Etat et de l'assurance maladie) et de la mise en place d'un véritable échelon régional du régime général d'assurance maladie se substituant à la totalité des structures existantes.

Conclusion

➜ L'analyse de la gestion des organismes de sécurité sociale montre que le pilotage par l'Etat et les caisses nationales n'oriente pas assez fermement les réseaux vers la réduction des coûts et l'obtention de gains de productivité significatifs. Cette situation peut s'expliquer, d'une part par la multiplicité des organismes et leur autonomie de gestion, d'autre part par la priorité accordée jusqu'à présent à la recherche d'une meilleure qualité de service aux usagers. Néanmoins, ce dernier objectif ne saurait être un alibi à l'absence de maîtrise des dépenses de gestion. Les conventions d'objectifs et de gestion de la troisième génération, qui entreront en vigueur à partir de 2005, doivent impérativement mettre l'accent sur la productivité des branches du régime général et l'amélioration de l'efficience du système dans son ensemble.

➜ La clarification des rôles et la réforme de l'organisation régionale de l'Etat et de l'assurance maladie sont une condition importante de l'efficacité des politiques engagées en matière de santé et de maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

La politique du médicament

➜ Le remboursement des médicaments représente désormais 34,5 % des dépenses de l'assurance maladie pour les soins de ville et au total (en intégrant les dépenses hospitalières) la charge pour l'assurance maladie est de l'ordre de 22 Md€. Ce poste est l'un de ceux qui ont connu ces dernières années la plus forte croissance (6,1 % en 2003 contre une moyenne de 5,5 % de 1993 à 2003).

➜ En dépit d'une dynamique de réforme lancée depuis 1999, la régulation du secteur du médicament ne dispose pas encore des instances et des mécanismes permettant de garantir la plus grande utilité et le meilleur usage des produits remboursés. Plus généralement, elle n'est pas orientée vers l'objectif du meilleur prix pour l'assurance maladie.

L'évaluation médicale

➜ La commission de la transparence intervient en aval de l'autorisation de mise sur le marché d'un médicament (AMM) et en amont de la détermination du prix de vente par le comité économique des produits de santé (CEPS). Elle joue ainsi un rôle pivot en évaluant pour chaque médicament le service médical rendu (SMR), qui détermine le taux de remboursement par l'assurance maladie et l'amélioration du service médical rendu (ASMR), dont dépend, en principe, le niveau de prix.

➜ La réforme de la commission de la transparence, décidée en 2003, a pour finalité de renforcer la rigueur de l'évaluation. Aujourd'hui bien engagée, cette réforme doit être poursuivie en précisant davantage les critères retenus pour classer les produits par niveau de SMR et d'ASMR, en procédant systématiquement à des évaluations a posteriori afin d'ajuster les prix au vu de l'effet réel du médicament et en veillant à renforcer la neutralité tant des experts extérieurs que de la commission elle-même.

➜ A ce titre, la présence de représentants de l'industrie pharmaceutique (« les entreprises du médicaments », le LEEM) au sein de l'instance chargée d'apprécier la valeur médico-scientifique des produits s'inscrit en contradiction avec la volonté de renforcer la légitimité, l'objectivité et l'efficacité de l'expertise.

➜ L'indépendance financière de la commission et sa possibilité de décider librement des études qu'elle estime nécéssaires doivent aussi être affirmées.

La régulation économique

L'achat au meilleur prix n'est pas une priorité

➜ Les mécanismes mis en place et susceptibles d'obtenir le meilleur prix ne sont guère opérants. Les importations de médicaments en provenance de pays où ils sont moins chers ne sont en effet autorisées que depuis très peu de temps (janvier 2004) et les pouvoirs publics n'en permettent toujours pas le remboursement par l'assurance maladie. La dégressivité des prix dans le temps au fur et à mesure que le produit devient plus ancien tarde à être traduite dans les faits. Contrairement à la pratique qu'il avait amorcée en 2002, le CEPS n'a

décidé aucune baisse de prix en 2003. Or aucune raison ne justifie que les prix demeurent stables pendant tout le cycle de vie des produits, contrairement à ce qui est constaté sur les marchés de tous les autres types de produits.

➜ Par ailleurs, la procédure simplifiée de fixation des prix (système du dépôt de prix) mise en place en 2003 n'a pas abouti jusqu'à présent à des résultats probants.

➜ Enfin, les récentes mesures d'abaissement du coût des médicaments menacent l'extension progressive des ventes de génériques. En effet, la politique en faveur des génériques (droit de substitution accordé aux pharmaciens, incitation des médecins à prescrire en dénomination commune) peut être paradoxalement affectée par l'instauration en 2003, dans certaines classes de médicaments, du tarif forfaitaire de responsabilité (TFR), qui consiste, pour abaisser les coûts, à rembourser un produit princeps sur la base du produit du générique. Ainsi, lorsque le prix du produit princeps s'est aligné à la baisse sur le tarif remboursé, le taux de pénétration du générique sur le marché a augmenté plus faiblement, voire a régressé. Certes, la baisse de prix obtenue par le TFR représente un gain pour l'assurance maladie, mais les entreprises sont aussi incitées à relancer la promotion des princeps, ce qui, à terme, peut éliminer les génériques du marché ou ralentir leur croissance, tant que les producteurs de génériques ne seront pas suffisamment puissants.

Les modalités de négociation des remises sont très peu efficaces, voire contradictoires

➜ Depuis 1994, les rapports entre l'Etat et l'industrie pharmaceutique sont régis par un système conventionnel. Sur le fondement d'un accord sectoriel dont le dernier a été signé en 2003, des conventions sont fixées chaque année entre les laboratoires et le CEPS. Leur objet est la négociation de remises, c'est-à-dire de versements des laboratoires à l'assurance maladie en fonction de la progression de leur chiffre d'affaires lorsqu'il y a dépassement de l'objectif national d'évolution fixé par la LFSS (ce taux K a été en 2003 de 4 %).

➜ Les remises sont au nombre de trois : les remises dites de classe thérapeutique, qui pèsent sur les produits les moins innovants ou dont les taux de croissance en volume sont élevés et qui visent à ne pas pénaliser les médicaments innovants pour des pathologies graves ; les remises sur chiffre d'affaires, qui ne peuvent être plus élevées que la taxe payée par les laboratoires refusant la démarche conventionnelle (système dit de « clause de sauvegarde ») ; enfin des remises par produits, fixées pour des médicaments pour lesquels existe notamment un risque de mésusage.

➜ La complexité de ce système est encore accrue par divers dispositifs (exonérations, plafonnements, crédits de remise) qui permettent d'en minorer la portée. S'agissant plus particulièrement des crédits de remise, ceux-ci, négociés par avenants, compensent les baisses de prix des médicaments à SMR faible ou insuffisant et donc la diminution du chiffre d'affaires.

➜ Il y a donc contradiction entre, d'une part, l'objectif de cette politique conventionnelle de remises qui vise à promouvoir les produits innovants pour des pathologies graves et, d'autre part, l'instauration de crédits de remise pour des médicaments dont la faible efficacité justifie une baisse de prix.

Le rendement financier de ces dispositifs est par ailleurs faible puisque les remises nettes totales représentent une part limitée et décroissante des ventes de médicaments remboursables (2,03 % en 2000, 1,20 % en 2002), notamment parce que l'Etat a remonté le taux K, sans d'ailleurs avancer d'explication.

La fiscalité du médicament est instable, fragile et d'un faible rendement

Les principales taxes sont :

• la contribution sur les dépenses de publicité (1983), notamment les frais engagés pour l'information et la prospection des praticiens par les visiteurs médicaux. Proportionnelle de 1983 à 1997, progressive depuis, elle a fait l'objet d'une succession d'abattements d'assiette depuis 1998.

• la contribution à la charge des distributeurs de médicaments (1991).

• la contribution additionnelle sur les ventes directes, créée en 1998 et supprimée en 2003.

• La clause de sauvegarde, due seulement par les entreprises qui n'ont pas signé de conventions avec le CEPS et ne paient pas de remises.

➜ Le contentieux de l'assiette des dépenses de publicité est abondant et fragilise le recouvrement des taxes. Le changement permanent de la règle de droit contribue à expliquer les difficultés à bâtir un plan de contrôle efficace et cohérent, sans justifier entièrement la quasi-absence de contrôle.

➜ Le rendement de ces taxes reste modeste (2 % du chiffre d'affaires du secteur). Seule la clause de sauvegarde a un impact en termes de régulation économique, car elle contraint les industries à négocier des conventions avec le CEPS (178 laboratoires sur 186 ont conclu des conventions) mais son poids est diminué par le relèvement du taux K.

La régulation des comportements

L'information des prescripteurs reste lacunaire

➜ Le bon usage des médicaments dépend de la diffusion d'une information indépendante. Celle-ci existe mais reste limitée, dispersée et sous-utilisée. Ainsi la mise en ligne, par l'agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé (AFSSAPS), d'un référentiel indépendant (projet de base de données @MM) ainsi que des avis de la commission de la transparence demeure très partielle et insuffisamment exploitable.

➜ Le fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique (FOPIM), créé en mars 2001, dont la mission est de fournir une information objective aux professionnels sur les produits de santé, a seulement contribué à des projets non encore aboutis (diffusion de fiches produits pour les nouveaux médicaments) et à des enquêtes de caractère trop général.

➜ Le rapprochement du FOPIM et de la commission de la transparence, recommandée par la Cour en 2001 pour donner au fonds l'instance d'évaluation scientifique qui lui fait défaut, est toutefois commencé.

L'assurance maladie n'exploite pas encore de manière suffisante ses propres outils de régulation

➜ La CNAM a estimé entre 18 et 32 M€ le coût des prescriptions ne respectant pas les indications thérapeutiques. Pourtant, les campagnes d'information grand public sont rares (une seule à ce jour, sur les antibiotiques en 2001). Sur les 54 accords de bon usage des soins (AcBUS) signés avec les professionnels de santé depuis 2002, 3 seulement ont porté sur la prescription des médicaments. Des projets d'accords nationaux, notamment sur les psychotropes, la polymédication des per-

sonnes âgées et les anti-acnéiques, n'ont pas abouti. Indépendamment des limites qui sont propres aux dispositifs de contractualisation, un obstacle majeur à la conclusion de tels accords réside dans l'absence ou la faiblesse des référentiels sur l'usage des médicaments.

➜ D'une manière plus générale, une régulation plus efficace des comportements passerait par un élargissement de l'opposabilité au remboursement, qui devrait inclure, outre les indications thérapeutiques, le respect de la posologie, la durée du traitement, les contre-indications, et de manière urgente, les interactions médicamenteuses.

➜ Le codage des médicaments permet aujourd'hui d'éviter, au moins partiellement, le remboursement de prescriptions inutiles, voire dangereuses et de ne plus miser uniquement sur des contrôles a posteriori, toujours lourds et difficiles.

➜ **Une vraie régulation s'impose d'autant plus que le secteur recèle des gisements d'économies considérables dans le domaine des génériques et des médicaments substituables mais aussi dans celui des médicaments à service rendu insuffisant et par une réorientation de la politique de prix. La mise en œuvre de règles de bon usage doit également y contribuer. Le potentiel d'économies sur les dépenses de médicaments a été évalué en Allemagne à 4 Md€. Pour ce qui concerne la France, les possibilités d'économies identifiées conduisent à un chiffre équivalent.**

Les questions de retraite

La situation des polypensionnés

➜ La Cour a étudié la situation des quatre millions de personnes qui perçoivent au moins deux retraites de base servies par des régimes différents (polypensionnés).

➜ Leur proportion est en augmentation constante : les polypensionnés représentaient 36,7 % des retraités en 2001. Leurs carrières sont en moyenne plus longues que celles des monopensionnés, mais le montant de leurs retraites est plus faible, à durée totale d'assurance identique, en raison du jeu des règles de coordination entre régimes. Ainsi, l'avantage que représentait jusqu'en 2003 la possibilité pour les polypensionnés d'obtenir des pensions rémunérant la totalité de leur carrière professionnelle n'était pas suffisant pour compenser l'inconvénient résultant du calcul de leurs pensions sur les 25 meilleures années d'assurance validées dans chacun des régimes dont ils ont relevé. Ce mode de calcul conduisait à retenir des années peu rémunérées qui font baisser le revenu de référence, alors qu'elles sont davantage neutralisées dans le calcul de la pension d'un monopensionné. Par contre, les polypensionnés étaient favorisés pour l'obtention du minimum de pension contributif de chacun de leurs régimes en raison de l'insuffisante efficacité des règles de plafonnement des minima.

➜ La réforme des retraites de 2003 a réduit l'avantage des polypensionnés en portant à 160 le nombre de trimestres qui seront pris en compte pour le calcul de la pension dans chaque régime et en baissant de ce fait la valeur de chaque annuité. Mais elle a aussi réduit l'inconvénient résultant du mode de calcul du revenu de référence : désormais, chaque régime concerné calcule ce revenu par rapport au total des périodes d'assurance accomplies dans les différents régimes. La réforme réduit enfin l'avantage des polypensionnés en matière de minimum de pension en le proratisant de sorte que les retraités ne puissent pas percevoir plus que le minimum du régime général.

➜ D'autres questions restent non résolues : la situation des assurés ayant relevé à la fois des régimes du secteur privé et des régimes de fonctionnaires et des entreprises publiques et celle des personnes ayant cotisé simultanément dans deux régimes (cas relevé notamment chez les salariés agricoles) avec un niveau de salaire ne permettant pas de valider un trimestre dans chacun d'entre eux alors que la prise en compte du salaire total autoriserait cette validation.

Les mécanismes de solidarité

➜ Les régimes d'assurance vieillesse intègrent de nombreux dispositifs de solidarité qui accordent des droits supérieurs à ceux que permettrait un calcul strictement lié aux cotisations versées. Certaines périodes d'interruption du travail, appelées périodes assimilées (pour cause de maladie, de maternité, d'invalidité, de chômage ou de service national), sont prises en compte dans la liquidation de la pension de retraite.

Les périodes assimilées (PA) dans le régime général en 2001

	Part des retraités (1) bénéficiaires de PA (utiles ou non)	Part dans la pension		
		Total	Hommes	Femmes
Maladie-maternité-AT	**34 %**	0,3 %	0,3 %	0,4 %
Chômage avant 55 ans	**23 %**	0,9 %	0,7 %	1,1 %
Chômage après 55 ans	**32 %**	1,8 %	1,8 %	1,9 %
Invalidité	**6 %**	0,6 %	0,6 %	0,8 %
Service national	**23 %**	0,3 %	0,5 %	

Source : estimations CNAV à partir de la génération 1935.

(1) Assurés ayant au moins un trimestre validé.

➜ Leur impact sur les pensions liquidées est cependant faible en raison notamment des modalités généreuses de validation des trimestres pour les personnels en activité, 800 heures de travail suffisant pour valider quatre trimestres pour le calcul de la retraite.

➜ Autre expression de la solidarité, les avantages familiaux qui majorent les pensions (bonifications de taux, majorations d'annuités) sont redondants et anti-redistributifs (en particulier la bonification de 10 % pour avoir élevé trois enfants, qui n'est pas imposable). Leur importance est mal connue des bénéficiaires.

➜ Pour les personnes n'ayant pas travaillé ou celles qui ont perçu des salaires de faible montant, deux dispositifs de solidarité existent : le minimum de pension (dit contributif) attribué dans chaque régime pour relever les pensions les plus modestes et qui concerne de plus en plus de bénéficiaires (3,2 millions) et le minimum vieillesse qui constitue une garantie minimale de ressources mais dont l'impact diminue (668 000 bénéficiaires en 2002).

De nombreuses disparités dans les modalités de validation

➜ Pour les périodes non travaillées, de grandes disparités sont observées entre les régimes de retraite : entre régime général et régime de la fonction publique, entre salariés et non-salariés, entre régime de base et complémentaires et entre régimes complémentaires eux-mêmes. Quelques exemples : la validation des périodes de maladie est gratuite dans le régime général, mais donne lieu à cotisations dans la fonction publique ; les régimes des non-salariés ne prennent pas en compte les périodes de formation professionnelle ; l'AGIRC, contrairement à l'ARRCO, ne prend pas en compte les périodes de service national et de volontariat civil et ce, sans justification apparente. Les conditions de validation sont également variables : ainsi un trimestre est validé tous les 60 jours de maladie, tous les 50 jours de chômage, tous les 90 jours de volontariat civil.

➜ Des disparités indentiques sont constatées pour les avantages familiaux. A ce titre, si la loi du

21 août 2003 sur les retraites a introduit des dispositions plus favorables, elle a aussi accru l'hétérogénéité entre les régimes notamment en ce qui concerne la majoration de la durée d'assurance au titre des enfants.

➜ Des disparités subsistent aussi en matière d'égalité entre les sexes. Ainsi la prise en compte seulement partielle de la jurisprudence européenne a accru les disparités entre régimes et génère actuellement une extension aux hommes, coûteuse et non justifiée, dans les régimes des fonctions publiques, de la retraite anticipée des mères de trois enfants et plus.

Rationaliser les dispositifs de solidarité pour les élargir dans un sens conforme à l'équité

➜ Les dispositifs de solidarité sont marqués par la sédimentation historique, l'éclatement des régimes et l'absence de centralisation des informations. La déficience des systèmes d'information et la structure particulière du financement de la solidarité expliquent l'impossibilité d'en établir le coût.

➜ Le financement de la solidarité s'effectue selon deux logiques :

– le recours à la solidarité nationale par le moyen d'impôts affectés au Fonds de solidarité vieillesse (FSV), qui finance le minimum vieillesse, la validation des périodes de chômage et les majorations pour enfants ;

– le financement par les régimes de sécurité sociale, soit gestionnaires directs des retraites, soit mis à contribution comme la CNAF.

➜ Pour établir le coût de la solidarité, seuls sont disponibles les montants qui ont donné lieu à paiement de la CNAF au FSV et à la CNAV et du FSV aux régimes de retraite concernés. Les régimes, eux, ne parviennent pas à évaluer, pour les dispositifs pris directement en charge, le montant des suppléments de solidarité qu'ils financent eux-mêmes.

➜ Le versement de la CNAF au FSV illustre le chevauchement des modes de financement. Il soulève la question de la part des prestations qui doivent être financées de manière solidaire. Déterminer si une période de vie non travaillée doit être prise en charge par le régime de retraite ou par la solidarité nationale dépend du maintien ou non, pendant cette période, du lien de l'assuré avec l'activité professionnelle. Cette question se pose notamment pour le chômage et la formation professionnelle pour les agents qui auront connu des parcours professionnels plus chaotiques que leurs aînés. La validation pour la retraite des périodes de formation professionnelle n'apparaît pas satisfaisante. Un examen d'ensemble de la prise en compte pour la retraite des différentes modalités de formation professionnelle et de chômage, avec, en contrepartie, la révision des avantages familiaux, pourrait déboucher sur une rationalisation, dans un sens plus équitable, de l'ensemble des dispositifs de solidarité.

Sommaire et recommandations du rapport

PREMIÈRE PARTIE : LA SITUATION DES COMPTES SOCIAUX EN 2003

CHAPITRE Ier

LES DÉPENSES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

II – Les dépenses de l'assurance maladie

III – Les dépenses de la branche retraite

IV – Les dépenses de la branche famille

RECOMMANDATIONS

1 Pour les ALD, mettre en place un système de codage des ALD et coder les données du PIRES, faire aboutir les travaux engagés sur les référentiels médicaux, envisager de ramener au taux de droit commun le remboursement des produits dont le service rendu est reconnu insuffisant et faible sauf nécessité médicale inscrite dans un protocole.

2 Pour la LPPR, renforcer la capacité d'expertise du CEPS sur la formation des prix, notamment en s'appuyant sur des enquêtes de la DGCCRF, modifier la réglementation pour prévoir la prise en compte des coûts de fabrication et d'installation, rendre obligatoire pour les professionnels la notification à la CEPP et au CEPS de la commercialisation des dispositifs couverts par une ligne générique, lorsqu'un nouveau produit n'améliore pas le service rendu, n'accepter de l'inscrire qu'à un prix inférieur aux produits déjà existants.

3 Pour les transports, élaborer un référentiel médical de transport opposable à l'ensemble des prescripteurs, y compris hospitaliers, revoir la réglementation du transport de malades et réorganiser avec la profession le transport d'urgence de jour.

4 Pour les IJ, simplifier la réglementation et libérer ainsi des ressources pour le contrôle, développer la subrogation des administrations dans les droits aux IJ des personnels non titulaires, concrétiser la démarche engagée en vue d'un référentiel relevant d'un accord de bon usage, comportant notamment des durées indicatives d'arrêt par pathologie.

CHAPITRE II

LE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

I – L'évolution des ressources et des soldes depuis quatre ans

II – Les ressources des régimes

III – Les transferts de compensation entre régimes

IV – Les fonds

V – Les versements de l'Etat à la sécurité sociale

VI – Les résultats des comptes sociaux

VII – Les opérations de trésorerie

RECOMMANDATIONS

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

6 Déterminer avec une plus grande rigueur l'assiette des cotisations sociales des agents publics occasionnels ou pluriactifs.

7 Renforcer le contrôle 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.

8 Apurer les dettes anciennes de l'Etat et déterminer un niveau et un rythme des versements courants vers les organismes de sécurité sociale plus adaptés à la réalité des engagements.

CHAPITRE III

L'ORGANISATION COMPTABLE

I – Les travaux du haut conseil de la comptabilité et de la mission comptable

II – Les comptes du régime général

CHAPITRE IV

LES ACTIONS DE CONTRÔLE DES COMITES RÉGIONAUX D'EXAMEN DES COMPTES DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE (COREC)

I – Les contrôles des COREC en 2003

II – Le contrôle interne dans les CRAM

III – Le recours aux huissiers dans les URSSAF et les régimes des non-salariés non agricoles

IV – Les créances prescrites

V – Les feuilles de soins électroniques : examen de certains risques

VI – L'examen des effets dans les organismes de sécurité sociale de l'application de la loi d'orientation pour l'outre-mer

RECOMMANDATIONS

9 Développer un véritable contrôle interne dans les domaines d'intervention des CRAM qui relèvent de la compétence de la CNAM. A partir d'une analyse des risques générés par ces activités, la CNAM doit inscrire, notamment dans la future COG AT/MP, des objectifs en matière de contrôle interne.

10 Analyser à la CNAV l'usage que font les caisses des outils de contrôle interne disponibles et diffuser les meilleures pratiques.

11 Mettre en place un indicateur simple et lisible par la CNAV de suivi de la liquidation.

12 Assurer dans les différents régimes un suivi quantitatif de l'activité contentieuse des huissiers.

13 Pour l'avenir, éviter que se reconstituent des créances prescrites, pour des montants significatifs : en clarifiant et simplifiant les règles relatives à la prescription, en intégrant cette préoccupation dans les plans de contrôle interne, en rendant les applications informatiques plus opérationnelles, en réexaminant les règles relatives aux responsabilités respectives des directeurs et des agents comptables, en ce qui concerne le recouvrement.

La sécurité sociale

RECOMMANDATIONS

14 Fonder les décisions d'apurement sur des textes de niveau juridique suffisant.

15 Améliorer le dispositif de contrôle a priori et a posteriori, en assurant une meilleure cohérence des outils de détection automatique des doubles paiements.

16 Mutualiser les bonnes pratiques d'analyse des rejets, de détection et de prévention des doubles paiements.

17 Compléter le suivi de la gestion des feuilles de soins électroniques par des indicateurs de risques tels que les taux de rejets par motifs, ou la mesure des doubles paiements avérés par origine.

18 Tirer les enseignements de l'échec du dispositif d'apurement des dettes de la LOOM en ne créant pas un nouveau moratoire des créances sociales qui nuit à la crédibilité des organismes de sécurité sociale.

19 Développer une politique plus dynamique de recouvrement : actions de communication, mise en place d'outils pour suivre l'évolution de la dette de chacun, développement des procédures de recouvrement amiable et contentieux.

DEUXIÈME PARTIE : ORGANISATION ET GESTION DU RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

CHAPITRE V

UNITÉ ET DIVERSITÉ DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

I – Les facteurs d'unité du régime général

II – La diversité des missions

CHAPITRE VI

LES STRATÉGIES ET LES OUTILS DE PILOTAGE

I – Les COG et la définition des stratégies de gestion

II – Les moyens de pilotage des réseaux

II – L'organisation des caisses nationales

RECOMMANDATIONS

20 Rééquilibrer le contenu de la prochaine génération de conventions d'objectifs et de gestion, pour faire de la réorganisation du réseau, de la productivité et de la baisse des coûts des objectifs majeurs.

21 Restructurer le système des conventions d'objectifs et de gestion ; en les recentrant sur un petit nombre d'objectifs véritablement stratégiques pour l'Etat, assortis d'un nombre restreint d'indicateurs ; en les signant avant le début de leur période d'application ; en allongeant cette dernière à cinq ans.

22 Pour les contrats pluriannuels de gestion, en l'état actuel du nombre d'organismes, distinguer deux volets : l'un homogène pour l'ensemble des organismes de branche, déclinant les objectifs de la convention d'objectifs et de gestion obligatoirement assortis d'indicateurs de résultats ; l'autre plus personnalisé et fondé, pour les catégories de caisses les moins performantes ou les plus importantes, sur un diagnostic approfondi.

CHAPITRE VII
L'ORGANISATION TERRITORIALE ET FONCTIONELLE DES BRANCHES

I – Une géographie des organismes historiquement figée

II – Le développement d'une politique d'accueil de proximité

III – Les esquisses d'une coopération régionale et d'une mutualisation des moyens

IV – Des dérogations à l'organisation territoriale

V – Un pilotage déficient

RECOMMANDATIONS

23 Fixer dans les prochaines COG des objectifs précis et contraignants en matière de regroupements d'organismes de base dans les branches famille, maladie et recouvrement.

24 Mettre en place, au sein de chaque branche, une organisation des réseaux de proximité plus équilibrée.

25 Mettre en place une réelle politique de coopération régionale et de mutualisation des moyens.

26 Généraliser les systèmes de simplification introduits en faveur des personnels de maison, de l'accueil des jeunes enfants et des entreprises multi-établissements et regrouper les versements en lieu unique (VLU) des grandes entreprises sur un seul site.

CHAPITRE VIII

LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

I – Les caractéristiques des personnels

II – La gestion des personnels

III – La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

RECOMMANDATIONS

27 Mettre en place dans les branches maladie et famille des budgets de gestion administrative intégrant la totalité des dépenses de personnel ;

28 Donner aux directeurs des caisses nationales les pouvoirs juridiques de définir et faire appliquer dans les caisses de leur réseau une GRH de branche intégrant une vraie GPEC.

29 Fixer dans les COG qui en sont dépourvues des objectifs de réduction de l'absentéisme et mesurer les effets de l'ARTT sur les accords locaux préexistants, sur l'organisation du travail et sur l'absentéisme dans les caisses.

30 Revoir les mécanismes de l'intéressement en les faisant dépendre davantage des indicateurs de productivité des caisses et de l'effort individuel des agents.

CHAPITRE IX
LA PRODUCTIVITÉ

I – La productivité : une préoccupation peu présente
II – Une progression peu marquée de la productivité
III – Les perspectives d'amélioration de la productivité dans les prochaines années

RECOMMANDATIONS

31 Dans les branches famille et maladie, mettre en place des indicateurs d'activité couvrant la totalité des activités des branches.

32 Doter les trois branches qui en sont encore dépourvues d'un ratio de productivité portant sur la totalité du champ de leurs activités, qui tienne compte du poids respectif de chacune d'entre elles.

33 Dans les nouvelles COG, faire dépendre les mécanismes d'intéressement du respect des ratios de productivité qui y figureront.

34 Mesurer les gains de productivité que pourraient permettre dans les prochaines années le développement des technologies de l'information et l'accélération du rythme des départs à la retraite.

35 Mesurer le coût des améliorations supplémentaires de qualité de service qui pourraient être souhaitées.

36 A partir de ces mesures et d'une réflexion sur les missions et les manières de les remplir (organisation des caisses, qualité de service à atteindre), définir des objectifs chiffrés ambitieux pour les indicateurs de productivité et fixer des enveloppes budgétaires adaptées.

CHAPITRE X

ORGANISATION RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DE L'ASSURANCE MALADIE

I – Des acteurs aux pouvoirs limités

II – Des activités enchevêtrées et de portée limitée

RECOMMANDATIONS

37 Clarifier au niveau régional les champs de compétence de l'Etat et de l'assurance maladie.

38 Créer des caisses régionales propres à la branche maladie du régime général se substituant aux diverses structures existantes et disposant de pouvoirs sur les organismes de base.

TROISIÈME PARTIE : GESTION DES RISQUES

CHAPITRE XI

LA POLITIQUE DU MÉDICAMENT

I – L'action de la commission de la transparence

II – La politique des pouvoirs publics vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique

III – L'action sur la prescription et la consommation

IV – Les économies potentielles en matière de dépenses pharmaceutiques

RECOMMANDATIONS

39 Compléter la réforme de la commission de la transparence, en accélérant la parution du décret précisant le nouveau référentiel de l'évaluation des médicaments, en lui confiant les missions de l'Observatoire du médicament, en intégrant des experts médico-économiques et en excluant le LEEM, enfin en lui donnant les moyens humains et financiers adéquats.

40 Pour accélérer le développement des génériques : fixer aux pharmaciens d'officine des taux de substitution croissants, dont le non-respect entraînerait des reversements déterminés par pharmacie ou la mise en œuvre d'un TFR, avec sa conséquence mécanique sur la marge ; renforcer l'incitation de prescrire en DC en imposant l'usage de logiciels de prescription utilisant la DC.

41 Libéraliser les importations et les admettre au remboursement, finaliser le déremboursement des médicaments à SMR insuffisant ;

42 Simplifier le dispositif fiscal, pour le limiter aux seuls outils qui ont un impact sur la régulation des dépenses de médicament. Le recentrer sur la taxe sur les dépenses de publicité et sur la clause de sauvegarde. Veiller à limiter l'instabilité de ce dispositif fiscal. En évaluer régulièrement les effets.

43 Définir une stratégie de communication publique sur le médicament et sur la stratégie thérapeutique, fondée sur l'expertise scientifique et l'impact de santé publique. Faire aboutir le plus rapidement possible les travaux du FOPIM.

44 Achever dans les meilleurs délais la base de données sur le médicament, en mettant notamment en ligne, en un ensemble cohérent, l'ensemble des avis de l'AMM et de la transparence, ainsi que les documents préparatoires aux avis.

CHAPITRE XII

LES QUESTIONS DE RETRAITE

I – Les retraités polypensionnés

II – Les dispositifs de solidarité au sein des régimes de retraite

RECOMMANDATIONS

45 Étudier les conséquences d'une validation des droits à la retraite des fonctionnaires à partir d'un trimestre d'assurance, comme dans le régime général.

46 Régler le problème des actifs ayant cotisé simultanément dans plusieurs régimes sans pouvoir valider un seul trimestre d'assurance, comme dans le régime général.

47 Examiner les effets des interférences entre la règle de validation des trimestres (200 heures de SMIC) et des périodes non cotisées.

48 Améliorer la cohérence des avantages familiaux, en privilégiant les dispositifs les plus socialement justifiés, tels que la validation des interruptions d'activité professionnelle, supprimer ceux qui ne sont pas justifiés et respecter la réglementation européenne sur l'égalité des traitements entre les hommes et les femmes.

49 Réintégrer dans l'assiette de l'impôt sur le revenu la majoration de pension pour enfant accordée aux deux parents ou, à défaut, la rendre forfaitaire.

50 Améliorer le système d'information des régimes de façon à disposer de statistiques permettant d'apprécier l'impact des mesures de solidarité et leur coût.

Conclusion générale

Le déficit des régimes de sécurité sociale, réapparu en 2002, s'est fortement aggravé en 2003 pour atteindre 11,7 Md€, montant supérieur à celui atteint en 1995. Cette dégradation concerne toutes les branches. Le déficit de la branche maladie qui a presque doublé entre 2002 (6,1 Md€) et 2003 (11,9 Md€), est sans précédent. Les excédents des branche famille et retraite sont en baisse sensible.

S'agissant de l'ONDAM, les critiques faites par la Cour dans son précédent rapport sur la sécurité sociale demeurent pleinement d'actualité. En 2003, son évolution pose plus que jamais le problème de la transparence de l'information fournie au Parlement.

La situation financière de la sécurité sociale rend indispensable un regard critique sur l'ensemble des postes de dépenses, y compris les dépenses de gestion des régimes, qui représentent environ 10 Md€. Les investigations menées cette année par la Cour font apparaître des marges de progrès importantes, qui justifient que des efforts d'économie soient demandés à l'ensemble des caisses. Pour ce faire, un regroupement volontariste des caisses locales et une meilleure prise en compte de l'impératif de productivité sont nécessaires.

La dégradation des comptes de l'assurance maladie impose aussi la mise en œuvre d'une politique du médicament cohérente et davantage orientée vers la recherche des prix et des coûts les plus bas pour un même niveau d'efficacité. Ce n'est pas le cas actuellement.

Le champ des économies potentielles à obtenir dans le domaine de l'assurance maladie est important et suppose une action plus vigoureuse de la part des pouvoirs publics. Comme la Cour l'a indiqué dans son rapport de septembre 2003, l'expérience de ces dernières années montre que la réalisation de cet objectif suppose de créer les conditions nécessaires pour changer en profondeur les comportements des professionnels de santé et des usagers.

L'intégralité du rapport peut être consulté à l'adresse suivante :

www.ccomptes.fr

501040230-000604 – Imprimerie des Journaux officiels, 26, rue Desaix, 75727 Paris Cedex 15.

	Pages	Réponses
Introduction Générale	**3**	
Première partie – La situation des comptes sociaux en 2003	**5**	
CHAPITRE I **LES DEPENSES DE LA SECURITE SOCIALE**	**7**	**411**
I. L'évolution des dépenses de la sécurité sociale depuis quatre ans	9	
II. Les dépenses de l'assurance maladie	12	
A. L'ONDAM 2003 et l'évolution d'ensemble de dépenses d'assurance maladie	13	
Synthèse	20	
B. L'évolution générale des dépenses de soins de ville	21	
C. La maîtrise de certains postes de dépenses en forte croissance	22	
Synthèse	38	
Recommandations	38	
D. Les enveloppes budgétaires des établissements participant au service public hospitalier	39	
Synthèse	47	
E. L'enveloppe de l'objectif quantifié national (OQN) des cliniques privées	47	
III. Les dépenses de la branche retraite	51	
A. Le respect de l'objectif voté par le Parlement	51	
B. Les dispositions relatives aux dépenses de la branche retraite	51	

	Pages	Réponses
C. La mise en œuvre de la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites	51	
D. L'évolution des prestations de retraite du régime général	55	
IV. Les dépenses de la branche famille	57	
A. Les mesures nouvelles de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003	57	
B. L'évolution des dépenses	57	
CHAPITRE II LE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE	**61**	**417**
I. L'évolution des ressources et des soldes depuis quatre ans	63	
II. Les ressources des régimes	65	
A. Les ressources consolidées des régimes de base	65	
B. Les ressources du régime général	69	
III. Les transferts de compensation entre régimes	79	
IV Les fonds	81	
A. Le FOREC et la prise en charge des exonérations de cotisations sociales	81	
B. Le fonds de solidarité vieillesse	83	
C. Le fonds de réserve pour les retraites	84	
V. Les versements de l'Etat à la sécurité sociale	85	
A. Les versements effectués	85	
B. Des restes à recouvrer en hausse	87	
VI. Les résultats des comptes sociaux	92	
A. Le solde des régimes de base	92	
B. Le solde du régime général	92	
VII. Les opérations de trésorerie	95	
A. L'évolution de la trésorerie du régime général en 2003	95	
B. Les frais et produits financiers affectés aux branches du régime général	96	

	Pages	Réponses
C. Incidence sur la trésorerie de l'ACOSS du rythme des paiements de l'Etat	97	
Synthèse	98	
Recommandations	99	
CHAPITRE III L'ORGANISATION COMPTABLE ET LES COMPTES	**101**	**422**
I. Les travaux du haut conseil de la comptabilité et de la mission comptable	103	
II. Les comptes du régime général	105	
A. La présentation des comptes	105	
B. Les lacunes dans l'application des droits constatés : les cas de la CNAF et de la CNAV	111	
Synthèse	114	
CHAPITRE IV LES ACTIONS DE CONTROLE DES COMITES REGIONAUX D'EXAMEN DES COMPTES DES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE (COREC)	**115**	**423**
I. Les contrôles des COREC en 2003	117	
A. Des contrôles différenciés selon les types d'organismes	117	
B. Les avis émis reflètent les efforts de modernisation de la gestion engagés par les organismes	119	
II. Le contrôle interne dans les CRAM	124	
A. L'implication de la CNAM : une condition nécessaire	125	
B. La mise à disposition d'outils, par la CNAV, doit s'accompagner d'un suivi effectif	125	
Recommandations	127	

	Pages	Réponses
III. Le recours aux huissiers dans les URSSAF et les régimes des non-salariés non agricoles	127	
A. Les données disponibles traduisent des pratiques étonnamment hétérogènes	128	
B. Des stratégies implicites divergentes	129	
C. Des méthodes perfectibles	130	
Recommandation	131	
IV. Les créances prescrites	131	
Recommandations	133	
V. Les feuilles de soins électroniques : examen de certains risques	133	
A. Les feuilles de soins rejetées et leur suivi	134	
B. Les doubles paiements générés par les FSE	135	
Synthèse	137	
Recommandations	138	
VI. L'examen des effets dans les organismes de sécurité sociale de l'application de la loi d'orientation pour l'outre-mer	138	
A. L'organisation du recouvrement dans les caisses	139	
B. Une forte augmentation des exonérations de cotisations	141	
C. L'apurement des dettes sociales : un dispositif qui n'a pas produit les résultats attendus	141	
Recommandations	143	

	Pages	Réponses
Deuxième partie – Organisation et gestion du régime général de la sécurité sociale	**145**	**432**
Introduction	**147**	
CHAPITRE V **UNITE ET DIVERSITE DU REGIME GENERAL**	**149**	
I. Les facteurs d'unité du régime général	151	
A. Un mode d'organisation commun à toutes les branches	152	
B. Un personnel de droit privé	152	
C. Des entreprises de service public en situation de monopole placées sous le contrôle de l'Etat	153	
II. La diversité des missions	154	
A. La diversité originelle de l'organisation des branches	154	
B. Des problématiques de gestion différentes	155	
CHAPITRE VI **LES STRATEGIES DE GESTION ET LES OUTILS DE PILOTAGE**	**159**	
I. Les COG et la définition des stratégies de gestion	161	
A. La formulation des objectifs stratégiques de gestion dans les COG	162	
B. Les indicateurs associés aux objectifs	166	
C. Les difficultés de définition d'une stratégie de branche	168	
II. Les moyens de pilotage des réseaux	172	
A. Les pouvoirs juridiques des têtes de réseau	172	
B. Les contrats pluriannuels de gestion	173	
C. Les mécanismes d'intéressement	175	
D. La diffusion de bonnes pratiques	177	
E. L'encadrement budgétaire	178	

	Pages	Réponses
III. L'organisation des caisses nationales	180	
A. Les insuffisances dans l'organigramme des têtes de réseau	181	
B. Les outils de d'analyse pour le pilotage des réseaux	181	
Synthèse	183	
Recommandations	184	
CHAPITRE VII L'ORGANISATION TERRITORIALE ET FONCTIONNELLE DES BRANCHES	**185**	**449**
I. Une géographie des organismes historiquement figée	187	
A. Une dispersion très grande	188	
B. Des regroupements exceptionnels	191	
II. Le développement d'une politique d'accueil de proximité	193	
A. Dans la branche retraite : des permanences aux agences	194	
B. Dans les autres branches, des besoins d'accueil différents et mal évalués	197	
III. Les esquisses d'une coopération régionale et d'une mutualisation des moyens	199	
A. La mutualisation des ressources informatiques	199	
B. La coopération régionale	200	
C. Les autres formes de mutualisation	203	
IV. Des dérogations à l'organisation territoriale	204	
A. Le chèque emploi-service	204	
B. Le versement en lieu unique	207	
V. Un pilotage déficient	208	
Synthèse	209	
Recommandations	210	

	Pages	Réponses
CHAPITRE VIII **LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES**	**211**	
I. Les caractéristiques des personnels	213	
A. Des effectifs stabilisés avant l'ARTT	213	
B. Des personnels vieillissants et peu mobiles	217	
C. L'absentéisme	218	
II. La gestion des personnels	219	
A. Le cadre juridique et financier	219	
B. La mise en œuvre de la convention collective et la politique salariale	224	
C. La mise en œuvre de l'intéressement	229	
D. L'ARTT	230	
III. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences	233	
A. Les perspectives démographiques	235	
B. L'évolution des métiers	234	
C. Les leviers du changement à mettre en œuvre	235	
Synthèse	237	
Recommandations	238	
CHAPITRE IX **LA PRODUCTIVITE**	**239**	
I. La productivité : une préoccupation peu présente	241	
A. La productivité dans les COG	241	
B. Une mesure lacunaire de la productivité	242	
II. Une progression peu marquée de la productivité.	244	
A. Une progression contrastée de la productivité selon les branches	244	
B. Les facteurs qui affectent l'évolution de la productivité	254	

	Pages	Réponses
III. Les perspectives d'amélioration de la productivité dans les prochaines années	258	
A. Des facteurs favorables à une amélioration significative de la productivité	258	
B. La nécessité d'une politique volontariste	260	
Synthèse	265	
Recommandations	266	
CHAPITRE X ORGANISATION REGIONALE DE LA SANTE ET DE L'ASSURANCE MALADIE	**267**	**451**
I. Des acteurs aux pouvoirs limités	271	
A. Les structures en charge de l'observation et de la connaissance	271	
B. Les institutions chargées des politiques de santé publique	275	
C. Les instances chargées de l'organisation de l'offre de soins et de sa qualité	275	
D. L'assurance maladie en région	278	
II. Des activités enchevêtrées et de portée limitée	285	
A. De nombreuses redondances dans le champ des études	283	
B. Une conduite confuse des politiques de santé	285	
C. La gestion du risque et la maîtrise de la dépense	291	
D. Un rapprochement des acteurs sans cohérence et dynamique d'ensemble	296	
Synthèse	298	
Recommandations	300	
Conclusion	301	

	Pages	Réponses
Troisième partie – La gestion des risques	**303**	
CHAPITRE XI **LA POLITIQUE DU MEDICAMENT**	**305**	**461**
I. L'action de la commission de la transparence	308	
II. La politique des pouvoirs publics vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique	315	
A. La politique des prix n'est pas orientée vers l'achat au meilleur prix	315	
B. Le cadre peu satisfaisant de la politique conventionnelle Etat-industrie	322	
C. Un système de taxes complexe et de faible rendement	330	
III. L'action sur la prescription et la consommation	338	
A. Les lacunes dans la mission d'information de l'AFSSAPS	338	
B. Une action encore faible de l'assurance maladie	343	
IV. Les économies potentielles en matière de dépenses pharmaceutiques	348	
Synthèse	353	
Recommandations	355	
CHAPITRE XII **LES QUESTIONS DE RETRAITE**	**357**	**475**
I. Les retraités polypensionnés	359	
A. Importance et diversité des retraités polypensionnés	359	
B. La portée de la loi du 21 août 2003 pour les polypensionnés	362	
Recommandations	367	

	Pages	Réponses
II. Les dispositifs de solidarité au sein des régimes de retraite	367	
A. La portée des dispositifs de solidarité	368	
B. Les disparités dans les modalités de validation	374	
C. Information et financement	379	
D. Quelques réflexions autour des dispositifs de solidarité	384	
Synthèse	388	
Recommandations	388	
Conclusion générale	**391**	
Réponses des ministres		**399**
Réponses des administrations et organismes		**411**
Glossaire	**473**	

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. Collinet, Delafosse, Gastinel, Fragonard, Cieutat, Carrez, Bénard, présidents de chambre, MM. Berger, Mignot, Ménasseyre, présidents de chambre maintenus en activité, MM. Mathieu, Chartier, Zuber, Capdeboscq, Murret-Labarthe, Sallois, Vianès, Giquel, Bonacossa, Bady, Cretin, Berthet, de Mourgues, Malingre, Paugam, Kaltenbach, Babusiaux, Mayaud, Hespel, Houri, Richard, Devaux, Arnaud, Bayle, Bouquet, Adhémar, Mme Boutin, MM. Chabrol, Picq, Ganser, Monier, Mme Cornette, MM. Hernandez, Beaud de Brive, Cardon, Thérond, Mmes Froment-Meurice, Ruellan, MM. Pallot, Briet, Cazanave, Mme Bellon, MM. Frèches, Ritz, Mme Lévy-Rosenwald, MM. Duchadeuil, Moulin, Mme Bazy-Malaurie, MM. Steyer, Lesouhaitier, Lefas, Gauron, Lafaure, Dupuy, Banquey, Morin, Brochier, Auger, Delin, Mmes Saliou, Dayries, MM. Phéline, Coudreau, Gautier Jean, Tournier, Ténier, Courtois, Mmes Colomé, Seyvet, M. Vivet, Mme Moati, MM. Mollard, Cossin, conseillers maîtres, MM. Lazar, Doyon, Audouin, Pascal, Gleizes, Lemasson, Cultiaux, conseillers maîtres en service extraordinaire, M. Braunstein, conseiller maître, rapporteur général.

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

Mme Démier et M. Perrin, secrétaires généraux adjoints, assuraient le secrétariat de la chambre du conseil.

N'ont pas pris part aux délibérations, M. Fragonard, en ce qui concerne le chapitre X « Organisation régionale de la santé et de l'assurance maladie » et le chapitre XI « La politique du médicament », M. Courtois, en ce qui concerne le chapitre XII « Les questions de retraite ».

Fait à la Cour, le 7 septembre 2004.

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. » (Art. LO. 132-3 du code des juridictions financières). Le présent rapport répond à cette obligation législative : c'est le septième à s'inscrire dans ce cadre.

Il comprend trois parties.

La première partie examine, comme chaque année, les comptes de la sécurité sociale et l'application de la loi de financement de la sécurité sociale. Sont examinés successivement les dépenses, le financement et la qualité des outils, notamment comptables, qui permettent d'établir les comptes de la sécurité sociale. Cette partie se termine par une synthèse de l'activité des comités régionaux d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale (COREC).

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

Cette année, la Cour a choisi de consacrer la deuxième partie du rapport à l'examen de certains aspects de la gestion des organismes des quatre branches (maladie, retraite, famille, recouvrement) du régime général de la sécurité sociale : les stratégies et outils de pilotage, l'organisation territoriale et fonctionnelle, la gestion des ressources humaines et la problématique de productivité. La productivité doit progresser à l'avenir sous l'effet de deux facteurs : le développement de l'automatisation et de la dématérialisation des procédures et l'accélération des départs en retraite. D'importantes économies en gestion doivent en résulter. L'organisation territoriale et régionale de la santé et de l'assurance maladie est aussi étudiée.

La troisième partie analyse la politique du médicament en examinant de manière globale l'impact des divers mécanismes de régulation sur la maîtrise des dépenses. Ce chapitre met en évidence la complexité et l'efficacité incertaine des dispositifs en place, alors que les économies potentielles sont importantes. Les questions de retraite font l'objet du dernier chapitre du rapport qui étudie la situation des polypensionnés et les mécanismes de solidarité dans les régimes de retraite, leur importance mais aussi leurs limites.

PREMIERE PARTIE

LA SITUATION DES COMPTES SOCIAUX EN 2003

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 331,9 Md€ en 2003, après 316,9 Md€ en 2002, soit une progression de 4,8 %.

L'année 2003 met en évidence, comme les années passées, les évolutions contrastées des dépenses des différentes branches : à la relative modération des dépenses des branches famille (+ 3,8 %) et retraite (+3,5 %) peut être opposée la forte croissance des dépenses d'assurance maladie dans le champ de l'ONDAM (+6,3 %).

Le chapitre dresse un bilan de l'évolution des dépenses sociales, au sens de la loi de financement, depuis quatre ans et analyse l'évolution observée en 2003, en insistant sur les dépenses d'assurance maladie. Comme les années précédentes, l'ONDAM qui avait été arrêté par le Parlement pour 2003 à un niveau particulièrement élevé (123,5 Md€) a été pourtant dépassé (124,6 Md€) en exécution, ce qui pose la question de l'efficacité des dispositifs de régulation.

Les évolutions observées en 2003 confirment le constat établi par la Cour les années passées : les prévisions sont largement déficientes et les instruments mis en œuvre pour réguler les dépenses inefficaces.

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

L'évolution des dépenses de la sécurité sociale depuis 2000 est examinée à partir des concepts et agrégats de la loi de financement, et non de ceux des comptes nationaux. Le périmètre de la sécurité sociale, au sens de la loi de financement, est en effet spécifique, de sorte que les évolutions retracées ici peuvent être légèrement différentes de celles issues des comptes nationaux ou des comptes de la sécurité sociale, tels qu'établis pour la commission des comptes[1].

Deux enseignements majeurs se dégagent de l'examen des dépenses depuis 2000. Les dépenses ont toujours excédé l'objectif fixé chaque année. Ce dépassement a constamment été supérieur à 2 Md€ (en 2003 il est de 2,5 Md€ contre 4,9 Md€ en 2002, 2,9 Md€ en 2001 et 2,1 Md€ en 2000). Au total, les dépassements cumulés depuis 2000

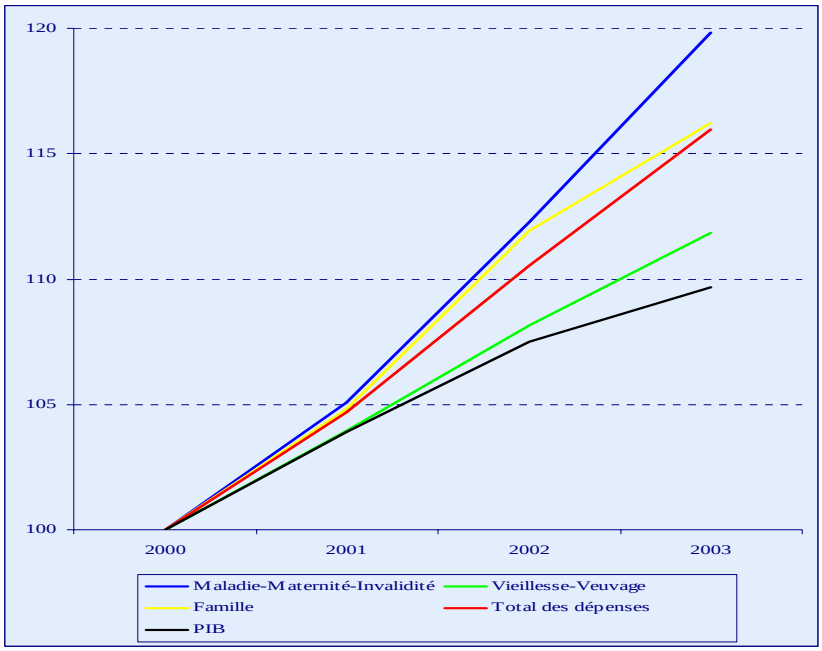
1. Sur les différences entre tous ces cadres, voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2001.

représentent 12,4 Md€. Sur ces 12,4 Md€ de dépassement, 12 Md€ sont dus aux dépenses d'assurance maladie.

Il en est résulté que, 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 fortement (20,2 % en 2000 et 21,3 % en 2003), tout comme celle des dépenses d'assurance maladie (7,8 % du PIB en 2000 et 8,8 % en 2003).

Le second enseignement majeur de ces évolutions sur quatre ans se dégage d'une comparaison entre les différentes branches de la sécurité sociale. Depuis 2000, la croissance des dépenses de retraite (+11,8 %) et d'accidents du travail (+11,9 %) a été proche de celle du PIB (+9,7 %) alors que celle des dépenses de maladie a été beaucoup plus soutenue (22,4 % pour l'assurance maladie). L'augmentation des dépenses de la branche famille s'est située à un niveau intermédiaire (+16,3 %)[2].

Evolution des dépenses de sécurité sociale dans le champ LFSS, et du PIB (base 100 en 2000)



2. Ces taux d'évolution ont été calculés en tenant compte du fait qu'au début de la période, les évaluations étaient en encaissement-décaissement et en fin de période en droits constatés.

Les dépenses des régimes de base dans le champ LFSS

(En Md€)

	Encaissements-décaissements*		Droits constatés	
Objectifs	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**
Maladie-Maternité-Invalidité	111,4	117,3	125,4	136,4
Accidents du travail	8,4	8,6	8,5	9,4
Vieillesse-Veuvage(1)	122,4	126,6	136,1	140,4
Famille(2)	40,2	42,2	42,0	43,6
Total de s objectifs de dépenses	**282,4**	**294,7**	**312,0**	**329,7**
ONDAM (rappel)	100,4	105,9	112,8	123,5
Réalisations	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**
Maladie-Maternité-Invalidité - encaissements-décaissements - droits constatés	114,2 *115,4*	120,4 *121,3*	129,6	138,2
Accidents du travail - encaissements-décaissements - droits constatés	8,1 *7,9*	8,5 *8,8*	9,3	9,8
Vieillesse-Veuvage(1) - encaissements-décaissements - droits constatés	121,9 *125,9*	126,9 *130,9*	136,1	140,5
Famille(2) - encaissements-décaissements - droits constatés	40,3 *37,3*	41,8 *39,2*	41,8	43,4
Total des dépenses - encaissements-décaissements - droits constatés	**284,5** ***286,6***	**297,6** ***300,0***	**316,9**	**331,9**
ONDAM (rappel) - encaissements-décaissements - droits constatés	103,0	108,8 *108,9*	116,7**	124,6

Pour mémoire : PIB(3)	1 420,1	1 475,6	1 526,8	1 557,2

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

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

(2) Les dépenses qui apparaissent dans la LFSS au titre de

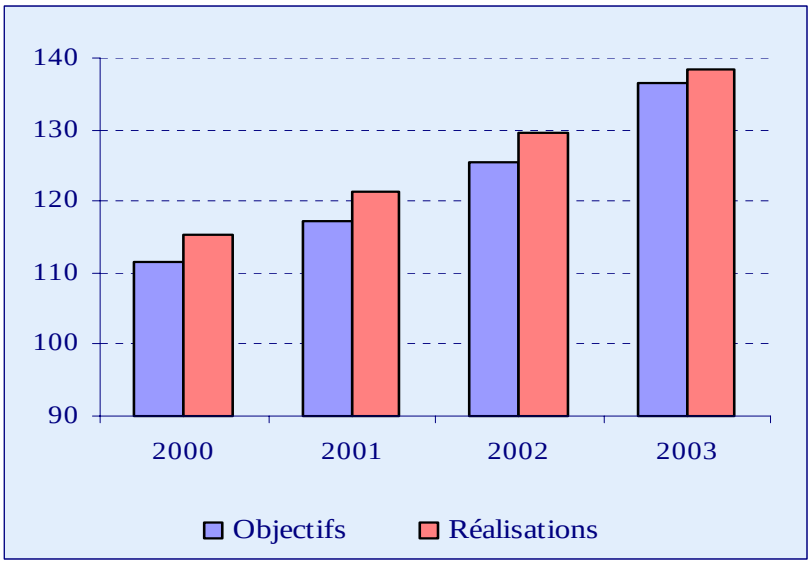
la famille comprennent l'AAH mais n'incluent pas le transfert à la CNAV au titre de l'AVPF.

(3) Source : INSEE

** Dans cette colonne, les chiffres en italiques correspondent à des séries en droits constatés. ** Hors rebasage lié aux effets de champ (voir infra section II)*

Les dépenses de sécurité sociale maladie-maternité-invalidité dans le champ LFSS

En Md€



Source :LFSS 2000 à 2003

II - Les dépenses de l'assurance maladie

L'ONDAM et ses composantes.

La loi du 22 juillet 1996 a prévu que, chaque année, la loi de financement de la sécurité sociale fixe, pour l'ensemble des régimes obligatoires, un objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour l'année suivante. Cet objectif englobe toutes les prestations légales pour les risques maladie, maternité et accidents du travail, à l'exclusion des indemnités journalières versées au titre de la maternité et des rentes d'accidents du travail. Il ne constitue pas une enveloppe limitative mais un outil de suivi et de régulation des dépenses. Après son vote par le Parlement, il est décliné en cinq sous-objectifs pour la métropole (soins de ville, établissements sanitaires publics, établissements médico-sociaux, cliniques privées, réseaux de soins), auxquels s'ajoutent des évaluations des prestations remboursées, d'une part, aux français de l'étranger et, d'autre part, dans les DOM, ainsi qu'une réserve dénommée marge de manœuvre.

L'objectif de dépenses de soins de ville est décomposé entre des « dépenses déléguées », dont la gestion est déléguée à la CNAM et un

poste « autres soins de ville » placé sous la responsabilité de l'Etat. Les dépenses déléguées englobent les honoraires des professions de santé et les transports sanitaires. Les « autres soins de ville » comprennent les médicaments, les dispositifs médicaux et les indemnités journalières versées en cas d'arrêt de travail.

Depuis 2004, pour permettre la mise en place de la tarification à l'activité, l'enveloppe établissements sanitaires publics est décomposée en trois sous-enveloppes (cf. infra). Sont d'abord distingués, d'une part, un objectif de dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, d'autre part, une dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé ; la troisième sous-enveloppe est un objectif de dépenses pour les autres activités, notamment la psychiatrie, les soins de suite et les unités de soins de longue durée qui ne relèveront pas de la tarification à l'activité.

L'enveloppe établissements médico-sociaux comprend, quant à elle, deux sous-enveloppes « personnes âgées » et « personnes handicapées ».

Le déficit de l'assurance maladie, pour le régime général seul, qui était de 2,1 Md€ en 2001 et de 6,1 Md€ en 2002, est passé à 11,9 Md€ (hors éléments exceptionnels)[3] en 2003, soit au niveau prévu par la Cour dans son rapport de 2003[4]. Il représente ainsi 9,5 % des dépenses effectives de 2003 entrant dans le champ de l'ONDAM, alors que le déficit de 2002 en représentait 5,5 %.

Les développements qui suivent évoquent d'abord l'ONDAM pour 2003 et son exécution, ainsi que l'évolution globale des dépenses d'assurance maladie pendant cet exercice. Ils analysent ensuite les principales enveloppes de l'ONDAM, puis l'évolution de quatre postes dont la croissance est très rapide.

A – L'ONDAM 2003 et l'évolution d'ensemble des dépenses d'assurance maladie

Pour 2003, la loi de financement avait fixé l'ONDAM à 123,52 Md€. Les dépenses effectives se sont élevées à 124,76 Md€[5]. L'objectif a ainsi été dépassé de 1,24 Md€.

3. Les modalités d'établissement de ce résultat sont exposées au chapitre III.

4. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2003 p. 161.

5. Chiffres provisoires figurant dans le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2004, p. 92. Selon les indications fournies par la DSS, en eoût 2004, le dépassement de 2003 serait en fait ramené à 1,1 Md€.

Ce dépassement est trois fois inférieur à celui de 2002 qui s'élevait à 3,9 Md€. Il est le plus faible depuis celui enregistré en 1997.

Dépassements de l'ONDAM

En Md€

Année	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	**Total 1997 à 2003**
Dépassement	-0,110	1,486	1,548	2,649	2,190	3,901	1,238*	**12,902***

Source : Cour des comptes.
** Provisoire*

Le meilleur respect de l'objectif tient notamment à ce qu'il avait été fixé à un niveau plus réaliste, mettant le Parlement en état de se prononcer en meilleure connaissance de cause. Il n'en reste pas moins que l'évolution des dépenses a été très forte et qu'ont subsisté des problèmes importants dans la présentation de la loi de financement au Parlement.

1 – Une évolution des dépenses aussi forte qu'en 2002

Evolution des dépenses dans le champ de l'ONDAM

En Md€

	Dépenses effectives	Progression	En %
2000	103,00		
2001	108,77	5,77	5,6 %
2002	116,70	7,97	7,3 %
2003	124,76	8,06	6,9 %

Source : Cour des comptes

L'augmentation de 2003 est en pourcentage un peu inférieure à celle, exceptionnellement forte, de 2002, mais, en montant, elle est la plus forte jamais enregistrée depuis 1997.

Si la progression des dépenses s'était poursuivie en 2002 et 2003 au rythme moyen des cinq années précédentes, soit 3,9 %, elle aurait été inférieure de 7,5 Md€ à ce qu'elle a été en fait. L'accélération des dépenses sur ces deux années représente donc 60 % du déficit constaté à fin 2003. Dans la même hypothèse et pour la seule année 2003, le déficit aurait progressé de 1,5 Md€ entre 2002 et 2003 au lieu de 5 Md€. Ces chiffres confirment que l'évolution des dépenses constitue la source majeure du déficit, comme la Cour l'a souligné dès septembre 2003.

La croissance des dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM pour la seule année 2003, déflatée de la hausse des prix, est 2,7 fois supérieure à ce qui aurait dû résulter des objectifs indiqués au Parlement dans les trois programmes triennaux de stabilité qui lui ont été successivement présentés et qui englobaient l'année 2003[6].

2 – Une progression des dépenses fortement majorée par des facteurs extérieurs à l'évolution des soins

Sur les 8,06 Md€ de croissance des dépenses effectives de 2002 à 2003, une proposition élevée tient à des décisions prises par les pouvoirs publics, les plus importantes dans les années antérieures et d'autres au moment de la préparation de la loi de financement pour 2003.

C'est tout d'abord sur 2003 qu'avait été reporté l'effet essentiel de la mise en œuvre de l'ARTT et des protocoles hospitaliers conclus en 2001 et 2002 : 528,4 M€ au titre des protocoles, 1 299 M€ au titre de l'ARTT, soit au total 1 827 M€[7] s'ajoutant aux mesures déjà entrées les années antérieures dans la base des dépenses hospitalières, à hauteur de 207,7 M€ en 2000, 314,8 M€ en 2001 et 1 033,7 M€ en 2002[8].

Pesait aussi sur 2003 le solde de l'effet en année pleine des hausses exceptionnellement fortes d'honoraires consenties en 2002, soit 435 M€, dont 242 M€ pour les hausses consenties aux médecins[9].

La remise demandée à l'industrie pharmaceutique étant comptabilisée en atténuation de dépenses et non en recettes, sa baisse de 48 M€ en 2003 a majoré d'autant les dépenses[10].

Enfin, les transferts de charges effectués depuis le budget de l'Etat vers l'assurance maladie ont accru les dépenses de 544 M€.

Cet ensemble de décisions a majoré de 2,9 Md€ les dépenses de 2003, ce qui représente 36 % de leur hausse globale et 2,5 points de croissance de l'ONDAM. Hors ces décisions, les dépenses se seraient

6. En croissance cumulée sur trois ans, la programmation pluriannuelle des dépenses publiques prévoyait une croissance des dépenses d'assurance maladie de 4,5 % en volume entre 2001 et 2003 et de 5,5 % entre 2002 et 2004 ainsi qu'entre 2003 et 2005.

7 . Compte non tenu des effets de l'ARTT sur les cliniques privées et les établissements médico-sociaux.

8. La base de dépenses se trouvera encore majorée de 881,6 M€ en 2004 et 365,8 M€ en 2005.

9. Chiffre de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2004, p. 93.

10 . Cette remise est passée de 180 à 132 M€. La Cour a critiqué ce mode de comptabilisation dans son rapport de 2003.

accrues de 5,174 Md€, soit de 4,4 %, donc beaucoup plus près de la tendance moyenne des dépenses pendant les années 1997 à 2001. L'activité de soins proprement dite, c'est-à-dire hors indemnités journalières, a augmenté de 4,2 %.

Cette analyse permet aussi de constater que le report des conséquences de certaines décisions, notamment des effets de l'ARTT et des protocoles hospitaliers, affecte profondément le profil de l'évolution des dépenses de 2002 à 2003.

3 – Une progression des dépenses minorée par la présentation de la loi de financement

L'ONDAM initial pour 2003 (123,5 Md€) est en croissance de 9,5 % par rapport l'ONDAM initial de 2002 (112,8 Md€). Cette progression va très au-delà de la hausse de 5,3 % annoncée par le ministre lors du débat parlementaire relatif à la LFSS le 28 octobre 2002[11].

Cette différence résulte de la pratique de rebasage, appliquée depuis la loi de financement pour 2000, que la Cour a mise en évidence et dont elle a critiqué les modalités dans son rapport de septembre 2003[12]. Le taux de croissance d'un ONDAM à l'autre est en effet calculé entre l'ONDAM « révisé » de l'année N-1 et l'ONDAM fixé pour l'année N et non d'un ONDAM initial à l'autre. Ce rebasage fausse la perception de l'évolution réelle des dépenses en minorant le taux de croissance de l'objectif des dépenses. L'objectif révisé de 2002 a ainsi été fixé par la loi de financement pour 2003 à 116,7 Md€, soit une augmentation de 3,9 Md€ par rapport à l'ONDAM initial fixé dans la LFSS pour 2002. Ce rebasage qui minore de 3,5 % le taux de croissance affiché entre l'objectif de 2002 et celui de 2003 est le plus important jamais effectué.

Certes, la Cour estime nécessaire de fonder le calcul de l'ONDAM sur des bases réalistes tenant compte du niveau des dépenses atteint en fin d'année précédente. Mais la révision de l'objectif lui même n'a de sens que si elle intervient dans une LFSS rectificative à un moment de l'année où des mesures peuvent encore être prises pour éviter ou limiter les dépassements. La pratique actuelle a pour effet de ne pas faire apparaître la réalité de l'évolution des dépenses.

---

11. Par ailleurs, les données figurant dans la LFSS de 2003 étaient de 123,5 Md€ pour l'ONDAM 2003 initial et de 116,7 Md€ pour l'ONDAM révisé de 2002 ce qui correspond en fait à une variation de 5,8 %. La différence avec les 5,3 % annoncés résulte d'un rebasage supplémentaire lié à des dépenses transférées du budget de l'Etat à l'assurance maladie d'un montant de 544 M€.

12. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2003 p.177.

Pour leur part, les dépenses effectives sont passées de 116,7 Md€ en 2002 à 124,8 Md€ en 2003 soit une augmentation de 6,9%.

4 – Une quasi-absence de mesures de maîtrise

Malgré la perspective d'une très forte augmentation des dépenses, la LFSS pour 2003 n'a comporté qu'une mesure d'effet rapide allant dans le sens de la maîtrise des dépenses, la création du tarif forfaitaire de remboursement des médicaments dans certaines des classes thérapeutiques où existent des produits génériques. Les conséquences de cette mesure (qui sont examinées infra au chapitre XI) ne pouvaient être que limitées sur l'exercice 2003 puisque celle-ci ne devait prendre effet qu'en octobre.

5 – L'évolution relative des grandes enveloppes de l'ONDAM en 2003

Evolution des composantes de l'ONDAM[13]

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Soins de ville	5,7 %	4,4 %	6,6 %	7,8 %	7,8 %	7,5 %
Etablissements	2,5 %	2,5 %	3,0 %	4,2 %	6,4 %	5,2 %
dont :						
hôpitaux	1,6 %	2,3 %	3,3 %	3,7 %	5,9 %	4,8 %
cliniques privées	3,4 %	2,9 %	0,6 %	4,1 %	7,3 %	5,5 %
médico-social	6,4 %	3,3 %	3,5 %	7,4 %	8,7 %	6,6 %
ONDAM	4 ,0 %	3,3 %	4,7 %	5,8 %	7,2 %	6,4 %

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale.

Ces évolutions appellent quatre commentaires.

En premier lieu, la croissance est forte pour toutes les enveloppes. Chacune a continué à progresser, comme depuis 2001, à un rythme sensiblement supérieur à la moyenne des années antérieures.

En second lieu, les dépenses de soins de ville ont à nouveau augmenté nettement plus que celles des établissements et notamment des hôpitaux. L'écart constaté en 2003, soit 2,7 points, est proche de la moyenne des six dernières années, qui est de 3 points, bien que les dépenses hospitalières aient, on l'a vu, intégré en 2003 une part très lourde des dépenses liées à l'ARTT et aux protocoles hospitaliers.

13. Cette série en dépenses rebasées diffère de celle des dépenses effectives présentées supra.

Parmi les établissements, les dépenses afférentes aux cliniques ont à nouveau progressé plus rapidement que celles des hôpitaux. L'écart atteint 2,5 points sur la période 2001-2003, alors que les dépenses des deux catégories d'établissements avaient progressé de manière globalement équivalente de 1998 à 2000.

Les dépenses de l'enveloppe médico-sociale ont été inférieures de 40 M€ à l'objectif. La sous-consommation s'élève à 120 M€ pour la sous-enveloppe handicapés. Elle a été en partie compensée par un dépassement de 90 M€ de la sous-enveloppe personnes âgées. Pour cette dernière, la croissance de 11,7 % des dépenses tient notamment à la réforme de la tarification et à la médicalisation des établissements, à hauteur de 6,5 points environ, et aussi, pour 4 points, à des mesures de revalorisation des rémunérations.

Les dépenses dans les DOM augmentent de 12 %, soit 316 M€ avec un écart de 200 M€ par rapport à l'objectif. Cet écart équivaut, par exemple, au dépassement constaté pour l'ensemble des établissements sanitaires publics de métropole. En quatre ans, la hausse atteint 47 %, soit une dépense supplémentaire proche d'1 Md€.

6 – Les conditions d'élaboration de la LFSS pour 2004

a) Un dépassement vraisemblable de l'ONDAM

La loi de financement pour 2004 a fixé un ONDAM révisé de 2003 à 124,7 Md€, correspondant pratiquement aux dépenses effectives de 2003. Elle a fixé l'ONDAM 2004 à 129,7 Md€, en progression de 4 %.

Contrairement au problème relevé pour la LFSS de 2003, le taux de 4 % représente bien la progression entre l'ONDAM révisé de 2003 et l'ONDAM 2004. Le rebasage de l'objectif 2003 est, du fait même du moindre dépassement de l'ONDAM initial de 2003, très inférieur à celui de l'objectif 2002. En revanche, la pratique de la révision de l'objectif, alors que l'exercice est déjà presque clos, demeure critiquable puisqu'elle ne peut conduire à des mesures d'économie pour équilibrer le supplément de dépenses, et qu'elle a donc pour seul effet de minorer la progression apparente des charges pour l'exercice suivant. L'augmentation entre l'ONDAM initial de 2003 et celui de 2004 est de 5 %.

Le Conseil constitutionnel[14] a considéré, compte tenu des explications qui lui avaient été apportées, que « l'ONDAM (2004) n'est pas entaché d'une erreur (manifeste) ; qu'en effet, sa progression... de 4 %

14. Décision du 11 décembre 2003 (considérants n° 1 à 8).

n'ignore ni l'évolution spontanée des dépenses de santé, ni l'effet des mesures nouvelles ».

Divers facteurs, dont la plupart étaient certains ou prévisibles dès le vote de la loi, amènent à conclure que l'ONDAM sera à nouveau dépassé en 2004[15], presque toutes ses enveloppes devant l'être immanquablement :

- certaines décisions de la période antérieure continueront à faire sentir leurs effets, bien que de manière atténuée. Ainsi l'ARTT et les protocoles hospitaliers accroissent encore les dépenses de 881,6 M€ en 2004, soit l'équivalent de deux points d'augmentation des dépenses hospitalières ;

- pour les soins de ville, l'acquis de croissance à fin 2003 pesant par avance sur 2004 était de 3,3 %, alors que la progression de l'enveloppe résultant de la LFSS pour 2004 est de 3,4 %. Le respect de l'objectif suppose donc une quasi-stabilité de ces dépenses à partir du 1er janvier 2004 ;

- dans l'enveloppe médico-sociale, l'ONDAM pour 2004 se traduit par une croissance de 8,5 % pour les personnes âgées. Cet objectif paraît peu réaliste : d'une part, en 2003 l'augmentation des dépenses effectives (11,7 %) a été beaucoup plus forte que prévu (8,7 %), d'autre part, le plan de médicalisation des établissements doit concerner 2 000 établissements en 2004, soit deux fois plus qu'en 2003[16] ;

- compte tenu du niveau de dépenses enregistré fin 2003, l'enveloppe des DOM ne peut manquer d'être dépassée ;

- les particularités de l'année 2004 (année bissextile avec trois jours fériés tombant en fin de semaine) devraient entraîner un supplément de dépenses de 500 M€, soit 0,4 % de l'ONDAM prévisionnel ;

- la renonciation à certaines mesures d'économies annoncées, en particulier le déremboursement des médicaments à service médical rendu insuffisant, ne permettra pas de ramener l'évolution spontanée des dépenses, évaluée à 5,5 % par la commission des comptes, à 4 %.

15. De 800 M€ selon le rapport de la commission des comptes de juin 2004.

16. Même en tenant compte des crédits supplémentaires apportés par le plan vieillesse et solidarité, l'objectif de 2 000 établissements ne serait compatible avec l'enveloppe personnes âgées de l'ONDAM que si une forte majorité des conventions de médicalisation n'était signée que fin décembre 2004.

b) ONDAM et objectif de branche

A côté de l'ONDAM, qui sert de base aux discussions avec les professions de santé et à la détermination des enveloppes des établissements sanitaires et médico-sociaux, la LFSS fixe un second objectif, l'objectif de branche, dont le champ est plus large. De même que pour l'ONDAM, elle fixe désormais un objectif révisé de branche pour l'exercice antérieur.

Dans la LFSS pour 2004, le taux de croissance entre l'objectif de branche révisé pour 2003 et l'objectif de branche pour 2004 est de 4 %, comme pour les ONDAM correspondants. En revanche, l'augmentation est de 5,3 % entre l'objectif de branche initial pour 2003 et celui pour 2004, contre une progression, on l'a vu, de 5 % d'un ONDAM initial à l'autre[17]. Cet écart de 0,3 point représente une croissance supplémentaire de 409 M€[18].

Dans son rapport de 2003, la Cour a critiqué la coexistence de ces deux objectifs de dépenses d'assurance maladie non cohérents entre eux, ce qui est peu propice à la clarté de la loi de financement. De plus, des dépenses qui, en raison de leur nature, auraient dû figurer dans l'ONDAM ont en fait été intégrées dans l'objectif de branche. La LFSS pour 2004 illustre ce problème. Par exemple, à la suite des revalorisations d'honoraires de 2002 et 2003, les cotisations des professionnels de santé prises en charge par l'assurance maladie et qui équivalent à une rémunération ont augmenté de 100 M€. Cette somme n'est pas retracée dans l'ONDAM mais uniquement dans l'objectif de branche. Il en est de même, à hauteur de 247,6 M€ pour l'un des fonds (le FMES) qui contribue au financement des établissements de santé[19].

SYNTHESE

L'examen de la loi de financement de 2003 et de l'évolution globale des dépenses d'assurance maladie en 2003 appelle notamment trois types de constatations.

17. Rapporté à un objectif de branche initial pour 2003 de 136,3 Md€.
18. Objectif de branche 2003 : 136,3 Md€ ; objectif 2003 révisé : 138,1 Md€ ; objectif 2004 : 143,6 Md€.
19. La charge nette est de 172,6 M€, si l'on fait déduction du solde du FMCP qui, en revanche, a été imputé sur l'ONDAM.

La dérive des dépenses, aussi forte qu'en 2002, est en grande partie imputable aux conséquences de décisions publiques qui se sont ajoutées à la tendance de fond de l'augmentation de la demande de soins.

Malgré la perspective d'une forte hausse, d'autant plus certaine qu'elle résultait mécaniquement de décisions prises antérieurement ou lors même de la préparation de la loi de financement, celle-ci n'a comporté qu'une mesure jouant rapidement dans le sens de l'économie, la création d'un tarif forfaitaire de remboursement pour certains médicaments.

L'ampleur de la progression prévisible des dépenses a été minorée par les modalités retenues pour la présentation de l'ONDAM dans la loi de financement et ces problèmes de présentation ont été d'une ampleur sans précédent.

Au-delà des aspects comptables, ces constats posent la question de la clarté de l'information fournie au Parlement et confirment la nécessité d'une révision en profondeur des conditions dans lesquelles la loi de financement est établie et présentée au Parlement, comme la Cour l'a souhaité dans son rapport de 2003.

L'année 2004 devrait marquer, compte tenu de l'épuisement progressif des effets différés des décisions qui avaient induit l'essentiel de l'accélération des dépenses, un retour vers les tendances antérieures, sauf engagement de dépenses nouvelles en cours d'exercice.

L'ONDAM pour 2004, fixé légèrement en dessous de cette tendance, ne tient pas compte de manière suffisamment réaliste des dernières conséquences de la période antérieure. Les mesures figurant dans la LFSS pour 2004 et celles actuellement envisagées ne devant avoir que des effets limités en 2004, il devrait donc être dépassé, malgré le ralentissement des dépenses constaté pendant les premiers mois de l'année.

B – L'évolution générale des dépenses de soins de ville

En 2003, l'ensemble des dépenses de soins de ville a progressé de 7,5 %, les dépenses déléguées de 7,2 % et les autres soins de ville de 7,6 %. La croissance des remboursements qui avait été forte les années précédentes sur les médicaments et les dispositifs médicaux l'est devenue pour les honoraires en 2002 et plus encore en 2003. Ceux-ci ont en effet augmenté de 7,9 % contre 7,1 % l'année précédente : comme l'a noté la commission des comptes de juin 2004, 5 points de cette croissance sont imputables aux effets reports des revalorisations de 2002 ; le reste l'est à de nouvelles revalorisations intervenues en 2003, mais aussi à une nette reprise du nombre d'actes. La revalorisation des tarifs des médecins en 2002 et la signature de nombreux textes conventionnels avec d'autres

professions n'ont pas empêché que, globalement, la masse des honoraires reprenne ou poursuive dès 2003 sa progression. Malgré la quasi absence de hausse tarifaire, les remboursements aux spécialistes augmentent de 5,3 %, après 4,9 % en 2002.

C – La maîtrise de certains postes de dépenses en forte croissance

La Cour a procédé à l'examen détaillé de quatre postes de dépenses : les affections de longue durée (ALD), la liste des produits et prestations remboursables (LPPR), les transports et les indemnités journalières (IJ). Ce choix s'explique par la forte croissance de la population en ALD et par la forte augmentation des dépenses sur les trois autres postes qui a accru, chacune des quatre dernières années, de 1 Md€ par an en moyenne les dépenses du régime général.

Evolution des quatre postes pour le régime général

En M€

	2003	Evolution 2000-2003
ALD (soins de ville seuls)*	16 674	+41 %
LPPR	2 907	+42 %
Transports	1 782	+32 %
IJ	7 434	+32 %
Soins de ville (régime général)	**48 902**	**+25 %**
ONDAM (régime général)	**101 461**	**+21 %**

Source : CNAM – risques maladie, maternité et accidents de travail
**hors IJ servies aux assurés sociaux en ALD*

1 – Les affections de longue durée

Lorsque l'assuré social a été reconnu atteint d'une des 30 affections[20] comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrite sur une liste établie par décret, ses dépenses de soins en rapport avec cette affection sont exonérées de ticket modérateur.

20. Deux autres situations, dites 31ème et 32ème maladie, sont aussi exonérées.

Les ALD constituent la première source de dépenses pour l'assurance maladie. Elles représentent 40 % des dépenses de prestations en nature dispensées en ville[21], alors qu'elles ne concernent que 12 % de la population affiliée au régime général. Pour certains postes, comme les transports en véhicules sanitaires légers et les matériels pour traitement à domicile, cette proportion dépasse 80 %.

L'augmentation du nombre annuel de personnes admises en ALD justifie également que les dépenses correspondantes soient examinées avec une attention particulière : 896 302 admissions en 2002, contre 614 662 en 1990, soit une progression de 46 %. Au cours de cette période, les admissions ont doublé au titre du diabète et augmenté de près de deux tiers pour les hypertensions artérielles et de plus de 50 % pour les tumeurs malignes.

Les personnes âgées de plus de 75 ans entrent pour une part notable dans l'accroissement observé à partir de 2000, année au cours de laquelle a été instituée la majoration de déplacement pour les visites à domicile de patients atteints d'une ALD. Comme la Cour l'a relevé dans son rapport de 2003, cette mesure a en effet incité les médecins à placer leurs patients en ALD[22].

	1998	1999	2000	2001	2002
Nbre d'admissions	719 515	720 403	830 718	868 665	896 302
Dont plus de 75 ans	163 003	168 990	237 116	236 926	237 904

Source : CNAM

Le montant de dépenses remboursé est près de neuf fois plus élevé pour les personnes en ALD que pour les autres assurés : 6 623 € contre 741 € en 2002, selon l'échantillon permanent des assurés sociaux du régime général géré par la CNAM (EPAS). Les dépenses de soins des sujets jeunes, âgés de 5 à 24 ans, dépassent 9 000 €, celles des personnes de 60 à 69 ans sont un peu supérieures à 5 100 €.

21. Une estimation plus précise du coût des ALD conduirait à ne prendre en compte que le surcoût résultant, d'une part, de l'écart des taux de remboursement entre un malade remboursé à 100 % et un malade remboursé au taux normal et, d'autre part, de la consommation médicale supplémentaire induite par les ALD. Ces données ne sont cependant actuellement pas disponibles à la CNAM.

22. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2003, pp. 193-194.

Les ALD sont un sujet d'autant plus sensible que tous les patients qui pourraient en relever n'en bénéficient pas. C'est le cas de 500 000 des 1 800 000 diabétiques relevant du régime général[23].

a) Les limites des éléments d'analyse disponibles

A l'exception notable d'une étude longitudinale réalisée par la CNAM en mai 2003 à partir de l' EPAS et de monographies établies par le service du contrôle médical, les ALD constituent un domaine aussi mal connu qu'important.

Le numéro de l'ALD ne figure pas sur les feuilles de soins et les protocoles inter-régimes d'examen spécial (PIRES) envoyés par les médecins traitants au contrôle médical pour provoquer la mise en ALD ne sont pas utilisés pour introduire le numéro de l'ALD dans les systèmes d'information utilisés pour la liquidation des prestations. Il n'existe en conséquence aucune base de données reliant, même de manière anonyme, le montant des remboursements et le numéro de l'ALD.

L'absence d'une donnée aussi fondamentale que le coût de chaque type d'ALD est particulièrement gênante pour toute tentative de compréhension et de régulation médicale de l'évolution des dépenses.

De même les données du stock des patients en ALD, estimé à 5,7 millions de personnes, ne peuvent être exploitées en routine en raison du maintien, dans les bases de données, de patients décédés et de l'absence d'actualisation des informations médicales concernant les bénéficiaires. Par exemple, si un patient déjà en ALD est atteint par une autre ALD, cette évolution est rarement communiquée aux caisses et encore moins exploitée. Par ailleurs, le stock n'a pas été réexaminé depuis 1994[24].

b) L'admission en ALD et le suivi des patients

La prise en charge de l'ALD implique obligatoirement l'intervention du contrôle médical. Elle repose sur un examen spécial, fait à la demande du médecin traitant, réalisé selon le protocole PIRES. Le médecin traitant soumet au contrôle médical les éléments de diagnostic, de pronostic et thérapeutiques. Le médecin conseil doit s'assurer que ces éléments sont suffisamment détaillés et conformes aux données acquises de la science et aux recommandations et références médicales.

23. Source : contrôle médical de la CNAM.

24. Les analyses ne peuvent être faites que par étude spéciale, à partir de l'EPAS, et avec une exhaustivité incertaine pour les hospitalisations.

Le taux de refus d'admission par le contrôle médical est en moyenne de 4,8 % en 2002, bien que le PIRES soit souvent loin d'être rédigé dans des termes précis, ce qui rend difficile son suivi en aval.

La procédure de l'ordonnancier bi-zone, qui permet de distinguer les dépenses de soins en rapport avec l'affection, par principe exonérées, et celles sans rapport, est mal respectée. En l'absence de sanctions, ce non respect est de moins en moins contrôlé : 4 222 médecins contrôlés en 1998, 2 268 en 2000, 1 498 en 2002. Selon une étude réalisée par la CANAM, entre 7 % et 12 % d'économies pourraient être réalisées sur les remboursements de soins ambulatoires aux malades d'hypertension artérielle si la partie des dépenses sans rapport avec cette affection n'était plus remboursée à 100 % mais au taux normal. Extrapolée au régime général, l'économie susceptible d'être réalisée serait pour cette seule affection de 50 M€.

Le protocole de soins est théoriquement évolutif et doit être adapté en fonction de l'état de santé du malade. En pratique, les cas de révision des protocoles à l'initiative du contrôle médical sont relativement peu nombreux 180 000 en 2002 (soit 3 % de la population concernée) -donnant lieu à 2 600 sorties d'ALD- et il conviendrait de les développer.

c) Les apports et limites des évolutions en cours

La LFSS pour 2004 a donné un fondement législatif au PIRES. La question du degré de précision de ce protocole reste cependant posée : suffit-il d'un protocole « générique » ou faut-il qu'il détaille les soins exonérés ? Le Haut comité médical a été chargé, en novembre 2003, d'élaborer un référentiel médical qui servira de support à l'élaboration des protocoles, en priorité pour l'hypertension artérielle, le diabète et les troubles psychiatriques. Les travaux ont peu progressé et aucune date ne peut a fortiori être avancée pour d'éventuels référentiels sur d'autres ALD.

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie prévoit de renforcer la portée du protocole qui sera opposable au médecin et au patient. Celui-ci devra le signer et le communiquer à tout médecin auquel il aura recours. Sa portée devrait également être renforcée avec l'obligation pour le médecin de certifier qu'il a pris connaissance du protocole lors de l'établissement des documents nécessaires au remboursement et de le réviser régulièrement.

Ces dispositions devraient favoriser une pratique plus rigoureuse de l'ordonnancier bi-zone, mais le respect de celui-ci restera fondé sur un contrôle a posteriori, nécessairement peu fréquent et lourd à mettre en œuvre, donc relativement mal adapté à la masse considérable des feuilles

de soins et des lignes de prescription. Il conviendrait de coder les affections ou les prescriptions prévues par le protocole pour permettre un contrôle a priori, c'est-à-dire au moment de la liquidation, du bien fondé de l'exonération du ticket modérateur.

Le problème des médicaments à service médical rendu faible ou insuffisant reste pendant. Or il est, par principe et sauf circonstances particulières, peu satisfaisant qu'ils bénéficient d'une exonération totale dès lors que leur usage peut se rattacher à une ALD. En extrapolant une étude régionale menée en Aquitaine, leur remboursement au taux normal de 35 % générerait une économie de l'ordre de 300 M€ pour le régime général.

2 – La liste des produits et prestations remboursables

La LPPR regroupe un nombre considérable de dispositifs médicaux, formant un ensemble très hétéroclite dans lequel on trouve, entre autres, l'optique, les appareils correcteurs de surdité, le grand appareillage podo-orthèses et orthoprothèses, les stimulateurs cardiaques et les véhicules pour handicapés.

Ce poste de dépenses augmente plus de deux fois plus vite que l'ONDAM. Les dispositifs de maintien à domicile représentent plus de la moitié du total des remboursements et enregistrent la plus forte croissance[25].

a) Les progrès dans l'organisation de la procédure d'admission au remboursement et leurs limites

Depuis une réforme intervenue en 2000, deux organismes consultatifs institués auprès du ministre interviennent successivement pour l'admission au remboursement :

- la commission d'évaluation des produits et prestations (CEPP) émet un avis sur le service rendu, en tenant compte notamment de l'efficacité thérapeutique des produits et prestations. En principe, l'inscription est proposée sous forme d'une description générique et tout autre fabricant peut alors mettre sur le marché des produits analogues, sous réserve de répondre au cahier des charges décrit dans la LPPR. Lorsque le produit présente un caractère innovant ou que son impact financier justifie un suivi individualisé, l'inscription peut intervenir pour une durée maximale de cinq ans, sous forme de marque ou de nom commercial ;

25. Il s'agit de dépenses brutes, compte non tenu des hospitalisations évitées.

- le comité économique des produits de santé (CEPS), composé des représentants des administrations centrales et des caisses d'assurance maladie, émet un avis sur le tarif de remboursement des produits et prestations en tenant compte de l'appréciation portée par la CEPP, ainsi que des tarifs et des prix des produits comparables et des volumes de vente prévus. Il peut également proposer des prix limites de vente et conclure avec les fabricants des conventions portant sur le volume des ventes.

Ce dispositif représente un progrès par rapport à la situation antérieure où une même instance effectuait à la fois l'évaluation technico-médicale et économique et où n'existait pas d'instance formalisée de délibération sur les prix et tarifs. Il présente cependant plusieurs limites.

La CEPP, dont le secrétariat est assuré par l'AFSSAPS, n'a que des moyens propres limités à sept évaluateurs et a fréquemment recours à des experts extérieurs. Elle a élaboré une méthodologie rigoureuse, mais elle ne peut réaliser elle-même d'enquête. Elle est très largement tributaire de l'information fournie par les fabricants qui est souvent incomplète et inégale. Dans ces conditions, il lui est souvent difficile de porter une appréciation sur les produits ou prestations qui n'apportent qu'une amélioration modérée ou mineure, alors que ce classement détermine ensuite le tarif de remboursement.

Le CEPS dispose également de moyens très réduits : une personne à temps plein et une à temps partiel sont affectées aux missions relatives à la LPPR. La fixation des tarifs devrait prendre en compte les coûts de fabrication et d'installation des dispositifs, ce que ne prévoit plus la réglementation. Elle devrait être précédée des enquêtes nécessaires. A défaut, les tarifs sont souvent fixés de manière approximative. Ainsi, pour les audioprothèses pour enfants, les tarifs appliqués par le comité incorporent un coefficient forfaitaire de 1,957 entre le prix du produit et la facturation totale incluant la pose, qui n'a pas été révisé depuis de très nombreuses années, alors que les matériels ont fortement évolué. La méconnaissance des volumes vendus et des prix pratiqués sur le marché, en l'absence persistante de codage des produits et prestations, est également gênante pour la fixation des tarifs et des prix.

b) Des règles mal adaptées

La non dissociation entre la rémunération des matériels et celle d'actes de pose tels que l'adaptation d'une audio-prothèse est source d'opacité dans la tarification et dans les rémunérations respectives des fabricants et des professionnels de santé.

En outre, aucune information du CEPS n'est obligatoire lorsque le fabricant souhaite la prise en charge de son nouveau dispositif mais qu'il ne revendique pas d'amélioration du service rendu par rapport à une ligne générique existante.

c) Les problèmes dans la pratique de la réglementation

En matière de prix de vente, trois situations sont possibles : soit il est égal au tarif de remboursement, soit il est libre, soit enfin est fixé un prix de vente supérieur au tarif de remboursement. Lorsque le prix de vente est libre, il peut en résulter des écarts importants avec les tarifs, situation bien connue par exemple dans le cas des lunettes. Pour les matériels particulièrement indispensables dans un état de santé dégradé, la possibilité de fixer des prix limites de vente ne devrait pas être écartée quand la voie conventionnelle ne permet pas de déboucher sur des accords avec les professionnels sur les prix.

En principe, un nouveau dispositif ne peut être inscrit sur la LPPR que s'il apporte une amélioration ou permet une économie de traitement. En pratique, la majorité des dispositifs qui n'apportent pas d'amélioration sont inscrits au même prix que les produits existants, ce qui empêche les économies d'échelle et la réduction des coûts pour l'assurance maladie. Les baisses de tarif sur les lignes génériques sont par ailleurs encore peu nombreuses. Enfin, il n'est pas effectué de retrait de la liste qui, de la sorte, n'est pas actualisée en fonction de l'obsolescence des dispositifs.

d) Une utilisation insuffisamment guidée et encadrée

Le respect des spécifications techniques des dispositifs médicaux est essentiel. Or il n'est quasiment pas contrôlé. En aval, la procédure d'agrément des établissements en cours pour la pose de certains dispositifs implantables devrait permettre de mieux encadrer cette pose, mais des problèmes existent aussi pour les dispositifs eux-mêmes[26].

Par ailleurs les indications de la LPPR ne sont pas rigoureusement suivies. Ainsi, selon une enquête réalisée par la CPAM de Marseille, 60 % des stents à libération de principe actif[27] seraient posés en dehors des indications de la LPPR. Des constats analogues concernent les

26. Une enquête déjà ancienne de la CPAM de Reims concluait à un taux de 20 % d'anomalies dans la pose des dispositifs implantables.

27. Un stent est un conduit semi-rigide introduit dans une artère occluse, après dilatation, pour maintenir le flux sanguin. Les stents à libération de principe actif, nettement plus chers, luttent contre les réactions inflammatoires qui tendent à reboucher l'artère.

anneaux gastriques et les endoprothèses aortiques. Il n'est pas établi après l'avis de la CEPP, l'équivalent de ce que sont, pour les médicaments, les fiches de transparence. Les prescriptions rédigées dans des termes très généraux peuvent entraîner des surcoûts : en l'absence d'encadrement précis par la prescription, le fournisseur est libre de choisir le dispositif sur lequel il réalise la plus grosse marge sans que celui-ci réponde à un besoin médical. Ainsi, pour l'aérosolthérapie, il existe plusieurs lignes de nomenclature pour la location de l'appareil selon la durée du traitement (4 semaines, moins de 65 semaines, plus de 65 semaines). Le médecin, s'il ne connaît pas cette différence de tarif, prescrit pour quatre semaines. Le pharmacien facturera donc tous les mois à partir d'une nouvelle prescription sur la base de ce tarif qui est le plus élevé. En outre, les médecins ne signalent pas systématiquement le caractère non remboursable des produits et prestations qu'ils prescrivent en dehors des indications.

Les réformes en cours devraient améliorer l'utilisation des dispositifs médicaux par les établissements de santé : dans le cadre de la mise en place de la tarification à l'activité, la prise en charge des dispositifs les plus coûteux, en sus des tarifs des groupes homogènes de séjour tant dans les établissements publics que privés, sera subordonnée à la conclusion d'accords de bon usage avec les agences régionales d'hospitalisation. Cette réforme laisse toutefois pendants les problèmes liés à l'utilisation des dispositifs dans le cadre de la médecine de ville.

3 – Les transports de malades

Les frais de transport pris en charge par l'assurance maladie correspondent à des transports sanitaires (74 % en 2003) et à des transports non sanitaires (26 %). Les premiers comprennent deux catégories, les ambulances (40 %) et les véhicules sanitaires légers (VSL, 34 %). Les seconds comportent les taxis (22 %), les transports en commun et les véhicules personnels (4 %).

Les frais de transport en ambulance et plus encore en taxi ont connu des taux de progression très élevés (50 % et 60 % de 2000 à 2003), les transports en VSL des taux nettement plus faibles (6 % sur les 3 ans), avec même une légère décrue en 2003.

L'analyse des composantes de ces évolutions montre que l'essentiel (80 % sur la période 1998-2003)[28] tient à la hausse des

28. Les diverses séries utilisées pour ces développements sur les frais de transport ne sont pas disponibles sur les mêmes périodes.

volumes et de la part des modes les plus chers, les prix n'ayant, eux, progressé en moyenne annuelle que de 1,6 %.

a) Des facteurs de hausse incomplètement identifiés

Un calcul[29] effectué par la Cour sur la base EPAS de la CNAM montre que le vieillissement de la population explique moins du dixième de la croissance globale des frais de transports de 2000 à 2002 (2 % sur 22 %). Un calcul analogue montre que l'accroissement de la part des assurés qui se trouvent en ALD (71 % en 2002) représente un peu plus du dixième de cette même croissance. Les deux facteurs se recoupent d'ailleurs largement, compte tenu de la part des personnes âgées en ALD.

Les restructurations des cliniques et des hôpitaux, les sorties d'hospitalisation plus précoces, assorties en certains cas de retours périodiques à l'hôpital, la forte progression de la chirurgie ambulatoire sont vraisemblablement des facteurs d'augmentation de la demande de transports, mais ni le ministère de la santé, ni l'assurance maladie ne disposent d'évaluations précises.

Les prescriptions hospitalières représentent 62 % des frais de déplacement des malades hors cures thermales, dont 69 % des frais de taxis. Elles augmentent plus vite que la moyenne (11,1 % par an de 1999 à 2002, contre 9,1 %) mais aucune étude n'existe sur les raisons de cette croissance[30]. L'évolution des pathologies, notamment l'augmentation des diabètes, des cancers et des maladies mentales et leur prise en charge de plus en plus fréquente en ALD y contribuent problablement[31].

La modification de la structure des dépenses, avec une progression plus forte des modes de déplacement les plus chers, est l'un des facteurs de la hausse globale du poste, mais il n'existe pas non plus d'analyse disponible sur les raisons[32] et l'ampleur de cette évolution.

---

29. En appliquant le taux de personnes transportées par tranches d'âge au nombre de personnes pour les mêmes tranches d'âge constatées en 2000, 2001 et 2002

30. L'analyse annuelle établie par l'assurance maladie avec la DHOS décrit l'évolution par régime et par établissement mais n'en analyse pas les causes.

31. Les données de l'assurance maladie montrent la progression des dépenses de transport prescrites par les centres de lutte contre le cancer.

32. Sur le rôle de l'évolution des prix relatifs des moyens de transport, cf. infra.

b) Une prescription mal encadrée

Plus de 90 % des dépenses de transport sont exonérées du ticket modérateur. Il n'existe donc pratiquement pas d'autre frein à la dépense que la qualité de la prescription et son contrôle.

Selon la réglementation, les frais sont pris en charge sur la base du mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état du bénéficiaire. La prise en charge est subordonnée à la présentation par l'assuré d'une prescription attestant que son état justifie l'usage du moyen choisi et le médecin doit préciser les éléments médicaux motivant le déplacement. En pratique, ces dispositions ne sont pas toujours correctement appliquées : les justifications médicales sont rarement précisées, le choix du mode de transport n'est pas justifié, en particulier dans les prescriptions hospitalières. En outre, dans ce dernier cas, le prescripteur, ou le service à l'origine de la prescription, n'est souvent pas identifiable sur le bon de transport.

L'assurance maladie rembourse généralement, même si les conditions réglementaires ne sont pas remplies. La procédure de l'entente préalable requise pour les transports sur plus de 150 kilomètres et les transports en série s'apparente souvent à une pure formalité.

Quant aux contrôles a posteriori, leur efficacité est pour l'instant réduite, la suppression des comités médicaux régionaux par la LFSS pour 2003 ayant fait disparaître la possibilité de prononcer des sanctions[33]. Certes, la loi du 13 août 2004 sur l'assurance maladie comporte des dispositions visant d'une part, à instituer des sanctions administratives, d'autre part, à mettre sous contrôle les prescripteurs abusifs qui ne pourront prescrire des transports qu'avec l'accord de la caisse. Pour nécessaire que soit un dispositif de sanction des abus, son maniement sera délicat, en raison de la difficulté de déterminer, parfois longtemps après le transport, si celui-ci était médicalement justifié. En outre, ni ce dispositif ni la mise sous contrôle des prescripteurs abusifs ne s'appliqueront aux prescripteurs hospitaliers. Enfin, la mise sous contrôle ne pourra concerner que des cas extrêmes et ne pourra constituer qu'un dernier recours et non un mode ordinaire de régulation.

Le plan d'action établi par la CNAM en 2003 traduit une intention d'intensifier les contrôles mais ne comporte pas d'éléments réellement nouveaux. Son efficacité dépendra donc largement des nouvelles mesures envisagées, avec les limites que comporte tout contrôle a posteriori.

33. Les comités médicaux régionaux étaient des organes paritaires qui devaient se prononcer sur les sanctions souhaitées par les caisses.

c) Des critères de prise en charge insuffisamment précis

Les cas de prise en charge par l'assurance maladie sont très larges et la réglementation combine des critères de destination (par exemple l'hospitalisation) et de situation personnelle (notamment une affection de longue durée) qui ne prennent pas en compte l'aptitude des malades à se déplacer. En particulier, les transports de personnes atteintes d'une ALD sont pris en charge quelle que soit la nature de l'affection et son retentissement sur la mobilité. La détermination, pour certaines ALD, du ou des modes de transport qui peuvent être pris en charge devrait constituer une priorité.

Les transports en ambulance ne sont en principe pris en charge que lorsque l'état du malade justifie un transport allongé ou une surveillance constante. Leur accroissement plus rapide que celui des transports en VSL est un indice parmi d'autres que le recours à l'ambulance est en réalité beaucoup plus large, notamment parce que, pour les personnes qui ne sont pas en ALD, il donne droit à une prise en charge plus extensive que le VSL.

Le transport en commun et le véhicule personnel sont sous-utilisés, en partie, semble-t-il, parce que les formalités de remboursement sont plus complexes et qu'il n'y a pas de tiers payant.

Un accord de bon usage des soins sur les prescriptions de transport a été signé le 17 septembre 2003 entre l'assurance maladie et un syndicat de médecins. Il fixe pour objectif une diminution des transports en ambulance, grâce à l'utilisation d'un référentiel médical ; sa portée est toutefois limitée ; il est succinct ; il s'applique aux seuls généralistes, alors que la prescription des spécialistes est aussi importante ; il ne concerne pas l'hôpital ; enfin, le référentiel qu'il met en place n'est pas opposable.

d) L'organisation de l'offre de transports

L'exercice de la profession de transport sanitaire est réglementé par un décret de 1987.

Le préfet détermine le nombre théorique de véhicules autorisés par référence à un indice national de besoins exprimé en nombre de véhicules par habitant. La mise en service de chaque véhicule est soumise à autorisation préfectorale. Le nombre de véhicules autorisés s'élevait à 27 763 en 2001, dernier chiffre connu par le ministère de la santé, alors que le maximum théorique était de 21 601. Le dispositif d'encadrement des transports sanitaires est donc totalement dépassé et nécessite d'être revu, parallèlement au rapprochement envisagé entre VSL et taxis.

Pour le transport assis, coexistent actuellement deux secteurs, les VSL et les taxis qui obéissent à des règles différentes d'autorisation et de prix. Les tarifs des taxis, fixés par référence à des arrêtés ministériels qui étaient d'abord inférieurs à ceux des VSL ont dépassé ceux-ci, fixés par convention avec l'assurance maladie et, dans les faits, bloqués depuis plusieurs années. Ce blocage a vraisemblablement contribué à la hausse plus rapide des transports en taxis puisqu'une même entreprise peut disposer à la fois de VSL et de taxis. Selon une étude effectuée en octobre 2003 par un groupe de travail comprenant les administrations, l'assurance maladie et les professionnels, le coût du transport en taxi serait supérieur de plus de 7 % à celui du trajet en VSL.

Il n'est pas exclu qu'un mouvement de substitution ait également joué des VSL vers les ambulances, puisqu'une entreprise doit réglementairement disposer des deux types de véhicules. Ceci pourrait contribuer à expliquer d'une part, la forte croissance du poste ambulances et, d'autre part, la baisse globale de la part relative du transport assis, passée de 61 à 56 % entre 1999 et 2003.

Pour remédier à l'hétérogénéité des régimes d'installation et de tarifs, une unification des règles du fonctionnement du transport assis est envisagée. Les tarifs devraient se situer entre les tarifs actuels des VSL et ceux des taxis et un régime unique d'autorisation ou d'appel d'offres serait mis en place.

Par ailleurs, le traitement des transports en cas d'urgence a été partiellement réorganisé par un décret de juillet 2003, sectorisant la garde, c'est-à-dire le transport de nuit, les dimanches et jours fériés, entre les entreprises de transport sanitaire. En outre, une circulaire de mars 2004 a rappelé le rôle central du SAMU, qui fait appel soit aux services mobiles d'urgence et de réanimation en cas de pathologie grave nécessitant une hospitalisation rapide, soit aux ambulanciers privés ou, à défaut, aux services départementaux d'incendie et de secours[34] dans les autres cas. Il reste cependant, au-delà de ce rappel des rôles respectifs, à réorganiser le transport d'urgence dans la journée ; celui-ci, en effet, n'est pas soumis à une obligation, contrairement à la garde de nuit et les entreprises peuvent donc être tentées de privilégier les transports non urgents, susceptibles d'être programmés, par rapport à ceux demandés en urgence.

Le succès de cette réforme implique cependant une complète révision de la réglementation aujourd'hui totalement inadaptée de l'offre de transport sanitaire.

34. En ce cas, l'hôpital verse forfaitairement 90 € pour chaque sortie.

4 – Les indemnités journalières d'assurance maladie

a) Une croissance surtout liée aux arrêts de longue durée

Les indemnités journalières remboursées par le régime général de l'assurance maladie ont augmenté de près de 40 % entre 1999 et 2003, avec une forte accélération en 2002 (+13 %) et un ralentissement en 2003 (+6 %). Cette évolution est légèrement plus rapide que celle de l'ensemble des soins de ville, dont les IJ représentent 11,9 % en 2003.

Les indemnités de moins de huit jours, qui représentent près de 40 % du nombre des arrêts, ne totalisent que 3,4 % du nombre total d'IJ. Si elles retiennent souvent l'attention, leur impact sur les dépenses de l'assurance maladie est donc relativement faible. Les IJ de huit jours à moins d'un mois, soit également 40 % des arrêts, sont à l'origine de 17 % des dépenses. Celles d'un à trois mois, soit 12 % des arrêts, pèsent pour 22 % des IJ. Ce sont celles de trois mois et plus qui bien qu'elles ne représentent que 7 % des arrêts ont de loin le poids le plus important, près de 60 %.

Ce sont aussi celles qui ont le plus progressé, de plus de 40 % entre fin 1998 et fin 2003, contre environ 27 % pour les IJ de moins de trois mois. Sur la même période, le nombre d'IJ de plus de trois mois a augmenté d'abord moins vite que les autres et a même fortement baissé au second semestre 2000. Il s'est ensuite accru rapidement. En fin de période, les IJ de plus de trois mois progressent alors que celles de courte durée marquent le pas et même fléchissent à partir de l'automne 2003. Une étude de corrélation sur la période comprise entre janvier 1992 et janvier 2004 entre le nombre de chômeurs au sens du BIT et celui des IJ de moins de trois mois permet de conclure à un certain parallélisme, sans que la corrélation puisse être considérée comme totalement significative.

La progression des IJ de plus de trois mois semble, elle, liée à l'arrivée à l'âge de 55 ans des générations nombreuses de l'après-guerre. C'est dans cette tranche d'âge que le nombre d'IJ cumulées dans une année est le plus élevé (84 jours dans la classe d'âge 55-59 ans) et c'est bien entre 2001 et 2003, années où la part des plus de 55 ans a le plus augmenté, passant de 8,3 % à 10,7 %, que les IJ de plus de trois mois ont le plus progressé. Le ralentissement de moitié du taux de croissance de cette part en 2004 et 2005, et sa quasi-stagnation au-delà[35], devraient donc constituer un facteur spontané de stabilisation. L'examen des statistiques de la DARES sur l'évolution du nombre de départs en pré-retraites entre 1997 et 2002 montre par ailleurs que leur nombre a baissé

35. Part des 55 ans et plus dans la population active au sens du BIT (source INSEE).

de l'ordre de 138 000. En supposant que toutes les personnes qui n'ont pas pu prendre de pré-retraite se soient arrêtées 84 jours par an (moyenne de leur tranche d'âge) il n'en résulterait qu'une augmentation de l'ordre de 1,16 million d'IJ, alors que le nombre global d'IJ de cette tranche d'âge a augmenté de l'ordre de 7 millions et le nombre global d'IJ d'environ 45 millions. Si le fléchissement des départs en pré-retraite contribue vraisemblablement à expliquer la croissance du nombre d'IJ, son impact n'a donc pu être que relativement secondaire par rapport à l'ampleur globale du phénomène.

Ainsi, pour les IJ tant de courte durée que de longue durée, les explications exogènes ne suffisent pas à rendre compte des évolutions constatées. Le rôle des prescriptions et des comportements ainsi que l'état de santé de la population sont vraisemblablement plus importants.

La proportion moyenne d'assurés arrêtés au moins une fois dans l'année est de 23 %. Par tranches d'âge cette proportion est stable à l'exception notable des personnes âgées de plus de 60 ans pour lesquelles elle est sensiblement plus faible, soit 9 %. Parmi les personnes en ALD, elle est de 35 % et les deux tiers des IJ de plus d'un an les concernent. Le nombre moyen d'IJ augmente avec l'âge, passant de 28 jours pour les moins de 40 ans à 84 jours dans la classe d'âge des 55-59 ans.

b) Une réglementation complexe

La complexité de la réglementation est source de difficultés pour les centres de liquidation. L'appréciation de la condition d'activité minimale requise pour l'ouverture du droit à indemnités en est un élément. Pendant les six premiers mois, l'assuré doit justifier soit d'un montant de cotisation au moins égal à 1 015 fois la valeur horaire du SMIC au cours des six mois précédents, soit d'au moins 200 heures de travail salarié au cours des trois mois civils précédents. Lorsque l'arrêt se prolonge sans interruption au-delà du sixième mois, ces seuils sont portés à 2 030 fois la valeur du SMIC et 800 heures au cours des 12 derniers mois civils. Or la reconstitution de la période de référence pour les salariés sous contrat à durée déterminée embauchés par plusieurs employeurs et pour toutes les formes de travail discontinu peut être complexe. Une autre difficulté réside dans le calcul de l'indemnité journalière qui est égale à une fraction du gain journalier de base, lequel est déterminé d'après le salaire brut des trois derniers mois- 12 derniers

en cas de travail discontinu ou saisonnier- antérieurs à l'arrêt de travail[36]. Des arrêts de travail proches dans le temps nécessitent de recommencer les calculs à chaque fois dans leur intégralité. Une simplification devrait être envisagée.

Selon la CNAM, la durée moyenne de traitement des dossiers d'indemnisation entre la date de l'arrêt de travail et la liquidation était de 66 jours en 2002. Ce délai recouvre le temps de traitement par le service chargé de la liquidation, mais aussi le temps de transmission par l'employeur des éléments nécessaires à la liquidation. L'imprimé de prescription d'arrêt de travail ne comporte pas l'identification de l'employeur, ce qui complique la collecte par la caisse des éléments nécessaires. Par ailleurs, la subrogation des entreprises aux assurés qui aujourd'hui concerne principalement les grandes entreprises mérite d'être développée. Elle permet en effet à l'assurance maladie de n'avoir qu'un interlocuteur, l'entreprise, et paraît préférable à la pratique des retenues sur salaire du montant des IJ perçues par le salarié. Le développement de la subrogation concerne également l'Etat pour ses agents non titulaires. A défaut de subrogation, ceux-ci bénéficient d'indemnités journalières qui, en principe, devraient venir en déduction de leur salaire[37].

La liquidation mobilise ainsi des ressources qui seraient plus utilement affectées au renforcement des contrôles.

c) La nécessité de renforcer les contrôles du service médical

L'une des principales missions du contrôle médical consiste dans la régulation des arrêts de travail. Pour l'accomplissement de cette mission, il se trouve cependant en butte à plusieurs difficultés.

Les arrêts de moins de huit jours sont en l'état actuel difficilement contrôlables, sauf par l'entreprise, compte tenu du délai de transmission de deux jours dont dispose l'assuré pour adresser à l'employeur l'avis d'interruption signé par le médecin traitant, puis du délai de transmission au contrôle médical par le service de liquidation, enfin du délai de convocation éventuelle. La télétransmission des arrêts par le prescripteur

36. Le taux est de 50 % du gain journalier dans la limite du plafond de la sécurité sociale, majoré à 66,6 % à partir du 31ème jour pour les assurés ayant au moins trois enfants à charge. A partir du 7ème mois, le taux est de 51,49 % majoré à 68,66 % pour les assurés ayant au moins trois enfants à charge.

37. Le ministère de l'éducation nationale a réalisé une expérience qu'il a jugée concluante de subrogation pour les assistants d'éducation en septembre 2003 et envisage son extension à d'autres catégories d'agents non titulaires.

constitue une piste qui renforcerait sérieusement la possibilité de contrôle. Environ 2000 médecins sont contrôlés par an, soit 2 %.

Pour les arrêts longs qui constituent la question essentielle, le service du contrôle médical intervient obligatoirement en vue d'un examen spécial, fait avec le médecin traitant afin de déterminer le traitement approprié, lorsque l'arrêt se prolonge au-delà de six mois continus. Un signalement au service du contrôle médical entre 90 et 120 jours est normalement prévu dans les caisses. Cependant, il n'existe pas de procédure nationale automatisée homogène. Le signalement par les unités chargées de la liquidation au contrôle médical est fait à partir de logiciels différents, voire manuellement et de façon trop tardive pour que le contrôle médical puisse vérifier le bien fondé d'un arrêt qui a duré déjà plusieurs semaines.

Les contrôles effectués par le service médical montrent une stabilité du taux d'anomalies constaté pour les arrêts de longue durée, de l'ordre de 16 % et une progression du taux d'anomalies constaté pour les arrêts de moins de quinze jours qui est passé de 13,8 % en 1998 à 18,9 % en 2003[38]. La CNAM attribue cette augmentation à l'amélioration des méthodes de ciblage des arrêts courts et répétitifs.

Ces contrôles n'ont cependant qu'une efficacité limitée. Ils ne débouchent que sur une suspension des indemnités journalières restantes, et, depuis la suppression des comités médicaux régionaux, ne sont assortis d'aucune conséquence pour les médecins concernés. L'élaboration d'un dispositif contraignant, comme le prévoit la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie, instituant la possibilité de mettre sous contrôle des caisses les prescripteurs abusifs et de leur infliger des pénalités financières paraît donc d'autant plus nécessaire. Cependant, son application est vraisemblablement appelée à constituer un dernier recours dont l'usage sera toujours délicat et limité puisqu'il ne concerne pas les prescripteurs hospitaliers, à l'origine de 30 % des arrêts de longue durée.

L'évolution des IJ traduisant notamment un problème de qualité de la prescription, l'élaboration d'un référentiel faisant l'objet d'un accord de bon usage des soins reste souhaitable, comme la Cour l'a relevé dans son rapport de 2003. Les travaux engagés n'ont pas pour l'instant abouti.

38. Le taux de 6 % fréquemment évoqué correspond aux contrôles non ciblés.

SYNTHESE

Les quatre postes de dépenses qui viennent d'être étudiés recèlent une potentialité importante d'économies. Beaucoup reste cependant à faire pour qu'elles puissent effectivement être dégagées, à commencer par des progrès pour une connaissance plus fine des phénomènes en jeu, les causes principales de l'évolution demeurant mal connues.

Les comportements en matière de prescription sont vraisemblablement déterminants et constituent la principale marge d'action. A cet égard, la mise en place de référentiels pour les prescripteurs devrait constituer une réponse adaptée. Leur élaboration puis leur application par le corps médical constituent un enjeu essentiel qui nécessitera un effort de pédagogie et d'information de la part de l'assurance maladie et des institutions mises en place dans le cadre de la réforme en cours.

Le contrôle a posteriori devrait bénéficier des améliorations prévues par le projet de loi, en donnant à l'assurance maladie les moyens de contrecarrer les prescriptions abusives. Il restera cependant à le compléter par un renforcement des contrôles effectués lors de la liquidation, ce qui suppose de développer le codage, que ce soit pour les produits et prestations, pour lequel il est en cours, ou en matière de transports et d'affections de longue durée, où tout est à engager.

Des actions de fond demeurent à finaliser ou à entreprendre, que ce soit la réorganisation des transports assis de patients et des transports de jour en urgence, l'extension d'accords de subrogation avec les employeurs pour les indemnités journalières ou le réexamen des conditions de remboursement pour les médicaments à service médical insuffisant.

L'aboutissement concret de ces efforts exige un très grand volontarisme de l'ensemble des acteurs en vue d'assurer, d'ici 2007, une meilleure maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie. Plus de 40 % des économies (10 Md€ au total) prévues par la loi du 13 août 2004 sur l'assurance maladie relèvent de cette démarche, principalement à travers une action sur les prescriptions, sur les ALD et sur les IJ. La confrontation entre les dérives financières constatées dans ces domaines jusqu'en 2004 et l'ambition des objectifs affichés montre l'ampleur du chemin à parcourir.

RECOMMANDATIONS

1.Pour les ALD, mettre en place un système de codage des ALD et coder les données du PIRES ; faire aboutir les travaux engagés sur les référentiels médicaux ; envisager de ramener au taux de droit commun le

remboursement des produits dont le service rendu est reconnu insuffisant et faible sauf nécessité médicale inscrite dans un protocole.

2.Pour la LPPR, renforcer la capacité d'expertise du CEPS sur la formation des prix notamment en s'appuyant sur des enquêtes de la DGCCRF ; modifier la réglementation pour prévoir la prise en compte des coûts de fabrication et d'installation ; rendre obligatoire pour les professionnels la notification à la CEPP et au CEPS de la commercialisation des dispositifs couverts par une ligne générique ; lorsqu'un nouveau produit n'améliore pas le service rendu, n'accepter de l'inscrire qu'à un prix inférieur aux produits déjà existants.

3.Pour les transports, élaborer un référentiel médical de transport opposable à l'ensemble des prescripteurs, y compris hospitaliers ; revoir la réglementation du transport de malades et réorganiser avec la profession le transport d'urgence de jour.

4.Pour les IJ, simplifier la réglementation et libérer ainsi des ressources pour le contrôle ; développer la subrogation des administrations dans les droits aux IJ des personnels non titulaires ; concrétiser la démarche engagée en vue d'un référentiel relevant d'un accord de bon usage, comportant notamment des durées indicatives d'arrêt par pathologie.

D – Les enveloppes budgétaires des établissements participant au service public hospitalier (ESPH)

La place de la dotation globale dans les recettes hospitalières
Structure des dépenses et recettes en 2003

Dépenses	*Recettes*
Groupe 1	**Groupe 1**
Personnel (71,2 %)	Dotation globale (85 %)
Groupe 2	**Groupe 2**
Dépenses médicales (12,8 %)	Produits de l'activité hospitalière (5,5 %)
Groupe 3	**Groupe 3**
Dépenses hôtelières générales (9,8 %)	Autres produits (9,5 %)
Groupe 4	**Groupe 4**
Amortissements, provisions, charges financières exceptionnelles (6,2 %)	Transferts de charges (- de 1 %)

Source : Données DHOS

L'enveloppe hospitalière de l'ONDAM finance la « dotation globale » versée par les caisses d'assurance maladie aux hôpitaux.

Cette dotation constitue le groupe 1 des recettes de ces établissements et représente environ 85 % de leurs recettes globales.

Les hôpitaux disposent en outre des recettes inscrites au groupe 2, « produits de l'activité hospitalière » correspondant essentiellement à la participation des assurés à la prise en charge des soins (ticket modérateur, forfait journalier, produits des conventions internationales pour les patients étrangers…), mais aussi des recettes du groupe 3 correspondant à celles qui ne sont pas issues de l'activité hospitalière proprement dite (principalement produits du patrimoine et prestations de services rendus) et enfin des recettes inscrites au groupe 4 qui sont relatives aux transferts de charges.

Après le vote de l'ONDAM, le ministère de la santé fixe l'enveloppe des dépenses hospitalières encadrées qui équivaut à la somme des dépenses des hôpitaux dont on déduit les recettes escomptées des groupes 3 et 4. A la clôture de l'exercice, si, pour un hôpital, les recettes du groupe 2 sont supérieures ou inférieures aux recettes prévues au dernier budget rendu exécutoire de l'exercice concerné, le montant de la dotation globale de l'année suivante sera ajusté en conséquence.

Il convient de préciser que certaines dépenses ne sont pas prises en compte dans cette présentation. Ainsi, hors ONDAM, l'assurance maladie finance le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), dont 300 M€ dans le cadre du plan de soutien à l'investissement. Les ARH ont aussi disposé de financements complémentaires pour l'accompagnement social des restructurations, avec un effort tout particulier pour la formation professionnelle.

1 – Le bilan de la campagne budgétaire 2003

a) Les fixations d'enveloppes

En 2003, l'enveloppe des dépenses hospitalières encadrées (hors unités de soins de longue durée -USLD[39]-), fixée par l'arrêté du 27 janvier 2003, s'élève, pour la France métropolitaine, à 46 899 M€, soit +4,8 % par rapport à la base de référence 2002 corrigée des effets de champ y compris les rebasages. Le financement de ces dépenses provient principalement de l'assurance maladie (plus de 93 % en 2003). L'objectif prévisionnel des dépenses d'assurance maladie pour les établissements

39. Le montant total des dépenses hospitalières relatives aux unités de soins de longue durée est fixé à 1 410 M€ en 2003 pour la France métropolitaine. Avec la constitution des « établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » (EPHAD), les USLD sont censées passer du champ sanitaire au champ médico-social, mais de fortes résistances ont conduit à une situation de blocage.

sous dotation globale, quant à lui, s'élève au sein de l'ONDAM[40] à 45 813 M€, soit +4,8 % par rapport à 2002.

La compréhension des taux d'évolution des objectifs de dépenses hospitalières est rendue plus complexe du fait que, pour calculer les montants des enveloppes, non seulement il a été tenu compte, comme les années précédentes, des effets de champ, mais aussi d'une dépense nouvelle qui a été incluse dans les bases des dépenses hospitalières en l'occurrence les 293,6 M€ prévus par le protocole du 14 mars 2000 pour assurer le remplacement des agents absents et financés de 2000 à 2002 par le budget de l'Etat.

Sans support réglementaire, le ministère de la santé a par ailleurs réduit les dotations régionales annoncées de 109,5 M€ prélevés sur « la provision de 0,86 % » (provision de 383,1 M€ destinée à couvrir une augmentation du point fonction publique non intervenue en 2003, ainsi que quelques mesures catégorielles), d'une part, pour abonder de 100 M€ l'OQN destiné aux cliniques privées, d'autre part, pour augmenter de 3,5 M€ les dépenses des DOM**,** le reste étant réinjecté dans les crédits de la campagne. Les bases de référence pour la métropole en 2004 ont ainsi été amputées de 103,5 M€.

Le taux de progression des dotations régionales finales des DOM pour 2003 a été de 8,9 %, soit 3 % de plus qu'en métropole[41].

b) Les délégations de crédits

L'enveloppe des dépenses encadrées hospitalières est partagée en dotations régionales et en dotations complémentaires ; ces dernières sont destinées à la mise en œuvre de mesures nationales dont le financement est délégué ultérieurement.

En début d'année, le montant de la dotation régionalisée initiale attribuée était en progression de 4,3 % par rapport à la dotation 2002 rebasée.

La campagne budgétaire 2003 a nécessité deux arrêtés et quatre circulaires qui ont modifié les bases de référence 2002. En fin de campagne, un écart subsiste entre la somme des dotations régionales et le montant total annuel des dépenses encadrées : il correspond à la dotation

40. Ces dépenses concernent la métropole et comprennent les dépenses du service de santé des armées et de l'institut national des invalides, USLD incluses.

41. L'établissement de santé de Mayotte a bénéficié dans ce cadre d'un apport supplémentaire de près de 7 M€, correspondant à une progression de ses dépenses encadrées de 20 %.

que le ministère gère directement[42] et au reliquat constaté en fin d'année (0,46 M€ en 2003).

c) Les dépenses identifiées

Dans la circulaire du 19 décembre 2002, l'accent était mis sur la responsabilité des acteurs et les financements complémentaires devraient être, pour l'essentiel, globalisés et fongibles, avec seulement 9 % de mesures nouvelles constituées de mesures «fléchées» au niveau national. En réalité, en cours d'année, les décideurs nationaux, selon leurs habitudes, ont eu de plus en plus recours aux mesures fléchées, au détriment de l'autonomie de décision des ARH. Ainsi, contrairement aux déclarations d'intention, les mesures fléchées[43] ont été plus importantes en 2003 qu'en 2002 : elles ont en effet représenté 16,6 % des mesures nouvelles contre 10,5 % en 2002.

Pour le reste, la campagne 2003 aura connu peu d'innovations importantes. Parmi les mesures nouvelles, on peut citer les surcoûts des investissements prévus au plan Hôpital 2007, ainsi que le financement (16,3 M€) des services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), en cas d'indisponibilité des transporteurs privés (en application de la loi du 27 février 2002).

d) Le bilan synthétique de la campagne budgétaire

Dans le bilan ci-dessous, il apparaît qu'en 2003 les dépenses de personnel représentaient près de 75 % des dépenses nouvelles et les priorités de santé publique environ 20 %.

Bilan des dépenses de la campagne budgétaire 2003

En M€

	Métropole	DOM	France entière
Dotations régionales finales 2002	**44 529**	**1 251**	**45 781**
- Crédits non reconductibles 2002	- 155	- 6	- 161
- Effet de champ 2002	- 26		- 26
- Effet de champ au 1er janvier.2003	- 107		- 107

42. Il s'agit des dotations de l'établissement public de santé national de Fresnes.

43 . Notamment : permanences d'accès aux soins de santé, pôles d'accueil pour personnes sourdes, centres de référence pour la sclérose latérale amyotrophique, la mucoviscidose et les troubles de l'apprentissage du langage, consultation d'oncogénétique, unité hospitalière sécurisée interrégionale, etc.

	Métropole	DOM	France entière
- Transferts	294	9	303
Bases régionales de référence pour 2003	**44 535**	**1 255**	**45 790**
Dépenses de personnel *	1 651	66	1 717
Priorités de santé publique	471	10	481
Aide à l'investissement	74	2	76
Soutien budgétaire et mesures exceptionnelles	144	14	158
Crédits gériatrie	8	1	9
Effort de productivité	- 84	18	- 66
Evolution totale des dépenses	**2 264**	**111**	**2 375**
Dotations régionales finales	**46 799**	**1 366**	**48 165**

** après reprise de 109,5 M€*

Source : DHOS

e) La pratique difficilement évaluable des reports de charges

Les données de la DGCP ont révélé en 2002 une forte majoration des reports de charges (+59 %, soit près de 140 M€ supplémentaires) qui ont représenté 0,8 % des charges de 2002.

Selon les informations transmises par les ARH et les données DGCP provisoires, ces reports se sont accentués en 2003.

En fait, les reports de charges consistant à reporter sur l'exercice suivant les dépenses excédant les crédits disponibles sont difficilement évaluables dans la mesure où il s'agit d'une pratique irrégulière qui contrevient au principe même de la dotation globale et du budget limitatif. Ainsi les données de la DGCP ne sont certainement pas exhaustives car elles dépendent du respect par les établissements des règles d'imputation au compte 672-8 «charges sur exercices antérieurs».

L'introduction de la tarification à l'activité (T2A) devrait progressivement aboutir à la résorption de ces reports de charges.

f) L'arrêt de la péréquation interrégionale

Dans l'attente de la mise en œuvre à partir de 2004 de la tarification à l'activité, il a été décidé pour 2003 de se baser, pour l'attribution des dotations régionales, essentiellement sur le critère de la

valeur régionale du point ISA. La péréquation interrégionale[44] a donc été réduite de façon très significative.

Evolution des dotations régionales finales (hors effet de champ)

En %

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Moyenne 97-03
France métropolitaine	1,06	2,05	2,56	2,24	4,09	5,61	5,09	3,24
dont : AP-HP	*- 0,34*	*0,91*	*1,48*	*2,12*	*3,15*	*5,27*	*6,47*	*2,72*
reste Ile-de-France	*0,01*	*1,00*	*1,77*	*2,05*	*3,59*	*4,33*	*4,06*	*2,40*
autres régions	*1,43*	*2,38*	*2,83*	*2,51*	*4,30*	*5,86*	*5,08*	*3,54*
DOM	2,23	4,18	4,95	6,05	7,36	8,75	8,90	6,06
France entière	1,09	2,10	2,62	3,15	4,19	5,70	5,20	3,44

Source : DHOS

La région Ile-de-France, sur laquelle avait porté l'essentiel de l'effort de redistribution ces dernières années, se trouve ainsi bénéficier d'une augmentation de dotation supérieure à celle de la moyenne en métropole en 2003. Cela est essentiellement imputable à l'AP-HP qui a bénéficié pour cette même année d'une première tranche de soutien de 35 M€ dans le cadre du plan de retour à l'équilibre et qui est en outre traditionnellement destinataire d'enveloppes conséquentes au titre des mesures de santé publique et des innovations thérapeutiques. Au cours de l'exercice 2003, ces deux seuls apports se traduisent par une progression de la dotation de 70 M€ environ, soit 1,5 % en taux.

Ainsi, la forte progression de dotation dont a bénéficié l'AP-HP en 2003 a très précisément annulé l'effort de péréquation opéré à son détriment entre 2000 et 2002.

2 – La campagne budgétaire 2004

La campagne budgétaire 2004 est caractérisée par le passage progressif à un nouveau mode de financement des établissements de santé fondé sur l'activité réelle des établissements grâce à la T2A.

Pour l'instant, la réforme ne concerne que les établissements publics et privés titulaires d'autorisations de MCO[45]. Si ces établisse-

44. Depuis 1997, les régions métropolitaines les plus bénéficiaires de la péréquation ont été le Poitou-Charentes, la Picardie et le Nord-Pas-de-Calais ; les plus contributrices ont été l'Ile-de-France, PACA, Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon.

ments disposent également d'autorisations pour des lits de soins de suite et de psychiatrie, seule la partie MCO de leur activité est concernée.

Les tarifs applicables aux établissements ont été affectés d'un coefficient géographique se traduisant par une majoration de 10 % pour Paris et la petite couronne, de 5 % pour la Corse, de 25 % pour les départements français d'Amérique et de 30 % à la Réunion. Ces coefficients n'ont pas été établis sur une base technique mais ont correspondu à des décisions politiques, en particulier en ce qui concerne Paris et la petite couronne, la grande couronne ne bénéficiant pas de cet avantage.

a) L'objectif de l'assurance maladie

En 2004, après prise en compte des transferts entre lignes de l'ONDAM, les dépenses d'assurance maladie pour le financement des établissements sous dotation globale ont été fixées à 45 454 M€ (hors soins de longue durée et hors hôpitaux militaires et institut national des invalides), soit + 4,1 %. En ce qui concerne les DOM, la progression retenue a été de + 6 % par rapport à 2003.

b) L'objectif des dépenses encadrées

L'objectif des dépenses hospitalières encadrées a été fixé en métropole à 48 900 M€, soit une progression de 4,5 % et dans les DOM à 1 521 M€ soit une progression de 6,3 %.

Les dépenses hospitalières encadrées progresseront ainsi en 2004 à un rythme plus rapide que l'enveloppe hospitalière des dépenses d'assurance maladie en raison de l'augmentation attendue des produits de l'activité hospitalière (recettes du groupe 2) facturés aux patients. Le gouvernement a en effet décidé, d'une part, la suppression de l'exonération de ticket modérateur pour des actes liés à l'hospitalisation (décret du 18 décembre 2003) et, d'autre part, une augmentation du montant du forfait hospitalier journalier, porté à 13 € (soit une augmentation de 2,3 €)[46], les deux mesures s'appliquant au 1er janvier 2004. L'effet de ces deux mesures a été évalué à 169 M€ en métropole et 5,2 M€ dans les DOM.

---

45. Sont toutefois exclus du champ d'application de la réforme, les hôpitaux locaux, les établissements du service de santé des armées, l'institution nationale des invalides, l'établissement public de santé national de Fresnes et les établissements de Saint Pierre et Miquelon et de Mayotte.

46. Toutefois, le forfait hospitalier de psychiatrie est passé de 10,67 € en 2003 à 9 € en 2004.

c) Les dotations régionales de la campagne 2004

La circulaire du 3 décembre 2003 indique que l'objectif de financement de l'activité réelle des établissements conduit à n'attribuer à ces derniers qu'une première allocation de ressources plus limitée qu'habituellement, «afin de réserver les marges de manœuvre financières destinées à rémunérer l'activité réelle des établissements».

Les dotations régionales notifiées aux ARH sont cette année décomposées en deux grandes catégories :

- la première est constituée de ressources dont le montant évoluera en cours de campagne, à proportion de l'évolution de l'activité des établissements (au départ sur la base de l'activité 2002, les données 2003 et 2004 étant prises en compte en cours d'année). La part des ressources ainsi allouée représente 8,9 % des dotations régionales en métropole et 7,7 % dans les DOM ;

- la seconde correspond à la partie de la dotation qui reste calculée hors activité ; elle repose sur une base constituée de l'ensemble des autres ressources disponibles en base 2004 avant distribution de crédits nouveaux. Cette partie des dotations régionales est la plus importante puisqu'elle représente 91,1 % des dotations en métropole et 92,3 % dans les DOM.

d) Les mesures nouvelles financées dans le cadre de la campagne 2004

La progression du taux des dépenses hospitalières encadrées assure le financement de trois séries de mesures :

- les mesures relatives au personnel (salariales et catégorielles), avec principalement : l'augmentation des traitements de la fonction publique de 0,5 % à compter du 1er janvier 2004, ainsi que la poursuite de la mise en œuvre de l'ARTT dans la fonction publique hospitalière et pour les personnels médicaux soit au total 965 M€ ;

- les plans de santé publique : le plan cancer (22 M€) et le plan urgences (100,4 M€, dont 18,9 M€ pour les SAMU et 16,6 M€ pour favoriser l'hospitalisation à domicile) ;

- le volet investissement du projet hôpital 2007 : 90 M€ devaient être prévus pour accompagner les crédits fournis, hors ONDAM, par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). Mais l'attribution de ces crédits est subordonnée au bilan de l'utilisation des crédits attribués à cet effet en 2003, de sorte qu'en début d'année seulement 56 M€ sont prévus au titre de 2004.

Par ailleurs, le 25 mai 2004, le ministre de la santé a annoncé, pour faciliter la mise en œuvre de la T2A, 450 M€ de financements complémentaires : d'une part, 300 M€ seraient attribués aux établissements en difficulté ayant des reports de charges (il appartiendrait aux ARH de fixer la part allouée à ce titre à chaque établissement concerné, en fonction notamment de leurs plans de redressement) ; d'autre part, 150 M€ de crédits «non fléchés» seraient destinés à donner aux ARH des marges de manœuvre (particulièrement réduites cette année du fait de la T2A et de l'abandon de la péréquation), notamment pour leur permettre d'honorer les engagements pris dans les contrats d'objectifs et de moyens conclus avant fin 2002.

SYNTHESE

Le dispositif d'encadrement des dépenses hospitalières mis au point par le ministère de la santé est d'une excessive complexité qui rend difficile l'articulation avec l'ONDAM. Cette complexité altère aussi l'information dont disposent les parlementaires et nuit à la compréhension des règles du jeu pour les établissements auxquels l'encadrement s'applique.

C'est ainsi qu'en cours d'année 2003 le ministère de la santé a pu prendre en toute discrétion la décision d'opérer un transfert de 100 M€ entre l'enveloppe des dépenses hospitalières encadrées et l'OQN destiné aux cliniques privées.

E – L'enveloppe de l'objectif quantifié national (OQN) des cliniques privées

Il existe deux agrégats distincts permettant de fixer les objectifs de dépenses des « cliniques privées » et de suivre leur réalisation :

- l'objectif quantifié national (OQN) qui, suite aux négociations annuelles avec les fédérations de cliniques privées, fixe une enveloppe limitative ;

- l'ONDAM des établissements de santé non soumis à dotation globale qui inclut des prestations [47] restant hors du champ de la négociation avec les fédérations. Il ne constitue pas une enveloppe limitative, mais exclut les "consommations intermédiaires" (800 M€ comprenant notamment les prothèses), comprises dans l'OQN et comptabilisées dans l'ONDAM en soins de ville, ainsi que les dépenses des DOM comptabilisées dans la ligne DOM de l'ONDAM. Quant aux

47. Parmi ces prestations : HAD, dialyse alternative, forfaits scanners, IRM …

honoraires des praticiens, ils ne sont ni dans l'OQN, ni dans la ligne des établissements de santé de l'ONDAM, mais dans celle des soins de ville de l'ONDAM.

Ainsi, l'OQN et la ligne "cliniques privées" de l'ONDAM ne sont pas superposables.

1 – La répartition de l'OQN en 2003

Pour 2003, l'arrêté du 27 janvier 2003 a fixé la base de référence pour la fixation de l'OQN à 7 651 M€ et l'OQN à 7 961 M€, ce qui correspond à une progression de 4,05 % par rapport à 2002 (après prise en compte des effets de champ).

a) La campagne tarifaire du 1er janvier 2003

La campagne tarifaire 2003 a commencé par la pérennisation des ressources allouées par le fonds de modernisation des cliniques privées (FMCP), décidée en LFSS 2003. A cette fin, le montant des subventions sociales et salariales accordées par le fonds a été intégré dans l'OQN et les tarifs des prestations ont été revalorisés, à effet du 1er janvier 2003, dans la limite des ressources allouées au titre de ces subventions sociales pour 2001 et 2002. Cette mesure a visé tous les établissements de santé privés mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique (y compris ceux qui n'exercent que des activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile) qui ont bénéficié d'une subvention du FMCP pour la réalisation d'une action en matière sociale et salariale et a conduit à rebaser l'OQN à hauteur de 181 M€.

b) L'accord national tarifaire du 24 avril 2003

Cet accord, signé entre l'Etat et les organisations nationales représentatives des établissements de santé privés[48], a fixé le taux d'évolution moyen national des tarifs des prestations à 3 %.

Les taux d'évolution moyens des tarifs de prestations ont été fixés à 3,06 % pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), à 2,71 % pour les activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) et à 2,66 % pour les activités de psychiatrie. Pour l'activité d'urgence, les taux d'évolution moyens ont été de 2,63 % (contre 11,28 % en 2002). Les

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

taux applicables à chaque établissement ne pouvaient être supérieurs à 150 % de ces taux moyens.

S'agissant de l'activité MCO, l'objectif a été de réduire les écarts de moyens alloués au regard de l'activité médicale décrite par le PMSI. Une action ciblée a porté sur les activités d'obstétrique (forte revalorisation du forfait nouveau-né), de sorte qu'en quatre ans la recette moyenne par accouchement a été revalorisée de plus de 300 €.

Les DOM ont bénéficié, comme les années précédentes, d'un taux d'augmentation majoré de 2,7 % (au 1er mai 2003).

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

Les accords régionaux reposent essentiellement sur trois principes :

- le développement ou le maintien des activités concourant à la mise en œuvre du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), y compris par attribution de moyens spécifiques ;

- le soutien des efforts accomplis par les établissements afin d'améliorer la qualité des soins ;

- la réduction des inégalités tarifaires constatées prioritairement à travers le PMSI lorsque ces données sont disponibles.

d) Les résultats financiers

Les données provisoires des réalisations de l'OQN 2003 fournies en janvier 2004 par la CNAM font état, comme en 2002, d'une forte progression de l'OQN à hauteur de 7 % en valeur, soit 8 140 M€, par rapport à une progression de l'objectif 2003 fixé à 4,05 %.

Cette progression de 7 % résulte des augmentations tarifaires moyennes accordées en 2003 (2,6 % suite aux revalorisations du 1er janvier, 3 % au 1er mai prévue par l'accord national) et d'un peu plus de 1 % de progression des volumes d'activité. Cette dernière rejoint la progression d'activité moyenne sensiblement dépassée en 2002 en raison notamment d'un report d'activité des hôpitaux publics vers les cliniques.

2 – La répartition de l'OQN en 2004

a) La détermination de la base tarifaire

La base initiale à partir de laquelle est calculé l'objectif pour 2004, fixée à 8 130 M€, a été établie à partir des prévisions de réalisation de l'OQN 2003 fournies en janvier par la CNAM. Elle intègre le

dépassement constaté par rapport à l'objectif 2003, ce qui minore le taux de progression apparent entre 2003 et 2004.

b) La fixation des objectifs

L'arrêté du 20 mars 2004 a fixé l'OQN pour les cliniques privées à 8 463 M€, correspondant à un taux d'évolution de 4,1 % par rapport à la base de référence de 8 130 M€.

L'accord national a été signé par l'Etat et les fédérations de cliniques privées le 22 mars 2004. Le taux d'évolution moyen national des tarifs des prestations d'hospitalisation est fixé à 4,25 % au 1er mai 2004[49], soit 4,4 % sur l'année 2004 en intégrant les enveloppes ciblées dont certaines seront mises en œuvre au 1er octobre 2004.

L'accord et son protocole s'articulent autour de trois axes majeurs :

- l'attribution d'un taux d'évolution commun de 3,5 % au 1er mai 2004 pour les disciplines MCO, SSR et psychiatrie ;

- la poursuite de la politique de réduction des inégalités de ressources ;

- la mise en œuvre de diverses revalorisations tarifaires spécifiques notamment pour la périnatalité, l'obstétrique, l'IVG ou au titre du plan cancer et du plan urgences.

Evolution de l'OQN de 2003 à 2004

En M€

OQN 2003 (+4,05 %)	7 961
Effet de champ	-10
Rebasage	181
Réalisations 2003	8 140
Base de référence 2004	8 130
OQN 2004 (+4,10 %)	**8 463**

Source : DHOS

49. Les taux d'évolution régionaux en MCO sont compris entre 3,60 % (Limousin) et 7,86 % (Champagne Ardenne). Cette année, contrairement aux autres années, les DOM n'ont pas bénéficié de taux nettement supérieurs et le taux de l'Ile-de-France (5,71 %) a été plus élevé que celui de la moyenne nationale en raison des enveloppes ciblées dont l'Ile-de-France a été bénéficiaire.

III - Les dépenses de la branche retraite

A – Le respect de l'objectif voté par le Parlement

L'objectif initial de dépenses de la branche retraite entrant dans le champ de la loi de financement, soit 140,4 Md€, a été porté à 140,7 Md€ par la LFSS 2004. Les dépenses se sont élevées à 140,5 Md€, soit un montant légèrement inférieur à l'objectif révisé.

B – Les dispositions de la loi de financement relatives aux dépenses de la branche retraite

La loi de financement comportait peu de modifications du code, en raison de la préparation de la réforme des retraites.

L'article L. 61 du code de la sécurité sociale fixe pour le régime général et les régimes alignés à 1,5 % le taux de revalorisation des avantages de retraite déjà liquidés et des cotisations et salaires servant de base à leur calcul[50]. Faute de disposition légale fixant la règle de revalorisation, le taux est directement arrêté par la loi.

L'article L. 62 étend au régime d'assurance chômage l'obligation imposée par la loi de financement pour 2001 aux organismes gérant les régimes de retraite de transmettre à l'autorité compétente de l'Etat les données nécessaires à la constitution d'un échantillon statistique inter-régimes de cotisants. La loi du 21 août 2003 (art. 114) étend également cette obligation aux gestionnaires des plans d'épargne individuels et collectifs pour la retraite. Le décret d'application de ces deux extensions est en cours de préparation.

L'année 2003 a été essentiellement consacrée à la préparation et au vote de la loi du 21 août relative à la réforme des retraites et à la publication des décrets d'application.

C – La mise en œuvre de la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites

La loi du 21 août 2003 vise, à des degrés divers, la totalité des régimes de base de retraite, à l'exception des régimes spéciaux concernant des personnels non fonctionnaires, appartenant

50. Ce taux s'applique également par voie d'arrêtés aux prestations en espèces versées par les autres branches : accidents du travail, assurance maladie et invalidité.

essentiellement aux entreprises publiques. En outre, elle crée ou aménage des dispositifs d'épargne en vue de la retraite. La plupart de ses dispositions ont été rendues applicables au 1er janvier 2004. La multiplicité des régimes concernés et la complexité de la loi ont rendu très difficile la publication des décrets d'application dans des délais compatibles avec la nécessité pour les organismes de retraite d'adapter leurs systèmes informatiques, d'organiser l'information et l'accueil des assurés et la prise en charge d'un afflux de demandes résultant de la loi. Certains textes d'application ne sont toujours pas publiés, la priorité ayant été accordée aux textes portant sur le calcul des droits[51]. La plupart des décrets qui restent à publier concernent plutôt des procédures institutionnelles (par exemple la création de la commission de garantie des retraites et de la conférence tripartite chargée de proposer l'ajustement des coefficients de revalorisation, la modification de la commission de compensation et la suppression de la surcompensation) ou des dispositions de la loi dont l'entrée en vigueur est plus tardive.

1 – Dispositions générales (titre 1er)

Les dispositions essentielles pour les assurés concernent le droit à l'information, l'alignement des régimes complémentaires et les mesures destinées à favoriser le maintien en activité.

Les décrets relatifs à la mise en œuvre du droit à l'information individuelle des assurés (art. 10) et à l'assouplissement des règles de cumul entre une retraite et un emploi (art. 15) sont en cours d'élaboration. S'agissant du droit à l'information, la mise en place d'une coordination entre les régimes et la constitution d'un GIP pour élaborer et délivrer l'information ont fait l'objet d'un rapport remis au gouvernement en mars 2004.

Le décret relatif à la contribution sur les avantages des préretraites d'entreprise a été publié pour fixer le taux réduit applicable jusqu'au 31 mai 2008 (décret du 30 décembre 2003). Enfin, la loi enjoignait aux partenaires sociaux d'engager une négociation pour adapter le dispositif des retraites complémentaires aux modalités nouvelles prévues pour le régime général. Un accord a été signé dans ce sens le 13 novembre 2003.

Le conseil d'orientation des retraites, dont l'existence et les missions sont désormais inscrites dans la partie législative du code de la sécurité sociale, a vu sa composition élargie de 32 à 36 membres par le

51. Certains décrets ne constituent pas l'application d'une disposition de la loi mais mettent en œuvre des mesures réglementaires du plan de réforme.

décret du 28 mai 2004, le nombre de parlementaires, de représentants de l'Etat et de personnalités qualifiées étant accru.

2 – Dispositions relatives au régime général et aux régimes alignés[52] (titre II)

Modalités de calcul (art. 22, 25, 26, 27)

Deux décrets des 13 et 16 février 2004 ont modifié les modalités de calcul du salaire annuel moyen des polypensionnés, organisé le passage progressif de 150 à 160 du nombre de trimestres d'assurance ou assimilés servant au calcul de la pension dans chacun des régimes, modifié en conséquence la majoration de pension applicable aux assurés du régime général de plus de 65 ans ne justifiant pas de cette durée d'assurance maximum (tout en l'étendant aux autres régimes alignés), enfin allégé le coefficient de minoration (décote) déjà en vigueur et mis en œuvre la surcote au profit des assurés atteignant à 60 ans la durée d'assurance tous régimes requise pour avoir le taux plein mais qui ajournent leur départ en retraite.

Les nouvelles conditions d'attribution du minimum contributif ont été définies par un décret du 26 décembre 2003 : la durée d'assurance au régime général est portée progressivement de 150 à 160 trimestres d'ici à 2008 pour bénéficier du minimum contributif entier. A défaut, il est proratisé. Par ailleurs, le texte fixe son montant à 6 511,06 € par an au 1er janvier 2004. Celui-ci, majoré de 3 % au titre des périodes effectivement cotisées, est porté à 6 706,39 € si toutes les périodes ont donné lieu à cotisation. A défaut, il y a proratisation.

La règle de revalorisation des pensions est à nouveau fixée par une disposition législative permanente. Un arrêté du 23 décembre a fixé pour 2004 la revalorisation des pensions à 1,7 %, dont 0,2 % au titre d'un rattrapage sur l'inflation réelle de 2003.

L'abaissement de l'âge de la retraite (art. 23, 24)

La mise en œuvre de l'abaissement de l'âge de la retraite au profit, d'une part, des assurés ayant commencé à travailler tôt et eu une longue carrière et, d'autre part, des assurés handicapés, a été réalisée respectivement par deux décrets du 30 octobre 2003 et du 17 mars 2004. Ces dispositions visent, outre le régime général et les régimes alignés, ceux des exploitants agricoles, des professions libérales et des avocats.

52. Il s'agit des régimes des artisans, commerçants et du régime géré par la MSA au profit des salariés agricoles.

Cette mesure qui était la plus attendue a fait l'objet du premier décret publié après le vote de la loi.

Les versements pour la retraite au titre de certaines périodes (art. 29)

Un décret (rectifié) et des arrêtés du 31 décembre 2003 ont organisé le droit au rachat d'annuités manquantes, qu'il s'agisse d'années d'études ou d'années où les cotisations n'ont pas permis de valider quatre trimestres. Le dispositif s'applique au régime général et, selon des modalités adaptées, aux régimes alignés, au régime des exploitants agricoles et au régime des cultes. En 2004 et 2005, seuls les assurés d'au moins 54 ans y ont accès et peuvent racheter au maximum 12 trimestres. Le coût d'un trimestre est fixé par un barème qui varie en fonction de l'option d'achat, de l'âge et des revenus.

Les avantages conjugaux et familiaux (art. 31 et 32)

La réforme des majorations d'assurance pour enfant a été précisée par le décret du 26 décembre 2003 pour les régimes alignés et celui des exploitants agricoles. Celle portant sur la pension de réversion et la suppression de l'assurance veuvage (à effet au 1er juillet 2004) a fait l'objet, pour ces mêmes régimes, de deux décrets du 24 août 2004.

Autres dispositions

Les articles 30 (retraite progressive), 35 (activité à temps partiel) et 38 (congé de solidarité familiale) n'ont pas encore fait l'objet du décret prévu.

3 – Les régimes de fonctionnaires (titre III)

Six décrets du 26 décembre 2003 ont précisé la plupart des dispositions qui appelaient une disposition réglementaire, sachant que la loi est plus détaillée pour ces régimes que pour les précédents.

La retraite additionnelle de la fonction publique (art. 76) qui entrera en vigueur le 1er janvier 2005 a fait l'objet d'un décret du 18 juin 2004.

4 – Dispositions relatives aux travailleurs non salariés (titre IV)

Pour les exploitants agricoles, la plupart des mesures d'application ont été insérées dans les décrets applicables aux régimes alignés (titre II).

Doivent encore intervenir des décrets relatifs à la surcote (art. 99 IV) et au rachat concernant les aides familiaux (art. 100).

La loi a également décidé la création d'un régime complémentaire obligatoire pour les industriels et les commerçants (art. 81 à 84) et une réforme importante de l'assurance vieillesse des professions libérales (art. 85 à 96). Pour les avocats, quelques adaptations limitées sont prévues (art. 97), la réforme d'ensemble du régime étant renvoyée à une loi ultérieure.

Deux décrets du 27 mai 2004 mettent en œuvre les dispositions concernant à la fois l'organisation, la tutelle, le financement et le mode de calcul des prestations du régime des professions libérales et un décret du 24 août 2004 organise le régime complémentaire des industriels et des commerçants.

5 – Dispositions relatives à l'épargne retraite (titre V)

La loi a permis à toute personne de se constituer, à titre privé ou dans le cadre de son activité professionnelle, une épargne retraite.

Le « plan d'épargne retraite populaire » (PERP) (d'abord appelé dans la loi du 23 août 2003 « plan d'épargne individuel pour la retraite ») a été mis en œuvre par deux décrets et un arrêté du 21 avril 2004.

Le plan d'épargne pour la retraite collectif (PERCO), d'abord appelé plan partenarial d'épargne salariale volontaire pour la retraite (PPESVR), a été mis en place par le décret du 7 mai 2004 intégré dans le code du travail. Le PERCO se substitue au plan partenarial d'épargne salariale volontaire (PPESV) créé par la loi du 8 février 2001.

Un texte important fait encore défaut : celui relatif au régime social (exonération de cotisations) applicable aux contributions de retraite et de prévoyance complémentaire.

D – L'évolution des prestations de retraite du régime général

En 2003, l'évolution démographique était encore favorable au régime général, les générations nombreuses issues du baby boom n'ayant pas encore atteint l'âge de la retraite. Néanmoins, son solde positif se dégrade de 713 M€ par rapport à 2002 : il s'établit à 946 M€. Cette dégradation s'explique essentiellement par l'augmentation de 1 011 M€ des charges de compensation (+52,3 % pour la seule compensation généralisée) à destination des autres régimes de retraite.

Charges de la branche retraite (régime général)

En M€

Charges	2003 (M€)	% 2003/2002
A- Charges de gestion technique dont :	71 196	+ 5,1
- prestations légales vieillesse	64 333	+ 3,8
- prestations légales veuvage	77	- 3,6
- action sociale	272	- 11,1
- compensation généralisée	3 007	+ 52,3
- autres transferts	2 857	+ 4,9
- dotations aux provisions	196	- 20
- charges financières	1	+ 92,9
B- Charges de gestion courante	915	+ 3,1
Total	72 112	+ 5,0

Source : commission des comptes de la sécurité sociale

Les charges de la branche, s'établissant à 72 112 M€, ont ainsi progressé de 5 %, soit plus du double du taux de 2002 (+2,4 %). Les seules prestations légales « vieillesse » et « veuvage » et d'action sociale (64 683 M€) ont progressé de 3,8 %, soit moins qu'en 2002 (+4,3 %). Au sein de ces prestations, les droits dérivés évoluent moins vite (+3 %) et les prestations veuvage négativement (-3,6 %), tandis que les majorations de pension sous condition de ressources (art. L. 814-1 CSS) progressent de 8,7 %, essentiellement en raison de leur service à l'étranger (v. infra).

La progression des prestations (+3,7 %) est encore légèrement inférieure à celle de l'ensemble des produits (+3,9 %), mais elle est supérieure à celle des cotisations et impôts affectés (+2,5 %), les produits techniques (transferts) progressant de 6,1 %. L'augmentation des prestations résulte de trois effets :

- la revalorisation fixée à 1,5 %, strictement calée sur l'inflation prévue ;
- l'évolution du nombre de retraités : +1,61 % ;
- l'« effet structure « ou « de noria » qui résulte du niveau plus élevé, en euros constants, des pensions des nouvelles générations de retraités qui se substituent aux précédentes. Il s'établit en 2003 à 0,59 %.

Les deux derniers effets mesurent l'accroissement en volume des prestations, égal à la différence entre la progression totale des prestations

(3,7 %) et l'effet prix (1,5 %) soit 2,2 % en 2003, taux légèrement supérieur à celui de 2002 (2,1 %).

IV - Les dépenses de la branche famille

En 2003, pour la cinquième année consécutive, les comptes de la branche famille ont été excédentaires. Mais cet excédent est en forte régression : 426 M€ contre 1 029 M€ en 2002.

Alors que les prestations sociales ont progressé à un rythme légèrement inférieur à celui des produits issus des cotisations, impôts et produits affectés (+ 2,16 % contre + 2,27 %) et que la branche a bénéficié d'une augmentation de reprises sur amortissements de 270 M€ par rapport à 2003 [53], la dégradation des résultats est due à la forte augmentation de la contribution au financement du FSV en application de l'article 59 de la LFSS pour 2003.

A – Les mesures nouvelles de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003

Deux mesures nouvelles relatives à la branche famille figuraient dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 et ont fait l'objet de la mise en œuvre suivante :

- article 58 : création d'une allocation forfaitaire de 70 € par mois, versée pendant un an aux familles de trois enfants et plus dont l'aîné atteint vingt ans. Mise en œuvre à compter du 1er juillet 2003, cette mesure a entraîné une dépense nouvelle de 16,3 M€ en 2003.

- article 59 : poursuite de l'augmentation de la prise en charge par la CNAF des majorations de pensions pour enfant, avantage non contributif financé par le FSV depuis 1993. Cette prise en charge est passée de 30 à 60 % en 2003, entraînant des charges supplémentaires de près de 1 Md€ pour la branche famille.

B – L'évolution des dépenses

L'objectif de dépenses de la branche famille entrant dans le champ de la loi de financement a été fixé initialement à 43,6 Md€, puis révisé à

53. Reprises permises principalement par le remboursement à la branche en avril 2003 d'une créance de 238 M€ sur le FOREC

44 Md€[54]. Les dépenses se sont élevées à 43,4 Md€, soit une progression de + 4,3 %. Mais les seules prestations familiales n'augmentent que de 2,1 % par rapport à 2002, tandis que les charges techniques (transferts au profit notamment du FSV en application de l'article 59 de la LFSS pour 2003) progressent fortement.

Le montant total des dépenses de la branche s'est établi à 47,1 Md€, soit une progression de 4,2 % par rapport à 2002 :

Evolution des principaux postes de dépenses de la branche famille en 2003

En M€

	Dépenses 2003	Evolution 2002/2003 (%)
Prestations légales :	**32 910**	**+ 2,09**
- Allocations familiales	*11 448*	*+ 1,69*
- Complément familial	*1 556*	*+ 0,11*
- Allocation pour jeune enfant	*2 816*	*- 0,13*
- Garde des jeunes enfants	*5 315*	*+ 2,67*
- Monoparentalité	*1 825*	*+ 4,22*
- Allocation de rentrée scolaire	*1 338*	*- 1,09*
- Logement	*3 267*	*+ 1,21*
- Handicapés	*5 045*	*+ 4,71*
- Frais de tutelle	*182*	*+ 5,13*
- Autres	*118*	
Prestations extra-légales (action sociale)	**2 449**	**+ 3,65**
Transferts versés :	**9 194**	**+ 14,38**
- AVPF	*3 749*	*+ 2,16*
- Majoration pour enfant (FSV)	*1 895*	*+ 110,18*
- Congé paternité	*207*	*+ 3,86*
- Financement FNH-FNAL	*3 183*	*+ 1,51*
- Autres transferts versés	*160*	
Charges de personnel et autres charges de gestion courante	**1 946**	**+ 4,68**
Charges diverses	**573**	
Total	**47 072**	**+ 4,21**

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale juin 2004.

54. L'objectif n'inclut pas les dépenses de transfert au titre de l'assurance vieillesse des parents au foyer soit 3,7 Md€ versés à la CNAV.

1 – Les prestations familiales ont connu des évolutions contrastées

a) Les prestations d'entretien ont diminué en volume

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 1er janvier 2003. Les principales prestations d'entretien (allocations familiales hors effet de la création de l'allocation forfaitaire : +1,54 %, complément familial : +0,11 % et allocation pour jeune enfant : -0,13 %) ont connu une progression inférieure de même que l'allocation de rentrée scolaire (-1,09 %) en raison, d'une part, d'une relative baisse du nombre d'enfants ouvrant droit à ces prestations et, d'autre part, de la baisse du nombre de ménages éligibles pour celles de ces prestations soumises à conditions de ressources.

b) L'aide à la garde des jeunes enfants a progressé selon un rythme moins rapide que les années précédentes

Les aides à la garde des enfants de moins de six ans ont représenté 5 315 M€, en progression de 2,68 % par rapport à 2002 (la hausse était de 5,6 % en 2002 par rapport à 2001). Cette progression recouvre des évolutions différentes des trois prestations : l'allocation parentale d'éducation (APE) n'a progressé que de 1,3 %, le nombre de bénéficiaires étant resté stable en 2003 ; l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle (AFEAMA) a poursuivi une hausse significative (+5 %) pour atteindre près de 2 200 M€ et l'aide à la garde à domicile (AGED) a connu une baisse beaucoup moins forte que les années précédentes, passant de 115 à 113 M€.

c) Les aides au logement ont faiblement augmenté

Après une progression de 7,93 % en 2001 et de 6,11 % 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'ont augmenté que de 1,19 % en 2003. Cette faible augmentation est expliquée par une légère diminution du nombre des bénéficiaires (-1,3 %) et par l'absence de revalorisation des barèmes[55].

55. En raison de différents retards, les revalorisations des barèmes n'ont eu lieu qu'au second trimestre 2004, avec effet rétroactif au 1er juillet 2003.

d) Les aides aux personnes handicapées ont connu une progression soutenue

L'allocation adultes handicapés (AAH) et son complément ont représenté une dépense totale de 4 577 M€, soit une augmentation de 3,3 % due principalement à la hausse du nombre de bénéficiaires (+ 2,2 %). 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.

Par ailleurs, les dépenses relatives à l'allocation d'éducation spéciale (AES) sont passées de 388 M€ en 2002 à 468 M€ en 2003, soit une progression de 20,8 % (après une progression de 10,9 % en 2002) due principalement à la réforme intervenue en avril 2002.

2 – Les dépenses d'action sociale ont connu une augmentation moins élevée qu'en 2002

Les prestations extra-légales, qui avaient fortement crû en 2002 (+13%) suite à l'impulsion donnée par la COG 2001/2004, ont connu une croissance plus modérée en 2003 (+3,7%). Au sein de ces prestations, ce sont les contrats temps libre qui ont progressé le plus fortement, passant de 137 M€ en 2002 à 187 M€.

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES PAGE 411

Chapitre II

Le financement de la sécurité sociale

PRESENTATION

Les ressources des régimes de base ont augmenté de 1,7 % en 2003 et celles du régime général de 2,9 % contre respectivement 2,8 % et 2,1 % l'année précédente. Cette évolution résulte d'une part, d'une légère accélération de la croissance des cotisations sociales (2,5 % au lieu de 2,1 %) et d'autre part, de celle, plus marquée, de la CSG et des taxes affectées au régime général (2,9 % en 2003 contre 0 % en 2002). Elle intègre par ailleurs le remboursement des exonérations de cotisations sociales effectué par la CADES au régime général. Compte tenu notamment de l'accélération de la croissance des dépenses d'assurance maladie, le déficit de l'exercice 2003 s'établit pour l'ensemble des régimes de base à 11,7 Md€ et à 11,5 Md€ pour le seul régime général, contre un déficit respectivement de 3,8 et 3,5 Md€ en 2002.

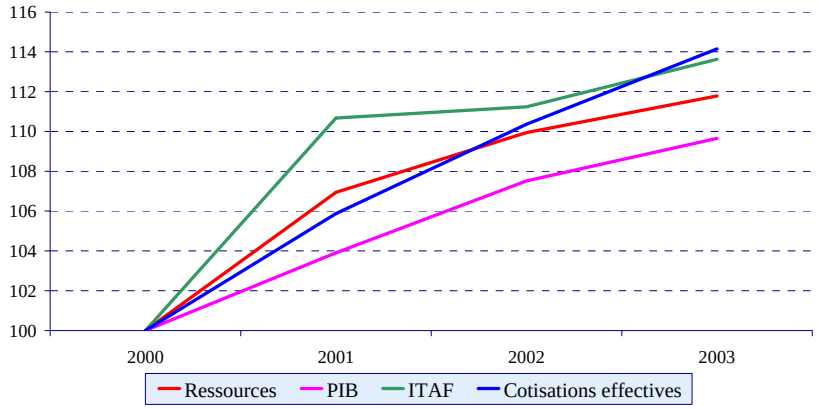
La partie ressources présente cette année deux points particuliers, le premier relatif aux cotisations famille et maladie de l'Etat employeur, le second aux prévisions de recettes des taxes sur le tabac.

Enfin, les relations financières entre l'Etat et les organismes de sécurité sociale restent marquées par la persistance de dettes anciennes de l'Etat auxquelles s'ajoute en 2003, un accroissement significatif du montant des restes à recouvrer. On observe également une augmentation des versements tardifs, dont le coût estimé en trésorerie a fait l'objet d'une estimation par l'ACOSS.

I - L'évolution des ressources et des soldes depuis quatre ans

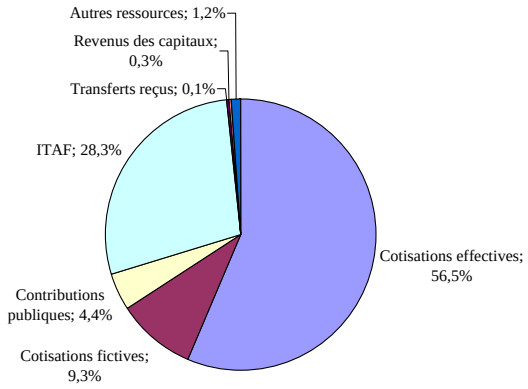
Au cours des quatre dernières années, les ressources totales des régimes de sécurité sociale dans le champ de la loi de financement ont évolué légèrement plus vite que le PIB du fait notamment de la forte croissance des impôts et taxes affectés intervenue en début de période. Toutefois, les cotisations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

Evolution des ressources de sécurité sociale dans le champ LFSS et de la masse salariale (base 100 en 2000)



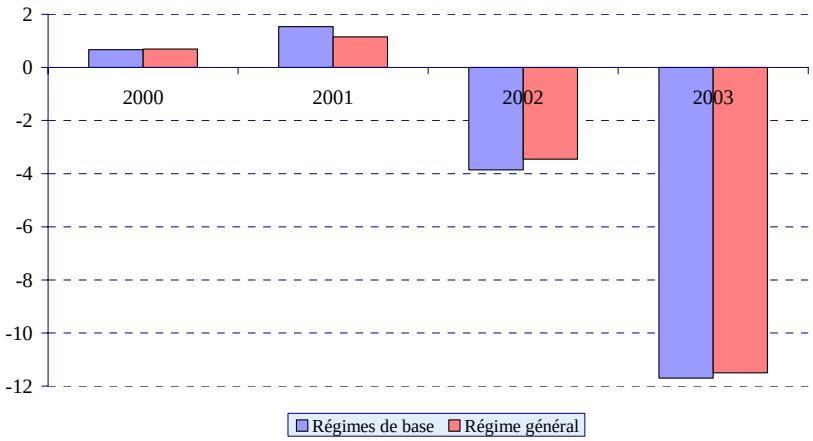
La part respective des ressources dans le total des régimes de base évolue très peu d'une année sur l'autre. Celle des cotisations effectives reste prépondérante et représente 56,5 % du total en 2003 (55,3 % en 2000). Il convient d'y ajouter les cotisations fictives, qui correspondent aux prestations directes versées par certains employeurs publics (prestations familiales et pensions notamment) et qui accusent un léger recul (9,3 % contre 10,1 % en 2000). La part des impôts et taxes affectés (ITAF), dont la CSG constitue l'essentiel, augmente de 27,8 % en 2000 à 28,3 % en 2003 tandis que celle des contributions publiques diminue de 5,1 % à 4,4 %.

Répartition des ressources des régimes de base en 2003



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.

Solde des régimes de base et du régime général en Md€



II - Les ressources des régimes

A – Les ressources consolidées des régimes de base

Les prévisions de recettes des régimes de base ont été fixées par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 (article 20) en droits constatés à 327,51 Md€. Pour l'exercice 2003, les recettes se sont établies à 321,3 Md€, soit un écart de -6,2 Md€. Hors versement de la CADES l'augmentation des ressources s'élève à 1,2% et celles des cotisations effectives à 2,6 %.

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

En Md€

Catégories de recettes	Réalisations LFSS pour 2002 (1)	LFSS 2003 initiale (2)	LFSS 2003 révisée	Réalisations 2003 (3)	Réalisations 2003/réali-sations 2002 (3)/(1) (%)	Ecart entre réalisations et LFSS Initiale (3)-(2)
Cotisations effectives*	175,6	181,9	182,5	181,2	+ 3,2 %	- 0,7
Cotisations fictives	29,4	32,5	29,9	29,9	+ 1,7 %	- 2,6
Contributions publiques *dont :*	13,8	13,7	14,1	14,1	+ 2,4 %	+ 0,4
cotisations prises en charge par l'Etat	*2,8*	*2,3*	*2,5*	*2,5*	- 10,7 %	+ 0,2
Impôts et taxes affectés *dont :*	89,0	94,1	90,9	90,9	+ 2,1 %	- 3,2
FOREC	*15,4*	*16,6*	*15,9*	*16,2*	+ 5,2 %	- 0,4
Transferts reçus	0,2	0,2	0,2	0,2	- 16,7 %	0,0
Revenus des capitaux	0,8	1,0	1,0	1,0	+ 25,0 %	- 0,0
Autres ressources	7,5	4,1	4,3	4,0	- 46,6 %	- 0,1
Source : **Total des recettes**	*Source :* **316,3**	*Source :* **327,5**	*Source :* **322,9**	*Source :* **321,3**	*Source :* **+ 1,6 %**	*Source :* **- 6,2**

Source : direction de la sécurité sociale
(*) Hors cotisations prises en charge par l'Etat et le FOREC mais avec versement de la CADES
Champ : France entière - Loi de financement de la sécurité sociale

1 – Les cotisations

Les cotisations sociales comprennent les cotisations effectivement prélevées sur les différents types de revenus tels que les salaires, les revenus des entrepreneurs individuels et les revenus de remplacement. Elles se sont élevées à 181,2 Md€ en 2003.

Les cotisations prises en charge par l'Etat au titre des exonérations se sont élevées à 2,5 Md€ et celles prises en charge par le FOREC qui correspondent à des dépenses du fonds à 16,2 Md€. Elles représentent respectivement 1,4 % et 8,9 % du total des cotisations.

2 – Les impôts et taxes affectés

Les impôts et taxes affectés à l'ensemble des régimes de base de la sécurité sociale, au FOREC, au FSV et au FRR s'élèvent, en 2003, à 90,9 Md€. Hors FOREC, les impôts et taxes affectés atteignent 74,7 Md€, en hausse de 1,5 % par rapport à 2002.

En 2003, les impôts et taxes affectés ont été inférieurs de 3,2 Md€ au montant inscrit en loi de financement et progressent au total de 2,2 % par rapport à 2002.

Impôts et taxes affectés aux régimes de base de la sécurité sociale, au FSV, au FOREC et au FRR

En Md€ et %

	2001	2002	2003	2003/2002
Ensemble	**88,5**	**89,0**	**90,9**	**+ 2,2%**
dont : régime général	49,6	49,6	51,0	+ 2,9%
Impôts affectés	**63,8**	**64,0**	**65,7**	**+ 2,7%**
- CSG	61,9	62,2	64,0	+ 2,8%
- 2 % sur les revenus des capitaux	1,9	1,7	1,7	+ 0,3%
Taxes affectées	**24,7**	**25,0**	**25,2**	**+ 0,9%**
- taxes sur les alcools	3,3	3,0	2,9	- 4,7%
- taxes sur les tabacs	8,8	8,6	8,7	+ 1,1%
- taxe sur les conventions assurances	0,9	1,0	1,0	+ 3,9%
- C3S	3,0	2,9	2,7	- 6,4%
- prévoyance	0,4	0,6	0,5	- 10,4%
- autres taxes	8,3	8,9	9,3	+ 5,3%

Source : direction de la sécurité sociale

a) La CSG

Montants de la CSG affectés aux différentes branches

En Md€

	2001	2002	2003
CSG maladie	42,9	43,6	45,0
dont : affectée à la CNAM	*37,5*	*38,0*	*38,9*
CSG affectée à la CNAF (1,1 point)	9,3	9,5	9,7
CSG affectée au FSV (1,05 point)	9,7	9,1	9,3
TOTAL CSG (DOM et métropole)	**61,9**	**62,2**	**64,0**

Source : direction de la sécurité sociale

b) Les autres impôts et taxes affectés hors FOREC

Affectation par organisme des impôts et taxes (hors FOREC)

En Md€

	2001	2002	2003
Régime général	**2,8**	**2,1**	**2,4**
CNAM	**2,2**	**1,8**	**2,1**
. Taxes sur les conventions assurance	0,9	0,0	0,0
. Taxes sur les tabacs	0,3	0,8	1,3
. Taxes sur les boissons	0,4	0,4	0,4
. Taxes pharmaceutiques	0,6	0,6	0,4
CNAV			
*part des 2 % sur les revenus des capitaux**	**0,6**	**0,3**	**0,3**
Taxe affectée au FSV sur la prévoyance	**0,4**	**-**	**-**
C3S affectée aux régimes de non-salariés	**2,5**	**2,3**	**2,7**
CANAM	0,6	0,7	0,9
CANCAVA	0,5	0,3	0,3
ORGANIC	0,9	0,8	0,0
BAPSA	0,6	0,5	0,6
FSV	---	---	0,9
TVA affectée au BAPSA	**4,1**	**4,3**	**4,4**

Source : direction de la sécurité sociale
** la CNAV reçoit 15 % des recettes de ce poste*

Comme en 2002, peu de modifications sont intervenues dans les règles d'affectation ou de répartition des impôts et taxes affectés. L'ensemble reste cependant complexe du fait de la ventilation d'impôts et de taxes de faible montant entre plusieurs organismes et fonds comme le montre le tableau ci-dessous. La Cour réitère sa recommandation des années précédentes d'une simplification de ces dispositifs.

L'affectation des principaux impôts et taxes

En Md€

		2001	2002	2003
CSG				
2001 : 61,9	Maladie [1]	42,9	43,7	44,9
2002 : 62,3	CNAF	9,3	9,5	9,7
2003 : 63,9	FSV	9,7	9,1	9,3
2 % sur les revenus des capitaux				
2001 : 2,0	CNAV	0,6	0,3	0,3
2002 : 1,8	FSV	0,4	0,4	0,4
2003 : 1,8	FRR	1,0	1,1	1,1
Taxes tabacs				
2001 : 8,8				
2002 : 8,6	CNAM	0,3	0,8	1,3
2003 : 8,7	FOREC	8,5	7,8	7,4
Droits alcools				
2001 : 3,2				
2002 : 3,0	CNAM	0,4	0,4	0,4
2003 : 2,9	FOREC	2,8	2,6	2,5

Source : direction de la sécurité sociale
(1) CNAM et part autres régimes maladie.

3 – Les contributions publiques

Les contributions publiques sont des concours budgétaires de l'Etat à certains régimes de sécurité sociale pour combler leur déficit ou pour financer certaines charges particulières. Il s'agit pour l'essentiel des subventions d'équilibre versées à certains régimes spéciaux et des remboursements de prestations (allocation aux adultes handicapés par exemple). Elles se sont élevées, en 2003, à 11,6 Md€.

Elles regroupent également la prise en charge par le budget de l'Etat de certaines exonérations de charges sociales sous forme de dépenses. A ce titre, elles sont incluses ici dans les contributions publiques, alors que, dans la loi de financement de la sécurité sociale, elles ne sont pas considérées comme une contribution de l'Etat au financement des régimes mais sont intégrées dans la rubrique « cotisations sociales ». Elles s'élèvent, en 2003, à 2,4 Md€ contre 2,7 Md€ en 2002, soit un recul de 10,8 %.

Au total, l'ensemble des contributions publiques a diminué de 2,4 % en 2003 par rapport à 2002 pour s'établir à 14,1 Md€.

B – Les ressources du régime général

1 – L'évolution des ressources du régime général

En 2003, les ressources du régime général s'établissent à 237,8 Md€ contre 231 Md€ en 2002 soit une progression de 2,9 % contre

2,1 % en 2002. Elle est due à deux facteurs : d'une part, la progression des cotisations sociales (hors cotisations prises en charge) qui représentent 60,5 % de l'ensemble des recettes du régime général et qui augmentent de 2,5 % contre 2,1 % en 2002, d'autre part, celle des impôts et taxes qui représentent 21,5 % du total des recettes et s'accroissent de 2,9 % en 2003.

Les ressources du régime général

En Md€ et %

	2002	2003	Variation (%)
Cotisations	140,3	143,8	+ 2,5
- cotisations des assurés	29,3	30,5	+ 4,2
- cotisations des employeurs	111,0	113,3	+ 2,0
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale*	0,2	0,2	- 2,4
Contributions publiques	8,4	8,3	- 1,6
Impôts et taxes affectés	49,6	51,0	+ 2,9
Transferts divers entre organismes de sécurité sociale et assimilés	25,2	26,7	+ 6,0
Remboursement de la Cades	-	1,2	-
Autres ressources	7,4	6,7	+ 7,3
Total des ressources consolidées	**231,0**	**237,8**	**+ 2,9**

Source : direction de la sécurité sociale

**Cette rubrique correspond à la partie des cotisations sociales des professions de santé prises en charge par la sécurité sociale*

2 – Evolution des cotisations sociales

Les cotisations sur salaires connaissent en 2003 une légère progression (2,4 % contre 2,2 %) malgré le net ralentissement de la croissance de la masse salariale du secteur privé (1,7 % contre 3 % en 2002). Cette divergence d'évolution s'explique principalement par le ralentissement de la croissance des exonérations de cotisations sociales (+1,9 %) qui avait été particulièrement vive en 2002 (5,5 %).

Les cotisations sociales payées par l'Etat en tant qu'employeur ont progressé de 1,75 % en 2003 pour atteindre 6 303 M€ contre une progression de 3,42 % l'année précédente.

Pour les cotisations sociales au titre de la famille, l'Etat assure directement le versement des prestations à ses agents bénéficiaires. Il ne verse à la CNAF que la différence entre le montant estimé des cotisations dues et le montant effectivement payé des prestations. Cette différence,

appelée « solde compensatoire », atteint 1,67 Md€ en 2003 contre 1,62 Md€ en 2002 et 1,5 Md€ en 2001[56].

3 – Les cotisations maladie et famille dues par les employeurs publics

La Cour a présenté dans le rapport au Parlement sur la sécurité sociale de 2002 le résultat d'une enquête effectuée sur l'assiette des cotisations sociales des salariés du secteur privé. Elle avait indiqué alors qu'elle étendrait cette enquête aux cotisations sociales des agents des trois fonctions publiques[57]. Par ailleurs, une seconde enquête a été réalisée en 2003-2004 sur les pluri-actifs et les agents occasionnels employés par l'Etat.

a) L'assiette des cotisations des employeurs publics

Le fait que l'Etat assure lui-même le versement de prestations en espèces -prestations familiales et indemnités journalières- ne fait pas obstacle au rattachement des agents titulaires des trois fonctions publiques au régime général pour les prestations familiales et les prestations en nature de l'assurance maladie. Dans le cas des prestations familiales, le versement à la CNAF d'une soulte en est la conséquence. Par contre, les employeurs publics (Etat, établissements publics hospitaliers, collectivités locales) ne cotisent pas à parité avec les employeurs privés. La situation des employeurs publics présente deux différences avec celle du secteur privé : d'une part, l'assiette des cotisations n'intègre pas la totalité des rémunérations versées, de l'autre, le taux de cotisation est inférieur.

En application de l'article 34 de la Constitution qui dispose que la loi détermine les principes fondamentaux de la sécurité sociale -parmi lesquels figure la nature de l'assiette des cotisations-, le législateur a défini l'assiette sur laquelle sont assises les cotisations sociales comme comprenant « toutes les sommes versées aux travailleurs en contrepartie ou à l'occasion du travail, notamment les salaires ou gains, les indemnités de congés payés, le montant des retenues pour cotisations ouvrières, les indemnités, primes, gratifications et tous autres avantages en argent et les avantages en nature » (L. 242-1 du code de la sécurité sociale).

---

56. Le solde compensatoire donne lieu chaque année à un apurement auprès de la CNAF. Les modalités de cet apurement figurent en annexe du rapport sur l'exécution des lois de finances.

57. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2002, p. 37.

Contrairement à ce principe, l'assiette des cotisations qui s'applique aux employeurs publics est définie par un simple décret (D. 712-38 du code de la sécurité sociale) par référence « aux traitements soumis à retenue pour pension », lesquels correspondent uniquement au traitement indiciaire à l'exception des rémunérations annexes (notamment indemnité de résidence, supplément familial de traitement, primes, heures supplémentaires…). La référence aux « traitements soumis à retenues pour pension », qui servent d'assiette au calcul des pensions, n'est pas recevable dès lors qu'il n'existe pas de lien entre l'assiette des cotisations et les prestations servies : elle contredit le principe constitutionnel d'égalité des assurés face aux prélèvements obligatoires. La Cour constate que cette définition de l'assiette que retient l'Etat pour la maladie et la famille se trouve ainsi dépourvue de tout fondement législatif.

Par ailleurs, en ce qui concerne la maladie, le taux de cotisation est fixé pour l'Etat à 9,7 %, soit un abattement de 24 % par rapport à celui applicable au régime général. Cette pratique est généralement justifiée par le fait que les prestations en espèces (indemnités journalières et prestations d'invalidité et de décès) et l'action sanitaire et sociale sont autofinancées par l'Etat. La Cour a calculé que le taux de « parité » devrait s'établir à 11,9 % et non à 9,7 %. C'est d'ailleurs un taux voisin - 11,5 %- qui est appliqué pour les agents hospitaliers et pour ceux des collectivités locales.

Au total, le manque à gagner brut pour le régime général est de près de 3 Md€ dont 2 Md€ dus à la moindre contribution de l'Etat employeur. Compte tenu du fait que la dotation globale versée par la sécurité sociale aux hôpitaux devrait être majorée du montant du complément d'assiette nécessaire (725 M€) pour ce qui les concerne, le manque à gagner net s'établirait à 2,25 Md€.

Pertes de recettes brutes pour les branches du régime général (montant 2001)

M€

	Etat	Hôpitaux publics	Collectivités locales	Total
CNAF	500	225	60	785
CNAM	1 500	500	190	2 190
Total RG*	2 000	725	250	2 975

Source : Cour des comptes

**Chiffrage hors prise en compte de la compensation maladie.*

b) Le cas des cotisations des agents publics pluri-actifs ou occasionnels

A coté des agents titulaires et non titulaires employés à temps plein, l'Etat fait régulièrement appel à d'autres agents de statut public ou privé pour des tâches particulières ou temporaires. Ces collaborateurs occasionnels accomplissent des tâches diverses : manœuvres du cadastre du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, médecins, experts auprès des tribunaux, membres de commissions électorales, chargés d'enseignement ou de conférences, membres de jurys de concours… Au regard du droit applicable, il existe deux catégories d'agents occasionnels : les agents du secteur privé, collaborateurs occasionnels du service public (environ 65 000 personnes) et les agents titulaires dits pluri-actifs (il n'existe pas de recensement de ces agents et leur nombre est donc inconnu).

Les rémunérations des collaborateurs occasionnels de statut privé sont soumises au droit commun. Toutefois, elles sont exemptées de cotisation lorsqu'elles sont inférieures à 9 % du plafond de la sécurité sociale. Le montant des cotisations en cause n'est pas distingué dans la comptabilité de l'Etat de celui des autres agents non titulaires à temps incomplet[58].

En revanche, l'Etat employeur considère que les rémunérations issues des activités occasionnelles des agents titulaires, en tant que rémunérations annexes, n'entrent pas dans le champ de l'article D. 712-38 du code de la sécurité sociale, et ne cotise pas pour ces rémunérations. Celles-ci ne supportent, par conséquent, que les prélèvements au titre de la CSG et de la CRDS.

Une enquête a été conduite en 2003 et 2004 pour appréhender dans quelles conditions l'Etat employeur s'acquittait des obligations sociales relatives aux agents publics pluri-actifs et occasionnels. Celle-ci a révélé, dans certains cas, un suivi défaillant des services ordonnateurs[59], en raison d'une connaissance imprécise des conditions d'emploi de ces personnels et d'une nomenclature budgétaire inadaptée. Enfin, les contrôles effectués par les comptables publics et les URSSAF demeurent

58. Les cotisations sociales versées par l'Etat au titre des agents non titulaires employés à temps incomplet ou de manière occasionnelle (hors temps partiel), représentaient 518,9 M€ en 2002, en progression de 10,4 % par rapport à l'année précédente.

59. Cette enquête a également montré que l'application de la réglementation relative au cumul des rémunérations des agents publics titulaires ne faisait pas l'objet d'un suivi satisfaisant par les services ordonnateurs.

insuffisants. Au total, les informations disponibles se sont révélées partielles et en partie incohérentes et ne permettent pas de donner une estimation des montants en cause.

Le défaut de maîtrise de l'assiette des cotisations sociales des agents publics pluri-actifs ou occasionnels par les services de l'Etat

Les cotisations sociales de l'Etat employeur sont calculées par les services ordonnateurs des administrations qui déterminent l'assiette et effectuent la liquidation ; elles sont ensuite payées par les comptables publics aux URSSAF. L'ACOSS reverse aux différentes caisses bénéficiaires les montants collectés par les URSSAF. Les investigations menées ont montré que les cotisations sociales de ces personnels sont, dans leur grande majorité, correctement calculées. Toutefois, de nombreuses défaillances dans le versement des cotisations sociales ont été relevées pour certaines catégories de personnels non titulaires. Dans ce cas, elles s'expliquent par une méconnaissance de l'assiette des cotisations dues.

Les procédures de gestion des rémunérations des personnels, notamment la connaissance de la situation administrative des agents comme la tenue des comptes de cumuls de rémunération, commandent largement la faculté des services d'appliquer avec rigueur la législation en matière de cotisations sociales. Or, faute d'une appréhension précise de la situation administrative des agents employés à titre temporaire, qu'ils soient agents publics ou non, plusieurs ministères sont dans l'incapacité de déterminer avec exactitude les cotisations sociales dues.

Dans certains cas, les déclarations fiscales ne sont pas émises (formateurs et membres de jury au ministère des affaires étrangères), certaines indemnités versées ne supportent aucun prélèvement social (médecins et infirmiers vacataires pour ce même ministère), le nombre de collaborateurs occasionnels et le régime social qui leur est applicable n'est pas toujours connu (vacataires du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, du ministère de l'éducation nationale et du ministère de la culture), enfin les assiettes de cotisations prévues par les textes ne sont pas appliquées (collaborateurs occasionnels du ministère de la justice).

Ces situations sont à l'origine de prélèvements sociaux parfois excessifs (ensemble des cotisations sociales pour une prestation occasionnelle d'un agent public titulaire), mais le plus souvent minorés (taux réduits ou nuls de cotisation sociale pour les médecins de plusieurs ministères).

Des contrôles insuffisants

Les comptables publics qui reçoivent des services ordonnateurs les traitements des agents publics pour contrôle et paiement ne sont pas toujours en mesure de vérifier les éléments du calcul des cotisations des personnels pluri-actifs ou occasionnels. Il n'existe ni contrôle ciblé ou aléatoire ni directive nationale en la matière.

Cette situation explique que certaines cotisations sociales ne soient pas correctement versées. Ainsi des services ordonnateurs s'exonèrent-ils illégalement des cotisations patronales lorsqu'ils recourent à des collaborateurs extérieurs retraités, de même certaines vacations, qualifiées d'indemnités, échappent aux prélèvements sociaux.

Les URSSAF sont destinataires des versements de cotisations sociales effectués par les comptables publics. Les informations qu'elles reçoivent à l'appui des paiements ne sont pas détaillées et ne permettent pas de contrôler l'exactitude des montants versés. L'évolution de la législation intervenue avec la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 donne désormais une compétence plus large aux URSSAF : limitées auparavant au secteur privé et aux administrations publiques autres que l'Etat et ses services déconcentrés, les URSSAF sont désormais habilitées à contrôler les services déconcentrés de l'Etat et à venir en appui de la Cour pour le contrôle des administrations centrales[60]. Cette compétence nouvelle appelle une modification sensible des relations entre le réseau du trésor public et les URSSAF afin de rendre plus fiables les informations transmises à l'appui des paiements.

4 – Le relèvement des taxes sur le tabac

L'objectif de lutte contre le tabagisme a inspiré à partir du début des années 1990 une politique fiscale visant à relever progressivement le prix relatif du tabac qui avait baissé sur une longue période puis était resté stable pendant plus d'une décennie. Le plan cancer a préconisé le renforcement de cette action par le passage à un rythme significativement accru du relèvement de la fiscalité. Plusieurs relèvements des droits d'accises sont intervenus depuis le début 2003 qui ont induit des hausses de prix approchant 40% et porté la charge fiscale à plus de 80% du prix de détail.

La Cour a procédé à une enquête détaillée tendant à évaluer les enseignements pouvant être tirés des études et travaux disponibles sur les

60. Article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 qui modifie les articles L. 243-7 du code de la sécurité sociale et l'article L. 111-6 du code des juridictions financières.

comportements de consommation et la prise en compte des inflexions attendues dans les prévisions de recettes.

Des aléas importants s'attachent en effet à l'analyse prévisionnelle des conséquences d'une politique de hausse de la fiscalité dont le rythme est sans précédent et qui s'exerce dans un domaine relevant du régime de la liberté des prix. Quatre éléments sont notamment à prendre en compte :

1. Plusieurs mécanismes de relèvement de la fiscalité ont été utilisés successivement dont les effets sur les prix des diverses cigarettes peuvent être différents.

Jusqu'à la fin 2003, la fiscalité du tabac comportait une *taxe sur les tabacs fabriqués* perçue au taux de 0,74% en addition de la TVA (article 1 609 unvicies du CGI) et affectée au financement du BAPSA et un *droit de consommation* (article 575 du CGI).

Le droit de consommation comporte un *taux normal* appliqué aux *cigarettes de la classe de prix la plus demandée* qui, en France, sont du type Marlboro. Pour les autres cigarettes, la taxe comporte une *part spécifique* exprimée par unité de produit et une *part proportionnelle* au prix de détail61. Le montant du droit de consommation ne peut cependant être inférieur à un *minimum de perception* dont l'objet est de dissuader la mise sur le marché de produits trop bon marché.

Ces différentes variables ont été utilisées à l'appui des hausses de la période récente (tableau ci-dessous). Le dispositif adopté pour 2004 s'est écarté du projet initial du gouvernement qui comportait un fort relèvement du taux de la taxe BAPSA, laquelle a en définitive été supprimée tandis qu'était introduite une nouvelle hausse du taux normal du droit à la consommation désormais assortie d'une augmentation de la part fixe.

61. La part spécifique est exprimée en pourcentage de la charge fiscale totale, TVA comprise, de la cigarette de référence. Le taux de la part proportionnelle, dit taux de base, est égal à la charge fiscale appliquée à la cigarette la plus demandée diminuée du montant de la part spécifique.

Droit de consommation applicable aux cigarettes

Date d'effet	1er janvier 2001	1er janvier 2002	6 janvier 2003	31 juillet 2003	5 janvier 2004
Taux normal (/prix de détail de la cigarette la plus demandée)	58,99 %	58,99 %	58,99 %	62 %	64 %
Part spécifique (/charge fiscale totale de la cigarette la plus demandée)	5 %	5 %	5 %	5 %	7,5 %
Montant pour 1 000 unités	6,38 €	6,84 €	7,41 €	9,09 €	15,07 €
Montant minimum de perception pour 1 000 unités (autres que la plus demandée)	Blondes : 82 € Brunes : 78 €	Blondes : 90 € Brunes : 87 €	106 €	108 €	128 €
Taux proportionnel (« taux de base »)	55,19 %	55,19 %	55,19 %	58,05 %	57,97 %

Source : Cour des comptes à partir des données DGDDI

2. La répercussion sur les prix des relèvements de barèmes n'est pas mécanique, l'industrie restant libre de moduler ou différer la reconstitution de ses marges.

Pour 2004, seule la moitié environ des hausses de prix correspondant à la répercussion des barèmes mis en oeuvre en début d'année a été pratiquée à ce jour. La confirmation d'un choix des fabricants tendant à ménager la consommation en volume plutôt que de reconstituer les marges unitaires limiterait donc d'autant l'efficacité de la hausse des taxes du point de vue de la santé publique.

3. Du point de vue de l'objectif de santé publique, la politique mise en oeuvre repose sur le postulat qu'une hausse du prix d'un produit du tabac induit une baisse du volume consommé. Si une élasticité de - 0,3 a en effet été observée sur le passé[62], le recours à des hausses massives vise à susciter une rupture de comportement correspondant à des élasticités nettement plus fortes.

62 C'est-à-dire qu'une hausse des prix de 1% induirait un repli de la consommation de 0,3%, voir : « Les fumeurs face aux récentes hausses du prix du tabac », Marie Anguis et Dominique Dubeaux, *Insee Première* n° 551, octobre 1997.

Une enquête réalisée en décembre dernier[63] enregistre d'ailleurs une baisse sensible de la prévalence du tabagisme par rapport à 1999, baisse qui pour la première fois touche les femmes et qui est particulièrement marquée pour les 15-25 ans. Seule une observation plus longue permettra cependant de vérifier que cet effet perdure au-delà d'une réaction immédiate à l'annonce de hausses aussi importantes.

4. Enfin, une augmentation rapide des prix peut également inciter à un recours accru aux approvisionnements transfrontaliers mais aussi au développement de la contrebande ou à des achats sur internet. L'évolution observée de la consommation taxable peut de ce fait s'écarter de celle de la consommation réelle. L'impossibilité de mesurer ces flux ne permet pas d'évaluer l'impact net de la politique récente sur la prévalence tabagique et la santé publique.

Ces divers facteurs se combinent de façon complexe et rendent incertaines tant l'analyse de l'évolution récente de la consommation que la prévision de recettes fiscales lesquelles sont, pour l'essentiel, affectées au financement d'organismes de sécurité sociale

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 prévoyait que les hausses de barèmes et de prix alors intervenues feraient progresser de 1 Md€ le produit des taxes qui était de 8,7 Md€ en 2002. Cette prévision a dû être fortement revue à la baisse en septembre 2003 du fait d'une hausse du prix des tabacs en début d'année nettement inférieure à celle attendue (11 % au lieu de 17 %) et surtout d'une diminution des ventes de tabacs témoignant d'une élasticité immédiate proche de -0,8 au lieu des -0,3 initialement envisagés. Le recouvrement pour l'ensemble de l'exercice n'a ainsi progressé que de 0,2 Md€ par rapport à 2002[64].

Pour 2004, le niveau de recettes prévisionnelles retenu dans le cadre des lois de financement se voulait prudent puisqu'il se situait en dessous de la plus basse des prévisions techniques, celle des douanes, tout en incluant des perspectives de hausses de prix supérieures à celles envisagées par celles-ci. En dépit de la suppression de la taxe BAPSA, intervenue lors du débat parlementaire et d'une répercussion seulement partielle de la hausse fiscale dans les prix, ces hypothèses de croissance ont été appliquées en les faisant porter sur le seul droit de consommation dont est attendu un supplément de ressources de 1 182 M€.

63. Enquête INPES / IPSOS sur la prévalence du tabagisme en décembre 2003.

64. Compte tenu du délai de perception, ce niveau n'inclut que de manière marginale (une dizaine de jours) l'incidence des hausses de prix intervenues le 20 octobre 2003, ces mesures portant en revanche leur effet en année pleine en 2004.

Cependant, comme en 2003, ces prévisions semblent sous-estimer l'impact des mesures sur la consommation de tabac. Le volume des ventes de cigarettes du premier semestre 2004 se situe en effet à près d'un quart en deçà de celui de la même période de l'année précédente. De manière corrélative, les rentrées fiscales au titre du droit de consommation connaissent, sur la même période, un repli de 0,5 % par rapport à celle de l'année précédente, alors même que deux hausses successives de taux et de prix ont été enregistrées depuis.

La réalisation de la prévision de recettes pour 2004 supposerait de fait que l'élasticité volume / prix revienne à un niveau de -0,2 environ, inférieur à celui observé sur une longue période, ce qui traduirait une incidence médiocre de la politique suivie au regard de l'objectif de santé publique.

Une moins-value de recettes par rapport à la prévision pourrait donc à nouveau être observée en 2004, d'autant plus que la seconde hausse de prix initialement envisagée en juillet n'a pas été appliquée. Compte tenu des nouvelles règles de répartition du produit du droit de consommation, un déficit de recettes qui atteindrait par exemple 500 M€ induirait un sous-financement voisin de 400 M€ pour les organismes de sécurité sociale, dont près de 260 M€ pour le seul BAPSA[65].

III - Les transferts de compensation entre régimes

Les transferts de compensation généralisée entre régimes sont calculés en 2003 sur la base de la pension servie par le régime de l'ORGANIC pour le risque vieillesse (la prestation de référence étant déterminée comme la plus basse des prestations moyennes des régimes comportant au moins 100 000 cotisants) et de la prestation reçue en moyenne par les travailleurs non salariés non agricoles (CANAM) pour le risque maladie (la prestation de référence étant la prestation la plus basse servie par le régime d'assurance maladie).

En 2003, trois modifications ont été apportées :

- la réévaluation par l'INSEE des effectifs de cotisants actifs salariés pour 2002 sur la base des données du dernier recensement : ce rebasage s'est traduit par une réévaluation de plus de 600 000 cotisants au régime

65. La suppression du FOREC qui avait reçu plus de 84 % du produit du droit de consommation en 2003 a conduit à en allouer désormais près de 26 % à l'Etat et à en consacrer plus de 52 % au financement du seul BAPSA, alors que le produit de la taxe BAPSA, désormais supprimée, ne dépassait pas 83 M€ en 2003.

général, soit un accroissement de la charge de compensation de près de 270 M€ tandis que l'Etat a vu sa charge allégée d'environ 120 M€ ;

- l'exclusion des prestations de référence retenues pour la compensation généralisée vieillesse des sommes déjà prises en charge par le FSV (majorations pour conjoint et enfants à charge) ;

- l'inclusion des effectifs dont les cotisations sont prises en charge par le FSV, c'est-à-dire les effectifs de chômeurs et les bénéficiaires de l'allocation de préparation à la retraite pour lesquels le FSV verse une cotisation.

Ces deux dernières mesures concernent la compensation généralisée vieillesse et ont contribué à accroître la charge du seul régime général d'environ 873 M€, soit une augmentation de près de 20 % par rapport à l'année précédente.

Transferts globaux de compensation entre régimes [(1)]

En M€

	2001 (définitif)	2002 (définitif)	2003 (provisoire)
Régimes de salariés			
Régimes contributeurs			
. Régime général	3 975,9	4 332,5	5 111,9
. Etat	2 590,9	2 436.8	2 084,8
. CNRACL	2 756,1	2 925,7	2 707,0
. EDF	168,0	159,2	115,6
. Banque de France	25,4	23,2	25,0
. Clercs de notaires	4,7	1,1	-
. RATP	26,9	46,2	32,9
Régimes bénéficiaires			
. Mines	- 2 395,6	- 2 459,5	- 2 320,9
. SNCF	- 1 092,3	- 1 090,7	- 1 098,7
. Marins	- 411,6	- 419,9	- 417,8
. SEITA	- 31,5	- 31,5	- 28,6
. Clercs de notaires	-	-	- 3,6
Soldes salariés	**5 616,9**	**5 923,1**	**6 207,6**
Régimes de non salariés			
Régimes contributeurs			
. CANAM	637,8	602,2	687,5
. CNAVPL	404,2	406,7	318,5
. CNBF	50,8	54,3	48,5
Régimes bénéficiaires			
. BAPSA	- 5 430,4	- 5 612,5	- 5 702,0
. ORGANIC	- 772,7	- 834,6	- 946,6
. CANCAVA	- 330,4	- 361,2	- 436,5
. CAMAVIC	- 176,2	- 178,0	- 177,1
Soldes non salariés	**- 5 616,9**	**- 5 923,1**	**- 6 207,6**

Source : direction de la sécurité sociale

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

Le tableau ci-dessus montre donc que l'ensemble des salariés du secteur privé (régime général) et du secteur public (fonction publique de l'Etat et fonctions publiques locales) payent annuellement près de 10 Md€ pour certains régimes spéciaux (SNCF et mines notamment) ainsi que pour le régime agricole et les régimes vieillesse de non salariés non agricoles.

IV - Les fonds

Dans le rapport au Parlement sur la sécurité sociale pour 2001[66], la Cour avait souligné la multiplication, la complexité et l'instabilité du périmètre des fonds institués dans ou hors du cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour isoler certaines dépenses ou recettes. Pour 2003, la Cour observe une stabilité du nombre des fonds inclus dans le périmètre de la loi de financement, la suppression du FOREC n'intervenant qu'au 1er janvier 2004.

A – Le FOREC et la prise en charge des exonérations de cotisations sociales

Les exonérations de cotisations sociales liées aux mesures en faveur de l'emploi se sont élevées en 2003 à 20,9 Md€ contre 20,5 Md€ en 2002, soit une progression de 2 % contre 4,3 % l'année précédente.

L'essentiel de ces exonérations est pris en charge par le FOREC, à hauteur de 16,2 Md€ contre 15,4 Md€ en 2002 et, pour une part résiduelle, par l'Etat (2,5 Md€ contre 2,8 Md€ en 2002).

Les exonérations relatives aux dispositifs antérieurs à la loi de 1994 restent à la charge de la sécurité sociale. Elles s'élèvent à 2,2 Md€ contre 2,3 Md€ en 2002.

1 – Les mesures nouvelles de financement du FOREC prévues par la loi de financement pour l'année 2003

L'article 12 de la loi de financement pour 2003 a augmenté la part de la taxe sur les conventions d'assurance, portée de 30,56 % à 44,07 % au 1er janvier 2003.

66. Voir le rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale de septembre 2001, chapitre VI et conclusion générale.

En revanche, l'article 10 de la loi de financement pour 2003 prévoit la réduction de la part des droits de consommation sur les tabacs affectée au FOREC, qui passe de 90,77 % à 84,45 %.

Au total, compte tenu de ces mesures nouvelles, les produits du FOREC ont reculé de 0,3 % en 2003 par rapport à 2002.

2 – Les résultats du FOREC en 2003

Les ressources fiscales inscrites en produits de l'année 2003 dans les comptes du FOREC sont stables (15,6 Md€ en 2003).

Comptes du FOREC en droits constatés en 2003

En Md€

	Réalisation 2002	Prévision LFSS 2003	Prévision septembre 2003(1)	Réalisation 2003
PRODUITS	**15,7**	**16,6**	**15,7**	**15,6**
. Ressources fiscales				
. Droits sur les tabacs	*7,8*	*8,1*	*7,4*	*7,4*
. Droits sur les alcools	*2,6*	*2,6*	*2,5*	*2,5*
. Contribution sociale sur le bénéfice des sociétés	*0,8*	*0,8*	*0,7*	*0,6*
. Taxe générale sur les activités polluantes	*0,6*	*0,5*	*0,5*	*0,5*
. Taxe sur les véhicules de société	*0,9*	*0,8*	*0,8*	*0,8*
. Taxe sur les conventions d'assurance	*1,5*	*2,2*	*2,3*	*2,2*
. Prélèvement VTM	*0,9*	*1,0*	*1,0*	*1,0*
. Taxe de prévoyance	*0,6*	*0,5*	*0,5*	*0,5*
CHARGES	**15,4**	**16,6**	**15,9**	**16,2**
. Réduction bas salaires	*4,3*	*2,0*	*,2,1*	*2,0*
. Aides incitatives RTT	*2,9*	*2,4*	*2,6*	*2,0*
. Allégements RTT	*8,2*	*5,0*	*4,2*	*4,9*
.Allègement unique	-	*7,1*	*7,0*	*7,3*
Solde	0,2	0,0	- 0,2	- 0,6

Source : direction de la sécurité sociale, FOREC

(1) Telle qu'elle figure dans le tableau annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

Les dépenses du FOREC se sont élevées, en 2003, à 16,2 Md€, soit + 5 % par rapport à 2002. Un nouveau dispositif d'allègement général des cotisations patronales de sécurité sociale qui se substitue à la réduction dégressive sur les bas salaires et à l'allègement de charges, a été mis en place à compter du 1er juillet 2003. Ce nouveau dispositif issu de la loi du 17 janvier 2003 relative aux salaires, au temps de travail et au développement de l'emploi doit progressivement monter en charge sur

une période transitoire de deux années. Les aides incitatives à la réduction du temps de travail reculent de 2,9 Md€ à 2 Md€. (- 31 %). Le régime général représente 93,5 % des dépenses du FOREC, soit 15,2 Md€ (contre 14,7 Md€ en 2002), les autres régimes 6,5 % du total, dont 6 % pour le régime agricole.

Les comptes du FOREC affichent, en 2003, un solde négatif de 558,3 M€. Fin 2003, le solde cumulé du FOREC s'établissait à - 99,6 M€.

3 – La liquidation du FOREC

Le FOREC a été supprimé par l'article 34 de la loi de finances pour 2004 et l'article 3 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004. Sa disparition est intervenue, conformément aux dispositions législatives, le 1er janvier 2004. Afin d'assurer la liquidation des activités en cours (encaissement de recettes et paiement de dépenses), un service de liquidation a été mis en place[67]. Les comptes de clôture au 30 juin 2004 ont été présentés aux ministères de tutelle[68].

B – Le fonds de solidarité vieillesse

L'ensemble des recettes du FSV s'élève, en 2003, à 12,5 Md€. Il se compose ainsi :

- 1,05 % de CSG ;
- 20 % du produit du prélèvement social de 2 % ;
- le reliquat de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) ;
- un transfert de la CNAF, qui correspond à 60 % de la majoration de 10 % pour enfants à charge (contre 30 % en 2002).

Les transferts du FSV vers l'ensemble des régimes de retraite s'élèvent à 13,1 Md€ en 2003 après 12,3 Md€ en 2002, soit une augmentation de 6,6 %. Sur ce total, le montant des prestations prises en charge par le FSV (minimum vieillesse, majorations de pensions pour enfants et conjoint à charge) s'élève à 5,7 Md€, soit une progression de 1,8 % par rapport à l'année précédente. Les prises en charge de prestations au titre des majorations de pensions augmentent de 2,6 % et celles au titre du minimum vieillesse progressent de 0,8 %.

Les cotisations prises en charge par le FSV atteignent 7,4 Md€ en 2003, soit une augmentation de 10,7 % par rapport à 2002. Cette

67. Article 3 de la loi n° 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.
68. Ministère en charge du budget et ministère des affaires sociales.

progression s'explique par les cotisations prises en charge au titre de la validation de périodes de chômage qui atteignent 7,4 Md€ en 2003 (+10,7 % par rapport à 2002).

Au total, le résultat de l'exercice 2003 est un déficit de 933,7 M€. Bien qu'inférieur au déficit enregistré en 2002 (-1 353,4 M€), ce résultat dégrade encore le solde cumulé du FSV qui, au 31 décembre 2003, était négatif de 1 056,8 M€ (contre -123,1 M€ à fin 2002 et +1 230,3 M€ à fin 2001).

Les comptes du FSV

En Md€ et en %

	2002	2003	Evolution
Ressources	**11,1**	**12,5**	**+ 12,9 %**
dont :			
- CSG	9,1	9,3	+ 2,4 %
- Prélèvement social de 2 %	0,4	0,4	0,0%
- C3S	0,6	0,9	+ 62,6 %
- Transfert CNAF	1,0	1,9	+ 86,6 %
Emplois	**12,4**	**13,4**	**+ 8,1 %**
dont :			
- Prestations prises en charge	5,6	5,7	+ 1,8 %
- Cotisations prises en charge	6,6	7,4	+ 10,7 %
Solde	**- 1,4**	**- 0,9**	

Source : direction de la sécurité sociale

C – Le fonds de réserve pour les retraites

Les ressources du FRR se sont accrues de 3,7 Md€ en 2003, contre 5,8 Md€ en 2002. Cette contraction des ressources nouvelles résulte essentiellement du non renouvellement des recettes d'UMTS et de privatisation dont le FRR avait bénéficié en 2002.[69].

69. Le FRR a bénéficié en 2003 d'une recette exceptionnelle d'un faible montant (81,8 M€) résultant du reversement des réserves de la Caisse de prévoyance sociale de Mayotte constituées avec les excédents des exercices antérieurs au 1er janvier 2003 (ordonnance du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte).

Les comptes du FRR

En Md€

	2002	2003
Ressources	**5,8**	**3,7**
dont :		
- Versement de C3S	0,0	0,0
- Prélèvement social de 2 %	1,1	1,1
- Excédent du FSV (N-1)	0,0	0,0
- Excédent de la CNAV (N-1)	1,5	1,7
- 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
- Intérêts des placements	0,3	0,4
Solde cumulé au 31 décembre	**12,8**	**16,5**

Source : direction de la sécurité sociale

Au 31 décembre 2003, le solde cumulé s'établit à 16,5 Md€ contre 12,8 Md€ un an auparavant. Il demeure insuffisant pour assurer le respect du plan de charge initialement prévu, notamment en raison de la suppression du versement de la C3S depuis 2000 et du déficit du FSV. Par ailleurs, en l'absence de procédures d'adjudication sur les placements en actions et obligations qui n'interviendront qu'en 2004, le FRR est resté entièrement placé en bons à court terme dont le rendement est inférieur à celui attendu en régime de croisière.

V - Les versements de l'Etat à la sécurité sociale

D'importants transferts financiers sont effectués chaque année par l'Etat vers les régimes de sécurité sociale. Ils correspondent, d'une part, aux obligations de l'Etat en sa qualité d'employeur pour assurer l'ensemble des agents publics vis-à-vis des risques maladie et famille, d'autre part, aux diverses interventions de l'Etat réalisées pour son compte par les régimes de sécurité sociale.

A – Les versements effectués

Les tableaux ci-après récapitulent l'ensemble des transferts effectués par l'Etat et des versements de l'Etat employeur en 2003.

Evolution des transferts financiers de l'Etat

En M€

Interventions de l'Etat	**2001**	**2002**	**2003**
- Allocation du RMI	4 513	5 343	5 161
- Allocation de l'AAH	4 097	4 420	4 526
- Contribution au FNAL	2 768	3 034	2 948
- Contribution au FNAH	2 229	2 345	2 291
- Allocation parent isolé	714	805	807
-Fonds de financement de la CMU	899	1 150	970
- Divers	460	752	777
Total I	**15 680**	**17 849**	**17 480**
Contributions de l'Etat aux régimes de sécurité sociale			
- SNCF	2 233	2 282	2 315
- Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat	910	920	987
- Financement au BAPSA	815	559	523
- Etablissement national des invalides de la marine	708	688	745
- Divers	1 051	1 017	1 117
Total II	**5 717**	**5 466**	**5 687**
Compensations de cotisations sociales exonérées			
- Financement formation professionnelle	1 219	1 038	1 172
- Compensation exonérations cotisations	645	1 164	1 103
- Action économique	654	564	140
- Divers	26	23	25
Total III	**2 544**	**2 789**	**2 440**
Prestations prises en charge par l'Etat			
- Prestations pensionnés de guerre	197	171	185
- Divers	66	71	61
Total IV	**263**	**242**	**246**
Total Général	**24 204**	**26 346**	**25 853**

Source : direction générale de la comptabilité publique et organismes sociaux

Evolution des versements de l'Etat employeur

M€

Etat employeur	2002	2003
- cotisations sociales (maladie)	4 640	4 697
- apurement CNAF	1 408	1 653
Total	**6 048**	**6 350**

Les versements effectués au titre de l'Etat employeur sont de l'ordre de 6,35 Md€. Si les cotisations maladie et famille des agents de l'Etat portaient sur une assiette similaire à celle du secteur privé, ce montant serait majoré d'environ 2 Md€ (cf. supra, section II du présent chapitre).

En ce qui concerne les modalités de calcul du solde compensatoire des allocations familiales dû à la CNAF, on peut considérer que l'apurement, lié au changement de méthode récemment mis en œuvre, a été correctement calculé en 2003, les restes à recouvrer sur l'Etat étant passés entre 2002 et 2003 de 63 M€ à moins de 5 M€. En outre, les comptes du FRR enregistrent en 2003 la dernière tranche (432 M€) du produit de la cession des parts sociales des caisses d'épargne que l'Etat lui a transféré.

B – Des restes à recouvrer en hausse

L'Etat doit rembourser aux organismes sociaux le montant des prestations que ceux-ci liquident pour son compte et les exonérations de cotisations sociales. Les remboursements donnent lieu à des restes à recouvrer estimés au 31 décembre de chaque année : ceux-ci correspondent soit à des versements effectués en janvier de l'année suivante au cours de la période complémentaire rattachée à l'année précédente, soit à des retards de versement.

L'Etat, pour sa part, n'inscrit aucune de ces dettes dans sa comptabilité générale[70]. L'article 30 de la LOLF qui entre en vigueur le 1er janvier 2005 dispose que la comptabilité générale de l'Etat est fondée sur le principe de la constatation des droits et obligations va s'appliquer. Il contraint donc l'Etat à opérer un recensement précis et contradictoire de ces dettes pour permettre leur inscription au passif de son bilan.

70 La comptabilité nationale, quant à elle, enregistre bien au passif de l'Etat une dette vis-à-vis de la sécurité sociale, mais classe celle-ci dans la rubrique « crédits commerciaux et avances », ce qui l'exclut du périmètre de la dette de l'Etat au sens du système européen de compte 1995 (SEC).

Ces restes à recouvrer qui ont été conséquents tout au long de ces dernières années ont connu une hausse significative en 2003. Ils concernent les deux principales catégories d'engagements suivants :

le financement des exonérations sociales liées à des mesures en faveur de l'emploi : les restes à recouvrer atteignent en fin d'année 1,3 Md€, en augmentation de 20,1 % par rapport à l'année précédente. Cette augmentation est due en premier lieu à l'absence de financement dans le budget de l'Etat des mesures d'exonérations de charges sociales en faveur des hôtels, cafés et restaurants ;

les contributions de l'Etat au financement de certaines prestations sociales : les dettes de l'Etat en fin d'année s'élèvent à 2,6 Md€, en augmentation de 22,5 % par rapport à la fin de l'année 2002 (2,1 Md€).

1 – Le régime général

Les tableaux ci-dessous présentent l'ensemble des dettes de l'Etat à l'égard des organismes du régime général à la fin de l'année 2003.

Les restes à recouvrer sur l'Etat au 31 décembre 2003 des mesures en faveur de l'emploi

En €

Catégories d'exonérations	Solde au 31/12/2002 Droits constatés	Total Produits droits constatés 2003	Encaissements répartis dans les caisses nationales en 2003	Solde au 31/12/2003 Droits constatés
Loi d'orientation pour l'outre-mer	306 451 056	688 291 145	-703 376 426	291 365 775
Exonérations de cotisations au profit du secteur textile habillement	289 884 778	-98	0	289 884 680
Exonérations de cotisations d'allocations familiales	137 998 063	0	0	137 998 063
Contrats de qualification	135 788 337	378 630 418	-409 081 967	105 336 788
Contrats d'apprentissage	123 874 851	629 578 524	-579 081 975	174 371 400
Incitation à la réduction du temps de travail « Aubry I » (loi du 13 juin 1998)	118 514 900	0	0	118 514 900
Réduction dégressive de cotisations sociales patronales sur les bas salaires (créance de l'Etat)	-148 243 317	0	0	-148 243 317
Autres exonérations[71]	121 101 141	647 501 032	-434 431 858	334 170 315
Total	**1 085 369 809**	**2 344 001 021**	**-2 125 972 226**	**1 303 398 604**

Source : ACOSS et Cour des comptes

71 . Contrats initiative-emploi, insertion par l'économique, contrats de retour à l'emploi, incitation à l'ARTT (loi du 11 juin 1996), embauche du 2ème au 50ème 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, versements en application de la loi du 26 décembre 1996 relative à la zone franche Corse, exonérations DOM (art. 4 de la loi du 25 juillet 1994, contrats d'accès à l'emploi, champ exo-DOM du 25 juillet 1994, contrats d'accès à l'emploi hors champ exo-DOM, dispositif en faveur des hôtels, cafés et restaurants (au titre de l'article L. 241-14 du CSS), exo- pêche Prestige, exo- pêche étang de Thau.

Répartition des restes à recouvrer sur l'Etat au 31 décembre 2003 par branche du régime général bénéficiaires

En €

	Reste à recouvrer au 31/12/2002	Reste à recouvrer au 31/12/2003				
	Ensemble des caisses nationales	Ensemble des caisses nationales	CNAV	CNAM branche AM	CNAM branche AT	CNAF
a. I. Cotisations						
Etat employeur : Apurement CNAF	163 695 682	4 685 369				4 685 369
II. Contributions et remboursements de l'Etat						
Revenu minimum d'insertion	656 246 257	740 898 488				740 898 488
Financement de l'allocation aux adultes handicapés	365 447 116	365 033 875				365 033 875
Aide médicale d'Etat	183 665 480	479 140 420		479 140 420		
CMU complémentaire	115 955 408	243 308 433		243 308 433		
III. Contributions de l'Etat via des fonds						
Fonds national de l'aide au logement	355 517 005	437 105 512				437 105 512
IV. Autres[72]	300 827 029	352 904 217	15 145 901	171 848 917		165 909 400
Total	**2 141 353 977**	**2 623 076 312**	**15 145 901**	**894 297 770**		**1 713 632 644**

Source : Caisses nationales

L'absence de remboursement depuis l'exercice 1999, au titre de la ristourne dégressive de cotisations sur les bas salaires concernant le secteur du textile, de l'habillement, du cuir et de la chaussure, est à l'origine d'une dette de 289,9 M€ de l'Etat à l'égard du régime général. La Cour a déjà demandé dans ses deux précédents rapports sur la sécurité sociale, que l'Etat procède à l'apurement de cette dette.

72. Notamment : aide au rachat des cotisations à la CNAV des rapatriés, cotisations maladie et maternité des détenus, allocation parent isolé, RMI, 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, contribution de l'Etat au fonds national de l'habitat, contribution de l'Etat au FNAL pour l'aide aux associations logeant à titre temporaire des personnes défavorisées

Le montant des restes à recouvrer depuis 1999 pour les quatre principales prestations gérées par la CNAF pour l'Etat (RMI, AAH, FNAL et API) augmente régulièrement sauf en 2002.

En outre, depuis 2002, trois autres prestations génèrent des restes à recouvrer significatifs et en forte augmentation en 2003 (+432,7 M€) : l'aide médicale d'Etat, la CMU complémentaire et le fonds spécial invalidité (FSI).

Restes à recouvrer de l'ACOSS sur l'Etat au 31 décembre de chaque exercice(1)

En M€

	1999	2000	2001	2002	2003
RMI	421,5	653,4	817,9	656,2	740,9
AAH	383,7	325,4	410,5	365,4	365,0
FNAL	408,7	288,4	315,6	355,5	437,1
API	61,3	57,8	96,5	86,2	113,5
Total	**1 275,2**	**1 325,0**	**1 640,5**	**1 463,3**	**1 656,5**
Aide med. Etat				183,7	479,1
CMU compl.				115,9	243,3
FSI	29,0	34,0	48,6	94,0	103,9
Total général	**1 304,2**	**1 359,0**	**1 689,1**	**1 856,9**	**2 482,8**

Source : Caisses nationales et ACOSS

(1) hors premier versement de l'année N+1 au titre de l'année N.

En cinq ans, les restes à recouvrer sur les prestations remboursées par l'Etat aux organismes gestionnaires ont presque doublé, passant de 1 304,1 M€ à 2 482,8 M€.

2 – La CANAM

La Cour avait relevé dans son précédent rapport sur la sécurité sociale que deux dispositifs d'exonérations de cotisations sociales supportés par la CANAM n'avaient pas fait l'objet d'un remboursement par l'Etat. Ces dispositifs en faveur des assurés, créateurs ou repreneurs d'entreprises, ont généré une charge financière qui atteint 110,7 M€ pour la CANAM à la fin de l'exercice 2003. L'Etat a procédé à deux versements en 2003, pour un montant total de 4,3 M€, réduisant ainsi marginalement sa dette (dont l'origine remonte à 1997) à 106,3 M€.

VI - Les résultats des comptes sociaux

A – Le solde des régimes de base

En M€

	2002	2003
Régime général	- 3 455,2	- 11 533,8
dont :		
- *CNAM*	*- 6 143,3*	*- 11 853,1*
- *CNAV*	*1 659,0*	*616,4*
- *CNAF*	*1 029,1*	*222,1*
Régimes spéciaux	- 61,1	445,7
Régimes agricoles	- 64,4	101,0
dont exploitants agricoles	*- 202,9*	*- 86,8*
Régimes des non agricoles	- 276,4	- 741,5
dont :		
- *CANAM*	*- 286,5*	*- 92,3*
- *ORGANIC*	*63,6*	*- 650,0*
- *CANCAVA*	*- 71,9*	*- 76,8*
Autres	1,4	1,6
Ensemble des régimes de base	**-3 855,7**	**- 11 727,0**

Source : direction de la sécurité sociale

Le solde des régimes de base accuse un déficit de 11,7 Md€, contre 3,8 Md€ en 2002. Cette dégradation est le fait principalement du régime général et de l'ORGANIC. En revanche, les soldes des régimes spéciaux (du fait de la CNRACL), des régimes agricoles et de la CANAM connaissent une sensible amélioration.

B – Le solde du régime général

1 – Le solde du régime général pour 2003

En 2003, le régime général accuse pour l'exercice 2003 un déficit de 11,5 Md€ après un déficit de 3,4 Md€ en 2002. Ce résultat courant ne tient pas compte du versement effectué par la CADES au titre de la dette de l'Etat à l'égard des régimes sociaux contractée en 2000, ni des écarts sur provisions de 2002. L'intégration de ces recettes ramène le déficit 2003 à 10,2 Md€ (l'aspect comptable de ce point est détaillé au chapitre suivant).

2 – Les soldes des branches du régime général

Hors versement de la CADES et écarts sur provisions :

- la branche maladie présente en 2003 un déficit de 11 333,9 M€ contre 6 098 M€ en 2002, soit un quasi doublement ;

- la branche accidents du travail est de nouveau déficitaire de 519,2 M€ après -45,4 M€ en 2002 ;

- les branches vieillesse et famille restent excédentaires comme en 2002. Toutefois, l'excédent de la branche vieillesse recule de 1 659,0 M€ à 616,4 M€ et celui de la branche famille de 1 029,1 M€ à 222,1 M€.

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

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

Les comptes nationaux ayant imputé au FOREC le remboursement effectué par la CADES au titre des exonérations 2000, le régime général présente en 2003 un besoin de financement de 12,8 Md€ contre - 5 Md€ en 2002. L'ensemble « régime général-FOREC » voit son déficit s'aggraver, passant de -4,8 Md€ en 2002 à -11,6 Md€ en 2003.

En 2003 comme en 2002, l'ensemble des administrations de sécurité sociale présente un besoin de financement qui s'établit en 2003 à 11 Md€, soit 0,7 % du PIB contre 4,1 Md€ (0,3 % du PIB) en 2002. Le besoin de financement accru du régime général et des régimes spéciaux explique cette dégradation, alors que la capacité de financement des régimes complémentaires est stable (6,8 Md€ en 2003 contre 6,9 Md€ en 2002). Cette dégradation s'explique par les mouvement divergents qui, d'une année sur l'autre, ont affecté les dépenses et les ressources : hausse toujours soutenue des premières (5,3 % contre 6,3 %), légère décélération, au contraire, des secondes (3,4 % contre 3,9 %).

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

	1999	2000	2001	2002	2003 *(provisoire)*
Régime général	0,2	2,4	0,7	- 5,1	- 12,8
. Fonds spéciaux* -	0,1	- 1,2	- 0,3	- 0,8	- 0,1
dont FOREC		- 1,7	- 0,7	0,2	1,2
. Autres régimes**	- 0,3	0,7	1,1	- 0,1	- 0,6
. Régimes complémentaires	1,9	3,7	4,6	6,9	6,8
. Assurance chômage	2,0	1,2	- 2,0	- 4,6	- 4,2
Total des régimes d'assurance sociale	3,7	6,8	4,0	- 3,8	- 11,0
Organismes dépendant des assurances sociales (ODASS)	0,1	0,4	0,0	- 0,4	- 0,2
Administrations de sécurité sociale	**3,7**	**7,2**	**4,0**	**- 4,2**	**11,1**
En % du PIB	*0,3*	*0,5*	*0,3*	*- 0,3*	*- 0,7*

Source : INSEE, Comptes de la nation - base 1995. Chiffres révisés au 27 avril 2004. Les données de 1999 à 2001 sont définitives, celles de 2002 semi-définitives et celles de 2003 provisoires.

(*) Cette rubrique contient les fonds suivants : fonds de solidarité vieillesse (FSV), fonds commun d'accidents du travail (FCAT), fonds commun d'accidents du travail agricole (FCATA), service de l'allocation spéciale vieillesse (SASV), fonds de compensation des organismes de sécurité sociale (FCOSS), fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC), fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), fonds pour la modernisation des établissements de santé (FMES), fonds de modernisation des cliniques privées (FMCP), fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA). La CADES et le FRR ne font pas partie des administrations de sécurité sociale. Ils sont classés parmi les « organismes divers d'administration centrale » (ODAC).

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

Après une tendance à la hausse sur la période 1992-1997 et un maximum de 24,4 % atteint en 1997 la part des dépenses de l'ensemble des administrations de sécurité sociale dans le PIB avait diminué de 24,0 % en 1998 à 23,5 % en 2000. Depuis 2001, elle a de nouveau augmenté et s'établit à 25,2 % en 2003. Les prélèvements affectés aux administrations de sécurité sociale, hors régime d'assurance chômage, s'élèvent à 20,2 % du PIB en augmentation de 0,1 point par rapport à 2002. Les cotisations sociales augmentent de 2,4 % en liaison avec une croissance modérée de la masse salariale (+ 2,1 %). Les impôts et taxes affectés progressent plus fortement (+ 3,5 %).

Prélèvements sociaux[(1)]
(hors régime d'assurance chômage)

(En % du PIB)

	1999	2000	2001	2002	2003
.Cotisations sociales	13,9	13,8	14,4	14,5	14,6
. Impôts et taxes affectés	4,8	5,5	5,7	5,6	5,7
Total	**18,8**	**19,3**	**20,0**	**20,1**	**20,2**

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

VII - Les opérations de trésorerie

A – L'évolution de la trésorerie du régime général en 2003

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 (article 68) a autorisé cinq régimes obligatoires de base à « couvrir leurs besoins de trésorerie par des ressources non permanentes » et fixé les limites des avances auxquelles ils peuvent recourir[73]. En dehors du régime général les régimes, caisses ou fonds autorisés à recourir à l'emprunt de court terme, n'ont pas eu de besoins excédant l'autorisation parlementaire.

Le régime général a éprouvé des difficultés de trésorerie à partir de l'automne 2003. Dans la loi de financement pour 2003, le plafond des avances avait été fixé à 12,5 Md€. Or, la variation de trésorerie du régime général a été négative de 12,38 Md€ entre le début et la fin de 2003 (après - 3,91 Md€ en 2002) : le déficit est passé de 1,64 Md€ au 1er janvier à 14,02 Md€ au 31 décembre. Pour faire face à cette situation le gouvernement a relevé le plafond d'avance à 15 Md€ par un décret du 26 septembre 2003 qui a été ratifié par le Parlement dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (art. 75).

73. Il s'agit du régime général (12,5 Md€), des exploitants agricoles (2,21 Md€), de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL 0,5 Md€), de la caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM 0,2 Md€), et du fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat (FSPOEIE 0,08 Md€).

En définitive, la trésorerie a été déficitaire pendant 311 jours en 2003 contre 114 jours en 2002. Le plafond d'avance initialement voté par le Parlement a été dépassé à partir du 9 octobre 2003 pendant 30 jours entre octobre et la fin 2003. Le point le plus bas, atteint le 10 décembre 2003, s'est établi à - 14,21 Md€. Le relèvement du plafond a donc permis de couvrir les besoins de trésorerie quotidiens du dernier trimestre.

B – Les frais et produits financiers affectés aux branches du régime général

La trésorerie du régime général fait l'objet d'une gestion unique assurée par la caisse des dépôts et consignations (CDC). En fonction de la situation du compte unique de l'ACOSS, elle donne lieu à des produits ou à des frais financiers qui déterminent une charge ou un produit net en fin d'année. Pour l'exercice 2003, le total des intérêts facturés par la CDC s'est élevé à 137,2 M€ au titre des divers emprunts et les intérêts créditeurs à 14,5 M€. Le régime général a donc supporté une charge nette de 122,7 M€ contre un produit net de 68,1 M€ en 2002.

Par ailleurs, en application du décret du 24 février 1995, l'ACOSS calcule pour chacune des branches les charges et produits financiers qui résultent de la situation quotidienne de leur compte courant sur la base des taux définis dans une convention signée en octobre 2001 entre l'ACOSS et la CDC, à savoir, le taux moyen pondéré du marché monétaire minoré de 1/16ème pour les intérêts créditeurs et majoré de un quart de point pour les taux débiteurs.

En 2003, la situation des comptes courants des branches a été marquée par la dégradation de celle de la branche maladie qui était débitrice de 22,2 Md€ au 31 décembre contre 11,3 Md€ un an auparavant. Par contre, la situation des autres branches est restée créditrice : 1,3 Md€ contre 1,7 Md€ pour la branche AT, 4,1 Md€ contre 4,4 Md€ pour la branche famille et 1,4 Md€ contre 2,6 Md€ pour la branche vieillesse.

Comme en 2002, trois branches ont encaissé des produits financiers tandis que la branche maladie enregistrait une charge financière en augmentation (377,1 M€ contre 306,8 M€).

Situation des comptes courants et montants des intérêts versés et reçus des différentes branches du régime général

	2000	2001	2002	2003
Maladie	- 198,7	- 255,9	- 306,8	- 377,1
AT	34,0	56,8	+ 62,0	+ 42,9
Famille	15,8	75,3	+ 120,4	+ 111,1
Vieillesse	63,7	15,1	+ 71,8	+ 43,3
Total des branches	**- 85,2**	**- 108,7**	**- 52,6**	**- 179,8**
Compte ACOSS	**64,6**	**149,0**	**68,1**	**- 122,7**
Versé au FNGA	**149,8**	**257,7**	**120,7**	**57,1**

Source : ACOSS

La différence entre la charge nette (ou produit net) du compte ACOSS et le total des charges et produits affectés aux branches est versée au fonds national de gestion administrative de l'ACOSS. Elle correspond en 2003 à un produit de 57,1 M€ contre un produit de 120,7 M€ en 2002.

C – Incidence sur la trésorerie de l'ACOSS du rythme des paiements de l'Etat

Les relations financières entre l'Etat et l'ACOSS sont régies par une convention signée le 2 mai 1994 qui fixe les dates d'échéance des versements. L'examen des dates effectives de paiement pour les acomptes et pour les soldes fait apparaître un coût en trésorerie non négligeable.

L'année 2003 est marquée par un règlement particulièrement tardif de certains versements effectués notamment au cours de la période complémentaire 2003. Ces versements ont été pris en compte par les régimes de sécurité sociale en janvier 2004. Ils concernent le remboursement des exonérations de cotisations sociales comme le paiement de prestations sociales :

- pour les prestations sociales, ils se montent à 938,4 M€ dont 700,1 M€ pour le RMI (695,8 M€ au titre du régime général et 5,2 M€ remboursés au BAPSA), 208,5 M€ pour l'aide médicale d'Etat, 18,6 M€ pour la prise en charge des dépenses d'IVG au titre des dépenses 2002, 9,3 M€ au titre des cotisations maladie et maternité des détenus, et 1,9 M€ pour l'API ;

- pour les exonérations de cotisations sociales, ils sont de 126,19 M€ dont 97,7 M€ (ACOSS) pour le dispositif en faveur des hôtels, cafés et restaurants, 13,1 M€ (ENIM) au titre des exonérations DOM, 12,9 M€ pour les contrats d'apprentissage, 2,1 M€ (CCMSA) pour le dispositif en zone franche urbaine et 0,4 M€ pour les contrats de qualification.

Le tableau ci-dessous présente l'évolution du coût en trésorerie pour l'ACOSS du rythme des versements de l'Etat pour les exercices 2001 à 2003.

Coût en trésorerie du rythme des versements de l'Etat pour l'ACOSS

En M€

	2001	2002	2003
Coût de trésorerie*	158,5	133,5	80

Source : ACOSS

** Le chiffre retenu est la moyenne de la fourchette établie par l'ACOSS dont les limites sont fonction de la date de départ de calcul de la créance (10ème jour du deuxième mois du trimestre ou jour prévu à la convention Etat-ACOSS)*

La baisse constatée s'explique par une diminution des taux d'intérêt entre 2001 et 2003[74] et par le remboursement effectué par la CADES en 2003 à hauteur de 1 097 M€[75] au titre des exonérations de cotisations énumérées au 1° de l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale.

SYNTHESE

La situation de la sécurité sociale a connu en 2003 une nette dégradation, due principalement à celle du régime général, dont le déficit s'est creusé de 8 Md€, passant de 3,5 à 11,5 Md€. La situation de l'assurance maladie est particulièrement critique avec un déficit de 11,8 Md€ contre 6 Md€ en 2002.

En l'absence de mesure de redressement, l'ACOSS a dû faire face à une situation de trésorerie difficile, nécessitant un relèvement du plafond d'avances à 15 Md€, alors que celui-ci avait déjà été voté par le Parlement en forte hausse (12,5 Md€ contre 4,4 Md€ en 2002). Le régime général a ainsi supporté en 2003 des frais financiers de 122,7 M€, alors qu'il bénéficiait encore en 2001 de 149 M€ de produits financiers.

Par ailleurs, les difficultés de trésorerie propres à la sécurité sociale ont subi le contrecoup de celles constatées au niveau du budget de l'Etat.

74 . Le taux d'intérêt retenu est l'EONIA (Euro Overnight Index Average qui correspond aux taux pratiqué par les banques pour leurs meilleurs clients) (taux moyens constatés : 4,3785 % en 2001, 3,2915 % en 2002 et 2,3229 % en 2003).

75. La dette provisionnée s'élève à 2,19 Md€, le versement de 2003 a été autorisé par l'article 14 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

Ainsi, les restes à recouvrer auprès de l'Etat, qu'il s'agisse du remboursement des mesures en faveur de l'emploi ou du versement des cotisations et contributions dues par l'Etat, ont augmenté de plus de 20 % durant la seule année 2003 (3,93 Md€ en 2003 contre 3,22 Md€ en 2002). Le remboursement de la moitié de la créance détenue par les caisses sur l'Etat au titre des exonérations de cotisations sociales et la baisse des taux d'intérêt intervenue entre 2002 et 2003 ont cependant permis de réduire d'un peu plus de 50 M€ le coût en trésorerie des retards de versement de l'Etat à l'ACOSS.

Cette situation préoccupante appelle de la part des autorités publiques des mesures vigoureuses et durables de redressement.

RECOMMANDATIONS

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

6. Déterminer avec une plus grande rigueur l'assiette des cotisations sociales des agents publics occasionnels ou pluriactifs.

7. Renforcer le contrôle 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.

8. Apurer les dettes anciennes de l'Etat et déterminer un niveau et un rythme des versements courants vers les organismes de sécurité sociale plus adaptés à la réalité des engagements.

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES PAGE 417

Chapitre III

L’organisation comptable et les comptes

PRESENTATION

Les institutions prévues par le décret du 19 septembre 2001 relatif à l'organisation comptable des régimes et organismes de sécurité sociale fonctionnent depuis février 2003.

Des propositions ont été élaborées visant en particulier la préparation et la publication de comptes combinés, par branche et par régime, en état d'être certifiés.

L'analyse par la Cour des comptes du régime général fait apparaître que les résultats courants, retraçant les conditions économiques réelles de la gestion des branches, sont sensiblement différents des résultats publiés, du fait notamment du traitement comptable du remboursement par la CADES de 1,1 Md€.

L'examen des provisions constituées par l'ACOSS au titre des cotisations non recouvrées en fin d'année, qui sont intégrées dans les comptes des caisses nationales du régime général, montre qu'elles sont établies avec prudence.

Enfin, la Cour analyse la mise en œuvre des droits constatés par la CNAF et la CNAV.

I - Les travaux du haut conseil de la comptabilité et de la mission comptable

Le haut conseil interministériel de la comptabilité des organismes de sécurité sociale, créé par le décret du 19 septembre 2001, a été officiellement installé le 27 février 2003. Le 10 juin 2004, il a arrêté son premier rapport annuel d'activité transmis au Parlement dès juillet 2004.

Malgré l'insuffisance persistante des moyens de fonctionnement[76] de la mission comptable permanente, un premier ensemble de mesures concrètes ont pu être arrêtées et les grandes orientations des travaux à venir ont été définies, dans le cadre d'une large concertation avec les organismes concernés.

Un groupe de travail constitué pour améliorer la lisibilité des comptes publiés a proposé un plan type pour les rapports annuels des agents comptables nationaux. Ces recommandations ont été mises en œuvre, pour l'essentiel, dans les rapports portant sur l'exercice 2003.

76. 2,5 ETP (dont le secrétaire général) depuis sa mise en place en janvier 2002.

Un autre groupe s'est prononcé sur la validité des écritures figurant dans les comptes réciproques des organismes de sécurité sociale, au titre, plus particulièrement, des transferts et compensations. Il a clarifié les règles d'imputation : les erreurs relevées dans les comptes de 2002 donnent lieu à des régularisations dans ceux de 2003 (incidence sur les résultats : 20 M€). La démarche engagée se poursuit pour assurer un respect plus strict des normes comptables et, plus généralement, du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale.

Le groupe « gouvernance » a élaboré les grandes orientations qui pourront être assignées à l'amélioration du système comptable des organismes de sécurité sociale et à la validation des documents comptables publiés.

L'objectif central serait de confier aux organismes nationaux la mission explicite de préparer et de publier des comptes annuels en état d'être certifiés. En conséquence, leur rôle devrait être clairement affirmé. En particulier, les agents comptables nationaux se verraient investis d'attributions renforcées pour le contrôle des données comptables préparées par les agents comptables des organismes locaux. Selon ce schéma, les comptes publiés seraient des comptes combinés de la branche ou du régime. Ils seraient, dans des conditions à définir, soumis à un réviseur externe, public ou privé, qui formulera une opinion sur leur validité, sous forme d'une « certification ».

Simultanément, le rôle des comités régionaux d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale (COREC) a fait l'objet d'un réexamen en profondeur. Les contrôles ont été allégés dès 2004, la perspective d'une suppression à terme des contrôles des COREC constituant une hypothèse de travail qui ne pourra être confirmée que par la mise en œuvre effective des nouvelles procédures de préparation, de contrôle et de certification des comptes élaborées dans le cadre des travaux du haut conseil.

Le prochain rapport sur la sécurité sociale (septembre 2005) sera consacré à une analyse d'ensemble des dispositions en cours de préparation, en matière de contrôle des opérations et de validation des comptes des organismes de sécurité sociale.

II - Les comptes du régime général

A – La présentation des comptes

Les caisses nationales (ACOSS, CNAM, CNAV, CNAF) ont publié leurs comptes 2003 dès la fin avril, après rapprochement avec les données centralisées par la mission comptable permanente (MCP).

Contrairement aux années précédentes, où des écarts souvent significatifs apparaissaient entre les comptes des organismes nationaux et ceux établis par la DSS, une seule divergence subsiste en 2003. Elle concerne la CNAF qui a annoncé un résultat de 410 M€ que la DSS a porté à 426 M€ : cet écart de 16 M€ correspond à des reliquats d'écarts comptables provenant des exercices précédents.

Sous cette réserve, les résultats publiés sont les suivants :

En M€

Maladie	AT-MP	Vieillesse	Famille	**Total régime général**
- 11 105,1	- 475,6	+ 945,9	+ 426,0	**- 10 209,8**

Source : Caisses nationales

Ces résultats appellent deux observations principales :

1 – La prise en compte d'éléments exceptionnels

Suite au remboursement seulement partiel par l'Etat des « exonérations 35 heures » constatées en 2000, une provision a été inscrite, sur instruction ministérielle, dans les comptes de l'exercice 2001 des caisses nationales. En application de l'article 14-1 de la LFSS pour 2003, la CADES a versé le 1er avril 2003 à l'ACOSS la somme de 1 097 M€ qui représente 50 % de la provision. L'ACOSS a aussitôt ventilé ce versement entre les trois caisses nationales, au prorata de leurs créances. Les montants obtenus ont donc conduit à l'annulation de 50 % des provisions constituées en 2001 et à leur reprise sous forme de produits de l'exercice 2003. Une opération identique interviendra en 2004 pour solder définitivement cette créance.

Cette opération constitue pour les caisses un produit exceptionnel. Toutefois, ces dernières l'ont comptabilisée en produit de gestion courante, en application des règles spécifiques du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale (PCUOSS) qui, sur ce point, ne

respecte pas la règle fixée par le plan comptable général[77]. Dans cette situation, il devenait nécessaire, pour la bonne information de tous les utilisateurs des comptes, de faire apparaître, pour chaque branche ou caisse, et pour l'ensemble du régime général, les résultats de l'exercice 2003 en distinguant le résultat courant, qui retrace les conditions économiques réelles de la gestion au cours de l'année écoulée, du résultat exceptionnel faisant suite aux versements exceptionnels de la CADES. Cette distinction est reprise dans le tableau présenté plus loin.

2 – Les opérations d'inventaire 2002 et 2003 ayant un impact significatif sur les résultats 2003 : les cas de la CNAM et de l'ACOSS

a) La CNAM

La CNAM a progressivement amélioré la méthode de calcul de la provision correspondant aux prestations d'assurance maladie et d'AT-MP de l'année N à payer sur l'année N+1. La caisse centrale de mutualité sociale agricole et la CANAM se sont inspirées de cette méthode pour la mettre en œuvre dans leurs réseaux respectifs.

Pour les prestations légales d'assurance maladie, la provision constituée à la clôture des comptes 2001 (3 990 M€) avait été particulièrement bien calculée, les résultats 2002 ayant fait ressortir une surestimation globale de seulement 20 M€, soit 0,02 % des prestations de 2001 et 0,5 % de la provision. En revanche, la provision constituée à la clôture des comptes 2002 (3 774 M€) a fait apparaître, en 2003, une surestimation de 274 M€, soit 6 % de la provision constituée. Les soins de ville en métropole ont été surévalués de 67 M€ (2,7 %), les dépenses exécutées en établissements de 149 M€ (13,6 %) et les prestations dans les DOM de 22 M€ (13,6 %). La correction à la baisse de la provision constituée en 2002 (-216 M€) n'a donc pas suffisamment anticipé l'accélération des remboursements liée à l'extension des procédures électroniques (FSE et CCP). Dans la branche AT-MP, une sous-estimation est apparue en 2003. Pour une provision constituée fin 2002 de 155 M€, les remboursements intervenus en 2003 au titre de 2002 se sont élevés à 201 M€. La sous-évaluation a donc été de 46 M€.

A la clôture des comptes 2003, la provision de 4 983 M€ (+1 209 M€) n'est pas directement comparable : la CNAM a en effet abandonné sa pratique antérieure, non conforme à la règle de séparation

77. Dans son avis n° 00.04 du 20 avril 2000 sur le PCUOSS, le conseil national de la comptabilité a relevé cette situation particulière.

des exercices, consistant à comptabiliser en charges de N les prestations liquidées pendant la période d'inventaire en N+1 (soit sept jours ouvrés).

La comparaison entre les paiements effectués pour des soins de l'année précédente de janvier à avril respectivement en 2003 et 2004 montre que ceux effectués en 2004 excèdent de 1 288 M€ ceux de la même période en 2003. Le changement de règle de comptabilisation semble donc avoir été correctement pris en compte.A l'incertitude liée au retour tardif à une correcte application des règles, s'ajoute l'appréciation prudente par la CNAM des effets de l'accélération des remboursements.

L'excédent de provision 2002 de 274 M€ pour les prestations maladie et l'insuffisance de 46 M€ pour les prestations AT-MP ont été repris dans les comptes de 2003 de chaque branche, parmi les opérations de gestion courante, en raison des règles spécifiques du PCUOSS, dérogeant au plan comptable général, mentionnées ci-dessus. Les documents publiés par la CNAM signalent bien cette situation, mais sans fournir le montant précis des résultats courants de chacune des deux branches et de la caisse dans son ensemble.

Le tableau qui suit présente, par branche et pour l'ensemble du régime général, les corrections que la Cour estime nécessaires pour faire apparaître le résultat courant de 2003.

Passage du résultat publié au résultat courant 2003

En M€

Branche	Résultat publié	Versement CADES	Ecarts sur provision N-1	Résultat courant
Maladie	- 11 105,1	- 474,0	- 274,0	- 11 853,1
AT-MP	- 475,6	- 89,6	+ 46,0	- 519,2
Vieillesse	+ 945,9	- 329,5		+ 616,4
Famille	+ 426,0	- 203,9		+ 222,1
Source : **Total régime général**	*Source :* **- 10 209,8**	*Source :* **- 1 097,0**	*Source :* **- 228,0**	*Source :* **- 11 533,8**

Source : Cour des comptes

b) L'ACOSS

Ainsi que la Cour l'a montré dans ses précédents rapports[78], l'ACOSS a toujours fait preuve de prudence pour calculer les provisions au titre des créances sur les cotisants.

Pour les cotisations recouvrées par les URSSAF et les CGSS, la nouvelle méthode de calcul introduite en 2002 avec l'accord de la DSS a

78. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2003.

été reconduite en 2003. Il faut noter que le calcul de ces provisions n'intègre pas les créances relatives aux exonérations prises en charge dans le cadre des dispositifs pour l'emploi. Le suivi de ces créances est assuré au niveau de la caisse nationale.

Le tableau suivant fait ressortir l'ampleur des sommes en jeu, en montrant, pour 2003, une orientation vers une prudence encore renforcée.

Les opérations de recouvrement et de provisionnement des créances dans les URSSAF et CGSS

En Md€

	2002	2003	Evolution
1. Produits encaissés	200,4	208,4	+ 4%
2. Produits à recevoir	20,1	20,4	+ 1,5%
3. Créances non recouvrées à l'échéance	13,9	13,7	- 1,4%
4. Provisions constituées	11,5	11,6	+ 0,9%
5. Taux de provisionnement (4/3)	82,7%	84,7%	+ 2,4%

Source : ACOSS

S'agissant des produits recouvrés directement, l'ACOSS calcule pour les créances non recouvrées (629,3 M€ au 31 décembre 2002, 644,1 M€ au 31 décembre 2003) des provisions par catégories de dossiers, voire dossier par dossier, pour les redevables importants. Les provisions ainsi constituées ont été portées de 11,3 M€ au 31 décembre 2001 à 20,4 M€ fin 2002 et à 45,8 M€ fin 2003. Outre ce relèvement, l'année 2003 a été marquée par la constatation d'une provision exceptionnelle pour risques et charges de 97,1 M€ en raison d'une décision de justice défavorable à l'ACOSS.

L'ensemble des produits encaissés ou à recouvrer par l'ACOSS, ainsi que les provisions constituées, est réaffecté, dans le cadre des opérations dites « de répartition »[79], pour une part faible, à diverses organismes (FSV, CMU...) et pour l'essentiel aux caisses nationales.

Alors que, jusqu'en 2001, il était fait application d'un taux moyen de provisionnement, la nouvelle méthode introduite en 2002 tient compte

79. Compte tenu des lacunes dans le suivi comptable de ces opérations, maintes fois signalées par la Cour, les contrôles élémentaires de cohérence opérés par la Cour entre d'une part, le total des créances non recouvrées à l'échéance, le total des provisions constituées et, d'autre part, leur répartition entre les caisses nationales et divers organismes ont fait apparaître des incohérences (provisions supérieures à 100 % des créances restant à recouvrer) qui n'ont pas pu être expliquées à ce stade.

des risques de non recouvrement par catégories de cotisants et par zones géographiques. Ainsi que le montre le tableau qui suit, les taux de provisionnement sont donc différents selon les caisses nationales ou les branches, le taux maximum étant atteint à la CNAF, avec 89 %. L'orientation vers la prudence qui caractérise la démarche suivie se renforce encore lorsque l'on examine la répercussion sur la comptabilité des caisses.

Répartition des créances et des provisions entre les caisses du régime général en 2003

En Md€

Année 2003	Créances	Provisions	Taux
CNAM Maladie	5,95	4,68	78,7%
CNAM AT-MP	0,66	0,53	80,3%
CNAV	3,52	2,79	79,3%
CNAF	2,96	2,65	89,5%
Total	13,09	10,65	81,4%

Source : ACOSS

A l'opposé des règles suivies en matière de provisions relatives aux créances sur les débiteurs de droit commun et à la créance détenue par les caisses sur le FOREC, les créances sur l'Etat ne font l'objet d'aucune provision dans les comptes de l'ACOSS. Par lettre du 23 janvier 2003, l'agent comptable de l'ACOSS a sollicité l'avis de l'autorité de tutelle « pour procéder à la constitution d'une provision », lors de la clôture des comptes 2002, pour un ensemble de créances sur l'Etat, figurant dans sa comptabilité, pour un montant total de 1 227 M€. Dans une réponse du 10 mars 2003, le directeur de la sécurité sociale a indiqué que la question soulevée « nécessite un examen conjoint entre les différents services ministériels concernés » et que « en conséquence les créances (invoquées) ne doivent donner lieu à aucun traitement comptable particulier sans accord préalable ».

Il est à noter que les créances comprennent la dette de l'Etat relative au plan textile (320 M€) pour laquelle la Cour a déjà signalé qu'une provision aurait dû être constituée au titre des exercices clôturés depuis 1999. Les autres créances, relatives à des exonérations de cotisations non compensées par l'Etat appellent, au moins pour partie, des travaux détaillés de validation quant aux montants et, le cas échéant, à leur bien fondé.

Aucun élément nouveau n'étant intervenu, les comptes 2003 ont été clôturés sans qu'aucune provision ait été constituée. La Cour souhaite donc que l'étude conjointe, au plan interministériel, évoquée dans la lettre du 10 mars 2003 soit réalisée rapidement et qu'une réponse définitive soit apportée à une question récurrente depuis plusieurs années. En tout état de cause, il est vérifié que l'Etat n'a pas inscrit vis-à-vis des organismes de sécurité sociale une dette au passif de son bilan au 31 décembre 2003 et que dès lors, conformément au plan comptable unique des organismes de sécurité sociale, l'ACOSS qui supporte le risque de non paiement de ces créances était fondée à constituer une provision pour créance douteuse, ce qui aurait également conduit à réduire du même montant la valeur de la dotation immobilisée au compte 26 de l'Etat « dotations et participations de l'Etat ».

Dans les vérifications qu'elle effectuera sur le bilan d'ouverture au 1er janvier 2006, date de passage à la comptabilité d'exercice, puis sur les comptes annuels de l'Etat, au 31 décembre 2006, premier exercice qu'elle aura à certifier en application de l'article 58-5 de la LOLF, la Cour s'assurera du montant précis des dettes et charges à payer vis-à-vis de l'ensemble des organismes de sécurité sociale.

Dans le cadre du plan de redressement financier de l'assurance maladie, le gouvernement a prévu de verser, à compter de 2005, une "contribution exceptionnelle" de 1 Md€, avec la "volonté de mettre un terme au débat récurrent sur la prise en charge par l'assurance maladie de dépenses liées à un certain nombre de politiques publiques mises en place par l'Etat"[80].

Dans cette perspective, les dettes que l'Etat entend honorer à compter de 2005, dans le cadre du milliard d'euros annoncé, devront être déterminées de manière précise. Si cette enveloppe reste strictement réservée à l'assurance maladie et même en cas de reliquat, les créances des autres branches du régime général ainsi que les reliquats anciens des créances des autres organismes devront faire l'objet, soit de la constitution de provisions, soit de l'inscription de pertes exceptionnelles, selon l'analyse qui pourra être faite de la position de l'Etat quant à la validité des créances comptabilisées. Quelles que soient les décisions prises, elles auront une incidence, avec une année de décalage, sur la quote-part des capitaux propres des administrations de sécurité sociale figurant dans les « dotations et participations de l'Etat » à l'actif du bilan de celui-ci. En outre, la passation d'une perte exceptionnelle dans la comptabilité des caisses devra normalement se traduire par la constatation d'un produit exceptionnel dans le tableau des charges nettes de l'Etat.

80. Note d'orientation sur la réforme de l'assurance maladie en mars 2004.

B – Les lacunes dans l'application des droits constatés : les cas de la CNAF et de la CNAV

Depuis la mise en place de la comptabilité en droits constatés dans l'ensemble des organismes de sécurité sociale (1996-1997), la Cour n'avait pas encore procédé à une analyse détaillée des mesures prises dans les branches famille et vieillesse. Au demeurant, compte tenu de la nature des opérations, régies par des réglementations détaillées, les enjeux, en particulier sur les résultats annuels, sont a priori peu élevés.

1 – La CNAF – branche famille

Lors de la mise en place des droits constatés, en 1996, les insuffisances du système d'information comptable ont conduit à limiter la réforme au calcul des seules charges à payer, c'est-à-dire à rattacher aux comptes à clôturer les prestations clairement identifiées dans leur montant et par bénéficiaire qui seront en tout état de cause réglées dans les premières semaines de janvier. Il était apparu impossible techniquement de constituer des provisions pour les créances correspondant à des prestations dues ou réclamées mais non encore liquidées, y compris de rappels de prestations. Il en est allé de même, a fortiori, pour les indus.

La mise en place de CRISTAL, le système d'information rénové de la branche famille[81] n'a pas inclus la réforme de la comptabilité. La situation est identique, qu'il s'agisse des prestations légales à la charge de la branche ou des prestations pour compte de tiers qui sont gérées et distribuées par elle.

Le tableau détaillé des charges à payer par catégories de prestations fait apparaître au 31 décembre 2003, un taux moyen de charges à payer de 1,32 % (557 M€ de charges à payer pour 45 254 M€ de prestations payées). Mais des taux erratiques apparaissent pour certaines catégories de dépenses :

- pour les frais de tutelle, les charges à payer atteignent 112 M€, soit 64 % des paiements réalisés (176 M€);
- une rubrique « diverses autres charges techniques à payer » enregistre 20,3 M€ de charges à payer, soit 43 % des paiements effectués (47 M€).

La Cour n'a pas été en mesure de procéder à un contrôle détaillé de ces postes de charges.

81. Son déploiement s'est achevé en février 2000.

L'agent comptable de la CNAF dispose, avec CRISTAL, des informations de base nécessaires pour le calcul des provisions. Néanmoins, la méthodologie détaillée de calcul, les modalités d'accès aux informations figurant dans les données et leur traitement statistique ne sont pas encore définis. Les projets correspondants pourraient être finalisés courant 2004. Il n'est donc pas certain que ces lacunes puissent être surmontées dès la clôture des comptes 2004.

Une étude sommaire a été fournie à la Cour, basée sur 28,9 Md€ de prestations du régime général payées en 2003. Les rappels payés en 2003 sur des prestations de 2001 et 2002 ont été estimés à 1,1 Md€, soit 3,8 %. C'est ce montant qui aurait dû, a priori, être provisionné sur l'exercice 2002. En revanche, à la clôture des comptes 2003, il convenait de constituer une nouvelle provision pour « gager » les rappels des années antérieures à payer en 2004. La masse annuelle des prestations payées n'ayant connu qu'une augmentation faible (+1 % en 2002, +2 % en 2003) l'absence de provision paraît donc ne provoquer qu'une incidence faible sur le résultat annuel (entre 10 et 20 M€).

Néanmoins, la Cour a relevé que la faible progression des prestations payées en 2003 vaut en particulier, pour les aides au logement (3,3 Md€) dont l'augmentation limitée (+1,2 %) est en réalité due au retard de revalorisation des barèmes (cf. supra).. Les compléments à payer étant prévisibles, une provision aurait dû être constituée lors de l'établissement des comptes 2003.

Les indus ne donnent pas non plus lieu à constitution de provision, alors que les sommes en cause sont importantes :

- pour les prestations familiales, les indus à recouvrer s'élevaient à 323,2 M€ fin 2003 contre 286,3 M€ fin 2002. Le taux de recouvrement apparent dans l'année est de 93,7 % ;
- pour l'AAH, le solde d'indus est de 71,9 M€ fin 2003, contre 63,3 M€ fin 2002. Le taux de recouvrement ressort à 91 % ;
- pour le RMI, le solde à fin 2003 est de 98,4 M€ contre 94,6 M€ fin 2002, avec un taux de recouvrement de 98,7 %.

Les responsables de la CNAF estiment que l'impact sur les résultats annuels est limité : en 2003, les pertes sur créances irrécouvrables, correspondant pour l'essentiel à des remises gracieuses, se sont élevées à 80,3 M€ et les admissions en non valeur à 4,1 M€. Rapporté aux prestations payées par la branche (45,8 Md€), le taux de non recouvrement est donc effectivement faible (0,2 %).

Ces explications ne sont pas satisfaisantes. Il convient de tenir compte, au premier chef, de la progression, année par année, des créances

d'indus. Ainsi, dans les cas cités plus haut, les sommes en cause se sont accrues de 36,5 M€ pour les prestations familiales, 8,6 M€ pour l'AAH et de 3,8 M€ pour le RMI.

Il importe que la CNAF mette fin au plus vite à cette absence de politique de provisionnement pour les rappels de prestations et pour les indus. Elle devra également fournir les informations détaillées correspondantes aux personnes morales (Etat pour le FNAL et le FNH, département pour le RMA et le RMI) pour le compte desquelles des prestations sont exécutées et ne sont pas retracées dans ses comptes[82].

2 – La CNAV – branche retraite

La conformité aux règles en matière de droits constatés est plus satisfaisante que pour la branche famille.

Des provisions ont été calculées depuis 1996 pour les rappels de pensions, en distinguant prestations légales (droits directs et dérivés) et extra-légales. Ces calculs sont opérés sur la base d'un suivi dossier par dossier, par la caisse débitrice (CRAM ou CNAV selon le cas), sous le contrôle de l'agent comptable de la CNAV.

Les provisions constituées au 31 décembre 2003 s'élèvent à 174,4 M€, les reprises de provision à 190,7 M€, soit +16,3 M€ en termes de résultat. Au 31 décembre 2002, les provisions constatées étaient de 178,5 M€ pour des reprises de 158,1 M€, soit un impact sur le résultat de -20,4 M€.

Les provisions constituées représentent 0,3 % des prestations versées (64,7 Md€ en 2003). Une modification du système informatique permettra, à partir de 2005, un rapprochement intégral, dossier par dossier, dans le suivi des provisions, par année. Le suivi opéré actuellement sur la base d'un échantillon, s'est avéré globalement satisfaisant. En revanche, comme pour la CNAF, les indus sur prestations payées et en cours de récupération, ne donnent pas lieu à provisionnement.

Leur montant global s'établit, au 31 décembre 2003, à 95,7 M€ (90,0 M€ au 31 décembre 2002). Un meilleur suivi des dossiers a permis

82. Ces prestations sont suivies en comptes de tiers. Le RMI a été créé comme une dépense de l'Etat : inscrit dans le budget de l'Etat, il ne figurait pas dans les comptes des régimes sociaux. Cette analyse n'est pas modifiée par la substitution du département à l'Etat dans ses droits et obligations en matière de RMI par la loi n° 2003-1200 du 18 décembre 2003. De même, les dépenses du FNAL et du FNH n'entrent pas dans le périmètre des prestations sociales.

de réduire le montant des indus identifiés comme tels. Ils représentent actuellement 0,15 % des prestations versées dans l'année. Ils ne sont pas isolés en comptabilité par type de prestations et par exercice de rattachement.

La CNAV a prévu de remédier à ces insuffisances et envisage de constituer des provisions adéquates, mais uniquement à compter de la clôture des comptes 2005, en raison des délais de déploiement du nouvel outil informatique retraite.

SYNTHESE

La Cour estime nécessaire que, dans les comptes publiés, une distinction soit introduite entre les résultats courants et les résultats exceptionnels, ces derniers correspondant aux opérations qui ne sont pas liées aux conditions économiques de gestion des branches durant l'année. Le remboursement en 2003 par la CADES de 1,1 Md€ correspondant à 50 % des provisions constituées en 2001 en fournit une illustration significative, un remboursement équivalent devant intervenir en 2004.

L'analyse des opérations comptabilisées en 2003 par la CNAM montre que les méthodes de provisionnement des prestations restant à payer au titre de l'année précédente doivent être améliorées.

La nouvelle méthode introduite en 2002 pour les provisions constituées par l'ACOSS au titre des cotisations non recouvrées en fin d'année a conduit à des taux de provisionnement trop prudents. En revanche, l'ACOSS n'a toujours pas constitué de provision pour les importantes créances anciennes qu'elle détient sur l'Etat au titre des exonérations de cotisations, dont 320 M€ pour le plan textile.

Analysant pour la première fois l'application des droits constatés à la CNAF et à la CNAV, la Cour relève des lacunes importantes à la CNAF, qui ne constitue de provisions ni pour les rappels de prestations ni pour les indus.

Globalement, les observations formulées dans le présent chapitre conduisent la Cour, dans la limite des investigations qu'elle a réalisées, à conclure que le résultat des différentes branches du régime général a été de -11 533,8 M€ en 2003, pour un résultat publié de -10 209,8 M€.

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES PAGE 422

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) qui réunissent sous la présidence des trésoriers payeurs généraux de région, les directeurs régionaux de l'action sanitaire et sociale (DRASS) et les chefs des services régionaux de l'inspection du travail et de la protection sociale agricole (SRITEPSA). Ces comités sont placés sous la surveillance de la Cour et leurs contrôles constituent la principale procédure de contrôle externe des organismes de sécurité sociale.

I - Les contrôles des COREC en 2003

A – Des contrôles différenciés selon les types d'organismes

1 – Le nombre et la diversité des organismes

Les évolutions intervenues dans l'organisation des différents régimes sont restées limitées et au total le nombre d'organismes soumis au contrôle des COREC en 2003 n'a que peu évolué.

Au sein du régime général, quatre fusions découlent directement de la réorganisation des caisses de la batellerie. Celles qui ont été examinées par les COREC ont été réalisées dans des conditions satisfaisantes.

L'URSSAF de l'Oise, regroupant depuis le 30 avril 2001 celles de Creil et de Beauvais, a été contrôlée pour la première fois en 2003 ; la gestion a été jugée satisfaisante, les opérations de fusion ont été correctement réalisées et sont parfaitement retracées en comptabilité.

Quatre caisses mutuelles complémentaires et d'activité sociale (qui relèvent du régime des industries électriques et gazières) de Paris se sont regroupées, le 1er avril 2002, au sein de la CMCAS Paris ; il appartient désormais à la nouvelle caisse de résoudre les faiblesses signalées précédemment par le COREC.

Pour le régime agricole, la tendance à l'augmentation du nombre d'organismes constatée jusqu'ici ne s'est pas poursuivie.

Organismes relevant de la compétence des COREC

	Exercice 2000	Exercice 2001	Exercice 2002
Union des caisses nationales de sécurité sociale	1	1	1
Caisses régionales d'assurance maladie	17	17	17
Caisses primaires d'assurance maladie	129	129	128
Caisses d'allocations familiales	125	125	123
Unions pour le recouvrement des cotisations	106	106	104
Unions et fédérations d'organismes	124	113	111
Instance de gestion du régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle	1	1	1
Caisses générales de sécurité sociale et caisses de prévoyance sociale de St-Pierre et Miquelon et de Mayotte	6	6	6
Total du régime général	**508**	**498**	**491**
Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM)	22	22	22
Régime agricole	145	179	179
Régime minier	23	23	23
Régimes des non salariés non agricoles	257	256	253
Régimes spéciaux et particuliers	19	17	17
Régime du personnel des industries électriques et gazières	111	111	108
Total général	**1 085**	**1 106**	**1 093**

Source : Cour des comptes

2 – Les contrôles réalisés

Le nombre total de contrôles réalisés en 2003 s'est à nouveau réduit. Par rapport aux années précédentes, il s'est établi à 529 contrôles, (soit - 3 % par rapport à 2002). La baisse la plus forte concerne les contrôles approfondis (215 contrôles), qui diminuent de 15 %.

L'analyse par administration d'origine confirme pour l'essentiel les parts relatives déjà constatées les années précédentes. La proportion des contrôles dits « conjoints », exercés simultanément par des fonctionnaires de plusieurs administrations, régresse légèrement (de 17 contrôles), après plusieurs années de progression. Concernant la

répartition par régime, les contrôles ont été moins nombreux dans le régime général et pour les URCAM.

B – Les avis émis reflètent les efforts de modernisation de la gestion engagés par les organismes

1 – Les avis émis

La tendance déjà relevée l'année passée, d'une diminution du nombre d'avis défavorables, se confirme en 2003. La proportion d'avis défavorables est désormais de 2,5 % du nombre total d'organismes contrôlés.

Cette situation confirme la poursuite de l'amélioration de la qualité des comptes et de la gestion des organismes en général.

Répartition des avis par campagne

	2001		2002		2003	
Avis favorables	347	52,9 %	244	44,7 %	247	46,7 %
Avis favorables avec recommandations	212	32,3%	232	42,5 %	221	41,8 %
Avis favorables avec réserves	36	5,5 %	39	7,1 %	42	7,9 %
Avis défavorables	59	9,0 %	21	3,9 %	13	2,5 %
Sursis à statuer et sans avis	2	0,3 %	10	1,8 %	6	1,1 %
Total des organismes contrôlés	656		546		529	
Organismes non contrôlés	429		560		564	
Total	**1 085**		**1 106**		**1 093**	

Source : Cour des comptes

2 – Le suivi des observations

Les observations faites à la suite des contrôles restent cependant nombreuses, comme l'indique l'importance relative des avis dits « avec recommandations » ; mais il est satisfaisant de constater que les remarques émises à l'occasion de précédents contrôles et dont le suivi est assuré de manière systématique ont été le plus souvent suivies d'effets, ce qui traduit, de la part des organismes, un souci d'amélioration. .

L'exemple du COREC de Picardie qui a procédé à une analyse des suites données à ses avis illustre ce bon niveau de prise en compte des recommandations émises lors des campagnes antérieures : en 2003, les

caisses à nouveau sous contrôle présentaient, dans cette région, un taux de recommandations suivies d'effet de plus de 86 %.

De même, en ce qui concerne les interventions de la Cour des comptes qui relayent les remarques les plus critiques des COREC, l'analyse des réponses reçues atteste de progrès significatifs sur les points signalés.

3 – La nécessité d'une évolution des COREC

Ce bilan quantitatif traduit également la montée en puissance du contrôle interne aux organismes et des démarches d'amélioration de la qualité. Les contrôles COREC devraient dès lors évoluer, à moyen terme, en tenant compte :

- des actions conduites pour améliorer la qualité des comptes, par la mission comptable permanente sous l'égide du Haut conseil de la comptabilité des organismes de sécurité sociale. Elles devraient permettre à terme de présenter des comptes consolidés en état d'être certifiés, par régimes ou par branches, et d'assurer le contrôle des comptes dans le cadre des travaux qui seront menés en vue de leur certification ;
- de l'évaluation des COG, menée par les tutelles, qui renforce l'examen de la gestion, en cohérence avec les priorités fixées au niveau de la branche ou des régimes.

Pour éviter des contrôles redondants, il convient donc de réorienter et d'alléger les contrôles effectués par les COREC sur la gestion des organismes.

Un groupe de travail constitué par la Cour et les administrations concernées a examiné les conséquences de ces évolutions sur le système de contrôle des organismes de sécurité sociale, en général, et sur le dispositif des COREC, en particulier. Il a préconisé un allègement des contrôles menés par les COREC :

- ceux-ci ne concerneront plus les organismes pour lesquels les résultats attendus paraissent réduits. La faiblesse des enjeux financiers et une standardisation poussée des applications informatiques et des procédures conduisent, dans ce cas, à privilégier, une démarche de contrôle national ;
- les contrôles thématiques seront moins nombreux. Ils porteront sur un échantillon plus restreint mais statistiquement suffisant ;
- les contrôles approfondis seront aménagés dans leur contenu et leur périodicité ;

- enfin, les contrôles intermédiaires (effectués entre deux contrôles approfondis) ne seront plus obligatoires mais facultatifs, selon l'appréciation de chaque COREC et en fonction des enjeux propres aux organismes.

4 – Le suivi particulier des avis défavorables

Cette année, on relève 13 avis défavorables contre 21 l'an passé, et six sursis à statuer contre dix en 2002. La persistance de situations dégradées, justifiant des interventions fermes de la part des tutelles, doit cependant être notée, même si leur nombre régresse. En outre, certains nouveaux organismes connaissent encore des difficultés particulières.

a) Les avis défavorables liés à des difficultés déjà signalées

A la CAF des Vosges le constat des graves dysfonctionnements qui avait justifié l'avis défavorable du COREC l'année dernière[83], demeure valable pour l'exercice 2002. Toutefois, la mise en place d'une nouvelle équipe de direction et la définition d'un plan d'actions visant à redresser la situation comptable de la caisse permettent d'escompter un retour à la normale.

Pour beaucoup de CMCAS, le suivi des comptes de tiers, du recouvrement des indus et des recours contre tiers, ainsi que la mise en place du contrôle interne, continuent à faire l'objet de nombreuses observations, malgré d'indéniables progrès. C'est notamment le cas des CMCAS d'Arras-Béthune, de la Réunion, de Pau ou encore de Valence.

Les sursis à statuer, émis pour absence de production des comptes aux tutelles dans les délais réglementaires, sont moins nombreux que les années précédentes[84]. Cependant, le progrès est encore partiel, et manifestement, les améliorations attendues des nouvelles applications financières et comptables des CMCAS, dont la mise en œuvre avait justifié les retards les années précédentes, n'ont pas encore produit leur plein effet dans l'ensemble des caisses.

Parmi ces caisses, celle de Versailles n'a pas transmis ses comptes aux autorités de tutelles depuis quatre ans. Des documents comptables et des pièces justificatives auraient même été égarés. La CPAM des Yvelines a procédé cette année à un audit de la caisse.

---

83. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2003 pp. 233 et 234.

84. Trois caisses sont concernées : les CMCAS de Poitiers, de Douai et de Versailles.

De façon plus générale, la gestion du régime des industries électriques et gazières, dans son ensemble, fait l'objet, en 2004, d'un contrôle de la Cour. Dans l'attente des recommandations qui seront formulées à l'issue de ces investigations, les contrôles des COREC sur les CMCAS ont été suspendus.

En 2002, des COREC avaient émis des avis défavorables à l'encontre de quatre caisses relevant du régime ORGANIC, à la suite de l'introduction, en juillet 2001, de l'application nationale concernant les cotisations « affiliation, carrières, recouvrement » (ACR). De très nombreuses anomalies comptables ont en effet été révélées dans les comptes cotisants entre la comptabilité générale et la balance nominative des comptes individuels. Le COREC Nord-Pas-de-Calais a constaté les mêmes défaillances sur les comptes des exercices 2001 et 2002 produits par la caisse ORGANIC d'Arras.

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

La CPAM de la Dordogne a fait l'objet d'un avis défavorable, en raison de la non application des droits constatés en matière de recours contre tiers et de dépassements sur le budget d'action sanitaire et sociale. La CPAM passait à tort les écritures comptables à la réception du règlement définitif, et non dès l'ouverture du dossier par le service contentieux. Concernant l'action sanitaire et sociale, la caisse primaire de la Dordogne, comme d'autres CPAM d'ailleurs, a versé des prestations obligatoires financées par le fonds national d'action sanitaire et sociale, en dépassement du budget alloué. Les sommes correspondantes ont été comptabilisées en compte d'attente en contravention avec les principes comptables. Cette violation des règles est intervenue en application d'une instruction de la CNAM, émise dans l'attente d'une solution d'ensemble encore en discussion avec la direction de la sécurité sociale.

L'examen des états de rapprochement bancaires présentés par la Mutuelle Just'ensemble à Valenciennes a fait apparaître un respect insuffisant des exigences comptables. L'organisme s'est engagé, depuis la vérification, dans la voie d'une normalisation comptable.

L'avis rendu pour la réunion des assureurs maladie du Nord est dû au défaut de production d'états de développement de soldes, conformes aux exigences comptables.

Pour la CMSA des Deux-Sèvres, l'absence de dépôt des comptes dans les délais réglementaires (conduisant le COREC à émettre un constat de carence pour 2002) révélait de graves dysfonctionnements dans la tenue des comptes. Le comité a donc rendu un avis défavorable sur les

comptes 2001, relevant notamment qu'aucun contrôle interne n'avait été mis en place au sein de l'agence comptable. Des mesures correctives énergiques ont cependant été décidées par l'organisme. Un nouveau contrôle approfondi devrait être diligenté en 2004, pour en vérifier la portée.

Le contrôle de la CMSA du Cher s'est conclu par un avis défavorable motivé par la présence de nombreux soldes de comptes non justifiés et l'absence de suivi budgétaire. Les délais de paiements des prestations aux usagers étaient excessifs et les instructions de la tutelle n'étaient suivies qu'après relance. Ces dysfonctionnements ont été redressés pour partie mais tardivement au regard des recommandations déjà formulées en 2002, d'autant plus que la caisse est engagée dans un processus de regroupement avec celle du Loiret.

L'avis défavorable rendu sur les comptes de la CGSS de la Guyane pour l'exercice 2002 fait ressortir un manque de coordination et de suivi des actions et des procédures, au niveau de la direction générale de la caisse, ainsi qu'un défaut de prise en compte des recommandations précédentes du COREC. Selon le comité, la caisse n'était pas, au moment du contrôle, en mesure d'assurer correctement sa mission de service public. Une nouvelle équipe de direction a été nommée en juillet 2003. Les premières actions qu'elle a engagées témoignent de sa volonté de redressement. .

Au sein de la CMR de Lorraine, la découverte de pratiques frauduleuses, dans la gestion de la paye, heureusement limitées en montant, a conduit le COREC à émettre un avis défavorable sur les comptes des exercices 1998 à 2002 et l'organisme à engager des procédures disciplinaires contre les agents responsables**.** L'absence de séparation entre les fonctions relevant de l'ordonnateur et de l'agent comptable est à l'origine des manquements relevés qui ont été favorisés en outre, par les liens familiaux existant entre les agents responsables. La caisse a entrepris dès 2003 les efforts de redressement nécessaires.

L'union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie (UGECAM) d'Auvergne – Limousin – Poitou-Charentes, organisme de création récente, a fait l'objet de deux avis défavorables[85] consécutifs du COREC. Les investigations complémentaires, menées en 2003 par le comité, ont révélé que les points précédemment relevés avaient perduré ou s'étaient même aggravés, en ce qui concerne la gestion budgétaire et comptable. Divers différés de comptabilisation continuaient à traduire une application insuffisante du principe des droits constatés,

85. Mention de cet organisme avait déjà été faite dans le rapport annuel 2003, page 134.

comme de la séparation des exercices ; l'affichage, par l'union, de résultats budgétaires et comptables faussés, reflétait une présentation tronquée et non sincère de sa situation.

En outre, sur le plan de la gestion interne, des procédures, tant de versement d'émoluments que de passation de marché, s'avéraient contraires à la réglementation.

Pour ces motifs, la Cour a diligenté la procédure, dite de « seconde vérification »[86], de l'article R. 134-23 du code des juridictions financières, et a confirmé l'avis défavorable émis par le COREC du Limousin. Elle a saisi la tutelle, afin qu'elle engage la responsabilité de l'agent comptable. Plus généralement, la faiblesse de l'activité des établissements gérés par l'union, leur dispersion géographique, la difficulté du siège à assurer les missions prévues par la loi (fixer les orientations assignées aux établissements et en assurer le pilotage) l'ont amenée à interroger la CNAM et la DSS sur le devenir de cette structure.

II - Le contrôle interne dans les CRAM

Prévue par des décrets depuis 1993, la mise en place dans les organismes de sécurité sociale de plans de contrôle interne, élaborés conjointement par les directeurs et les agents comptables, doit permettre d'analyser les risques d'erreur ou de fraude et de les prévenir par des procédures plus rigoureuses.

Les précédents contrôles des COREC, relatifs aux CPAM ou aux CAF, avaient montré l'utilité d'une implication forte des caisses nationales, seules à même d'apporter les outils indispensables, sur les plans méthodologique, organisationnel et informatique.

Les travaux menés en 2003 par les COREC qui ont porté sur cinq CRAM permettent de compléter ce premier diagnostic.

86. La seconde vérification de l'article R. 134-23 du code des juridictions financières est une procédure, peu usitée, qui peut être assimilée à un appel de l'avis rendu par le comité régional d'examen des comptes. La Cour peut procéder à ce contrôle soit d'office, soit sur saisine d'un organisme. L'objectif premier est de produire un second avis relatif à la qualité des comptes et de la gestion, le pouvoir d'approbation des comptes étant alors transféré à l'administration centrale.

A – L'implication de la CNAM est une condition nécessaire

Dans le domaine de l'assurance maladie, les initiatives relevées par les COREC sont restées peu nombreuses et dans l'ensemble assez inabouties. Le plus souvent, elles s'inspirent, quant à la méthodologie, du référentiel en vigueur dans la branche retraite. La Cour ne peut que constater et regretter l'absence de directives de la CNAM dans ce domaine.

L'analyse des mesures prises, en ce qui concerne le risque accidents de travail, confirme ce constat : en l'absence d'impulsion forte de la caisse nationale, les CRAM n'ont engagé que des actions dispersées et très partielles. Ainsi, seules deux CRAM (celles de Rhône-Alpes et de Haute-Normandie) avaient analysé le risque lié à l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA). Pourtant, les enjeux sont lourds sur le plan financier, comme l'a montré, en début d'année, la fraude survenue à la CRAM de Marseille pour un montant de 2,2 M€. Une première analyse soulignait d'ailleurs certaines faiblesses du contrôle interne, parmi les facteurs qui ont rendu possible cette fraude.

Il conviendrait donc que la CNAM, en liaison avec les CRAM, procède à l'analyse des risques et diffuse les meilleures pratiques, issues d'initiatives encore trop isolées.

B – La mise à disposition d'outils, par la CNAV, doit s'accompagner d'un suivi effectif

A l'inverse, s'agissant de la branche retraite, la CNAV a pris en charge, dès l'origine, l'analyse des risques générés par l'activité et a publié des référentiels nationaux complets et détaillés. Dans un deuxième temps, elle a développé des outils informatiques experts dans le but d'homogénéiser et d'optimiser certains contrôles.

Les COREC ont examiné deux procédures particulières afin d'apprécier la manière dont les outils proposés par la CNAV s'inséraient dans la démarche de contrôle interne des organismes et, plus généralement, contribuaient à l'adaptation de leur organisation.

1 – Le suivi des aides ménagères, avec l'outil OCEAM

En matière de prestations ménagères à domicile, l'outil développé par l'agence comptable nationale (OCEAM) apporte une première réponse aux critiques antérieures de la Cour sur l'absence de suivi de ce

secteur. Il a le mérite de proposer une grille homogène d'analyse de la situation des prestataires et d'introduire davantage d'objectivité (par le calcul de ratios) dans un domaine essentiellement partenarial. Mais il n'a pas vocation à s'appliquer de façon mécanique et constitue plutôt un outil d'aide à la décision.

Il paraît utilisé a minima, au sein des CRAM auditées Cela tient probablement au fait qu'il ne peut résumer, à lui seul, le contrôle interne de ce secteur. Il apporte une plus-value d'autant plus importante que les caisses ont, par ailleurs, réfléchi aux contrôles à mettre en œuvre envers les prestataires.

La CNAV doit donc poursuivre ses efforts, afin d'inscrire OCEAM dans une logique plus globale de contrôle interne des prestataires d'aides ménagères à domicile.

2 – Le contrôle des prestations retraite

En matière de liquidation des prestations de retraite, le passage d'un contrôle systématique à un contrôle sélectif, fondé sur la maîtrise des risques financiers, va assurément dans le sens d'une plus grande rationalisation et d'une meilleure efficience du contrôle.

Mais la question essentielle n'est pas tant celle de l'efficience du contrôle que celle de l'exactitude de la liquidation. Or plusieurs signes laissent penser que cet objectif est parfois perdu de vue :

- l'indicateur qui figure dans la COG Etat / CNAV n'est pas compris des caisses locales. Il mesure, en réalité, l'incidence des erreurs financières les plus graves évitées grâce au contrôle. Cet indicateur qui pourrait s'avérer pertinent dans l'évaluation de l'activité des services de contrôle n'est pas adapté au suivi de la qualité de la liquidation, qui constitue l'enjeu essentiel ;
- le suivi des erreurs détectées dans la pré-liquidation exige un indicateur plus pertinent : de fait, plusieurs indicateurs ont été à ce stade définis et diffusés. Mais le manque de coordination entre l'ordonnateur et l'agent comptable de la caisse nationale, sur l'interprétation et l'utilisation à donner à ces divers indicateurs, aboutit à priver de légitimité ces outils et, en pratique, à en paralyser l'usage.

Le contexte actuel est sans doute peu propice à une stabilisation immédiate des outils :

- le déploiement technique de l'outil destiné à sélectionner les dossiers à risque financier (OMRF[87]) en est encore à ses débuts et sera nécessairement long ;
- la mise en œuvre de la réforme des retraites, engagée par la loi du 21 août 2003, a occasionné un fort surcroît d'activité des services.

Pour autant, à moyen terme, il redeviendra essentiel de disposer d'outils simples et légitimes, pour apprécier la qualité de la liquidation et celle des liquidateurs. Une véritable stratégie de contrôle interne doit donc, au-delà de la définition des seuls outils techniques, prendre davantage en considération le contexte d'évolution des caisses et leur capacité à introduire les réformes dans l'organisation.

RECOMMANDATIONS

9. Développer un véritable contrôle interne dans les domaines d'intervention des CRAM qui relèvent de la compétence de la CNAM. A partir d'une analyse des risques générés par ces activités, la CNAM doit inscrire, notamment dans la future COG AT/MP, des objectifs en matière de contrôle interne.

10. Analyser à la CNAV, l'usage que font les caisses des outils de contrôle interne disponibles et diffuser les meilleures pratiques.

11. Mettre en place un indicateur simple et lisible par la CNAV de suivi de la liquidation.

III - Le recours aux huissiers dans les URSSAF et les régimes des non salariés non agricoles

Les COREC ont à plusieurs reprises analysé différents domaines de l'action en recouvrement des organismes de sécurité sociale, afin d'évaluer l'utilisation et l'efficacité des outils dont ils disposent. En ce qui concerne le recouvrement contentieux, qui constitue la dernière phase de cette chaîne une difficulté pour les organismes provient de la nécessité

87. Outil de maîtrise du risque financier.

de recourir à des officiers ministériels indépendants[88] et donc d'organiser le suivi et l'animation de leur action.

Dans les divers réseaux, qui assurent des missions de recouvrement, cette même question se pose. Elle a conduit à définir des outils et des méthodes de suivi et d'analyse de l'activité. Il a paru intéressant d'apprécier dans quelle mesure ces techniques étaient utilisées au sein des organismes de sécurité sociale et en amont, d'évaluer l'efficacité des dispositifs destinés à faciliter la diffusion de ces « meilleures pratiques ».

L'enquête menée en 2003 par les COREC a donc porté sur le suivi des créances confiées aux huissiers par 50 organismes[89], appartenant à la branche recouvrement du régime général, au régime ORGANIC et à celui des CMR/OC.

A – Les données disponibles traduisent des pratiques étonnamment hétérogènes

Malgré des incertitudes affectant les résultats rassemblés (compte tenu notamment du volume non quantifiable des paiements spontanés, effectués directement aux organismes, dès réception d'un commandement à payer de l'huissier par les débiteurs), l'enquête a permis d'évaluer, d'une part, l'importance relative du recours aux huissiers dans le recouvrement total des organismes et, d'autre part, l'efficacité apparente de ce recours, appréciée par le rapport entre les recouvrements et les nouveaux mandats confiés.

Dans le total des recouvrements, la part relative réalisée par les huissiers varie fortement selon les URSSAF entre un maximum de 9 % et un minimum de 0,12 % ; les montants s'échelonnent de 20,3 M€, dans les Bouches-du-Rhône, à 0,3 M€ dans le Gers.

De même le taux de recouvrement sur les créances confiées aux huissiers, qui mesure leur efficacité apparente, révèle une surprenante dispersion : de 92,2% dans l'URSSAF de Rouen à 18,3 % dans l'URSSAF du Gard (et de 92,5 % dans un organisme conventionné de Bretagne, à 11,2 % dans un autre OC relevant de la CANAM). Pour la

88. Pour recouvrer les cotisations et leurs majorations, lorsque la mise en demeure n'a pas été suivie d'effet, l'organisme créancier peut faire signifier une contrainte par acte d'huissier à l'encontre du débiteur, conformément aux articles L. 244-9, R. 133-3 et R. 612-11 du code de la sécurité sociale.

89. Le thème de vérification a concerné trente URSSAF, trois CMR, huit OC, huit caisses ORGANIC et une caisse des professions libérales.

moitié de l'échantillon des URSSAF, le montant des créances récupérées par les huissiers était supérieur à 50 % de celles qui leur étaient confiées. Dernier constat, également surprenant, aucune corrélation visible ne peut être notée entre ces deux indicateurs.

B – Des stratégies implicites divergentes

On perçoit tout d'abord, des divergences de principe sur l'importance à accorder au recours aux huissiers. Certains organismes le cantonnent à un rôle presque résiduel, d'autres en font un outil d'usage courant. Un premier arbitrage porte en effet sur la place accordée aux procédures amiables. Du point de vue des organismes, il peut sembler plus dissuasif de transmettre rapidement les créances aux huissiers.

La tentation paraît particulièrement nette pour les URSSAF qui ne supportent pas de charge financière du fait des procédures contentieuses. Les recommandations des organismes têtes de réseau visent au contraire, à juste titre, à prévenir dans la mesure du possible le recours à des procédures contraignantes, coûteuses pour les redevables.

L'absence de lien entre ce premier arbitrage et les performances relatives des huissiers montre en second lieu que l'efficacité des procédures dépend plus du contexte local et du suivi, par l'organisme, des actions menées que de l'importance relative des créances confiées aux auxiliaires de justice.

L'analyse des différents facteurs qui, au sein des organismes concourent à un suivi efficace, confirme dès lors le constat d'hétérogénéité :

- des rendez-vous annuels sont organisés entre les organismes et les huissiers mais pas encore dans tous les organismes et avec des périodicités variables ;
- des solutions ont été parfois développées, pour désigner un huissier coordonnateur ou « pilote », ou référent, mais ces différentes solutions ne sont ni évaluées, ni comparées ;
- des conventions ont le plus souvent été passées pour encadrer les relations avec les huissiers, mais un tiers des URSSAF contrôlées n'en avaient pas encore signé en 2002. Sur certains points, comme le respect des calendriers, les dispositions de ces conventions n'étaient pas vérifiées ;
- bien que des outils soient disponibles à cette fin (notamment le logiciel adhésion-recouvrement-carrière ACR), l'analyse des performances comparées des huissiers n'était pas effectuée, ou était peu

utilisée, dans la majorité des organismes. Les données d'ACR, pour les caisses ORGANIC, étaient inexploitables ; quant au logiciel SURF, seule une minorité des URSSAF examinées l'utilisait[90].

C – Des méthodes perfectibles

Le contraste paraît frappant entre des objectifs généraux, définis et exposés de manière claire par des circulaires générales dans chacun des trois réseaux analysés et des pratiques qui restent encore trop souvent contraires à ces recommandations[91].

La formulation d'instructions plus détaillées par la caisse nationale ORGANIC semble se traduire par une meilleure diffusion des bonnes pratiques. Mais les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre d'un nouveau système informatique perturbaient gravement le suivi des actions contentieuses, voire leur mise en œuvre[92].

A l'inverse, au sein du réseau des URSSAF, les instructions adressées aux organismes restaient indicatives, en ce qui concerne la mise en œuvre de ces bonnes pratiques (comme exemple la conclusion de conventions avec les huissiers) mais leur application était peu suivie.

Dans le réseau des CMR, où de tels outils n'étaient pas disponibles, aucun suivi quantifié des résultats et des performances des huissiers n'était pratiqué.

Une approche individualisée est donc indispensable pour un pilotage par la tête de réseau. Les outils nécessaires à cette individualisation doivent être adaptés aux résultats attendus. L'inclusion, dans la COG d'abord, ensuite dans les contrats pluriannuels de gestion (CPG) passés avec les organismes, de dispositions relatives aux huissiers, n'a pas été suivie d'effet, dans la mesure où elle semblait mettre l'accent sur des pratiques ponctuelles. Or, ce qui compte, c'est d'abord de parvenir à une intégration harmonieuse de l'activité contentieuse confiée aux huissiers dans l'ensemble du recouvrement (des indicateurs existent à cet effet) ; ensuite d'analyser régulièrement les résultats des différents

90. L'outil de suivi des performances des huissiers (« SURF huissiers »), défini au niveau national en 2002, n'était utilisé que dans la moitié des URSSAF et les résultats réellement exploités que dans un nombre encore plus réduit. Les données disponibles, pour les URSSAF qui l'utilisent, confirment la disparité notée par les COREC.

91. Même si à l'issue de leur passage les COREC ont souvent noté une amélioration des dispositifs.

92. Voir l'analyse faite sur l'avis défavorable rendu pour l'ORGANIC du Nord-Pas-de-Calais et la mention faite des difficultés rencontrées avec le logiciel ACR.

huissiers. A cet égard des outils même généraux sont susceptibles de mieux mobiliser les moyens consacrés aux études et de les réorienter si nécessaire.

RECOMMANDATION

12. Assurer dans les différents régimes un suivi quantitatif de l'activité contentieuse des huissiers.

IV - Les créances prescrites

Faute d'une réglementation prévoyant l'apurement des créances prescrites, celles-ci s'accumulent dans les comptes de nombreux organismes de sécurité sociale. La nécessité de les apurer a conduit à demander aux COREC de rendre un avis préalable à une éventuelle décision d'apurement par les tutelles et d'examiner les procédures susceptibles de garantir que de telles prescriptions ne se renouvelleraient pas. Toutefois, pour les organismes les plus concernés, des écritures d'apurement sont déjà intervenues, en toute irrégularité, par quatre décisions ministérielles ponctuelles prises entre 1995 et 2002, pour un montant cumulé de 847 M€.

Les premiers contrôles réalisés dans ce cadre, en 2003, ont porté sur 96 organismes qui faisaient l'objet, en parallèle, d'un contrôle approfondi. Le tableau qui suit résume le sens des avis :

Répartition des avis

Nature des avis	Nombre	% des organismes contrôlés
Avis favorables	40	41,6 %
Avis favorables avec recommandations	11	11,4 %
Avis favorables avec réserves	23	24 %
Avis défavorables	12	12,5 %
N'ont pas reçus d'avis (sursis à statuer)	10	10,4 %
Total des organismes contrôlés	96	

Source : Rapports COREC

La proportion des avis qui signalent une situation insatisfaisante (avis favorables avec réserves, ou défavorables, ou encore sursis à statuer) est élevée, ce qui contraste avec les avis rendus sur les comptes.

Les observations faites par les auditeurs des COREC ont, dans nombre de cas, conduit les organismes à améliorer leurs procédures de contrôle interne pour les rendre plus rigoureuses et mieux prévenir le risque de prescription.

Quelques conclusions plus générales peuvent être également retirées de ces travaux. La connaissance du montant des créances prescrites maintenues dans les comptes des organismes reste souvent incertaine. Il est vrai que la complexité des règles, distinctes selon les catégories de créances, ne facilite pas une évaluation régulière. Les travaux effectués par les COREC laissent penser que les estimations faites par les organismes sont en deçà de la réalité.

Dans ces conditions, le provisionnement ne peut être réalisé que sur des bases statistiques (sauf cas particulier[93], ces créances prescrites ont déjà fait l'objet de provisions).

L'examen des créances prescrites permet aussi de vérifier la pertinence des outils informatiques. Il aboutit au constat, notamment dans les URSSAF, que les applications mises à la disposition des caisses ne permettent pas, ou pas encore, de prévenir les cas de prescription par des signalements automatiques et, mieux encore, par une édition automatisée des actes interruptifs de prescription. Les vérifications indispensables sont dès lors mises en œuvre avec des périodicités très variables et des résultats hétérogènes.

Les applications informatiques utilisées peuvent même rendre plus difficiles les traitements préventifs. C'est par exemple le cas des CAF, qui utilisent deux grandes applications (Cristal et Corali) insuffisamment coordonnées, ce qui conduit à des doubles saisies et à des traitements manuels, toujours plus aléatoires, pour détecter les risques de prescription.

Des questions de principe se posent également en ce qui concerne la répartition actuelle des responsabilités entre les directeurs, responsables du recouvrement contentieux [94] et les agents comptables, responsables du recouvrement amiable. La Cour avait déjà signalé l'urgence d'une réflexion sur ce point.

---

93. C'est notamment le cas du réseau des CAF qui ne provisionne plus les créances prescrites depuis 1997, à cause d'une interprétation exagérément optimiste de la CNAF, selon laquelle ne seraient prescrites que les créances reconnues comme telles par un tribunal. L'insuffisance de provisions qui s'en déduit peut être évaluée, à partir des données de la CNAF, à 14 M€.

94. Car chargés des poursuites à l'encontre des débiteurs de l'organisme, selon l'article D. 253-4 du code de la sécurité sociale

A la suite de ce premier examen, la Cour recommande que la procédure d'apurement soit formalisée sur le plan juridique. Ce cadre juridique devrait notamment prévoir les conditions dans lesquelles les organismes présenteraient les demandes d'apurement et procéderaient au préalable à l'auto-évaluation de leurs procédures internes, destinées à prévenir la prescription.

Les COREC continueront au cours des prochaines années à analyser les situations des organismes, mais à partir d'un certain niveau de risque.

RECOMMANDATIONS

13. Pour l'avenir, éviter que se reconstituent des créances prescrites, pour des montants significatifs : en clarifiant et simplifiant les règles relatives à la prescription ; en intégrant cette préoccupation dans les plans de contrôle interne ; en rendant les applications informatiques plus opérationnelles ; en réexaminant les règles relatives aux responsabilités respectives des directeurs et des agents comptables, en ce qui concerne le recouvrement.

14. Fonder les décisions d'apurement sur des textes de niveau juridique suffisant.

V - Les feuilles de soins électroniques : examen de certains risques

La mise en place et la montée en charge de Sésam-Vitale, qui permet une télétransmission des feuilles de soins par les professionnels de santé aux caisses, ont déjà fait l'objet d'enquêtes de la Cour. Bien que la CNAM considère le dispositif comme suffisamment sécurisé, l'analyse de certains facteurs de risques et des mesures prises pour les prévenir, comme dans le cas des doubles paiements, montre que la sécurisation du système doit être encore améliorée. Une enquête des COREC sur la qualité de la gestion des feuilles de soins électroniques, réalisée auprès de 28 caisses primaires d'assurance maladie de province, permet d'établir un diagnostic sur deux sources de risques jusqu'alors non quantifiées : les feuilles de soins ne pouvant être mises en paiement automatiquement et les doubles paiements générés par les feuilles de soins électroniques (FSE). Ces analyses ne peuvent pas être généralisées à l'ensemble des risques liés à Sésam-Vitale.

A – Les feuilles de soins rejetées et leur suivi

Une première mesure de la qualité de la gestion des feuilles de soins passe par l'analyse des contrôles effectués par la caisse, en amont de l'ordonnancement, en vue d'éviter des paiements erronés ou indus.

Environ trois feuilles de soins sur cent arrivées dans les caisses ne peuvent être liquidées en l'état, car elles présentent une erreur interdisant la mise en paiement (soit environ 24 millions de décomptes en 2002). Les feuilles de soins « papier » traitées manuellement ou semi automatiquement, par scanner par exemple, donnent lieu à un peu moins de rejets (2,6%) que les feuilles de soins qui parviennent à la caisse de manière électronique (3,4%). Dans ce dernier ensemble, il faut distinguer les feuilles de soins électroniques (FSE), qui apparaissent significativement moins erronées, avec un taux de rejet de seulement 1,7 %, alors que les flux électroniques non sécurisés[95] sont les plus générateurs d'erreurs bloquantes (6,2 %).

Parmi les FSE dont le paiement a été bloqué (en rejet), 9 % ne pourront pas être intégrées dans la chaîne de paiement et seront renvoyées à leur émetteur car les caisses sont dans l'impossibilité de les traiter. Ce taux constitue une amélioration significative apportée par Sésam-Vitale puisqu'il est inférieur de moitié au taux constaté pour l'ensemble des feuilles.

Les motifs récurrents de rejet résultent essentiellement de problèmes d'actualisation des bases de données (base des assurés, des professionnels, des médicaments) : l'assuré a bénéficié d'une exonération du ticket modérateur non reconnue par la caisse, le bénéficiaire des soins est inconnu, l'assuré bénéficie d'une prise en charge dans le cadre d'un accident du travail non encore enregistré par la CPAM, le prix du médicament n'est pas celui référencé, le médecin n'existe pas dans les répertoires... Ces divergences entre les informations contenues dans la feuille de soins et les fichiers des caisses sont le fait d'une trop lente coordination entre les différents gestionnaires de bases mais peuvent aussi relever de l'absence de mise à jour de sa carte par l'assuré, comme dans le cas des bénéficiaires de plus de 16 ans qui continuent à être enregistrés sur la carte Sésam-Vitale de leurs parents.

95. Les caisses reçoivent des tiers deux types de flux télétransmis : les premiers émanent du système Sésam-Vitale et sont dits « sécurisés » par la présentation des deux cartes « assuré » et « professionnel de santé ». En l'absence d'une de ces deux cartes, on parle de flux « non sécurisés ».

Les problèmes d'identification de l'assuré ne sont pas le fait de toutes les caisses. Mais ils traduisent, pour celles où ils sont les plus nombreux, une fragilité de la gestion des bases de données.

Le décompte de certains motifs de rejets met en évidence des pratiques spécifiques de contrôle. Ainsi, en matière d'accidents du travail, certaines caisses contournent la difficulté de mise à jour des fichiers en demandant aux professionnels de ne télétransmettre la première FSE relative aux soins que dans un délai de huit à dix jours après la date de l'accident. De ce fait, aucune feuille de ce type n'est rejetée.

De façon générale, les rejets ne font pas l'objet d'une attention suffisante au sein des caisses qui ne cherchent notamment pas à identifier de nouveaux motifs propres aux FSE. Alors qu'elles permettraient d'identifier les points faibles potentiels et de définir des actions préventives ciblées, des informations telles que la fréquence et les motifs des rejets sont loin d'être systématiquement collectées et analysées. Cette situation s'explique, en partie, par l'inadaptation de l'outil informatique initialement développé par la CNAM pour ausculter les flux télétransmis. Dans certaines régions, l'application ne produit que des listings volumineux impossibles à exploiter. Cet outil est d'ailleurs progressivement abandonné. Pour pallier cette lacune, des caisses ont développé, à leur propre initiative, des modules complémentaires, permettant de récupérer l'information à des fins d'exploitation sur micro-ordinateur. Les pratiques les plus efficaces devraient faire l'objet d'une mutualisation par la caisse nationale.

B – Les doubles paiements générés par les FSE

Lors de l'enquête de la Cour, le risque potentiel d'un accroissement des doubles paiements dû aux feuilles de soins électroniques est apparu de manière récurrente : doublons entre les feuilles de soins papier (duplicata) et FSE, doublons entre les FSE et des flux électroniques dégradés (envoyés sans la validation de la carte Vitale), risque de retransmission d'une même FSE. De crainte d'un dysfonctionnement, la Cour a souhaité axer les efforts des vérificateurs des COREC sur les doubles paiements générés, partiellement ou totalement, par des FSE.

Malgré les contrôles a priori qui en principe détectent et rejettent les feuilles de soins transmises en doublon la persistance de doubles

paiements[96], et en particulier de doubles flux électroniques sécurisés, confirme que subsistent des zones de risque, encore insuffisamment maîtrisées par les caisses.

L'observation, par tirage d'un échantillon, des paiements archivés permet d'affirmer qu'il existe des doubles paiements avérés (générés partiellement ou totalement par des FSE) dans toutes les caisses. L'enquête des COREC permet même d'estimer, en moyenne, qu'un tiers des doublons apparents sont effectivement des doubles paiements injustifiés et générateurs d'indus. La grande dispersion de ce taux (les données collectées par les COREC varient de 83% à 5%) ne peut être expliquée par des données structurelles, comme la taille des caisses, les taux d'adhésion à Sésam-Vitale ou la propension des professionnels de santé à utiliser la télétransmission.

Près des trois quarts des doubles paiements injustifiés ont été générés par des doublons entre des feuilles de soins électroniques (FSE). Cette part reste importante quel que soit le taux de « vrais doubles paiements injustifiés » décelés dans les bases de paiement. On peut en déduire une estimation du montant des indus correspondant à ces retransmissions de feuilles de soins électroniques, d'environ 11 M€ pour les CPAM de province en 2003. Cette somme correspond à 0,02 % des prestations en nature versées.

Les autres doubles paiements ont été générés, dans 21 % des cas, par l'envoi d'une FSE et d'une feuille de soins papier concernant un même acte. Cette moyenne cache de grandes disparités selon les caisses.

Par ailleurs, s'agissant des émetteurs, l'enquête des COREC a mis en évidence que, dans plus des trois quarts des doubles paiements injustifiés, soit nettement plus que leur part dans les FSE, la feuille de soins a été émise par un médecin. Les pharmacies comme les auxiliaires médicaux sont, pour l'essentiel, à l'origine des autres paiements.

Enfin, les investigations des COREC permettent de relativiser l'importance des renouvellements d'ordonnance injustifiés qui ne sont la cause de doubles paiements avérés que dans environ 3% des cas. Mais, de

96. L'analyse, dans chacune des caisses enquêtées, d'un échantillon de 60 doublons, dont la valeur est supérieure à 12 € et dont une au moins des feuilles de soins devait avoir été transmise par Sésam-Vitale, a permis de mettre en évidence la fréquence de doubles paiements injustifiés avérés (paiements multiples pour une unique prestation).

l'avis général, le rapprochement entre les feuilles de soins électroniques et les ordonnances reste un problème mal résolu[97].

Les caisses qui procèdent à des analyses rétrospectives de ces anomalies et qui ont intégré dans leurs procédures de contrôle interne une revue systématique des risques spécifiques liés aux feuilles de soins électroniques sont cependant peu nombreuses. Les outils de contrôle[98], tant a priori qu'a posteriori, sont diversement mis en application et leurs paramètres sont, en outre, parfois adaptés localement, ce qui nuit à leur efficacité. De plus, les redondances soulignées par les caisses, entre les différentes applications de détection, les incitent à arbitrer librement entre les outils utilisés et à en modifier les paramétrages. Certaines caisses se contentent simplement de la mise en œuvre de ces contrôles automatiques.

Or, les résultats qu'obtiennent d'autres CPAM semblent attester qu'une politique active de signalements des doublons détectés, notamment auprès des professionnels, permet ensuite de constater une réduction de leur fréquence.

C'est l'utilisation combinée des outils de contrôle, tant a priori qu'a posteriori, qui prémunit le mieux les caisses contre le risque de doubles paiements indus, dans la mesure où ils sont orchestrés par un plan de contrôle interne réfléchi.

SYNTHESE

Le dispositif Sésam-Vitale a permis d'améliorer la qualité de l'information figurant dans les feuilles de soins, mais l'enquête de la Cour, quoique limitée à deux aspects, signale qu'il n'existe toujours pas d'analyse systématique des progrès et des risques nouveaux. Ceci traduit une vraie lacune en termse de stratégie de contrôle interne. La CNAM devrait impulser une dynamique de contrôle interne en mettant à disposition des outils de contrôle, mais aussi en se donnant les moyens d'en vérifier l'impact dans chaque caisse.

97. Les ordonnances sont transmises sur support papier et archivées dans la caisse du lieu de délivrance, qui n'est pas nécessairement la caisse de l'assuré, cette dernière recevant la FSE associée.

98. IRIS et CONDOR sont les outils de contrôle a priori ; « doubles paiements » et « requêtes SIAM » sont les outils de contrôle a posteriori..

RECOMMANDATIONS

15. Améliorer le dispositif de contrôle a priori et a posteriori, en assurant une meilleure cohérence des outils de détection automatique des doubles paiements.

16. Mutualiser les bonnes pratiques d'analyse des rejets, de détection et de prévention des doubles paiements.

17. Compléter le suivi de la gestion des feuilles de soins électroniques par des indicateurs de risques tels que les taux de rejets par motifs ou la mesure des doubles paiements avérés par origine.

VI - L'examen des effets dans les organismes de sécurité sociale de l'application de la loi d'orientation pour l'outre mer

Depuis une dizaine d'années, les pouvoirs publics agissent pour stimuler l'activité économique dans les DOM où le chômage reste élevé (26,9 % pour l'ensemble des quatre départements d'outre-mer en 2002, contre 9 % en métropole à la même époque) et où le PIB par habitant est inférieur de moitié à celui de la métropole (11 920 € contre 22 011 €).

La loi d'orientation pour l'outre-mer (LOOM) du 13 décembre 2000 qui amplifie certaines mesures mises en place par la loi du 25 juillet 1994 institue notamment un double dispositif de soutien aux économies des départements d'outre-mer : d'une part, des exonérations de cotisations patronales de sécurité sociale, dans la limite d'un montant égal au SMIC majoré de 30%, qui bénéficient aux entreprises de moins de 11 salariés dont l'activité se situe dans les secteurs d'activité les plus exposés à la concurrence, ainsi qu'un régime spécifique en faveur des employeurs et travailleurs indépendants (ETI), et, d'autre part, un dispositif exceptionnel d'apurement des dettes sociales et fiscales pour toutes les entreprises qui connaissent des difficultés.

Si les deux dispositifs sont liés, ils poursuivent néanmoins des objectifs différents : l'exonération de charges de sécurité sociale qui concerne plus de 95% des entreprises des DOM tend à favoriser l'emploi par l'abaissement du coût du travail ; le moratoire sur les créances sociales offre aux entreprises qui ont rencontré dans le passé des difficultés un dispositif exceptionnel d'apurement de leurs dettes sociales et fiscales, afin de leur permettre de travailler, pour l'avenir, dans des conditions financières assainies.

A – L'organisation du recouvrement dans les caisses

1 – Des organismes de sécurité sociale dont la diversité explique les résultats contrastés dans la mise en œuvre de la LOOM

L'examen des effets dans les organismes de sécurité sociale de l'application des dispositifs prévus dans la LOOM a été réalisé par quatre COREC : celui d'Ile-de-France dans la caisse ORGANIC/CARBOF-CAVICORG pour l'assurance vieillesse des commerçants, la caisse autonome nationale de compensation d'assurance vieillesse des artisans (CANCAVA), la caisse nationale des barreaux français (CNBF), la caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF) et la caisse autonome de retraite des chirurgiens dentistes (CARCD), par le COREC de Poitou-Charentes dans la caisse maritime d'allocations familiales (CMAF), par le COREC d'Antilles Guyane dans les trois caisses générales de sécurité sociale (CGSS) et dans la caisse maladie régionale (CMR)[99], organisme représentant le régime de la caisse d'assurance des professions indépendantes (CANAM), et enfin par le COREC de la Réunion pour la CGSS de ce département.

Ainsi sont concernés des organismes très divers, par la taille (436 cotisants pour la caisse nationale des barreaux français, plus de 60 000 pour la CGSS de la Réunion), par le secteur de compétence géographique (un département pour les CGSS, une région pour les CMR, les quatre DOM pour les autres caisses), par l'implantation (siège, antennes ou délégués dans les DOM pour les CGSS, les CMR, la CANCAVA[100] et l'ORGANIC/CARBOF-CAVICORG, alors que les autres caisses assurent directement le recouvrement depuis la métropole) et enfin par la structure des cotisants et les régimes gérés (régime général des salariés et régimes et branches associés pour les CGSS, assurance maladie maternité des ETI pour les CMR, prestations familiales des marins pêcheurs pour la CMAF et l'assurance vieillesse pour l'ORGANIC/CARBOF-CAVICORG, la CANCAVA, la CARMF, la CNBF et la CARCD).

Cette diversité explique en partie les contrastes qui ressortent quant aux performances de chacune des caisses en matière de recouvrement et de mise en œuvre des dispositifs de la LOOM.

---

99. La CMR a pour mission d'immatriculer les assurés et d'émettre les cotisations. Mais ce sont des organismes conventionnés (OC) qui recouvrent les cotisations. Deux des trois OC ont été défaillants dans la mise en place des dispositifs de la LOOM. De ce fait, les informations produites sont incomplètes et n'ont donc pas été reprises.

100. Depuis de nombreuses années, la CANCAVA n'a plus de délégués locaux dans les départements de Guadeloupe et de Martinique.

2 – Une évolution positive des taux de recouvrement.

Une lettre ministérielle du 3 mai 2000, adressée aux CGSS et CMR des DOM, demandait dans l'attente de la loi LOOM de n'engager aucune poursuite pour les cotisations dont la date d'exigibilité était antérieure au 1er janvier 2000. Bien que n'étant pas destinataires de ce courrier, certaines autres caisses, telle que l'ORGANIC-CARBOF-CAVICORG, ont elles aussi appliqué ces directives. En conséquence, la période précédant la promulgation de la LOOM a été marquée par un attentisme des cotisants, se traduisant par une dégradation en 2001 des taux de recouvrement déjà particulièrement faibles dans certaines caisses. Cette dégradation tend à prouver que le recouvrement spontané baisse lorsque le risque d'une action contentieuse n'est plus perçu par les débiteurs. Toutefois, malgré le fléchissement observé en 2001, les taux de couverture périodique (TCP)[101] connaissent plutôt une amélioration sur l'ensemble de la période dans les CGSS et dans les caisses des chirurgiens dentistes, des médecins et des marins pêcheurs, même si pour cette dernière les résultats en Guadeloupe et en Martinique restent particulièrement faibles[102]. En revanche, la caisse nationale des barreaux français présente une évolution erratique des taux de couverture qui n'est pas expliquée.

Taux de couverture périodique

En %

	Guadeloupe		Martinique		Guyane		Réunion	
	1998	**2002**	**1998**	**2002**	**1998**	**2002**	**1998**	**2002**
CGSS	84,14	84,68	86,54	88,56	80,63	91,34	95,18	95,75
CARCD	31,97	43,20	62,28	73,98	22,05	74,69	46,41	84,69
CARMF	54,07	58,62	60,74	71,40	58,09	63,57	62,58	88,79
CNBF	70,78	67,18	87,99	81,70	76,57	58,54	76,40	85,62
CMAF	4,16	13,91	5,28	5,39	77,20	77,44	25,50	72,47

Source : Rapports COREC

Pour l'ORGANIC/CARBOF-CAVICORG et la CANCAVA, les taux de couverture qui ne sont pas disponibles par département mais seulement pour l'ensemble des DOM sont extrêmement préoccupants :

101. Le taux de couverture périodique est égal au rapport des cotisations encaissées sur les cotisations liquidées.

102. Cette situation résulte de l'insuffisance du recouvrement au moment de son transfert aux CGSS.

14,73 % en 1998 et 14,10 % en 2002 pour la première, 2,59 % en 1998 et 3,73 % en 2002 pour la deuxième.

On observe que ce sont les CGSS qui réalisent dans chacun des départements les meilleurs taux de couverture, alors que les autres caisses, sans implantation dans les DOM ou insuffisamment présentes sur place, obtiennent de moins bons résultats. Le projet de l'ORGANIC/CARBOF-CAVICORG et la CANCAVA d'organiser en partenariat le recouvrement dans les départements d'outre-mer pourrait s'étendre aux autres caisses concernées. On constate également que, quelle que soit la caisse, le département de la Réunion présente les taux de couverture les plus satisfaisants.

B – Une forte augmentation des exonérations de cotisations

Dans les CGSS, l'accroissement de l'ensemble des exonérations de cotisations entre 2000 et 2002 est de 74 % en Guadeloupe, 55 % en Martinique, 79 % en Guyane et 65 % à la Réunion. Les exonérations dues au dispositif de la LOOM représentent en 2002 pour la CGSS de la Guadeloupe 73 % du total des exonérations, pour la Martinique 75 %, pour la Guyane 63 % et pour la Réunion 60 %.

Selon l'ACOSS, les montants exonérés dans les DOM sont passés de 500 M€ en 2000 à plus d'un milliard d'euros en 2002. Le dispositif de la loi du 25 juillet 1994 n'avait pas donné des résultats aussi importants : en 2000 les exonérations dues à cette loi représentaient 35 % du total des exonérations en Guadeloupe, 43 % en Martinique, 31 % en Guyane et 25 % à la Réunion.

Toutefois, toutes les entreprises concernées par les mesures d'exonérations de la LOOM n'ont pas opté pour cette faculté et ont préféré conserver le bénéfice d'autres dispositifs, comme par exemple les zones franches urbaines. Les résultats sont néanmoins probants : l'amélioration des taux de couverture et la baisse des restes à recouvrer observées dans la plupart des organismes peuvent, en partie, être attribuées aux effets des dispositifs de la LOOM, sans que l'on soit toutefois en mesure d'apprécier avec précision leur impact.

C – L'apurement des dettes sociales : un dispositif qui n'a pas produit les résultats attendus

L'article 5 de la LOOM a prévu un plan très exceptionnel d'apurement des dettes sociales et fiscales pour les entreprises exerçant

une activité agricole, artisanale, industrielle ou commerciale qui connaissent des difficultés. Les entreprises endettées peuvent demander, dans un délai de douze mois à compter de la publication de la loi aux caisses de sécurité sociale compétentes le sursis à poursuites pour le règlement de leurs créances antérieures au 1er janvier 2000, relatives aux cotisations patronales de sécurité sociale. Cette demande entraîne de plein droit une suspension de six mois des poursuites et, durant ce délai, un plan d'apurement des dettes est signé entre l'entreprise et les caisses compétentes.

Malgré une forte médiatisation et des campagnes de communication, ce dispositif a généré peu de demandes de sursis par rapport aux comptes éligibles et le nombre de plans signés est encore plus faible.

Plans signés et bénéficiaires potentiels dans les CGSS (situation au 31 décembre 2002

	Guadeloupe[103]	Martinique	Guyane	Réunion
Bénéficiaires potentiels (1)	17 197	15 389	3 712	9 726
Plans signés (2)	3 377	4 295	578	2 915
1/2 (%)	19,6	27,9	15,5	29,9

Source : rapports COREC

Comme pour le dispositif d'exonération, c'est à la Réunion que le moratoire des créances sociales a eu le plus d'impact.

Dans les autres caisses, le rapport entre le nombre d'entreprises en difficulté pouvant bénéficier du dispositif d'apurement et celui de plans signés est très variable. Ainsi, à titre d'exemple, à l'ORGANIC/ CARBOF-CAVICORG, sur 12 759 comptes éligibles au moment de l'entrée en vigueur de la loi, 603 plans étaient signés au 31 décembre 2002, soit 5 % des débiteurs susceptibles de bénéficier d'un plan d'apurement. A l'inverse, à la CARCD, sur 362 comptes éligibles, 311 demandes de sursis ont été déposées et 165 plans ont été signés, soit 45 % des dentistes éligibles.

Les résultats des différentes caisses montrent qu'une corrélation existe sans aucun doute entre l'impact du dispositif d'apurement et le taux de recouvrement des caisses : les deux caisses qui présentent les plus

103. Compte tenu du retard pris par la CGSS de la Guadeloupe dans le traitement des demandes, c'est la situation au 30 juin 2003 qui a été retenue.

mauvais résultats en matière d'apurement des dettes sociales, l'ORGANIC/CARBOF-CAVICORG et la CANCAVA sont aussi celles qui enregistrent les taux de recouvrement les plus faibles. Ce qui est logique : l'intérêt des cotisants à bénéficier d'un dispositif d'apurement n'existe que si la non régularisation de leur situation au regard des dettes sociales risque d'être sanctionnée.

En théorie, la LOOM aurait dû permettre une amélioration du comportement fiscal des cotisants. Or il apparaît que les résultats ne sont pas à la hauteur des prévisions. Parmi les principales raisons de l'échec, l'obligation faite d'un paiement à jour à partir du 1er janvier 2000 a conduit à écarter du dispositif un certain nombre de bénéficiaires potentiels, d'autant que l'annonce d'un abandon partiel des dettes antérieures à 1998 a laissé penser à certains qu'il valait mieux attendre.

La Cour recommande de ne pas renouveler de telles pratiques.

RECOMMANDATIONS

18. Tirer les enseignements de l'échec du dispositif d'apurement des dettes de la LOOM en ne créant pas un nouveau moratoire des créances sociales qui nuit à la crédibilité des organismes de sécurité sociale.

19. Développer une politique plus dynamique de recouvrement : actions de communication, mise en place d'outils pour suivre l'évolution de la dette de chacun, développement des procédures de recouvrement amiable et contentieux.

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES PAGE 423

DEUXIEME PARTIE

ORGANISATION ET GESTION DU REGIME GENERAL DE LA SECURITE SOCIALE

INTRODUCTION

En 2003, les dépenses de gestion administrative des différentes branches du seul régime général (maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, famille, vieillesse, recouvrement) représentent 9,9 Md€[104]. Elles financent notamment les salaires des 182 000 personnes physiques employées par le régime général au 31 décembre 2002, qui exercent leurs activités au sein de plus de 500 organismes dotés d'un conseil d'administration.

Au moment où le régime général traverse une crise financière de grande ampleur (11,5 Md€ de déficit en 2003 et de l'ordre de 14 Md€ en 2004), il est nécessaire de s'interroger sur la contribution que ces dépenses de gestion pourraient apporter au retour à l'équilibre des comptes sociaux.

La Cour a donc procédé à une enquête dans les quatre branches du régime général (maladie, retraite, famille et recouvrement). Elle a établi ses constats à partir du contrôle des têtes de réseau, ainsi que d'un échantillon de cinq CPAM, quatre CRAM, six CAF et sept URSSAF.

La poursuite du déploiement des nouvelles technologies de l'information et de la communication au sein des activités de liquidation de prestations et de recouvrement de cotisation, qui constituent le cœur de métier du régime général, devrait permettre d'engendrer de forts gains de productivité. En outre, l'accélération des départs à la retraite des agents du régime fournira à moyen terme l'opportunité de traduire ces gains de productivité en économies de gestion.

C'est dans cette optique qu'après un rappel sur l'organisation institutionnelle de la sécurité sociale (chapitre V) sont analysés successivement les stratégies et les outils de pilotage du régime général (chapitre VI), son organisation territoriale et fonctionnelle (chapitre VII), sa gestion des ressources humaines (chapitre VIII) et sa productivité (chapitre IX).

Enfin le dernier chapitre (X) analyse les enjeux spécifiques soulevés par l'organisation régionale de l'assurance maladie et de la santé.

104. Ces dépenses ne comprennent pas les dépenses de gestion des exploitants agricoles, des non salariés non agricoles et des régimes spéciaux de fonctionnaires ou d'entreprises publiques.

Chapitre V

Unité et diversité du régime général

PRESENTATION

Cette deuxième partie du rapport traite, de manière transversale, de plusieurs questions relatives à l'organisation et à la gestion du régime général. Une telle approche se justifie par les forts éléments d'unité qui subsistent dans ce régime, en dépit de la diversité des branches qui le composent.

I - Les facteurs d'unité du régime général

Le régime général est né des ordonnances de 1945 sous la forme d'un régime unique de sécurité sociale couvrant les différentes branches : assurance maladie-maternité-décès-invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), assurance vieillesse, prestations familiales. La volonté d'unification, alors très forte, devait conduire à créer des caisses départementales gérant toutes les branches au profit d'une population initialement limitée aux salariés, en attendant son extension à l'ensemble des Français.

Cette extension n'a pu se réaliser en assurance maladie, pour les risques professionnels et pour la retraite. Les exploitants agricoles ont conservé un régime propre qui s'étendra dans les années 60 à l'assurance maladie et les professions indépendantes non agricoles ont constitué, après 1945, des régimes autonomes de retraite propres aux artisans, aux commerçants et aux professions libérales, puis un régime d'assurance maladie commun à toutes ces professions. Ces régimes gèrent à la fois les prestations et le recouvrement des cotisations.

Les ordonnances de 1967 ont fait éclater le financement et la gestion du régime général en quatre branches qui constituent trois réseaux de caisses coiffés chacun par un établissement public national administratif : la CNAV pour la retraite, la CNAM pour les branches maladie et accidents du travail et la CNAF pour la famille, tandis que la loi du 31 juillet 1968 créait un quatrième établissement public, l'ACOSS, chargé de piloter le recouvrement des cotisations assuré par les URSSAF et de gérer la trésorerie de l'ensemble des branches.

Le régime général s'est donc organisé par branche, en 1967, comme l'étaient déjà les professions indépendantes, tandis que le régime agricole a gardé depuis l'origine une organisation unique pour gérer toutes les branches ainsi que le recouvrement des cotisations.

A – Un mode d'organisation commun à toutes les branches

Les branches du régime général ont en commun d'être gérées par des personnes morales autonomes de droit privé, pourvues d'un conseil d'administration, d'un directeur et d'un agent comptable dont le régime de responsabilité s'apparente à celui des comptables publics. Elles sont organisées en réseau, avec à leur tête une caisse nationale qui, à la différence des autres régimes, est un établissement public administratif dont le directeur est nommé en conseil des ministres. Les conseils d'administration sont composés à parité d'administrateurs désignés par les organisations représentatives de salariés et d'employeurs et non plus élus par les assurés, auxquels s'ajoutent des personnalités qualifiées. Mais le MEDEF et la CGPME n'ont plus désigné leurs représentants depuis la fin 2001, ce qui perturbe fortement le fonctionnement des conseils.

A côté des caisses proprement dites gérant le recouvrement des cotisations et versant les prestations existent de multiples unions de caisses, internes aux branches ou interbranches, pour gérer en commun des services tels que la gestion immobilière, l'informatique, la formation professionnelle ou les œuvres sociales. Au total, le régime général compte plus de 500 organismes pourvus d'un conseil d'administration, de tailles très diverses, de quelques agents à plusieurs milliers. A la différence des régimes agricoles et des professions indépendantes non agricoles, le régime général qui a vu croître le nombre de ses assurés n'a pas adapté ses structures à l'évolution de la répartition géographique de la population.

La loi du 13 août 2004 vient d'introduire diverses modifications dans le fonctionnement de la seule branche maladie visant notamment à donner des pouvoirs accrus à la direction de la caisse nationale.

B – Un personnel de droit privé

La gestion du personnel constitue un fort élément d'unité dans le régime général : les mêmes conventions collectives d'agents de direction et d'employés et cadres s'appliquent à toutes les branches. Le rôle de l'« employeur » des agents du régime général est joué par l'union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS), établissement de droit privé. Son directeur négocie les accords dans le cadre des mandats que lui fixe le comité exécutif composé des directeurs des quatre caisses nationales. Les régimes de professions indépendantes agricoles et non agricoles ont chacun leurs propres conventions collectives.

Les conventions collectives de la sécurité sociale doivent, pour entrer en vigueur, être agrées par l'Etat compte tenu du coût pour les finances publiques des mesures qu'elles contiennent. Ceci explique que l'Etat n'accepte pas que ces conventions soient améliorées par des accords locaux. La contradiction entre le droit du travail normalement applicable à ce secteur et la portée de l'agrément n'a toujours pas été résolue par les textes.

Le régime général, comme la plupart des régimes, recrute ses agents de direction parmi les anciens élèves du CNESSS. Mais au delà de la procédure commune d'inscription sur des listes d'aptitude pour progresser dans les carrières, seul le régime général connaît depuis 1996 une procédure de nomination des directeurs et agents comptables des caisses locales par les directeurs des caisses nationales[105].

C – Des entreprises de service public en situation de monopole placées sous le contrôle de l'Etat

Pour exercer la mission qui leur est déléguée par la loi, les caisses, organismes de droit privé, sont dotées de fortes prérogatives de service public. En contrepartie, les pouvoirs publics exercent un contrôle a priori et a posteriori sur leurs actes.

Ces organismes ont le monopole de la gestion des branches de sécurité sociale, ce qui signifie que les assurés ne sont pas libres de s'affilier en dehors du réseau, ni même de choisir leur caisse de rattachement en faisant jouer une concurrence qui ne pourrait d'ailleurs porter qu'à la marge, sur les frais de gestion ou la qualité des services offerts[106].

Dans ce contexte, la recherche de l'efficacité, de l'efficience et de la qualité du service rendu imposent une vigilance particulière. Le progrès technologique a permis d'automatiser les opérations de masse, dégageant ainsi des disponibilités pour améliorer le service rendu aux usagers, objectif que les ordonnances de 1996 ont rappelé aux caisses et qui

105. Cette procédure vient d'être modifiée pour la seule CNAM par la loi du 13 août relative à l'assurance maladie. L'article 58 prévoit en effet que le directeur général de la CNAM nomme le directeur et l'agent comptable de chaque CPAM, le conseil de cet organisme ne pouvant s'y opposer qu'à la majorité des deux tiers de ses membres.
106. Dans le régime des exploitants agricoles et celui des professions indépendantes non agricoles, des sociétés d'assurance et des mutuelles agréées sont habilitées à gérer le risque maladie et, pour les agriculteurs, les accidents du travail, sans qu'on puisse pour autant y voir une réelle volonté de mise en concurrence des gestionnaires.

occupe désormais une place essentielle dans les conventions d'objectifs et de gestion (COG).

Les COG, mises en place à partir de 1996, ont eu pour ambition de moderniser les relations entre les caisses et l'Etat : il s'agissait de passer d'un mode de contrôle essentiellement régalien à une démarche contractuelle consistant à fixer aux gestionnaires des objectifs de productivité et de qualité de service, quantifiés et soumis à évaluation, l'Etat s'engageant sur les moyens à accorder pour les atteindre. Le cadre pluriannuel, les souplesses budgétaires prévues et l'allégement de la tutelle devaient permettre de responsabiliser les gestionnaires.

Ces points communs sont essentiels et doivent être préservés. Ces facteurs d'unité coexistent en effet sans difficulté avec la diversité des publics et des métiers des branches.

II - La diversité des missions

A – La diversité originelle de l'organisation des branches

L'unité du régime général voulue en 1945, incarnée au niveau national par la caisse nationale de sécurité sociale, n'a jamais été réalisée au niveau local, l'ordonnance de 1945 répartissant elle-même les risques entre les caisses régionales (invalidité, vieillesse, accidents du travail) et les caisses primaires de sécurité sociale (maladie), tandis que les prestations familiales restaient gérées par un réseau de caisses particulier.

A partir de 1967, la séparation des branches débouche sur une spécialisation encore plus nette des réseaux : les CAF sont coiffées par la CNAF, les URSSAF par l'ACOSS et les caisses primaires, désormais appelées « d'assurance maladie », par la CNAM.

Par contre, l'ordonnance de 1967 prévoit que « la CNAV assure la gestion de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés… ». Elle « centralise l'ensemble des ressources de l'assurance vieillesse ». Sous réserve des dispositions propres aux départements d'Alsace-Moselle et d'outre-mer, « elle assure le paiement des prestations » (art. L. 222-1 CSS). Dans la partie législative du code de la sécurité sociale, aucune disposition ne prévoit d'autre modalité de gestion des retraites. C'est l'article R. 215-2 qui précise « qu'à titre transitoire et jusqu'à l'intervention des arrêtés prévus à l'article R. 215-3, les caisses régionales

d'assurance maladie (CRAM), autres que celles de Paris et de Strasbourg, exercent sous le contrôle technique de la CNAV, les attributions précédemment assumées en matière de vieillesse par les CRAM ». Mais la « gestion provisoire de l'assurance vieillesse » par les CRAM, prévue pour tout ou partie des attributions en matière de vieillesse a perduré depuis lors.

Les CRAM gardent, en outre, mais de manière permanente, de leur anciennes missions celle « d'assumer les tâches d'intérêt commun aux caisses primaires de leur circonscription. Elles ont notamment pour rôle de développer et de coordonner la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP), de concourir à l'application des règles de tarification des AT-MP et à la fixation des tarifs ». Par contre, le rôle des CRAM dans l'étude des budgets des hôpitaux sous dotation globale et la fixation par convention des tarifs des cliniques privées n'avaient jamais été introduits dans l'article fixant leurs compétences. Ils résultaient d'autres textes. Les missions réelles des CRAM n'apparaissent donc pas, pour l'essentiel, dans les articles qui leur sont consacrés.

Les CRAM dont les agents travaillent très majoritairement pour la retraite et que les assurés sociaux ne connaissent que pour cette mission sont donc bien mal nommées. Il y a au total 16 CRAM relevant à la fois de la CNAM et de la CNAV, une CRAM en Ile-de-France qui ne gère pas la retraite, la CNAV ayant conservé pour cette région les missions de gestion qui lui sont attribuées par la loi. Enfin, en Alsace, en raison des spécificités du régime local de sécurité sociale, il existe une CRAM pour la maladie et une CRAV pour la retraite.

La nature même de la branche retraite a toujours imposé une forte concentration des systèmes de gestion, réduisant à néant le rôle des conseils d'administration des caisses régionales. Par ailleurs, les pouvoirs des CRAM dans le domaine hospitalier ont été transférés aux ARH. Dès lors, la question se pose du maintien en l'état des CRAM dans le contexte de la réforme de l'assurance maladie.

B – Des problématiques de gestion différentes

La logique de la gestion séparée des branches, introduite en 1967, était opportune, alors qu'elle a été accusée de casser la grande ambition d'une sécurité sociale couvrant de manière unitaire les risques sociaux.

1 – La diversité des périmètres des branches

Dès l'origine, le champ de compétence des branches a été différent : ainsi, la branche famille est la seule branche de prestations du régime général à s'adresser également aux travailleurs indépendants non agricoles. La généralisation des prestations familiales, opérée en 1978 au profit de toutes les familles résidant sur le territoire français, et le rapatriement progressif dans les CAF des salariés des collectivités locales et de certains régimes spéciaux, tels que les mines, a donné à cette branche le champ d'application le plus large[107].

De ce fait, la branche du recouvrement, chargée de collecter la totalité des cotisations dues sur les salaires du secteur privé non agricole, reçoit également les cotisations de prestations familiales des employeurs et travailleurs indépendants non agricoles.

La branche maladie du régime général a eu d'emblée un large champ de compétence, dépassant les salariés du secteur privé, puisque les fonctionnaires et les agents d'entreprises publiques lui sont rattachés, bien que la gestion de leurs prestations soit confiée à des mutuelles. Par ailleurs, étendu progressivement à de nombreuses catégories d'inactifs par la voie des périodes assimilées à du travail, de l'extension de la notion d'ayant droit et de la durée du maintien de droit, enfin par la création de la CMU, le régime général couvre actuellement 85 % de la population. En dépit de l'intitulé de la caisse nationale, il ne s'agit plus d'un régime de salariés, mais d'un régime qui couvre tous les résidents sauf s'ils ont des droits ouverts dans des régimes à base professionnelle.

La branche retraite du régime général a le champ le plus restreint puisqu'elle ne concerne que les salariés du secteur privé. Le même régime s'applique cependant aux salariés agricoles gérés par les caisses de la mutualité sociale agricole.

Cette diversité de champ s'est traduite par l'évolution des modes de financement, le prélèvement sur les seuls revenus professionnels se justifiant de moins en moins pour financer des prestations accordées sans condition d'activité professionnelle, telles que les prestations familiales et le remboursement des soins.

Enfin, la loi de financement de la sécurité sociale a consacré l'approche par branche en fixant des objectifs de dépenses par branche et en ignorant les régimes.

---

107. Le rattachement des fonctionnaires de l'Etat aux CAF sera prochainement mis en oeuvre. A terme, seuls les salariés et non salariés agricoles devraient restés gérés en dehors des CAF, par les caisses de MSA.

2 – L'adaptation des modes de gestion à la diversité des publics et des métiers

Les dépenses de gestion administrative du régime général représentent 9,9 Md€ en 2003. Rapportées au montant des prestations sociales versées ou collectées, ces dépenses représentent 1,27 % dans la branche retraite, 3,20 % dans la branche famille, 5,23 % dans les branches maladie et AT-MP et 0,48 % dans la branche recouvrement. La diversité des métiers apparaît déjà dans le niveau très variable des dépenses de gestion.

Si les objectifs généraux de productivité et de qualité leur sont communs, les branches sont, en effet, confrontées à des évolutions différentes de leurs missions, de leurs publics et de leurs techniques de gestion. Ainsi, il y a plus de proximité, en termes de métiers, entre les différents régimes de retraite qu'entre les branches du régime général. Les familles, les assurés sociaux malades et les retraités n'ont évidemment pas les mêmes attentes à l'égard des caisses. De même, à un moment donné de leur vie, les assurés sociaux n'ont pas de relations avec toutes les branches en même temps.

D'une branche à l'autre, la clientèle est de plus en plus diverse, composée de personnes qui n'ont pas d'autre relation qu'écrite et très épisodique avec leur caisse ou d'assurés en situation difficile qui se déplacent au guichet pour obtenir de l'aide. A l'intérieur même des branches, les caisses doivent tenir compte de la diversité de leurs affiliés en leur offrant des services adaptés à leurs besoins. La branche du recouvrement doit ainsi mettre à disposition des cotisants des modes d'accueil et des techniques correspondant au large spectre de sa clientèle qui va de la très grande entreprise à l'employeur de personnels de maison en passant par l'artisan et le commerçant. Les progrès technologiques favorisent cette adaptation tout en allégeant et accélérant les procédures et formalités.

La diversité des publics et des métiers impose donc la détermination d'objectifs adaptés, désormais fixés dans les COG. Elle peut également justifier à l'avenir, une évolution divergente des modes d'organisation et de gestion des branches, qu'il s'agisse des structures des réseaux, constitués de caisses autonomes ou d'échelons déconcentrés des caisses nationales, ou de la composition des instances collégiales des caisses. Le modèle uniforme conçu en 1945 n'est plus toujours adapté 60 ans plus tard. La recherche d'une organisation efficace adaptée à la diversité des branches doit constituer un objectif central.

CE CHAPITRE N'APPELLE PAS DE REPONSE DES ADMINISTRATIONS

Chapitre VI

Les stratégies de gestion et les outils de pilotage

PRESENTATION

Dans des organisations telles que les branches du régime général, la question du pilotage est essentielle à plusieurs titres. D'une part, ces systèmes étant en situation de monopole, le progrès de la qualité du service et la réduction de son coût ne peuvent venir que d'une impulsion interne ou d'objectifs fixés par l'Etat. D'autre part, les réseaux comportant au moins pour trois d'entre eux (maladie, allocations familiales et recouvrement) un nombre élevé d'organismes locaux, dotés chacun d'un conseil d'administration et d'une grande latitude d'organisation et de gestion, la capacité de la tête de réseau à exercer une fonction d'animation et de pilotage est déterminante.

Cette capacité suppose à la fois la définition d'une stratégie et la mise en place d'une organisation et d'outils adaptés. Stratégie et pilotage sont d'autant plus nécessaires que chacune des branches sera confrontée dans les prochaines années à des enjeux particulièrement forts.

L'enquête de la Cour montre que, si de nets progrès ont été accomplis ces dernières années, des inflexions importantes sont aujourd'hui indispensables.

Le présent chapitre examine successivement le contenu des conventions d'objectifs et de gestion et la définition des stratégies de gestion, les pouvoirs des caisses nationales et leurs moyens d'incitation, enfin leur organisation et leurs outils d'analyse pour le pilotage de leurs réseaux.

I - Les COG et la définition des stratégies de gestion

Instituées par les ordonnances de 1996, les COG constituent un outil de première importance pour améliorer la gestion du régime général et pour renouveler les relations de travail entre les organismes de sécurité sociale et leurs tutelles. Les premières COG ont été mises en œuvre dès 1997 ou 1998 selon les caisses et ont constitué une phase d'apprentissage. C'est la deuxième génération de COG, mise en place à partir de 2000 pour une durée de quatre ans qui a constitué le vrai démarrage. Au-delà des différences constatées entre les branches, elle a permis d'accroître l'appropriation de cet instrument par l'ensemble des réseaux. Elle a aussi constitué pour les caisses nationales un levier important d'animation et de pilotage. Elle a enfin conduit à instaurer entre les tutelles et les caisses de

nouvelles méthodes de travail : la responsabilisation des caisses sur le respect des enveloppes budgétaires allouées dans un cadre pluriannuel a été compensée par d'incontestables souplesses de gestion.

Ces nets progrès ne doivent pas occulter les difficultés rencontrées ou les limites constatées, qui constituent autant d'enseignements pour la préparation en cours de la troisième génération de COG.

A – La formulation des objectifs stratégiques de gestion dans les COG

Les COG constituent désormais un élément essentiel pour la définition et la formulation des stratégies des caisses nationales et des branches[108]. Ce chapitre évoque les dispositions des COG qui concernent les dépenses de gestion.

Les conventions d'objectifs et de gestion (COG)

L'ordonnance du 24 avril 1996 a prévu la conclusion de conventions d'objectifs et de gestion entre l'Etat et les caisses nationales de sécurité sociale ainsi qu'avec l'ACOSS.

Les objectifs recherchés

Les objectifs étaient de clarifier le partage des responsabilités et les relations entre l'Etat et les branches ou régimes, de progresser vers une meilleure organisation de chaque branche en renouvelant les rapports entre caisses nationales et organismes de base et de mettre en œuvre une démarche contractuelle, visant à préciser les objectifs pour pouvoir ensuite évaluer les résultats.

Le champ des COG

Selon l'article L. 227-1 du CSS, ces conventions précisent :

- les objectifs liés à l'amélioration de la qualité du service aux usagers ;
- les règles de calcul et d'évolution des budgets de gestion administrative et du contrôle médical ;
- le cas échéant, les conditions de constitution ou d'amélioration et d'évolution du réseau des caisses locales ;
- les indicateurs quantitatifs et qualitatifs associés à la définition des objectifs ;
- le processus d'évaluation contradictoire des résultats obtenus au regard des objectifs fixés.

108. La Cour a examiné à deux reprises le dispositif général des COG, ainsi que le contenu et les résultats des premières COG (voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 1998, p. 673 et de septembre 2000, p. 388).

En outre la COG de la CNAM doit mentionner les orientations pluriannuelles de l'action du gouvernement dans les domaines de la santé publique, de la démographie médicale et du médicament.

L'exécution de certains des engagements souscrits par les établissements nationaux ne dépend pas d'eux mais des organismes de base. Aussi, l'article L. 227-3 du CSS dispose que les COG prévoient des contrats pluriannuels de gestion (CPG) entre les établissements nationaux et les organismes de leur branche. Les engagements prévus dans ces seconds documents doivent permettre de réaliser ceux pris par les têtes de réseaux.

Les COG contiennent un certain nombre d'objectifs importants. En revanche, elles présentent deux défauts majeurs.

1 – Des déséquilibres dans la nature des objectifs et dans leur degré d'exigence

Les premières COG présentaient une allure de catalogue. A cause d'une ambition d'exhaustivité, les axes stratégiques ne ressortaient pas de façon évidente.

Les secondes COG, qui viennent de se terminer ou vont s'achever fin 2004 prêtent encore, bien qu'à un moindre degré, à la même critique.

Dans la COG recouvrement, l'ACOSS a formalisé son engagement sur 70 objectifs. Des engagements de natures très différentes sont situés sur le même plan, particulièrement dans la partie relative aux services aux usagers qui comporte 35 engagements.

Comme les premières COG, les secondes mettent, dans toutes les branches, l'accent sur la qualité de l'accueil, la proximité, la qualité de service, reflétant ainsi les préoccupations des établissements nationaux et de leurs conseils d'administration. En revanche, de manière générale, la productivité et la réduction des coûts entre caisses apparaissent comme des objectifs secondaires, voire ne sont pas du tout mentionnées. On peut se demander si les objectifs tracés dans les COG ne répondent pas, au moins en partie, au souci de préserver le niveau des effectifs des organismes locaux, au prix d'une absence de baisse des coûts.

En particulier, la COG de la branche maladie ne comporte aucun objectif en ces domaines, alors que cette branche représente à elle seule 63 % du total des effectifs (ETP) du régime général. De même, la COG de la branche recouvrement ne comporte pas d'objectif de réduction globale des coûts. Elle indique seulement, et sans plus de précision, que la politique de réduction des écarts de coûts sera poursuivie. Elle évoque les gains de productivité, mais uniquement pour indiquer qu'ils sont affectés

par priorité à l'amélioration de la qualité de service, ce qui confirme a contrario le caractère pour le moins secondaire de la baisse des coûts.

La COG de la branche famille, tout en continuant à marquer, comme celle qui l'avait précédée, une priorité à la qualité de service, fait une référence plus significative à la performance des CAF. Deux chapitres sont consacrés à ce thème : « accompagner les CAF dans une dynamique de la qualité et de la performance » et « renforcer le pilotage du réseau pour mieux construire ensemble et mieux assurer la performance de la branche ». La « recherche du meilleur rapport qualité-coût » apparaît expressément, de même que « l'objectif de rapprochement pour les CAF dont les coûts de gestion dépassent les crédits de référence ». En revanche, la convention indique que « la branche dégage les gains de productivité nécessaires pour assurer le développement des objectifs de qualité », formulation qui exclut encore plus que celle de la branche recouvrement une affectation même partielle à la baisse des coûts. Au demeurant, aucun objectif chiffré de baisse du coût de gestion par allocataire n'est mentionné.

Sur les 24 indicateurs principaux de la COG retraite, un seul concerne directement la productivité (un indicateur composite) et un autre, celui de l'absentéisme de courte durée, peut s'y rattacher mais leur poids n'est pas négligeable.

De la même manière, le sujet de l'organisation territoriale n'est que peu évoqué et de manière imprécise. Pour la branche recouvrement, le fait que la COG préconise des coopérations permanentes et des concertations entre URSSAF traduit plutôt une renonciation tacite au regroupement. La COG se borne en outre à énumérer 11 domaines de coopération potentielle. La COG de l'assurance maladie est aussi silencieuse sur l'organisation du réseau que sur la productivité. Même la mutualisation de certaines tâches entre les CPAM n'est pas évoquée. La convention n'évoque d'ailleurs pas davantage l'organisation de la caisse nationale alors que, comme la Cour l'avait relevé dès 1999, une réorganisation en profondeur de l'établissement public était indispensable au pilotage d'un ensemble employant 110 000 personnes et à l'amélioration de l'efficacité de ce réseau[109].

109. C'est dans le projet d'établissement, élaboré par la suite par la CNAM, que le principe de la réorganisation apparaîtra, par la mention qu'un organigramme – jusqu'alors inexistant- serait publié, sans d'ailleurs de précision sur son contenu. La réorganisation s'est échelonnée de fin 2001 à début 2004, sans être totalement achevée à ce jour.

Les objectifs des COG présentent donc un fort déséquilibre entre les objectifs de qualité du service d'une part, ceux de productivité, de rationalisation et de baisse des coûts d'autre part.

En outre, les COG n'évoquent pas certains enjeux importants des branches. Ainsi, celle de la branche recouvrement ne traite pas de la généralisation du chèque emploi-service et, pour le versement en lieu unique (VLU), elle n'engage l'ACOSS que sur l'étude d'éventuelles extensions. Elle ne définit pas explicitement d'objectif pour les taux de reste à recouvrer, sauf pour les employeurs et travailleurs indépendants (ETI) alors que l'efficacité globale du recouvrement est à l'évidence un enjeu important de la branche.

La COG de l'assurance maladie est muette sur le service du contrôle médical qui compte pourtant 10 000 personnes et dont le fonctionnement peut avoir un impact sur les dépenses de remboursement de l'assurance maladie.

Ni la COG de l'assurance maladie, ni celle de la branche retraite n'abordent le devenir des CRAM, ce qui confirme que les COG, si elles comportent, au moins pour la retraite, la famille et le recouvrement, nombre de dispositions intéressantes, évitent en revanche au moins certains des sujets les plus difficiles.

On peut enfin remarquer le fort déséquilibre dans le degré d'exigence des différentes COG. Celle de l'assurance maladie, branche la plus importante quantitativement et où les enjeux de productivité et de réorganisation sont les plus forts, est particulièrement vague et imprécise sur de nombreux points et encore beaucoup moins exigeante que celle des autres branches.

2 – Des dates de signature tardives

Les COG ont toujours été signées plusieurs mois après le début de leur première année d'application.

Ainsi, celle de la CNAM pour la période 2000-2003 l'a été en septembre 2000. Conclues pour la période 2001-2004, la COG de la CNAV a été signée fin mai 2001 et celle de la CNAF l'a été en septembre 2001. Quant à la COG de la branche recouvrement, conclue pour 2002-2004, elle n'a été signée qu'en avril 2002.

De même, la COG 2004-2007 de la branche maladie aurait dû être signée au plus tard à l'automne 2003 mais les tutelles et la CNAM n'ont pas été en mesure de tenir ce calendrier, si bien que les négociations ont

été perturbées par la préparation de la réforme de l'assurance maladie, laissant les choses en suspens.

Ces retards systématiques ne peuvent que diminuer l'effet réel des COG. Ils contribuent aussi à expliquer la date encore plus tardive de signature des contrats pluriannuels de gestion entre les têtes de réseau et les organismes de base.

Compte tenu de la lourdeur de la procédure de négociation des COG, il semblerait préférable d'allonger leur période de validité de quatre à cinq ans et de mener les négociations dès le début de la dernière année de la COG précédente.

B – Les indicateurs associés aux objectifs

Les premières COG comportaient peu d'indicateurs permettant de préciser et de suivre les objectifs qu'elles retenaient. Leur définition avait été renvoyée à des accords ultérieurs entre l'Etat et les établissements nationaux.

Les COG de la seconde génération sont, elles, davantage assorties d'indicateurs et de plans d'actions. Toutefois, les progrès sont encore inégaux selon les branches.

Ainsi, la COG de la branche retraite comporte 39 indicateurs chiffrés, dont 24 constituent des indicateurs principaux et 15 des indicateurs associés. Le nombre d'indicateurs principaux a doublé entre la première COG et la seconde. La plupart des indicateurs principaux de la COG sont faciles à atteindre. C'est vrai en particulier pour ceux qui visent à apprécier la qualité du service en particulier la proximité, mais aussi pour l'indicateur composite : la valeur retenue comme objectif dans la COG 2001-2004 était inférieure au niveau atteint par cet indicateur en 1999 et 2000 mais ceci s'explique par la prise en compte de l'ARTT et des recrutements anticipés. La résorption des écarts de coûts entre caisses figure dans les plans d'actions et fait l'objet d'un indicateur mais celui-ci ne fait partie ni des indicateurs principaux, ni des indicateurs associés.

Par ailleurs, outre ces indicateurs, la COG de la branche comporte 196 plans d'action. Ils sont très hétérogènes et vont de sujets cruciaux pour l'avenir comme l'optimisation des points d'accueil à d'autres très ciblés voire factuels. La très grande majorité d'entre eux ne sont pas assortis d'indicateurs.

De même la COG de la branche recouvrement comporte un grand nombre d'indicateurs, (56), dont le suivi est rendu difficile par l'absence de tableau de bord renseigné automatiquement. Fin 2003, donc très près

de la fin de la convention, seuls 37 d'entre eux avaient reçu une définition précise permettant d'envisager de les produire effectivement ; en outre, pour plusieurs indicateurs, la valeur à atteindre n'est pas précisée. L'indicateur permettant de mesurer la valorisation des compétences et l'indicateur synthétique de la politique du recouvrement sont toujours en cours d'élaboration.

La COG de la branche famille comporte 53 indicateurs, mais une partie d'entre eux ne visent pas de valeur cible, notamment les indicateurs de productivité et ceux portant sur les coûts de gestion.

La COG de la branche maladie, dont les objectifs sont formulés de manière plus littéraire que ceux des COG des autres branches, comporte peu d'indicateurs chiffrés et aucune valeur cible[110]. Les progrès en matière d'indicateurs ont donc été moindres dans cette branche que dans les trois autres.

Certains indicateurs souffrent par ailleurs d'un manque de pertinence. Par exemple, dans la branche recouvrement, l'indicateur sur le délai de réponse dans les 15 jours à tous les courriers simples est sans vraie portée, puisqu'un accusé de réception est admis comme une réponse. Pour la lutte contre le travail clandestin, l'indicateur est le temps consacré à cette action, ce qui ne rend en rien compte de son efficacité. Dans la branche famille, les indicateurs relatifs aux paiements indus peuvent être critiqués : ils se dégradent en effet quand le nombre d'indus identifiés augmente ; or, l'augmentation des indus peut trouver son origine dans un resserrement de l'action de contrôle menée par la caisse.

Dans ce dernier cas, l'indicateur peut avoir un effet pervers. De même, le conseil donné aux agents des plates-formes téléphoniques de ne pas dépasser un temps moyen de communication de trois minutes peut dégrader, en certains cas, la qualité de l'accueil.

De manière plus générale, la fixation d'indicateurs est positive car elle permet des mesures homogènes et facilite les actions de communication interne de la tête de réseau et de la direction des caisses locales. En revanche, si elle incite les caisses à se mobiliser sur les actions qui font l'objet d'indicateurs, elle peut conduire à négliger celles qui ne sont pas concernées. Elle doit donc être recoupée par une évaluation plus globale de l'action des caisses, évaluation qui n'est que partiellement mise en œuvre aujourd'hui par les caisses nationales[111].

110. Les seuls indicateurs chiffrés portent sur la qualité de service. Par ailleurs, un certain nombre d'indicateurs à portée nationale sur la qualité de service figurent dans les CPG signés avec les caisses locales.

111. La CNAF étant toutefois en avance sur ce point. Voir infra.

Le nombre élevé des indicateurs, leur importance inégale, l'absence d'objectifs cibles pour une part non négligeable d'entre eux nuisent au caractère stratégique de la COG. Le fait que certains indicateurs aient été beaucoup trop faciles à atteindre et que d'autres n'aient toujours pas été définis longtemps après le démarrage de la COG ôte à celle-ci une part de son efficacité.

L'existence des COG constitue en elle-même un progrès. Cependant, les diverses limites qui viennent d'être analysées montrent que, compte tenu des enjeux de la gestion des quatre branches dans les prochaines années, les troisièmes COG en cours de préparation ne devraient pas être une simple réplique des précédentes. Un saut qualitatif est indispensable. Le système des COG est à la fois trop ambitieux dans son champ et pas assez exigeant dans ses objectifs. Il doit être recentré sur les aspects les plus stratégiques.

L'équilibre entre les divers types d'objectifs doit être revu. Les progrès enregistrés dans la qualité de service[112] justifient que la priorité soit accordée aux objectifs d'organisation, de productivité et de baisse des coûts. Parallèlement, un effort particulier devrait être accompli pour rendre plus précise la COG de la branche maladie.

C – Les difficultés de définition d'une stratégie de branche

1 – Les limites des orientations stratégiques dégagées par les caisses nationales

Par nature, les caisses nationales devraient normalement être les mieux placées pour dégager les orientations stratégiques de leur branche. Force est cependant de constater qu'il n'en a pas toujours été ainsi dans tous les domaines stratégiques pour l'évolution des caisses.

Dans les préoccupations des caisses et notamment de leurs conseils d'administration, les questions les plus présentes sont la relation avec l'usager et donc principalement la qualité de service et les délais de traitement des prestations. Les autres questions comme la productivité ou la maîtrise des coûts, ne viennent qu'au second plan, ce qui induit un déséquilibre dans la perception des choix stratégiques.

112. Pour la branche famille, le taux d'appels téléphoniques débouchant sur un contact avec un agent demeure inférieur à l'objectif de 85 %, mais les enquêtes de satisfaction sont très favorables à la branche.

La diversité des activités de certaines branches rend également difficile la formulation d'une stratégie complète. Cette difficulté est particulièrement nette pour la branche maladie qui, outre la liquidation des prestations, assure le contrôle médical, s'implique dans la gestion du risque, participe à la politique hospitalière, gère des œuvres sanitaires. Le conseil d'administration de la CNAM consacre l'essentiel de ses séances aux relations avec les professions de santé. Les questions relatives à la gestion et à l'organisation de la branche n'y sont généralement que très brièvement abordées. Le « plan stratégique » élaboré en 1999 ne les évoquait pas.

S'agissant de la gestion elle-même, les conseils d'administration des caisses nationales évoquent beaucoup plus la gestion courante ou des projets particuliers que les perspectives stratégiques, malgré l'existence de commissions chargées spécifiquement d'examiner les problèmes de gestion et de préparer leurs décisions.

Ce contexte contribue à expliquer que les caisses nationales n'ont pas défini d'orientation sur des sujets aussi stratégiques que la restructuration des caisses locales.

Ainsi, l'ACOSS n'a ni dessiné de stratégie d'évolution du réseau des URSSAF, ni même formulé de projet précis pour l'organisation de la coopération régionale et interrégionale entre les unions, laissant ainsi se développer des configurations très hétérogènes. De même la CNAM, après avoir esquissé à nouveau en 2002 une réflexion collective du réseau sur l'évolution de son organisation, n'a dégagé aucune perspective claire. Ce n'est que très tardivement qu'elle a choisi d'inciter au développement de plates-formes téléphoniques, sans d'ailleurs encadrer réellement ce développement.

Par ailleurs, la CNAV n'a pas intégré dans sa stratégie une évolution de son réseau de caisses. En effet, l'absence de projet sur le devenir des CRAM, alors même que les missions de celles-ci et leur rattachement à la fois à la branche retraite et à la branche maladie posent de très longue date un problème manifeste, est frappante, même si le sujet est, il est vrai, difficile. Face à la perspective de départs en retraite plus nombreux et à celle d'une charge de travail nettement accrue à partir de 2006, la CNAV n'a pas établi de recommandation générale explicite[113] quant à l'utilisation des départs anticipés en fixant des objectifs ou normes de taux de remplacement des départs ou l'évolution des profils-types de qualification dans les diverses fonctions du réseau.

113. L'encadrement budgétaire a cependant conduit la CNAV à fixer une norme implicite de non remplacement d'un tiers des départs en retraite.

Dans la branche famille, le constat qu'en 2002 le coût par allocataire des 22 CAF gérant plus de 100 000 allocataires (hors région parisienne) est d'environ 20 % inférieur à celui des 22 CAF gérant moins de 30 000 allocataires n'a conduit la CNAF ni a promouvoir une évolution du nombre de caisses, en renforçant l'échelon départemental pour tenir compte du rôle désormais majeur des conseils généraux en matière d'action sociale, ni même à engager résolument une forte mutualisation. De même, c'est en 2002 que la CNAF a engagé ses premières réflexions sur les besoins à moyen terme de la branche en ce qui concerne tant le nombre d'emplois que les qualifications recherchées. Le postulat de base semble être le maintien du niveau actuel des effectifs[114].

On peut également remarquer que, lorsque certains axes stratégiques sont formulés dans les COG de l'ensemble des branches, ils le sont parfois sans qu'existe d'analyse préalable complète des besoins réels.

Ainsi, la politique de proximité était certainement nécessaire mais elle a été retenue sans que des études aient permis d'apprécier ni l'étendue et la nature précise du besoin d'accueil, ni la meilleure manière de répondre à ces attentes (téléphone, accueil physique...).

Ceci contribue à expliquer que les stratégies retenues ne soient pas toujours accompagnées de directives précises sur leur mise en œuvre : aucune n'a par exemple été donnée sur les critères de choix des implantations déconcentrées ni sur le type d'accueil à privilégier.

Certaines de ces lacunes seront analysées plus en détail, avec leurs conséquences, dans les chapitres suivants. Les illustrations qui précèdent montrent cependant l'incapacité des caisses nationales à définir des stratégies de gestion sur des points importants.

Elles doivent d'autant plus être relevées que l'Etat n'a lui-même qu'une faible capacité à définir des objectifs stratégiques dans ces domaines.

2 – Une faible intervention de l'Etat dans la définition des objectifs stratégiques

La COG est, pour l'Etat, un document important puisqu'il rassemble en principe les objectifs essentiels pour les pouvoirs publics. Dans les faits, il apparaît que le rôle de l'Etat est relativement réduit.

114. Ce postulat apparaît expressément dans une note du comité de programme et de concertation de la branche du 23 octobre 2000.

Les deux administrations de tutelle, direction de la sécurité sociale et direction du budget, ne disposent en effet que d'une expertise limitée par rapport à celle d'une caisse nationale et de son réseau. Elles doivent en outre préparer et suivre les COG avec non seulement les branches du régime général mais aussi les régimes de non salariés. Dans la très grande majorité des cas, elles ne sont pas en mesure de proposer par elles-mêmes des objectifs précis, de les faire prévaloir lorsqu'une caisse nationale y est opposée, voire de sélectionner les objectifs et indicateurs qui leur sont proposés.

Par exemple, dans la négociation de la dernière convention de la branche retraite, le point qui a le plus retenu l'attention des tutelles, a été le principe de l'anticipation des recrutements nécessaires à l'accroissement des charges de travail induites par l'arrivée à l'âge de la retraite des générations d'après-guerre, au moment où la branche va elle-même connaître des départs en retraite plus nombreux. La décision d'anticiper les recrutements a été le point d'arbitrage important. En revanche, dès lors que le principe en a été acté, les tutelles ont accepté le nombre de recrutements demandé par la CNAV.

Pour la même COG, les propositions de la branche pour le choix des indicateurs n'ont subi que de légers ajustements. Les tutelles, bien qu'estimant ces indicateurs trop nombreux, n'ont écarté de la liste des indicateurs principaux que ceux relatifs aux délais de décision de la commission de recours amiable ; aucune discussion n'a eu lieu sur les indicateurs de productivité.

De même, dans la négociation avec la CNAM, l'Etat n'a pas cherché à mettre la branche maladie sous tension budgétaire, alors qu'elle représente une part déterminante de l'ensemble des dépenses de gestion de la sécurité sociale et que la sous consommation des crédits y était de longue date particulièrement manifeste, ôtant toute signification à l'encadrement budgétaire de la branche et des caisses.

La forme actuelle des conventions qui comportent au total 350 indicateurs limite encore plus la capacité d'examen des tutelles. L'orientation envisagée par celles-ci de limiter fortement le nombre des indicateurs dans les prochaines COG répond à cet égard à une nécessité.

On peut cependant se demander s'il ne conviendrait pas d'aller plus loin et de distinguer deux documents. Le premier serait un projet de branche, éventuellement détaillé, qui ne se limiterait pas aux objectifs dont l'Etat souhaite assurer le respect. Le deuxième serait la convention elle-même, soit un document beaucoup plus bref et limité aux véritables enjeux stratégiques relevant de la responsabilité de l'Etat.

En l'état actuel des COG, les tutelles sont aussi en position de faiblesse au moment de l'évaluation. A la fin des premières COG, le ministre des affaires sociales avait demandé à ses services déconcentrés une évaluation, en vue d'une synthèse nationale. Cependant, ces travaux n'ont pu être que partiels, et, par exemple, la première synthèse sur l'évaluation de la COG 1998-2000 de la branche retraite privilégiait les seuls indicateurs relatifs à la politique de proximité et à la qualité de service, sans mentionner la problématique de la productivité. Les rapports demandés pour l'évaluation de la COG actuelle sont plus précis, mais l'analyse par les services déconcentrés rencontre des difficultés analogues à celles de l'échelon central.

II - Les moyens de pilotage des réseaux

Les moyens de pilotage dont les têtes de réseaux disposent vis-à-vis des organismes de base ont été progressivement à la fois affermis et diversifiés. Ils comportent désormais à la fois des pouvoirs juridiques, l'établissement de contrats pluriannuels de gestion, des mécanismes d'intéressement des caisses et des salariés eux-mêmes aux résultats et l'encadrement des budgets des caisses. Ces différents moyens demeurent cependant insuffisants.

A – Les pouvoirs juridiques des têtes de réseau

La gestion administrative des caisses locales comporte principalement trois aspects : la gestion du personnel, l'informatique et l'immobilier.

Dans le premier domaine, les textes ne reconnaissent pas de compétences aux caisses nationales et à l'ACOSS, alors que les dépenses de personnel représentent une part déterminante du total des dépenses et que la gestion des ressources humaines est fondamentale dans les organisations de ce type. Cette question sera examinée au chapitre VIII.

Le seul pouvoir juridique dont disposent en ce domaine les têtes de réseaux concerne la nomination des directeurs et des agents comptables des organismes de base. Pour chaque nomination de ce type, le directeur de l'organisme national concerné propose au conseil d'administration de l'organisme régional ou local une liste de trois noms[115]. Le conseil

115. Etablie après avis d'un comité des carrières, commun aux différentes branches.

d'administration choisit sur cette liste le candidat dont il propose la nomination au directeur de l'organisme national qui procède à la nomination.

Cette prérogative conférée en 1996 aux directeurs des caisses nationales et de l'ACOSS est à l'évidence importante pour leur capacité à piloter les branches. Son maniement est toutefois délicat et certains directeurs des établissements têtes de réseau considèrent que, sauf à risquer de provoquer un conflit difficile avec les conseils d'administration des organismes locaux, ils doivent inclure dans la liste de trois noms le candidat dont ils savent qu'il a la préférence du conseil. Leur pouvoir théorique est alors sans effet pratique.

C'est en fait seulement dans les domaines de l'informatique et de l'immobilier que les établissements têtes de réseau ont un pouvoir important.

Dans le premier, ils établissent et mettent en œuvre les schémas directeurs de l'informatique, ce qui a un effet majeur sur les caisses et sur l'articulation d'ensemble du réseau. Ils contrôlent la compatibilité de l'informatique locale avec ces schémas. La mise au point des applications informatiques nationales est un moyen d'action important sur le réseau, les grands applicatifs étant fortement structurants et ayant un impact important sur les modes d'organisation et de fonctionnement.

Dans le second domaine, les caisses nationales et l'ACOSS contrôlent les opérations immobilières des caisses et la gestion de leur patrimoine immobilier.

Encore faut-il noter que les caisses nationales n'exercent pas toujours les pouvoirs réduits dont elles disposent. Ainsi, c'est seulement en 2002 que la CNAV a fixé les conditions de création des agences retraites en prévoyant notamment qu'une étude d'opportunité devrait être produite.

B – Les contrats pluriannuels de gestion

Un article introduit dans le code de la sécurité sociale par l'ordonnance du 24 avril 1996 prévoit que la mise en œuvre des COG fait l'objet de contrats pluriannuels de gestion (CPG) entre chaque organisme national et chacun des organismes régionaux ou locaux de sa branche. L'objet de cette procédure est à la fois de permettre la mise en œuvre des COG, d'inciter les caisses de base à se mobiliser sur un certain nombre d'objectifs et de compenser, par un processus contractuel, la relative faiblesse des pouvoirs des organismes nationaux.

L'élaboration et la mise en œuvre des CPG obligent les organismes à formaliser les procédures de définition des objectifs et de suivi des résultats. Elles les ont ainsi incité à améliorer leurs modes de management. En revanche, comme pour les COG, la mise en œuvre de ce nouveau mécanisme rencontre diverses limites.

1 – Une portée limitée

Le grand nombre des organismes fait aussi que les contrats peuvent difficilement tenir compte de la situation particulière de chaque organisme de base : les premiers CPG des caisses primaires d'assurance maladie ont été ressentis comme des contrats d'adhésion, en conséquence peu mobilisateurs.

Les têtes de réseaux s'efforcent certes que la discussion de ces nombreux CPG soit précédée d'une évaluation de la situation de chacune des caisses. Ainsi, la CNAF, dans le cadre de sa seconde COG, a procédé à 72 évaluations à fin 2002 et 100 à fin 2003. L'ensemble des CAF aura été évalué fin 2004. Dans la branche recouvrement, les seconds CPG ont été précédés par un autodiagnostic des URSSAF.

Il est cependant difficile pour la tête de réseau d'avoir sur chaque organisme de base un diagnostic suffisamment approfondi et actualisé pour pouvoir mener avec lui en toute connaissance de cause une discussion individualisée.

En outre, les indicateurs régionaux retenus par les CPG ne constituent pas toujours des instruments de pilotage : toutes les CRAM ou presque atteignaient fin 2002 les objectifs fixés dans les CPG avec la CNAV. Par ailleurs, les indicateurs portant sur la productivité et sur la mise en œuvre du réseau de proximité variaient nettement d'une CRAM à l'autre. Qu'ils aient été respectés dans chaque cas semble montrer qu'ils ont été construits sur mesure pour permettre à la très grande majorité des organismes de les atteindre sans peine.

Dans la branche recouvrement, les engagements souscrits dans les seconds contrats sont plus homogènes que ceux souscrits dans les premiers. En revanche, d'une part, ils ne concernent pas la productivité, d'autre part, pratiquement aucun engagement n'est chiffré, à l'exception de la baisse d'un tiers du taux de restes à recouvrer sur les ETI.

Au total, les CPG ont plus été jusqu'ici un élément d'animation du réseau, incitant à des discussions accrues entre les têtes de réseau et les organismes de base, qu'un réel outil de pilotage.

L'enquête menée par la Cour confirme le diagnostic qu'elle avait formulé dès 2000, c'est-à-dire qu'il « est illusoire, pour les branches et les régimes dont le réseau est important de prétendre conclure des contrats personnalisés avec l'ensemble des organismes ».

2 – Une signature tardive

Le calendrier des CPG devrait coïncider avec celui des COG mais en réalité les CPG ont été signés avec un grand retard.

Pour les CPAM, alors que la première COG de la branche maladie avait été signée au printemps 1997, la signature des CPG ne s'est achevée que début 1999. Dans la branche recouvrement où la COG avait été signée en avril 1998, les dernières signatures de CPG sont intervenues fin 1999. Dans les deux cas, les derniers CPG n'ont donc été conclus qu'à mi-parcours de la COG.

La situation ne s'est guère améliorée pour les CPG conclus dans le cadre des secondes COG : dans la branche maladie, la plupart ont été signés au printemps 2001 alors que la COG porte sur la période 2000-2003. Dans la branche famille, dont la COG démarrait en 2001, l'essentiel des CPG était signé fin juin 2002 mais certains contrats ne sont intervenus qu'au deuxième semestre 2002.

Ces retards enlèvent une large part de sa portée à la fixation d'objectifs. Ils tiennent certes en partie à la nouveauté du processus mais aussi à sa lourdeur. Le nombre élevé d'organismes dans les branches maladie, famille et recouvrement rend peu vraisemblable qu'un tel nombre de contrats puisse être négocié et finalisé dans un laps de temps très bref. Appliquée à un réseau de plus de 100 organismes, une procédure de contractualisation ne peut qu'engorger la tête de réseau, ne serait-ce que par les tâches administrative qu'elle nécessite.

C – Les mécanismes d'intéressement

Dans la période récente, les instruments juridiques dont disposent les organismes nationaux ont été complétés par des moyens d'incitation financière, d'une part sur les caisses locales, d'autre part vis-à-vis des salariés eux-mêmes.

Les modalités retenues pour ces mécanismes et la manière dont ils ont été mis en œuvre restreignent cependant très fortement leur apport au pilotage des branches.

1 – L'intéressement des caisses

Dès les premières COG et selon des modalités voisines d'une branche à l'autre, un dispositif d'intéressement collectif des caisses aux résultats atteints par la branche à laquelle ils appartiennent a été mis en place : les caisses peuvent reporter une partie des crédits de fonctionnement non consommés dès lors qu'elles atteignent une part suffisante des objectifs fixés au plan national.

En fait ce système, intéressant dans son principe, contribue faiblement au pilotage des branches et, a fortiori, à la réduction de leurs coûts.

Dans la branche retraite par exemple, toutes les CRAM sauf trois remplissaient dès la deuxième année de la COG, les conditions nécessaires pour bénéficier du système[116]. Globalement, la plupart des CRAM les dépassaient[117]. Ce constat montre que les objectifs avaient été fixés trop bas pour que le mécanisme soit réellement incitatif.

Il en est de même dans la branche recouvrement, où 42 % du total des crédits non consommés sont reportables sans condition. Seule une part beaucoup plus faible -28 %- ne peut être reportée que par les organismes ayant atteint ou dépassé les objectifs fixés dans le cadre de la contractualisation.

Ce constat vaut aussi pour la branche maladie, dont les caisses primaires bénéficient d'un report automatique de 70 % des crédits non consommés l'année N sur l'année N+1, les 30 % restant étant au surplus remontés au plan national pour être en partie redistribués aux caisses qui auraient des difficultés particulières.

2 – L'intéressement des salariés

L'intéressement des salariés, mis en place dans toutes les branches du régime général en 2002, était présenté comme « un élément de rétribution supplémentaire qui traduit la prise en compte des performances réalisées par chaque branche du régime général et chaque organisme... les indicateurs de performance [étant] retenus à partir des COG ». Ses critères de déclenchement étant liés à la réalisation des

116. Les caisses générales de sécurité sociale des départements d'outre-mer n'ont pas été incluses dans l'étude.

117. Le report des crédits non consommés, dans une limite de 50 %, était conditionné à la réalisation de 75 % des objectifs fixés au niveau national. Le taux de réalisation était fin 2002 de 85 % pour l'ensemble des CRAM.

engagements pris par la branche considérée et par les organismes de base, il aurait pu constituer un outil d'incitation pour atteindre les objectifs stratégiques des branches.

En réalité, le lien entre l'intéressement et les résultats des branches s'est révélé particulièrement lâche (voir infra, chapitre VIII). Il est en effet accordé principalement en fonction de résultats nationaux, en outre faciles à atteindre. Aucun des indicateurs de référence ne porte sur la réduction des coûts dans les organismes de base. La prime versée n'est que très faiblement modulée. En définitive, l'intéressement peut être accordé même si l'organisme a des coûts parmi les plus élevés de la branche à laquelle il appartient. Cet outil de pilotage des réseaux n'a donc pas réellement pu remplir la fonction à laquelle il était destiné.

D – La diffusion de bonnes pratiques

Un moyen de pilotage peut être, pour la tête de réseau, de détecter et diffuser les meilleures pratiques, de manière à inciter les organismes de base à les mettre en œuvre et à accroître ainsi leurs performances. Cette méthode peut contribuer à la fois à optimiser les organisations et les processus de production et à améliorer la cohérence du réseau. La COG de la branche famille met l'accent sur le rôle à mener en ce sens par la CNAF.

De même, la tête de réseau peut viser à apporter un soutien méthodologique et pratique. La COG de la branche famille met aussi l'accent sur ce point : elle a prévu que la CNAF mettrait en place un « pôle national métier » ayant pour vocation de mettre à la disposition des organismes des éléments d'analyse et de prospective sur l'évolution des métiers et des organisations.

Ce mode d'animation et de pilotage demeure en réalité assez peu développé. Dans la branche famille elle-même et bien que la CNAF mette l'accent sur la qualité de service, elle n'a pas fixé de normes de qualité plus précises, par exemple sur les modalités de l'accueil physique ou sur celles de l'information générale que les caisses doivent diffuser trois fois par an à l'ensemble des allocataires. Fréquemment, les CAF utilisent la formule d'une revue qui n'est pas nécessairement la plus adaptée, en particulier aux publics défavorisés. Le pôle national métier a été créé mais n'a travaillé jusqu'ici que sur la formation initiale des techniciens.

La diffusion de bonnes pratiques a cependant été mise en oeuvre pour l'accueil téléphonique, où le réseau enregistrait ses performances les plus faibles en matière de qualité de service. Pour ce qui concerne la production, la diversité des organisations fonctionnelles retenues par les

caisses reflète l'absence de doctrine nationale quant aux choix fondamentaux dans ce domaine. Aucun document de référence n'a été établi sur ce point par la caisse nationale. Il en est de même dans les autres branches.

E – L'encadrement budgétaire

Les limites de leurs pouvoirs juridiques et celles des nouveaux outils de pilotage, qu'il s'agisse de la contractualisation, des diverses formes d'intéressement ou de la diffusion de bonnes pratiques, sembleraient devoir inciter les caisses nationales à utiliser davantage le moyen plus traditionnel et global que constitue la fixation de l'enveloppe budgétaire de chaque caisse.

De même le souci d'équilibre des comptes sociaux et les limites de sa capacité à formuler des objectifs précis pour les branches au moment de la négociation des COG devraient inciter l'Etat à un encadrement budgétaire suffisamment strict pour obtenir des caisses locales des progrès de productivité et une diminution des coûts. Ce devrait être pour lui un instrument majeur de pilotage.

Les textes confient aux caisses nationales et à l'ACOSS en ce domaine un pouvoir fort vis-à-vis de leurs réseaux. Le code de la sécurité sociale les charge en effet, depuis 1994, d'assurer le financement des dépenses budgétaires, de répartir les dotations nécessaires au financement de ces dépenses et d'approuver les budgets établis par les organismes locaux.

Cependant, d'une part, les branches et les organismes ont disposé jusqu'ici d'une aisance financière non négligeable qui les dispensait de rechercher des gains de productivité et la diminution des coûts, d'autre part, la répartition de l'enveloppe globale entre les organismes d'une même branche n'est pas totalement satisfaisante et ne permet pas un pilotage budgétaire pleinement approprié.

1 – Une aisance financière globale

Des modalités nouvelles de cadrage budgétaire ont été instituées pour la deuxième génération des COG. Les caisses nationales doivent contenir leurs dépenses à l'intérieur d'enveloppes fermées, arrêtées dans les annexes budgétaires des COG. En contrepartie de cette contrainte, des souplesses de gestion substantielles leur sont accordées : l'enveloppe est globale, fongible et reportable pendant la durée de la COG ; le contrôle

des emplois est supprimé, ainsi que l'approbation a priori des budgets ; des mécanismes d'intéressement sont mis en œuvre.

En pratique, la force de la contrainte dépend de la méthode de calcul retenue pour fixer les enveloppes budgétaires des COG. Or, ce calcul repose en partie sur une évaluation de la consommation budgétaire pendant la dernière année de la convention précédente qui a tendance à être plus élevée que celle des années précédentes. En effet, les caisses cherchent à consommer les reports de crédits des années précédentes, qu'elles ne peuvent utiliser que pendant la durée d'une seule COG. Cette méthode de calcul devrait donc être reconsidérée, car elle conduit à une aisance financière globale des budgets de gestion des branches.

En outre, des avenants peuvent être conclus pour tenir compte d'évènements ayant un impact significatif sur les dépenses de gestion du régime général, comme cela a été le cas s'agissant de l'ARTT.

Ainsi la période des premières COG a été marquée pour la plupart des caisses, par une absence de contrainte budgétaire. Dans son rapport de 1999 sur la sécurité sociale, la Cour a relevé le surdimensionnement du budget de la branche maladie, privant de toute signification l'encadrement budgétaire. Elle a renouvelé cette remarque dans son rapport de 2000 en l'étendant à d'autres branches. Dans la branche recouvrement par exemple, les budgets n'ont été consommés qu'à 93,9 % en moyenne pendant les quatre années 1998 à 2001.

Un réajustement des dotations budgétaires a été effectué dans les secondes COG mais il est demeuré limité. Dans la branche maladie, la sous-consommation des crédits est réapparue dès la première année. Cette sous-consommation ne correspond pas seulement à une situation normale en début de COG, mais constitue aussi un indice d'aisance financière.

Cette aisance financière se retrouve dans les organismes de base, qui, en outre, bénéficient du mécanisme de reports décrit plus haut.

2 – Une répartition critiquable des moyens entre caisses locales

La répartition des moyens budgétaires entre les caisses locales a suivi des procédures n'incitant pas à des efforts de productivité.

Dans la branche recouvrement, les URSSAF dont le coût du « point activité » dépasse de plus de 5 % le coût moyen de ce point voient en principe leur allocation budgétaire réduite. Cependant, pour 2002, seules 10 des 25 unions qui étaient dans ce cas se sont vu appliquer une régulation conforme aux règles établies et quatre une régulation atténuée. Parmi les organismes exemptés figurent les trois URSSAF les plus

importantes après Paris. Il n'est guère surprenant que les écarts de coût entre URSSAF ne se soient que peu réduits dans la mesure où le levier de la tension budgétaire n'a pas été suffisamment utilisé.

Dans la même branche, pour les organismes dont le coût du point activité n'excède pas de plus de 5 % le coût moyen, ce sont les autorisations de dépenses de l'année N-1, actualisées en fonction de coefficients directeurs qui servent de base au calcul des dotations de l'année N. Les URSSAF n'ont donc aucun intérêt à réduire leurs dépenses et par conséquent à réaliser des gains de productivité. Elles ont même intérêt à dépenser toute leur enveloppe. La révision de la méthode d'allocation des moyens aux organismes qui aurait du être mise en application progressive à partir de 1999 selon la première COG ne l'a pas été. Elle a été prévue dans la seconde convention sans, cette fois, de calendrier précis.

La CNAM définit, à l'occasion des CPG, les enveloppes budgétaires sur la base d'un indicateur, le coût du bénéficiaire actif pondéré (BAP), complété par un second, mesurant la qualité du service et du respect des objectifs de qualité retenus par les CPG. Calculé pour l'essentiel en fonction du nombre de bénéficiaires et de leur consommation de soins, le coût du BAP est censé mesurer la performance de chaque caisse et permettre de fixer des objectifs individualisés aux caisses pour que les plus chères d'entre elles rattrapent les moins chères.

Cet indicateur soulève de nombreuses questions méthodologiques et a été atténué : les petites caisses bénéficient d'un abattement forfaitaire pour compenser l'impact de frais de structures plus élevés en valeur relative ; les caisses de grandes villes ont elles-mêmes obtenu ensuite un abattement pour tenir compte des surcoûts liés aux prix immobiliers et à l'impact des frais de transport dans ces villes. Ces accommodements affectent la rationalité de la répartition des moyens budgétaires.

Dans la branche retraite, des emplois supplémentaires ont été attribués par la COG pour anticiper les recrutements rendus nécessaires par l'accélération à venir des départs en retraite. La CNAV qui souhaitait au départ utiliser ces emplois comme un levier de redéploiement entre caisses s'en est tenue en définitive à des ajustements marginaux.

Au total, il devrait être considéré comme primordial, au moment où les départs en retraite commencent à se faire plus nombreux, de resserrer la contrainte budgétaire, seul moyen pour que les gains de productivité potentiels soient réellement dégagés et favorisent une diminution des coûts. Les méthodes de programmation budgétaire pluriannuelle et de répartition de l'enveloppe entre les organismes doivent être reconsidérées.

III - L'organisation des caisses nationales

Les limites constatées dans le pilotage des branches tiennent en partie à des insuffisances dans l'organisation des têtes de réseaux et dans les outils d'analyse des organismes de base qu'elles mettent en œuvre.

A – Les insuffisances dans l'organigramme des têtes de réseau

Dans les dernières années, les organismes têtes de réseau ont amélioré leur organisation de manière à pouvoir mieux assurer le pilotage de leur réseau. Des insuffisances demeurent cependant.

Il en est ainsi en matière de gestion des ressources humaines, dans les branches famille et maladie. Le département des relations humaines de la direction de l'animation du réseau de la CNAF n'assure ni la gestion prévisionnelle des effectifs, ni la gestion du personnel de la caisse nationale. De même, la direction des ressources humaines mise en place fin 2003 par la branche maladie n'est compétente que pour les caisses locales : les personnels qui sont rattachés à la caisse nationale (y compris les centres informatiques et le service du contrôle médical) sont gérés par une autre DRH, celle de l'établissement public.

En matière de pilotage des systèmes informatiques, des progrès ont été réalisés par la CNAM pour organiser une fonction de maîtrise d'ouvrage. En revanche, le rôle du comité stratégique du système d'information des branches n'est pas encore totalement entré dans les faits. La prise des décisions en matière informatique relève à la fois du secrétariat général pour la caisse nationale et de la direction des services informatiques pour le réseau.

Pour l'ACOSS, la première convention d'objectifs et de gestion prévoyait une réorganisation pour améliorer l'exercice de la mission de pilotage du réseau. La Cour avait également souhaité une telle réorganisation et qu'elle soit l'occasion d'une simplification des structures. En fait, cet objectif n'a guère été rempli : le nombre de directions n'a été ramené que de 13 à 12, celui des entités fonctionnelles de 104 à 103. A l'ACOSS également, le conseil stratégique des systèmes d'information du recouvrement est tombé en désuétude et la nouvelle instance stratégique qui avait été envisagée n'a pas été mise en place.

Des progrès restent donc à accomplir pour mieux organiser dans les caisses nationales, notamment à la CNAM, à la CNAF et à l'ACOSS, des fonctions essentielles au pilotage d'ensemble des réseaux.

B – Les outils d'analyse pour le pilotage des réseaux

L'enquête de la Cour a fait apparaître, malgré d'importants progrès, des insuffisances variables selon les branches.

1 – Les progrès accomplis

Les caisses nationales ont commencé à mettre en place des systèmes élaborés d'indicateurs ou de tableaux de bord, au-delà des seuls indicateurs prévus par les COG et les CPG

En particulier, la CNAF a mis en place un « recueil national des données des CAF », opérationnel depuis 2003 qui donnera à terme 250 indicateurs définis précisément dans un référentiel et concernant aussi bien l'activité que les moyens budgétaires, la gestion des ressources humaines, les coûts de gestion, les délais de traitement et les contrôles. Les CAF disposent aussi, depuis mars 2004, d'un tableau de bord reprenant une dizaine de ces indicateurs, mais à un niveau plus fin, facilitant le suivi des activités au niveau local et créant les bases d'un véritable outil standardisé de pilotage de la production.

La CNAV met à la disposition des CRAM des tableaux de bord paramétrables destinés à la prise de décision et prenant en compte le suivi des objectifs nationaux et régionaux. Ce système permet un suivi mensuel informatisé de tous les indicateurs par chaque caisse et au niveau national.

Outre les 56 indicateurs prévus dans sa COG, l'ACOSS en suit 81 autres et a engagé fin 2003 une réflexion pour assurer la cohérence de cet ensemble, rationaliser et harmoniser les travaux de production et d'analyse des indicateurs.

2 – Des insuffisances persistantes

Dans la branche recouvrement, la mise en place d'une comptabilité analytique a subi d'importants retards et est désormais envisagée pour 2005. Aucune centralisation des engagements pris par les URSSAF dans les secondes COG n'existait encore début 2004. Le suivi des effectifs par l'ACOSS est entaché d'incertitudes et l'agence ne dispose pas d'un tableau de bord synthétique sur la démographie prévisionnelle de la branche, alors que les informations établies par chaque organisme permettraient de le constituer. Malgré le nombre particulièrement élevé des indicateurs, aucun ne permet d'évaluer et de comparer de façon objective les résultats des URSSAF en matière de recouvrement. Les

outils de suivi quantitatif des autorisations de versement des cotisations en lieu unique sont défaillants.

Dans la branche retraite, les indicateurs de productivité ne sont pas toujours suffisamment ambitieux.

Il n'existe pas d'indicateurs significatifs de productivité pour des segments importants de l'activité, notamment pour l'action sociale de la branche famille et pour le service du contrôle médical de l'assurance maladie.

Dans les diverses branches, il n'existe pas d'outil permettant d'analyser réellement le coût de la gestion des prestations et du recouvrement ni en fonction de la taille des organismes de base, ni selon que le travail est organisé sur la base d'un principe de polyvalence ou au contraire de spécialisation du personnel. L'impact de la décentralisation de l'accueil et de la gestion du courrier sur la productivité et sur les coûts demeure peu étudié. Globalement, les conséquences des différentes formes d'organisation sur les coûts restent peu évaluées.

SYNTHESE

Beaucoup d'objectifs que s'étaient fixées les branches du régime général ces dernières années ont été atteints. La politique de proximité, l'accélération des délais de remboursement des soins par la branche maladie, celle des délais de calcul des retraites, l'amélioration de la qualité de service et notamment celle de l'accueil téléphonique et de l'accueil physique dans toutes les branches montrent que les orientations stratégiques dégagées par les branches et inscrites dans les conventions d'objectifs et de gestion se sont assez largement traduites dans les faits.

En revanche, l'orientation même de ces stratégies doit être fortement rééquilibrée et ce devrait être l'objet essentiel des prochaines COG. Elle a en effet été insuffisamment tournée vers les gains de productivité, la baisse des coûts unitaires, la recherche d'un alignement des coûts de l'ensemble des caisses vers ceux des organismes les moins chers et la systématisation des modes d'organisation les plus efficaces.

Dans ces domaines, les outils de pilotage et l'organisation des établissements têtes de réseaux doivent être fortement améliorés dans toutes les branches même si l'insuffisance du pilotage est plus marquée dans la branche recouvrement où le rôle de la tête de réseau a été reconnu plus tardivement.

Au-delà de l'amélioration nécessaire de leur propre organisation et des outils qu'elles ont mis en place, le pilotage des réseaux par les caisses

nationales est handicapé, sauf dans la branche retraite, par le grand nombre des organismes de chaque réseau. Le sujet de l'organisation territoriale est, notamment pour cette raison, étudié de manière détaillée dans les chapitres VII et X.

Le système des COG et des CPG est un outil très important mais il doit être recentré sur les objectifs stratégiques de chaque branche.

La démarche contractuelle, si elle est indispensable, ne saurait pour autant être considérée comme suffisante. Compte tenu de l'ampleur des déficits sociaux, la contrainte budgétaire doit être affirmée et resserrée pour inciter davantage à réduire les coûts et à rationaliser les organisations.

Pour souhaitable qu'il soit, l'accroissement des pouvoirs des établissements nationaux sur les organismes de leur réseau ne serait pas suffisant. L'augmentation de leur capacité stratégique, la diminution du nombre d'organismes, un cadre budgétaire plus strict, une meilleure organisation des caisses nationales elles-mêmes et, de la part de l'Etat, une vue stratégique plus claire, sont tout aussi nécessaires au progrès dans la définition des stratégies et dans le pilotage.

RECOMMANDATIONS

20. Rééquilibrer le contenu de la prochaine génération de conventions d'objectifs et de gestion, pour faire de la réorganisation du réseau, de la productivité et de la baisse des coûts des objectifs majeurs.

21. Restructurer le système des conventions d'objectifs et de gestion, en les recentrant sur un petit nombre d'objectifs, véritablement stratégiques pour l'Etat, assortis d'un nombre restreint d'indicateurs en les signant avant le début de leur période d'application en allongeant cette dernière à cinq ans.

22. Pour les contrats pluriannuels de gestion, en l'état actuel du nombre d'organismes, distinguer deux volets : l'un, homogène pour l'ensemble des organismes de la branche, déclinant les objectifs de la convention d'objectifs et de gestion obligatoirement assortis d'indicateurs de résultats ; l'autre, plus personnalisé et fondé, pour les catégories de caisses les moins performantes ou les plus importantes, sur un diagnostic approfondi.

CE CHAPITRE N'APPELLE PAS DE REPONSE DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES

Chapitre VII

L’organisation territoriale et fonctionnelle des branches

PRESENTATION

L'organisation territoriale du régime général n'a pratiquement pas évolué depuis sa création en 1945, hormis l'éclatement des caisses d'assurance maladie et d'allocations familiales de la région parisienne qui a accompagné celle du département de la Seine. L'objectif, fixé à l'époque, d'une caisse par département et d'un site unique dans la ville chef-lieu de préfecture, n'a été que très partiellement atteint et les réseaux ont, sauf quelques rares exceptions, subsisté tels qu'ils étaient antérieurement. Toutefois, ce qui est vrai pour les organismes juridiquement autonomes -la caisse de base en tant que personne morale dotée d'un conseil d'administration- ne l'est pas des diverses implantations où les publics sont accueillis, qui se sont multipliés ces dernières années, ni des dispositifs de coopération et de mutualisation mis en œuvre par les caisses.

I - Une géographie des organismes de base historiquement figée

A l'exception de la branche vieillesse, organisée sur une base régionale, les branches maladie, famille et recouvrement du régime général[118] sont organisées sur une base départementale ou infra-départementale. La branche recouvrement présente toutefois une particularité avec le maintien de l'URSSAF Paris-région parisienne qui regroupe sept des huit départements de la région Ile-de-France. L'organisation départementale est majoritaire, mais de nombreux départements connaissent une pluralité de caisses : huit départements[119] disposent chacun de deux CPAM, de deux CAF et de deux URSSAF. Dans trois départements il en existe plus de deux : la Seine-Maritime a quatre CPAM, quatre CAF et trois URSSAF, le Pas-de-Calais quatre CPAM, deux CAF et deux URSSAF, enfin le Nord a neuf CPAM, huit CAF et quatre URSSAF. En outre, trois départements ont à la fois deux CPAM et deux CAF (Aisne, Oise et Ardèche) ; enfin, cinq départements ont chacun plusieurs CPAM, trois dans la Moselle et le Bas-Rhin et deux en Loire-Atlantique, Meurthe-et-Moselle et dans le Haut-Rhin. Le plus souvent, les organismes infra-départementaux des différentes branches sont implantés dans les mêmes agglomérations.

118. La branche AT-MP n'est pas traitée ici en tant que telle.

119. Doubs, Finistère, Hérault, Isère, Loire, Maine-et-Loire, Pyrénées-Atlantiques, Rhône.

Structure des organismes de base

	Total	National ou Régional	Départementaux	Infra- départementaux	
				Total	Nombre de départements
Maladie	128*	0	77	51	19
Famille	123	1**	86	36	14
Recouvrement	103*	1	79	25	11
Retraite	16*	16	néant	néant	néant

Source : Caisses nationales et ACOSS

* S'y ajoutent les quatre CGSS des départements d'outre mer qui regroupent en une même entité maladie, recouvrement et retraite.

** Caisse maritime d'allocations familiales de La Rochelle à compétence nationale.

Les départements d'outre-mer (Réunion, Martinique, Guadeloupe et Guyane) présentent une particularité : les organismes y sont tous départementaux mais les trois branches maladie, vieillesse et recouvrement sont regroupées avec le régime agricole au sein d'une seule et même caisse, la caisse générale de sécurité sociale (CGSS) tandis que la branche famille dispose de sa propre caisse locale.

A – Une dispersion très grande

Si l'ordonnance du 4 octobre 1945 avait prévu un système unifié de sécurité sociale, celui-ci s'appuyait sur des organismes de base juridiquement indépendants. La volonté des acteurs de la branche famille de conserver l'autonomie de leur branche et l'implantation des anciennes caisses de compensation a joué alors un rôle majeur dans cette structuration. Les bassins industriels et les conditions de transport de l'époque pouvaient justifier cette continuité avec l'organisation qui préexistait à la création de la sécurité sociale. Mais, comme dans d'autres domaines de la vie administrative, cette organisation s'est figée et n'a suivi ni les évolutions socio-économiques ni les migrations de population. Le résultat aujourd'hui est une très grande dispersion des populations d'assurés sociaux et de cotisants gérés par les organismes de base, et ce dans toutes les branches.

Quelles que soient les branches considérées, la répartition par taille des organismes de base est très semblable. Les 5 % des plus gros organismes représentent 17 % des assurés des CPAM comme des

allocataires des CAF et 27 % des comptes cotisants des URSSAF. Au sein de ce groupe qui comporte les plus gros organismes, la dispersion[120] apparaît inégale selon les branches, faible pour les CPAM et les CAF (1,6 et 1,7) plus marquée dans la branche recouvrement. L'URSSAF de Paris-région-parisienne du fait de sa compétence régionale, gère, en effet, près de dix fois plus de comptes que celle de Nantes qui se classe au cinquième rang, le nombre de comptes relevant du seul département de Paris représentant à lui seul plus de quatre fois l'URSSAF de Nantes[121].

Les 5 % des organismes les plus importants de trois branches

	CPAM	CAF	URSSAF
Nombre d'organismes de base	6	6	5
Premier de la tranche	Paris (1 650 000)	Marseille (377 490)	Paris-RP (973 000)
Dernier de la tranche	Lyon (1 070 000)	Nanterre (219 250)	Nantes (100 330)
% du nombre total de bénéficiaires ou de comptes	17 %	17 %	27 %

Source : Régime général, Cour des comptes

Si on divise les 95 % d'organismes restants en quatre classes ayant un nombre égal d'organismes, le tableau ci-dessous montre qu'entre l'organisme le plus important du premier quartile et le moins important du dernier quartile, l'écart est de 1 à 22 pour les CPAM, de 1 à 20 pour les CAF et de un à huit pour les URSSAF[122].

120. Mesurée par le ratio entre le premier et de dernier organisme d'une tranche donnée.

121. La direction départementale régionale de Paris gère 421 370 comptes, celle des Yvelines 100 352, de l'Essonne, 78 230, des Hauts-de-Seine 134 600, de Seine-Saint-Denis 87 617, du Val-de-Marne 92 552 et du Val-d'Oise 6 317.

122. Il est de 1 à 13 si on prend les directions départementales de l'URSSAF de Paris au lieu de l'URSSAF elle même, l'organisme le plus important du premier quartile devenant l'URSSAF des Yvelines avec 100 352 comptes.

Répartition par tranche des autres organismes (95 %)

Nombre de bénéficiaires ou de comptes

	CPAM	CAF	URSSAF
Nombre moyen de bénéficiaires ou comptes	306 000	83 600	36 130
Premier quartile			
Premier de la tranche	987 000	218 060	62 210
Dernier de la tranche	394 000	95 764	48 750
% du nombre total de bénéficiaires ou de comptes	*40 %*	*41 %*	*32 %*
Deuxième quartile			
Premier de la tranche	393 000	95 550	47 690
Dernier de la tranche	245 000	57 800	32 020
% du nombre total de bénéficiaires ou de comptes	22 %	22 %	20 %
Troisième quartile			
Premier de la tranche	244 000	55 300	3 .600
Dernier de la tranche	185 000	35 250	20 830
% du nombre total de bénéficiaires ou de comptes	14 %	13 %	14 %
Quatrième quartile			
Premier de la tranche	165 000	33 640	20 750
Dernier de la tranche	45 000	10 555	7 535
% du nombre total de bénéficiaires ou de comptes	7 %	7 %	7%

Source : Cour des comptes

Au sein des départements couverts par plusieurs organismes, les écarts sont parfois très importants comme par exemple entre les CPAM, CAF et URSSAF de Villefranche et de Lyon où ils sont de l'ordre de un à huit ou dix ; de même, l'écart est pratiquement de un à dix entre les CAF d'Elbeuf et de Rouen.

Les regroupements qui résulteraient de l'application du principe d'une caisse par département réduiraient sensiblement le nombre des petites caisses, mais ils en laisseraient néanmoins subsister un certain nombre. Dans la branche maladie, ils conduiraient à réduire de 32 le nombre de CPAM dont 17 de moins de 200 000 assurés sociaux mais 22

CPAM départementales de moins de 200 000 assurés subsisteraient. Dans la branche famille, la réduction toucherait 22 CAF, dont 17 CAF de moins de 50 000 allocataires et neuf de moins de 30 000. Toutefois, 14 CAF départementales auraient encore moins de 30 000 bénéficiaires. Dans la branche recouvrement, le même principe n'affecterait que neuf des 33 plus petites URSSAF.

B – Des regroupements exceptionnels

Depuis 1945, les regroupements d'organismes ont été exceptionnels et limités à la seule branche recouvrement[123]. Au cours de la décennie écoulée, les deux tentatives d'inscrire dans un texte législatif le principe du département comme base territoriale des organismes sociaux ont échoué, la première en 1994, la seconde avec les ordonnances de 1996. Ce double échec contribue à expliquer l'absence d'impulsion donnée par l'Etat et les caisses nationales à ce processus. Ainsi, la démarche de regroupement et de réorganisation du réseau des CPAM, initiée par la CNAM n'a pas à ce stade abouti à des résultats concrets..

Dans la branche famille, la seule tentative de fusion sur une base départementale a concerné les CAF de Beauvais et de Creil. Malgré un travail de coordination et d'harmonisation avancé, ce projet n'a pas abouti. Toutefois, des structures fédératives et des coordinations informelles ont été mises en place dans les départements où plusieurs caisses existent. Elles répondent en priorité au besoin de concertation et d'harmonisation vis-à-vis des partenaires institutionnels –et en premier lieu des conseils généraux– et associatifs en matière d'action sociale. Les rapprochements entre CAF sont, par contre, moins développés dans le domaine des prestations familiales et quasi-inexistants dans celui de la gestion administrative.

Dans la branche recouvrement, trois fusions ont abouti, celles des URSSAF de Beauvais et Creil (septembre 2000), de Laon et Saint-Quentin (juin 2003) et de Montbéliard et Belfort (août 2004). Un autre projet est en cours qui concerne les URSSAF d'Arras et de Douai situées, comme celle de Montbéliard et de Belfort, dans des départements voisins mais correspondent à un seul et même bassin d'emploi.

123. Hormis le cas particulier, dans la branche famille, de la fusion des caisses à compétence nationale de la pêche maritime et des marins du commerce et, dans les branches maladie et recouvrement, du rattachement de la batellerie à une caisse locale.

Dans la branche recouvrement, l'URSSAF de Paris-région-parisienne n'a pas connu l'éclatement qui a suivi celui du département de la Seine et s'est retrouvée, de ce fait, avoir une compétence régionale. Elle couvre en effet sept des huit départements de la région Ile-de-France. Avec 51 Md€ de cotisations et contributions recouvrées en 2002, elle gère 17 % des comptes et assure le quart du recouvrement national, la première URSSAF après Paris, celle de Marseille n'en représentant que 3 %. Le conseil d'administration de l'URSSAF de Paris du 11 février 2002 a adopté un plan de réorganisation de l'organisme qui en fait une « URSSAF régionale déconcentrée mutualisée ».

L'URSSAF de Paris-région-parisienne reste ainsi unique au plan juridique et régional par son champ géographique mais elle devient déconcentrée par son mode d'organisation (dix directions départementales de recouvrement ont été créées, dont quatre pour Paris) et mutualisée par le maintien des services communs au niveau central[124]. Cette déconcentration s'accompagne d'une délocalisation géographique progressive des directions départementales du recouvrement. Ce schéma constitue une alternative à l'organisation départementale ou infra-départementale classique, dont il conviendra d'étudier avec précision les gains de productivité qu'il peut ou non générer.

Le coût de gestion des prestations et du recouvrement par les organismes de base en fonction de leur taille n'a malheureusement fait l'objet d'aucune étude. Les calculs effectués par la Cour pour les branches famille et recouvrement montrent des profils différents. Dans la première, le coût est inversement proportionnel à la taille de l'organisme ; dans la seconde, le coût est d'abord décroissant avec la taille puis croissant, suggérant l'existence possible d'une taille optimale qui mériterait une étude plus poussée non seulement en fonction des effectifs mais également des montants recouvrés fortement concentrés sur les plus grosses URSSAF.

Dans la branche maladie, la relation entre taille et coût, si elle reste vraie au détriment des petites caisses, apparaît, par contre, moins affirmée. Les petites caisses sont handicapées par des coûts de structures relativement élevés. Toutefois, dans une période marquée tout à la fois par une assez grande inertie des effectifs –et donc des dépenses– malgré l'accélération depuis 2002 de la montée en charge de Sésam-Vitale, les variations des coûts des caisses dépendent plus des évolutions démographiques des zones desservies que de leur taille.

124. Les services mutualisés sont les suivants : budget, courrier, saisie, logistique, plate-forme téléphonique, encaissement, informatique, formation, audit interne, marchés.

La Cour estime que les gains directs d'une fusion des caisses infra-départementales pour l'ensemble des branches seraient, du fait du regroupement des instances dirigeantes, de l'ordre d'une centaine de millions d'euros, auxquels s'ajouteraient les gains de productivité induits par l'augmentation de la taille de l'organisme. Ils apparaissent suffisamment significatifs pour que l'Etat incite les caisses nationales à s'engager résolument dans cette voie.

La branche vieillesse a échappé à la dispersion notée dans les autres branches. En 1967, elle est restée organisée sur une base régionale. Mais les organes « siège » de la branche sont au nombre de 16, soit un nombre inférieur à celui des régions administratives, certaines CRAM couvrant en effet plusieurs régions.

Un éventuel regroupement de caisses n'aurait aucune conséquence négative sur les assurés et les cotisants dans la mesure où dans toutes les branches, à des degrés divers, les organismes de base développent des implantations de proximité conséquentes. Il permettrait aussi grâce à une concentration des moyens de faire de substantielles économies et faciliterait le pilotage par les têtes de réseau. En l'absence d'une orientation claire des pouvoirs publics, les réticences des divers partenaires –directions, conseils d'administration, élus locaux- ne peuvent que se conforter mutuellement pour bloquer pratiquement toute évolution.

La Cour estime indispensable de procéder sans tarder à des regroupements dans les branches famille, maladie et recouvrement. Toutefois, le niveau départemental n'est pas nécessairement le plus pertinent. Ainsi, le regroupement des neuf CPAM du département du Nord aboutirait à une caisse qui devrait gérer plus de deux millions d'assurés sociaux alors que cinq des huit CPAM mono-départementales de la région Midi-Pyrénées ont chacune moins de 150 000 assurés sociaux dont trois en ont moins de 100 000. Dans la branche maladie, l'existence des CRAM qui assurent des fonctions spécifiques sans jouer le rôle d'un véritable échelon régional contribue sans doute à bloquer l'évolution des structures.

La Cour constate que ni les caisses nationales ni l'Etat n'ont fait procéder, en amont des COG, aux études nécessaires à l'évolution de l'organisation institutionnelle. Elle estime que la politique de proximité et de mutualisation des moyens affichée comme un des objectifs des COG ne peut être engagée sans que ses implications sur cette organisation n'aient été préalablement étudiées.

II - Le développement d'une politique d'accueil de proximité

L'accueil et l'information des assurés et cotisants sur leurs droits est aujourd'hui un objectif central de toutes les branches. Mais là encore, le cheminement de la branche retraite et des autres branches a été différent.

A – Dans la branche retraite : des permanences aux agences

Du fait de son organisation régionale, la branche retraite s'est très tôt préoccupée de développer une politique de proximité fondée notamment sur une multiplication des permanences locales desservies par des agents itinérants. Dès 1975, la branche comptait 1 867 permanences sur tout le territoire. Ce réseau s'est étendu jusqu'à atteindre 2 400 points.

A partir des années quatre-vingt-dix, la CNAV a impulsé une politique de décentralisation du siège avec la création d'un réseau d'agences qui constitue un niveau intermédiaire entre le siège et les permanences locales et qui a vocation à assurer des tâches de gestion identiques à celles effectuées dans les CRAM. Cette politique qui avait été anticipée par certaines CRAM a été intégrée dans le projet « branche retraite années 2000 » approuvé par le conseil d'administration de la CNAV du 20 décembre 1995.

Cette orientation a été ultérieurement reprise dans les COG qui ont progressivement précisé les définitions[125] et les tâches dévolues, d'une part, aux agences retraite, d'autre part, aux permanences rebaptisées « points d'accueil retraite » (PAR). Les agences retraite sont des unités d'accueil et de production permanentes, ouvertes cinq jours par semaine et comprenant au moins un agent alors que les PAR sont des unités d'accueil ouvertes épisodiquement à heures fixes, parfois seulement une demi journée par mois. Les PAR sont hébergés dans des locaux majoritairement municipaux mais aussi associatifs ou faisant partie des autres réseaux de la sécurité sociale (CPAM notamment). Ils se réduisent à la réception du public par des conseillers retraite itinérants mais qui

125. Cette terminologie est celle figurant dans les COG : elle continue à cohabiter avec les nombreuses appellations locales propres à chaque caisse que celles-ci utilisent encore dans leur communication externe (par exemple, centre d'information retraite, délégation ou bureau retraite, point d'accueil retraite renforcé, agence départementale…).

disposent désormais, dans leur quasi-totalité, de micro-ordinateurs portables leur permettant d'être relié au réseau. Les agences offrent ainsi non seulement des services permanents mais surtout plus complets.

La COG 2001-2004 a défini une organisation cible qui comporte une liste de dix services devant à terme être proposés en agence ou en point d'accueil. L'objectif pour 2004 était de pouvoir en proposer au moins sept tout en laissant aux CRAM une large marge d'initiative dans le choix de ces services. Certains indicateurs de la COG ont aussi joué un rôle déclencheur, notamment ceux relatifs aux régularisations de comptes et aux attributions de droits à réaliser dans les points d'accueil et les agences ou encore au nombre d'agents en contact direct avec le public. Les objectifs assignés pour 2002 étaient de 20 % pour les deux premiers et de 14 % pour le dernier. Ils sont de 30 % et 15 % pour 2003 et de 40 % et 16 % pour 2004. L'ensemble de ces contraintes a conduit des caisses comme celles de Strasbourg et de Nantes à s'engager tardivement dans cette politique de proximité.

De ce fait le mouvement de décentralisation dans les agences des tâches effectuées jusqu'à présent exclusivement au niveau des sièges est maintenant bien enclenché. C'est à l'aune de la participation des agences aux deux fonctions clé que sont, d'une part, la régularisation des carrières et, d'autre part, la liquidation standard des droits propres et dérivés que sera mesurée la réalité de la politique de proximité. Leur contribution à ces deux opérations est actuellement d'ores et déjà importante même si c'est encore dans des proportions très variables selon les CRAM. En 2002, le pourcentage des régularisations de carrière varie entre 89 % et 2 % dans les agences selon les CRAM. Le niveau moyen s'établit à 42 % pour un objectif fixé à 20 %. Les pourcentages sont du même ordre pour les opérations symboliquement plus importantes que sont les liquidations de retraite, ces opérations commençant aussi à être effectuées à une petite échelle dans certains points d'accueil retraite de Lille et de Rouen depuis 2003.

Du fait de cette montée en charge progressive de la politique de décentralisation, l'organisation territoriale n'est pas encore stabilisée et présente de sensibles différences entre les diverses CRAM. Seule celle de Limoges a actuellement une base départementale. Par contre, 11 CRAM ont à la fois des agences départementales et des agences infra-départementales et quatre CRAM (Aquitaine, Nord-Picardie, Ile-de-France et Normandie) n'ont que des agences retraite infra-départementales. Au total, selon le recensement fait par la CNAV en juin 2003, les agences infra-départementales sont largement majoritaires (192 sur 228).

Le fait que le pouvoir de décision se situe au niveau régional, à la différence des autres branches, n'a pas pour autant toujours permis la

mise en place d'une politique cohérente en matière d'agences. Ainsi la politique cible arrêtée par la CRAM du Sud-Est pour 2005 vise la mise en place de 38 agences pour une population de 4,8 millions d'habitants, dont 11 agences dans les Bouches-du-Rhône (1,8 million d'habitants) et six pour les deux départements alpins qui regroupent 260 000 habitants.

Les CRAM de Nord-Picardie et d'Ile-de-France ont choisi des organisations différentes. En 1996, dès avant l'impulsion donnée par la CNAV, la CRAM de Lille s'est fixée l'objectif qu'aucun assuré ne soit à plus de 15 kilomètres d'un point d'accueil. Il en a résulté un réseau très dense de 26 agences et de 500 points d'accueil pour une population de 5,9 millions d'habitants. De son côté, la CRAM Ile-de-France, qui s'est engagée dans ce mouvement plus tardivement a arrêté le réseau cible pour aboutir rapidement à la création de 56 agences couvrant l'ensemble de la région (11 millions d'habitants). La CNAV est consciente de ces déséquilibres, mais elle estime ne pouvoir intervenir à bon escient que lorsque les dispositifs de proximité prévus et inscrits dans les politiques cibles locales auront tous été déployés dans l'ensemble des CRAM.

En contrepartie de l'émergence des agences, nombre de CRAM se sont engagées dans une rétraction logique et parfois sensible du réseau de leurs permanences. L'enquête de la Cour réalisée auprès des caisses régionales en 2003 a montré que le nombre de PAR est d'environ 1 900. Toutefois, ce mouvement de rétraction, en raison notamment des difficultés inévitables que soulève tout projet de fermeture de permanence de la part des élus locaux concernés, est pour l'instant concentré sur un petit nombre de CRAM. A Montpellier et à Orléans, le nombre de points d'accueil a baissé respectivement de 50 % et de 25 % entre 2000 et 2002 ; il est également en décroissance en Ile de France, à Strasbourg, Rennes et Limoges[126].

La Cour estime que la CNAV doit encourager et soutenir ce mouvement, parallèlement au renforcement et à la multiplication maîtrisée des agences. La fermeture de points d'accueil retraite doit concerner en priorité les permanences ouvertes seulement une journée, voire une demie journée par mois. Des mesures de substitution existent : ainsi, le remplacement d'un PAR par une réunion annuelle organisée avec l'aide des municipalités concernées a été expérimenté avec succès notamment à Strasbourg. S'agissant du recours aux visites à domicile, la Cour constate que ce mode est utilisé de manière très variable selon les

126. Dans la CRAM Centre Ouest, le recours à la comptabilité analytique a permis de chiffrer le coût d'une visite dans un PAR qui varie entre 7,32 € et 40,64 €. C'est sur la base de cette étude que la caisse de Limoges a pu fermer, sans problème majeur, 16 PAR sur 112 en 2003.

caisses et que, dans certains cas, son coût peut être prohibitif[127]. Elle souhaite dès lors que le recours à ce mode d'accueil reste circonscrit à des cas exceptionnels (assurés handicapés ou gravement malades). La Cour souhaite que la réorganisation du réseau, notamment la forte diminution (voire la suppression progressive) des PAR au profit des agences donne lieu à une prise de position officielle de la CNAV et soit inscrite dans la prochaine COG[128].

B – Dans les autres branches, des besoins d'accueil différents et mal évalués

Dans les autres branches, la proximité est une préoccupation qui a été longtemps moins présente et qui reste inégalement développée. A la différence de la retraite, le besoin d'un accueil physique est souvent concentré sur une partie des assurés ou cotisants. Les populations les plus fragiles et les employeurs confrontés à des difficultés économiques sont les plus directement concernés. Il n'existe cependant aucune étude permettant d'apprécier l'étendue et la nature précise du besoin qui permettrait de mieux cibler les actions et les publics, ainsi que de mieux sélectionner les sites.

Dans la branche recouvrement, les implantations hors du siège de l'organisme sont en nombre limité : suite aux remarques de la Cour, une enquête réalisée en 2004 dénombre, outre les 102 accueils au siège des organismes, 18 points d'accueil permanents, 215 autres points d'accueil et 72 accueils itinérants. Il n'existe pas non plus d'étude permettant de cerner les publics qui recherchent un accueil de proximité. Or, avec le développement des virements bancaires et des télédéclarations, il n'est pas évident que le besoin d'accueil physique ait la même acuité qu'il pouvait avoir dans le passé pour toutes les catégories de public.

Dans la branche famille, la création des premières permanences extérieures au siège remonte aux années soixante, mais le besoin d'une véritable politique est surtout apparu après la création du revenu minimum d'insertion (RMI) en 1988. Les différentes COG en ont fait une

127. C'est la CRAM de Normandie qui utilise le plus cette procédure : 2 786 visites à domicile en 1995, 1 330 en 2002. Un calcul rapide montre que, sur la base de 2 heures par visite (déplacement compris), les 1 330 visites effectuées en 2002 représentent 2 660 heures de travail soit 1,7 ETP de conseiller retraite rémunérés au niveau 5A (premier niveau de cadre).

128. Le réseau cible prévu pour 2005 par la CRAM du Languedoc-Roussillon correspond à cette orientation. Il est fondé sur 18 agences et 24 PAR alors que le nombre de ces derniers était de 73 en 1990 et de 63 en 2000.

priorité sans pour autant imposer d'obligations précises aux caisses locales. Malgré un réel déploiement intervenu depuis 1997, cette politique est assez peu coordonnée par la caisse nationale. Aucune instruction n'a été donnée aux CAF sur les critères d'implantations déconcentrées, comme le nombre et les caractéristiques des allocataires concernés – ni sur le type d'accueil à privilégier et la nature des fonctions de production que devraient assurer les sites déconcentrés.

Les caisses locales bénéficient donc d'une grande liberté d'organisation, à tel point que la caisse nationale ne dispose pas toujours de statistiques fiables sur ces questions. A l'occasion de l'enquête de la Cour, 2 011 points d'accueil ont été recensés, parmi lesquels 233 assuraient l'accueil et la liquidation des prestations cinq jours sur cinq, 176 assuraient ces deux fonctions sur des durées plus courtes et 1 602 ne proposaient qu'un accueil simple (132 cinq jours sur cinq et 1 470 de façon ponctuelle).

La carte des lieux d'implantation des antennes déconcentrées est mouvante car les CAF ont le souci localement de s'adapter le mieux possible aux besoins de la population, tout en veillant à ce que le coût ne soit pas disproportionné par rapport au service rendu. Faute d'étude nationale spécifique, il est difficile d'évaluer la pertinence du nombre actuel d'antennes et de leurs horaires d'ouverture, mais les enquêtes de satisfaction annuelles menées auprès des allocataires montrent que la difficulté d'accès à un point d'accueil n'est pas une des critiques majeures faites à la branche.

L'augmentation du nombre de sites déconcentrés ne semble donc pas devoir être une priorité pour les années futures. En revanche, l'effort doit sans doute porter sur l'amélioration du service que peuvent rendre ces antennes, en particulier en proposant, en plus de la simple information, une gestion directe des dossiers des allocataires. A ce titre, il est intéressant de noter que la liquidation en points d'accueil déconcentrés se développe (en 2003, un tiers des CAF disposaient d'au moins un centre de liquidation hors du siège), mouvement que les progrès de la gestion électronique des documents devraient amplifier bien qu'aucun objectif précis ne soit fixé dans la COG.

La branche maladie, enfin, a pris jusqu'à présent appui sur les centres de paiement qui assurent les opérations de liquidation, pour développer un accueil physique des assurés. Cet accueil peut notamment être réalisé dans les centres de paiement lorsque ceux-ci sont implantés en dehors du siège. On dénombre actuellement environ 1 500 centres implantés sur 1 100 sites, certains regroupant, comme Le Mans, plusieurs centres de paiement au siège.

Les centres de paiement ont été créés à une époque où les assurés sociaux, notamment les plus défavorisés, souhaitaient pouvoir se faire rembourser sans délai au guichet. La généralisation du tiers payant, la télétransmission des feuilles de soins et la mise en place de la CMU suppriment les délais de remboursement et remettent en cause l'utilité de ces centres. En outre, les besoins d'information peuvent être assurés par les plates-formes téléphoniques en cours de déploiement.

A travers les documents qu'elle diffuse dans le réseau, la CNAM prône un modèle d'organisation présenté comme « plus efficient » basé sur l'industrialisation et la centralisation de la liquidation, un recours massif à la scannérisation des feuilles de soins, l'augmentation des transmissions informatisées, la spécialisation des techniciens, la fermeture des centres de paiement, la mutualisation maximale des services entre caisses et le maintien des points décentralisés uniquement pour l'accueil.

Le besoin d'un accueil physique, qui reste nécessaire en faveur de certains assurés, devrait être satisfait par des structures légères, déchargées des tâches de liquidation. Leur développement, en cours, s'effectue à un rythme très différent selon les caisses, compte tenu de l'histoire propre à chaque organisme et du style de management développé par le directeur.

Certaines CPAM ont anticipé depuis plusieurs années ces évolutions mais ont été freinées dans leur mise en œuvre par le faible nombre de départs en retraite -mais elles n'ont pas non plus saisi l'occasion de la mise en place de l'ARTT- ; d'autres, au contraire, ont été et restent attentistes et n'estiment ni possible ni nécessaire une telle évolution au cours des prochaines années. Une impulsion forte de la part de la caisse nationale est indispensable pour lever ces blocages.

Au total, si l'existence d'un accueil de proximité est souhaitable, celui-ci doit être configuré en fonction de besoins évalués, des alternatives offertes par les technologies de communication et des caractéristiques des publics à accueillir. Elle devrait reposer sur des enquêtes régulières de fréquentation. Enfin, la vague attendue de départs à la retraite des agents doit être mise à profit pour mener à bien cette réorganisation.

III - Les esquisses d'une coopération régionale et d'une mutualisation des moyens

A – La mutualisation des ressources informatiques

Les branches à implantation départementale ou infra-départementale ont depuis longtemps mutualisé leurs moyens informatiques pour la création de centres régionaux de traitement informatique (CERTI). Ceux-ci ont presque toujours une dimension interrégionale. Ils remplissent, en général, une triple mission : ils assurent les traitements de base pour l'ensemble des organismes qui en dépendent, réalisent le façonnage des envois de masse et sont responsables de la maîtrise d'œuvre de certains systèmes informatiques nationaux. Enfin, les traitements informatiques des CGSS sont assurés, quelle que soit la branche, par le CERTI dont elles dépendent. Malgré les initiatives qui se sont développées à partir des années quatre-vingt dix, les CERTI restent à ce jour le seul exemple de mutualisation de moyens réellement structurée. Toutefois, l'actuelle organisation, fondée sur huit centres, n'est pas pour autant optimale au regard de la nature des traitements et des possibilités technologiques.

Dans la branche vieillesse, les traitements informatiques sont effectués par le service informatique de la CRAM. Il y a autant de centres informatiques que de CRAM (soit 16). Cependant, la CNAV envisage une importante opération de regroupement de ces centres informatiques au travers du projet EMI (évaluation des moyens informatiques) qui vise à les mutualiser. Ce regroupement, facilité par les nombreux départs en retraite constatés dans ce secteur, doit dégager des gains de productivité estimés à 30 % de la charge actuelle d'ici 2012.

B – La coopération régionale

Les organismes de base restent réticents si ce n'est hostiles à tout regroupement et n'envisagent l'idée d'une coopération régionale qu'avec prudence. Toutefois, comme l'ont montré les réponses à une enquête de la Cour, s'il existe des facteurs de blocage, de nombreux directeurs d'URSSAF sont favorables au renforcement des coopérations. Très souvent, les premières coopérations se sont mises en place à l'initiative des directeurs locaux. Ce n'est que dans un second temps que les COG ont tenté à la fois de les formaliser et de les généraliser. Les choix qui ont

présidé aux objectifs assignés par les COG apparaissent cependant différents selon les branches.

La branche recouvrement est la première à avoir structuré une coopération régionale. Dès 1995, l'ACOSS a créé des correspondants régionaux dans quatre domaines où les URSSAF ne disposaient pas d'expertise propre ou suffisante : statistique, expertise juridique, audit interne et communication. Ces experts régionaux participent aux quatre réseaux nationaux que l'ACOSS anime dans ces domaines. 121 emplois ont été créés à cette fin et répartis entre les différentes URSSAF auxquelles les agents sont ainsi rattachés. Par la suite, les COG signées entre l'ACOSS et l'Etat ont précisé les modalités de cette coopération dans le but d'assurer une plus grande cohérence des politiques, d'harmoniser les pratiques et d'optimiser les moyens de la branche. Enfin, la répartition du produit recouvré entre les branches a donné lieu à la création, au sein des agences comptables, d'un cinquième réseau de correspondants régionaux.

La COG 1998–2001 précise que « la coopération donne lieu à l'élaboration d'une convention entre l'ACOSS et l'échelon régional ». Celle pour 2002–2005 a défini et élargi « le socle commun des domaines de coopération et de mutualisation régionales », sans qu'ils aient un caractère obligatoire. Font partie de ce socle les domaines suivants : direction et stratégie, gestion des ressources humaines, trésorerie, contrôle interne, comptabilité, statistiques, gestion du risque, contrôle, communication, offres de service et qualité de service, moyens informatiques et systèmes de production.

Pour assurer cette coopération, la circonscription d'action qui a été choisie a été, sauf exception[129], celle de la région administrative qui ne correspond pas à la circonscription des CERTI. Un conseil régional des directeurs a été créé, présidé par l'un des directeurs d'URSSAF. Dans une région sur deux, les directeurs des CERTI n'ont pas été invités à participer au conseil régional des directeurs d'URSSAF. Les CERTI couvrant en général plusieurs régions administratives, il arrive ainsi qu'un même directeur de CERTI participe à un conseil régional et pas à l'autre.

L'enquête réalisée par la Cour a montré que seules trois régions avaient créé autant de commissions que de domaines et que d'autres ont procédé à des regroupements de domaines. Mais, dans un grand nombre de cas, l'ensemble des domaines du socle commun n'est pas couvert, notamment ceux particulièrement importants des ressources humaines, de la formation, du contrôle interne et de l'offre de services. Aucun bilan de

129. Les régions de Basse et Haute-Normandie d'un coté et du Limousin et du Poitou-Charente de l'autre ont été regroupées en deux entités ACOSS.

suivi des objectifs de coopération n'a été réalisé par l'ACOSS. De plus, la mise en place de l'ARTT n'a pas été réellement l'occasion d'approfondir cette coopération, en dépit du fait que la compensation s'est effectuée, pour partie, par l'allocation au niveau régional d'emplois dits mutualisés. 250 emplois ont ainsi été répartis entre les régions, hors URSSAF de Paris.

Ces emplois ont pour objet « la mise en commun de compétences et une recherche d'expertise à coût partagé ». A la différence des emplois de correspondants régionaux, l'ACOSS considère qu'il n'y a pas d'obligation à ce que les emplois mutualisés correspondent aux commissions régionales. Rien n'a été imposé mais elle a recommandé, néanmoins, que ces emplois soient affectés à certaines fonctions dont la mutualisation entre les URSSAF apparaissait souhaitable : formateur régional, assistant GRH et délégué des agences comptables. Les conseils régionaux des directeurs ont très inégalement suivi ces recommandations. Quant aux postes de formateur régional, on en dénombre seulement dans quatre régions. La seule obligation a concerné les postes d'inspecteurs « mutualisés » qui ont fait l'objet de décisions particulières. Ces postes, au nombre de 47 au départ, visent à la fois à remplacer les absences dans les URSSAF et à assurer une certaine coordination des contrôles au sein d'une même région.

Enfin, l'ACOSS a créé un poste de coordonnateur régional Il « assiste le directeur désigné pour animer le conseil régional des directeurs qui coordonne le pilotage opérationnel des actions régionales ». En 2004, il restait encore à créer un poste de coordonnateur régional et à pourvoir deux autres postes.

Dans la branche famille, le principe d'une mutualisation de moyens dans les domaines où des économies d'échelle sont possibles apparaît avec la COG 2001–2004. Celle-ci prévoit la mise en place de 13 pôles régionaux mutualisés. A la différence de la branche recouvrement, ces pôles correspondent aux CERTI ou, dans trois régions où les CERTI desservent un trop grand nombre de CAF, à une subdivision de ceux-ci. La COG indique en outre que « la CNAF finance des emplois prélevés sur le quota de remplacements prévus au titre de l'ARTT afin d'aider au déploiement des modèles, outils et des bonnes pratiques référencées autour des processus fondamentaux de gestion, et de mieux couvrir certaines expertises : gestion immobilière, gestion des marchés, audit, statistique… ».

La CNAF a financé 93 emplois d'experts régionaux dont 58 pour le développement de modèles informatiques et 35 pour les autres expertises, 80 emplois de compensation ARTT ayant été réservés à la mutualisation. Un bilan d'étape de la mise en place de ce dispositif a été

réalisé par la CNAF en 2002. Sur les 13 pôles prévus, 12 étaient en place et fonctionnaient malgré les réticences rencontrées au départ. Les caisses se sont rapidement approprié la mutualisation par le déploiement des outils et des modèles informatiques. Par contre, la mutualisation des expertises a été difficile à mettre en œuvre. Enfin, les pôles régionaux ne jouent pas du tout le rôle d'optimisation des moyens dans les domaines où les économies d'échelle sont pourtant attendues et possibles, notamment l'accueil téléphonique de masse, la communication, le contrôle des allocataires, la gestion des assurances et de la paie.

C – Les autres formes de mutualisation

Si les régions CERTI apparaissent appropriées pour la diffusion des outils et modèles informatiques ou pour les experts statisticiens qui ont recours à de tels outils, en revanche elles ne constituent pas toujours la bonne circonscription ni pour la mutualisation des moyens de fonctionnement des caisses ni pour celle des services aux bénéficiaires. Cette mutualisation pourtant explicitement prévue, depuis les ordonnances de 1967[130], pour « les tâches d'intérêt commun aux caisses primaires » est restée balbutiante, voire inexistante, dans les domaines où elle aurait dû être fortement développée comme l'organisation des achats, le contentieux et la gestion immobilière. Elle n'a connu un certain développement dans la branche maladie qu'avec les plates-formes téléphoniques pour un résultat qui reste limité.

Alors que les premières plates-formes, non mutualisées, ont été installées en 1999 par les CPAM du Mans et de Marseille, on estimait en mai 2003, soit quatre ans plus tard, que seules 66 CPAM (moins de la moitié) s'étaient dotées d'une plate-forme conforme au cahier des charges de la caisse nationale.

Récemment, une implication plus forte de cette dernière dans le développement de cet outil a permis une certaine accélération. En juin 2004, 96 CPAM (75 % du total) avaient une plate-forme de service conforme à ce cahier des charges. Toutefois, sur ces 96 caisses, seules 34, soit à peine plus du quart, ont mis en place des plates-formes véritablement mutualisées, sur un site commun à chaque regroupement. 35 caisses ont développé des plates-formes localisées sur plusieurs sites (mutualisation partielle), ce qui annule en grande partie les économies possibles en la matière. Enfin, 27 caisses sont dotées de plates-formes propres, non mutualisées.

130. Voir l'article L. 215-1 du CSS « Les caisses régionales d'assurance maladie assument les tâches d'intérêt commun aux caisses primaires de leur circonscription ».

Bien que la CNAM affiche désormais clairement sa volonté de développer la mutualisation, le bilan en la matière reste mitigé et largement inférieur à ce qu'il aurait pu être.

De plus, la mutualisation ne va pas toujours dans le sens d'un rapprochement entre caisses. Ainsi, dans l'Hérault, la CPAM infra-départementale de Béziers a développé une plate-forme commune avec celles des départements voisins de l'Aude (Carcassonne) et des Pyrénées-Orientales (Perpignan) plutôt que de se rapprocher de celle de Montpellier qui, de son côté, a développé un accueil téléphonique (avant d'envisager une plate-forme mutualisée) avec Mende et Nîmes. De même, la CPAM de Villefranche-sur-Saône (Rhône) est intégrée dans une plate-forme multi-caisses avec les CPAM de Saint-Etienne, Roanne, Bourg-en-Bresse et Annecy plutôt qu'avec celle de Lyon qui a conçu de son côté sa propre plate-forme en raison d'une incompatibilité informatique entre ces deux caisses d'un même département.

La Cour constate que la caisse nationale n'a pas cru devoir s'opposer à un processus qui, en dehors de quelques cas (notamment celui des cinq caisses de Franche-Comté) tourne le dos à d'éventuels regroupements. Or, ces plates-formes nécessitent des investissements importants et des recrutements de personnels sur un site donné qui condamnent les évolutions ultérieures à être à la fois longues et coûteuses. Pour éviter de tels errements, la Cour estime que la COG devrait fixer des orientations s'imposant aux CPAM sous le contrôle de la CNAM.

En définitive, la coopération régionale et la mutualisation, sans se substituer à de nécessaires regroupements, constituent des vecteurs appropriés pour mieux maîtriser les coûts à l'instar de ce qui existe dans le domaine de l'informatique. Outre le fait qu'elles sont inégalement développées d'une branche à l'autre, force est de constater que même dans les cas où elles reposent sur des objectifs définis dans la COG, le pilotage par les caisses nationales fait cruellement défaut.

L'ACOSS qui a pourtant été le plus loin dans ce domaine n'assure aucun suivi des objectifs de la COG ; la CNAF, qui assure, par contre, un suivi, reste passive devant les blocages qui affectent la mutualisation dans les domaines où elle contribuerait à une véritable optimisation des ressources ; enfin, la CNAM, qui avance à pas très mesurés dans cette direction n'est pas même en mesure de faire respecter le cahier des charges dans le seul domaine mutualisé. Les futures COG signées entre l'Etat et les caisses nationales devraient fixer à ces dernières des objectifs plus contraignants en la matière et leur donner les moyens d'en assurer le respect.

IV - Des dérogations à l'organisation territoriale

A – Le chèque emploi-service

La circonscription territoriale des organismes de base est l'unité de traitement de toutes les opérations concernant les assurés sociaux comme les cotisants à une exception près, le traitement du chèque emploi-service (CES) centralisé à l'échelon national. La branche recouvrement est d'ailleurs à ce jour la seule à promouvoir un mode de gestion de certaines prestations susceptibles de traitements centralisés au niveau national. Toutefois, elle n'a pas pour autant développé une organisation fonctionnelle qui remettrait en cause le principe d'organisation départementale.

Créé en 1994, le chèque emploi-service (CES) propose aux employeurs de personnel de maison une procédure simplifiée pour s'acquitter de leurs obligations. Cette simplification a permis un traitement centralisé par une unité spécialisée de l'URSSAF de Saint-Etienne. En 2003 sur un total de 1 700 000 comptes de personnel de maison (hors employeurs d'assistantes maternelles), ce service de 181 personnes, gère 982 000 comptes CES, soit 60 % du total.

Bien que cette procédure ne constitue qu'un mode de déclaration et de paiement des cotisations sociales des salariés des employeurs particuliers, c'est le ministère chargé du travail et non celui de la sécurité sociale qui a été, en 1993, à l'initiative de cette création. C'est même lui qui, jusqu'en 2000, en a assuré la promotion et a financé la fabrication des chéquiers utilisés par les employeurs pour payer leurs salariés et les déclarer auprès de l'URSSAF de Saint-Etienne.

Cette procédure simplifiée et sa gestion centralisée représentent un gain considérable en termes de coût de gestion : d'après les calculs de la Cour, le coût de gestion du compte employeur chèque emploi-service ressort à 21,70 € contre 96,12 € en moyenne pour un compte employeur de personnel de maison géré en URSSAF et 61,09 € si on prend l'URSSAF la moins coûteuse. On peut donc estimer que le coût de gestion d'un CES est trois à quatre fois moins élevé que celui d'un compte d'employeur de personnel de maison géré en URSSAF. La Cour estime à plus de 25 M€ l'économie que représenterait pour la branche un basculement complet des employeurs de personnel de maison vers le CES.

Dans ces conditions, on ne peut que s'étonner que les URSSAF ne soient pas incitées par l'ACOSS à promouvoir ce mode de règlement des

cotisations en dépit de l'objectif fixé par la COG 2002–2005 d'une généralisation du CES dès 2003. Cette absence de promotion est d'autant plus regrettable qu'une enquête réalisée en 2002 par l'ACOSS auprès des cotisants a montré que le niveau de satisfaction des utilisateurs de chèque emploi-service était bien supérieur à celui des employeurs de personnel de maison gérés directement par les URSSAF[131].

La politique de proximité que développe le réseau n'est en aucun cas un frein au développement du CES. Si actuellement les URSSAF n'ont pas accès au serveur du centre de Saint-Etienne pour informer les cotisants de leur circonscription, à supposer qu'ils s'adressent à elles, rien ne s'oppose à la réalisation d'une telle connexion. Le principal obstacle à la généralisation du chèque emploi service tient à son impact sur l'activité des autres URSSAF. Le basculement représenterait, en effet, pour ces dernières une diminution importante du nombre de leurs comptes. Celle-ci affecterait le calcul de leurs « points activité » et conduirait donc à une baisse de leurs effectifs.

L'implantation du centre de traitement des CES au sein de l'URSSAF de Saint-Etienne a compensé la fermeture d'un centre informatique également implanté à Saint-Etienne. Elle a abouti à plus que doubler les effectifs de l'URSSAF qui n'emploie, hors CES, que 112 agents. Le CES représente donc un apport substantiel d'activité, mais aucune étude n'a permis d'établir que cette localisation géographique était la plus pertinente en matière de coût.

Non représentée au conseil d'administration de l'URSSAF de Saint-Etienne, l'ACOSS a crée un comité du chèque emploi-service pour suivre cette activité. Mais la faible fréquence de ses réunions (une fois par an) et l'absence de formalisation précise de ses compétences n'en font pas le cadre optimal pour examiner les difficultés qui se présentent et les améliorations à apporter au dispositif.

Au moment où l'ACOSS étend le modèle du CES à d'autres prestations, notamment à la prestation d'accueil jeunes enfants (PAJE) et au titre emploi pour les entreprises (TEE), l'implantation de ces traitements centralisés au plan national doit être décidée sur la base de critères qui prennent en compte aussi bien la relation avec l'usager que les considérations de coût. A cet égard, la Cour s'interroge sur les critères qui ont présidé à la décision d'implanter le traitement de la PAJE dans l'URSSAF du Puy-en-Velay. Avec seulement 52 agents et 17 538

131. L'indice de satisfaction des utilisateurs du CES est de 8,00 contre 7,14 pour les autres employeurs de personnel de maison, un score de 7,00 étant considéré comme une performance moyenne.

comptes, l'URSSAF du Puy-en-Velay n'apparaît pas comme étant le choix le plus pertinent.

B – Le versement en lieu unique

Des remarques identiques peuvent être faites pour le traitement des entreprises multi-établissements dont les versements sont gérés en un lieu unique (dit VLU)[132]. D'après les données transmises par l'ACOSS, début 2003, le nombre d'entreprises gérées en VLU peut être estimé à près de 9 000, correspondant à 130 000 établissements, soit un peu moins de 7 % des comptes d'entreprises mais 23 % des cotisations perçues.

La procédure des VLU constitue un enjeu important pour les entreprises dans la mesure où l'existence d'un interlocuteur unique pour tous les établissements d'une même entreprise représente une simplification certaine. Le choix de l'URSSAF de rattachement est effectué par une commission spéciale créée à cet effet par le conseil d'administration de l'ACOSS. L'arrêté de juillet 1975 avait uniquement retenu comme critères le plan de charge des organismes et la compatibilité des matériels et des systèmes d'information. Toutefois, depuis lors, l'ACOSS s'est efforcée de tenir compte des souhaits exprimés par les entreprises qui ont la possibilité de proposer trois URSSAF de rattachement pour l'ensemble de leurs établissements. Les entreprises ont de plus la faculté de demander à changer d'URSSAF de rattachement sans qu'aucun texte ait jamais défini les critères de recevabilité d'une telle demande.

Dans la pratique, en dehors des PME, systématiquement rattachées à l'URSSAF dont relève l'établissement de paie, le choix du rattachement tient d'abord compte de l'incidence nette du VLU pour chaque URSSAF sur les encaissements, l'activité de contrôle des employeurs, les moyens et les résultats des URSSAF. Les évolutions récentes montrent cependant une certaine concentration sur un nombre limité d'URSSAF. D'après les tableaux établis à la demande de la Cour par l'ACOSS :

- sur un montant global de près de 40 Md€ de cotisations perçues en 2002 au titre des VLU, 19 URSSAF collectaient plus de 0,5 Md€ chacune et représentaient 74 % du total. Six organismes dépassaient 1 Md€ et 42 % du total et trois URSSAF (Paris, Toulouse, Orléans) plus de 2,5 Md€ et 29 % des encaissements. A elle seule, l'URSSAF de Paris représentait 14 % des encaissements VLU ;

132. La procédure VLU a été autorisée par un décret du 24 mars 1972 (art. R. 243-8 du CSS) et ses modalités précisées par un arrêté du 15 juillet 1975.

- pour 15 URSSAF, les VLU représentent plus de 10 % du nombre de comptes gérés, dans sept d'entre elles plus de 15 % et dans cinq plus de 20 % (Orléans 21 %, Cholet 24 %, Rouen et Toulouse 25 % et Tourcoing près de 28 %). En montant de cotisations, pour 11 URSSAF les VLU dépassent 35 % de leurs encaissements, trois se situant légèrement au dessus de 50 % (Toulouse, Tourcoing et Montbéliard) et Orléans à 62,5 %.

Les décisions récentes d'attribution de VLU semblent s'être sensiblement écartées de l'objectif initial d'équilibrage des charges et ont renforcé la responsabilité en matière de VLU des URSSAF les plus importantes. La Cour appuie cette orientation qui mériterait de devenir explicite et de reposer sur des critères connus de tous. Il conviendrait ainsi de renforcer la vocation particulière de dix à vingt URSSAF à gérer des VLU. Dans cet esprit, la Cour estime nécessaire de réfléchir au regroupement sur un seul site de la gestion en VLU des grandes entreprises, à l'instar de l'organisation retenue par la direction générale des impôts pour la fiscalité de ces entreprises.

Au total, les décisions d'organisation de la branche recouvrement, qui dérogent a priori au principe de l'organisation territoriale restent tributaires du choix de l'ACOSS de ne pas utiliser ce levier pour réduire l'activité, donc les effectifs, des URSSAF. Elles n'ont pas été l'occasion d'engager une véritable politique de regroupement et de spécialisation relative des URSSAF. Au contraire, nombre de décisions d'attribution des VLU visent avant tout à procurer aux URSSAF choisies un surcroît d'activité. La Cour insiste pour qu'en relation avec l'analyse des coûts l'ACOSS engage une réflexion d'ensemble sur l'organisation du réseau des URSSAF et que la prochaine COG amorce les évolutions nécessaires.

Les orientations inscrites dans les COG en matière de déconcentration et de proximité ont été arrêtées à une époque où les possibilités de dématérialisation étaient encore balbutiantes et ont, de ce fait, été absentes des choix effectués. Il n'est plus possible aujourd'hui de faire l'impasse sur cette évolution qui va bouleverser les relations avec les usagers qu'ils soient assurés sociaux, cotisants, allocataires ou professionnels. La Cour demande que les conséquences organisationnelles de ce progrès technique soient explicitement tirées dans les prochaines COG.

V - Un pilotage déficient

Le pilotage des réseaux, dans le domaine de l'organisation territoriale comme dans les autres, est exercé à la fois par l'Etat et les caisses nationales.

Au delà des textes réglementaires qui fixent les circonscriptions des caisses locales, le pilotage exercé par l'Etat se limite aux objectifs définis dans les COG qui constituent le document contractuel négocié avec les caisses nationales. Il laisse aux réseaux une très large marge d'interprétation, De plus, lorsqu'ils existent, les objectifs de résultat portent sur les services rendus et l'égalité d'accès et de traitement des assurés ou cotisants et rarement sur les coûts des organismes. Seule la COG vieillesse a défini des objectifs concernant la configuration du réseau.

Les enquêtes de la Cour montrent que le pilotage par les caisses nationales n'est guère plus contraignant, à l'exception de la CNAV qui a fait montre d'un plus grand volontarisme en utilisant le levier des caisses régionales pour développer une meilleure couverture du territoire. Les autres caisses nationales ont plus relayé la modestie des ambitions affichées dans les COG qu'elles n'ont cherché à la compenser par une politique active. Aucune doctrine en matière d'organisation n'est clairement définie et l'idée de performance n'est pas suffisamment prise en compte. De plus, le suivi des objectifs n'est pas toujours assuré avec la rigueur nécessaire. Dans le domaine de la coopération et de la mutualisation régionales, le pilotage apparaît encore plus déficient. La finalité de l'échelon régional reste d'ailleurs mal définie et celui-ci ne constitue nullement un relais pour le pilotage des organismes de base par la caisse nationale.

Des objectifs appuyés sur une volonté clairement exprimée de concilier la proximité et le service rendu aux assurés et aux cotisants, avec un regroupement et une coopération renforcée des organismes seraient pourtant de nature à faire bouger l'ensemble des réseaux. Les réponses apportées aux enquêtes de la Cour montrent que, dans un certain nombre de cas, les directeurs ont souvent sur ces questions des points de vue très différents, parfois opposés. Face aux blocages, il existe aussi des forces de mouvement qui attendent un encouragement et un soutien de la part des caisses nationales et de l'Etat. Les départs à la retraite attendus dans les prochaines années et l'évolution des profils des agents constituent une opportunité que l'ensemble des acteurs doit saisir pour adapter l'organisation territoriale et fonctionnelle.

SYNTHESE

L'implantation géographique des organismes de base du régime général n'a pratiquement pas évolué depuis plus d'un demi-siècle. En dépit des évolutions économiques et des mouvements de population, les rapprochements sont restés l'exception. Dans de nombreux départements, plusieurs caisses coexistent dont certaines n'ont plus la taille nécessaire pour fournir leurs services au moindre coût et sans que la couverture du territoire soit pour autant homogène.

Mais dans le même temps, les réseaux ont connu des évolutions d'importance variable d'une branche à l'autre et surtout d'ampleur très inégale au sein d'un même réseau : développement d'une politique de proximité et de services aux assurés et aux cotisants, esquisse d'une coopération régionale et d'une mutualisation des moyens, enfin, au sein de la branche recouvrement, amorce d'une organisation plus fonctionnelle bien qu'obéissant davantage à des considérations de répartition de l'activité entre caisses de taille différente qu'à des préoccupations de services rendus et de productivité.

Enfin, les enquêtes réalisées par la Cour ont souligné la déficience du pilotage aussi bien au niveau des caisses nationales que du ministère en charge de la sécurité sociale. Les objectifs définis dans les COG se révèlent insuffisamment contraignants et les caisses nationales n'en assurent pas toujours le suivi. Mais surtout, les quatre caisses nationales n'ont imposé aucun objectif de reconfiguration des réseaux.

RECOMMANDATIONS

23. Fixer dans les prochaines COG des objectifs précis et contraignants en matière de regroupements d'organismes de base dans les branches famille, maladie et recouvrement.

24. Mettre en place, au sein de chaque branche, une organisation des réseaux de proximité plus équilibrée.

25. Mettre en place une réelle politique de coopération régionale et de mutualisation des moyens.

26. Généraliser les systèmes de simplification introduits en faveur des personnels de maison, de l'accueil des jeunes enfants et des entreprises multi-établissements et regrouper les versements en lieu unique (VLU) des grandes entreprises sur un seul site.

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES PAGE 449

Chapitre VIII

La gestion des ressources humaines

PRESENTATION

La gestion des ressources humaines au sein du régime général ayant déjà été examinée par la Cour il y a quelques années[133], la présente enquête a pour objet d'étudier les évolutions récentes portant sur les effectifs des personnels des branches, les modalités de gestion des carrières et la mise en œuvre d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, à la veille des importants départs en retraite des personnels. Elle examine également l'impact de décisions récentes telles que la mise en place de l'intéressement et l'ARTT.

I - Les caractéristiques des personnels

A – Des effectifs stabilisés avant l'ARTT

1 – Présentation générale des effectifs

Au 31 décembre 2002, 181 978 personnes physiques travaillaient au sein du régime général : aux 167 940 agents en CDI soumis à la convention collective, dits agents permanents (95,78 % du total), s'ajoutent des agents en CDD (6 350), d'autres personnels détachés ou mis à disposition (7 513) et des personnels de la fonction publique (175).

Evolution des effectifs permanents du régime général

1990-2000	2000-2002	1990-2002
- 1,82 %	+ 4,64 %	+ 2,74 %

Source : UCANSS.

Le nombre d'agents permanents s'est stabilisé autour de 160 000 entre 1992 et 2000, le point le plus bas se situant en 1993, avec 159 588 agents. Les gains de productivité apportés par les nouvelles technologies mises en œuvre et, dans certaines branches, l'évolution ralentie des tâches pendant une partie de la période (cas de la branche retraite) ont permis, selon les dates retenues, de stabiliser ou de réduire les effectifs permanents du régime général.

133. Voir les rapports de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 1998, 1999 et 2000 qui ont traité respectivement de la classification des personnels de la sécurité sociale, de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et des agents de direction.

A partir de 2001, la mise en œuvre de l'ARTT a entraîné un mouvement inverse d'accroissement global des effectifs. En 2002, ils se rapprochent de ceux des années 1987-1988, soit en ETP, 165 089 agents soumis à la convention collective et 1 360 autres agents, soit un total de 166 449 (source : commission interministérielle de coordination des salaires (CICS).

Les effectifs du régime général connaissent des évolutions différentes d'une branche à l'autre :

Effectifs des branches du régime général

	2002 (unités)	2000/1995 (%)	2002/2000 (%)	2002/1995 (%)
Maladie[134]	106 140	- 1,22	+ 4,30	+ 3,00
Famille	33 052	+ 3,80	+ 5,86	+ 9,89
Recouvrement	14 087	+ 2,15	+ 4,98	+ 7,24
Retraite	13 678	- 3,00	+ 3,74	+ 0,59
Autres	983	+ 0,67	+ 9,70	+ 11,50
TOTAL	167 940	- 1,45	+ 4,64	+ 4,48

Source : UCANSS. Il s'agit des personnes physiques soumises à la convention collective (CDI).

L'exercice consistant à compter les agents de chaque branche est rendu complexe par la multiplicité des organismes au sein de chaque réseau et la diversité des méthodes de remontées de données non homogènes. Les caisses nationales comptent les effectifs de leur réseau en totalisant les personnels rémunérés sur différents fonds : fonds national de gestion administrative (FNGA), mais aussi, dans certaines branches, par d'autres fonds (fonds d'action sanitaire et sociale, fonds national du contrôle médical, etc.). L'UCANSS, pour sa part, compte les effectifs par type d'organismes (CAF, CPAM, URSSAF, CRAM etc.) en partant des fichiers de paie. Il n'est pas toujours aisé de recouper les résultats des deux méthodes. Ainsi, suivre sur moyenne période les effectifs rémunérés ou en ETP des CRAM en distinguant les gestions vieillesse, maladie-AT, hors personnels des établissements, est un exercice impossible. En 1999,

134. Les effectifs de la branche maladie intègrent ceux des CGSS. La ligne « autres » vise les CRFP (centres régionaux de formation professionnelle), les UIOSS (union immobilière des organismes de sécurité sociale), le CNESS (centre national d'études de sécurité sociale), la CFE (caisse des français à l'étranger), l'UCANSS.

la Cour avait recommandé que les caisses nationales s'appuient davantage sur l'UCANSS. La CNAM est la seule des quatre caisses nationales à avoir confié à l'UCANSS, par convention du 21 juin 2002, le soin de suivre les effectifs de la branche pour son compte.

A l'intérieur des branches, les évolutions ont également été diverses entre les différentes catégories d'organismes et de personnels. Ainsi, des mouvements internes se sont opérés, les gains de productivité obtenus dans les fonctions de production ayant été en partie recyclés dans un accroissement des moyens des caisses nationales dans des fonctions logistiques communes telles que l'informatique et dans des emplois mutualisés (voir supra, chapitre X).

Les caisses nationales ont vu croître leurs fonctions de pilotage du réseau à mesure que l'Etat leur transférait des pouvoirs. Elles ont dû mettre en place des moyens pour approuver les budgets des caisses, construire les systèmes informatiques nationaux, négocier les COG et les CPG et en suivre l'exécution. Toutes ont développé depuis quelques années des structures d'audit de leurs propres services mais aussi des caisses de leur réseau. Même si ces fonctions de pilotage sont encore insuffisamment assumées, notamment en matière de GRH (voir supra, chapitre VI), elles consomment, au profit de la branche, des moyens dont la productivité est plus difficile à mesurer que celle de la production.

Ainsi, entre 1995 et 2002, les effectifs de la CNAM ont progressé de 39,4 %[135], ceux de la CNAF de 23,6 % et ceux de l'ACOSS de 28,4 %. La CNAV ayant également la charge de gérer la région Ile-de-France, l'évolution, qui est négative (- 7,5 %) ne peut être comparée.

Le nombre des informaticiens, au sens de la classification des personnels du régime général, augmente fortement entre 1995 et 2002, dans trois branches : de plus de 30 % dans les branches maladie et recouvrement, plus de 40 % dans la branche famille, contre 11 % dans la branche retraite[136].

135. Cette hausse intègre à hauteur de 23,7 %, le rattachement à la CNAM d'effectifs qui étaient précédemment mis à disposition par les CPAM, procédure que la Cour a déjà critiquée.

136. Sauf pour la CNAV, le nombre d'informaticiens calculé par l'UCANSS est assez différent de celui reconstitué par les caisses nationales à partir des agents travaillant dans les différentes structures.

2 – Analyse des mouvements propres aux différentes branches

Entre 1995 et 2000, les branches maladie et retraite ont connu une réduction limitée de leurs effectifs permanents, tandis que les deux autres, famille et recouvrement, connaissaient une légère croissance. Mais ces évolutions n'intègrent pas les embauches en CDD pour faire face à des pointes d'activité[137].

La branche maladie représente environ 63 % des effectifs du régime général. Son évolution contraint donc fortement celle du régime. En 2002, les 110 855 personnes employées par la branche assurance maladie (CDI et CDD en ETP) se répartissaient à raison de 74,0 % pour l'assurance maladie, 9,3 % pour le contrôle médical, 2,1 % pour les accidents du travail, les autres personnels travaillant dans les œuvres et établissements sanitaires et sociaux dépendant des caisses. Elles sont rémunérées sur les fonds correspondant à ces activités.

La création des UGECAM a perturbé la répartition des effectifs entre les différentes catégories d'organismes au sein de la branche et fausse l'appréciation globale de ses effectifs.

Impact de la création des UGECAM

Avant la création des UGECAM, le personnel des établissements sanitaires et sociaux des caisses était compté dans les effectifs des caisses régionales ou primaires gestionnaires des établissements, alors que les dépenses correspondantes étaient imputées, non pas sur le fonds national de gestion administrative, mais sur le FNASS (fonds national d'action sanitaire et sociale) ou le fonds national d'assurance maladie. Désormais, ce personnel apparaît sur une ligne « UGECAM », soit 12 929 agents en 2002, en provenance des CPAM et CRAM ou fédérations de caisses dont les effectifs ont diminué à due concurrence[138]. En fait, il s'agit de personnels qui ne gèrent pas l'assurance maladie mais travaillent dans des établissements sanitaires ou sociaux. Une fois ces personnels enlevés, la branche maladie dispose pour l'exercice de ses missions propres de 93 211 agents permanents.

Dans la branche retraite, entre 1995 et 2000, les effectifs permanents ont diminué en moyenne de 3 %, la réduction pouvant

137. Ce fut le cas dans la branche maladie pour faire face aux surcharges liées à la montée en charge trop lente de Sésam-Vitale.

138. Entre 1997 et 2001, les effectifs des CPAM et des CRAM ont globalement diminué de 10 144 agents en CDI, les fédérations de caisses gérant les établissements sanitaires et sociaux perdant 1 869 agents, soit un total de 12 013 agents, à comparer aux effectifs des UGECAM en 2001, soit 12 200, portés à 12 929 en 2002.

atteindre 7 % comme dans la CRAM d'Aquitaine. A partir de 2001, les effectifs augmentent à nouveau, notamment pour un motif propre à la branche : la préparation des caisses à l'afflux des demandes de pensions à partir de 2005. Ces évolutions ont été différentes à l'intérieur de la branche selon les fonctions : ainsi, les gains ont été opérés dans le domaine du traitement des données sociales, tandis que le traitement des demandes de retraite et l'action sociale ont été renforcés conformément aux objectifs de la COG 2001-2004.

La branche famille a connu entre 1995 et 2000 une croissance de ses effectifs permanents de 3,8 % qui intègre les embauches effectuées en 1999 à la suite des difficultés de gestion liées à la mise en place de l'application informatique Cristal : 900 emplois, dont 180 à titre temporaire ont alors été accordés par la tutelle. Quelles que soient les années comparées, avant ou après l'ARTT, c'est la branche, avec celle du recouvrement, qui a connu la plus forte croissance de ses effectifs.

B – Des personnels vieillissants et peu mobiles

1 – L'augmentation de l'âge moyen des agents permanents

Selon l'UCANSS, l'âge moyen des effectifs a augmenté de 6,2 ans entre 1987 et 2002,, soit un vieillissement moyen d'environ cinq mois par an. De 38 ans en 1987, il est passé à 44,2 ans en 2002. Les classes d'âge représentant près de la moitié des effectifs sont passées de 30-39 ans en 1988 à 40-49 ans en 1995 et se situent en 2002 à 45-54 ans. En 2002, l'âge moyen des directeurs est de 48 ans et celui des agents comptables de 44 ans.

Ce vieillissement s'explique par le faible nombre des départs en retraite et le non remplacement intégral, donc la diminution des embauches jusqu'en 2001. Le non remplacement intégral des départs dans certaines branches constitue, en effet, une hypothèse implicite des COG, traduite seulement dans les annexes budgétaires. Mais le vieillissement s'explique aussi par le faible turn-over entre les branches et avec les autres secteurs d'activités.

2 – L'insuffisante mobilité des agents

En 2002, l'ancienneté moyenne dans leur organisme des employés et cadres était de 18,1 ans, celle des informaticiens de 13,2 ans et celle des agents de direction de 11 ans. Dans l'ensemble du régime, quels que soient l'organisme ou la branche, cette ancienneté passe respectivement à

20,9, 17,1 et 25,7 ans. S'agissant des seuls directeurs et agents comptables, leur ancienneté dans la fonction est respectivement de sept ans et de six ans. L'ancienneté la plus forte est de 16 ans dans les caisses les plus importantes et de 21 ans dans les moyennes et petites. Dans la seule branche maladie, 22 % des directeurs et 17 % des agents comptables ont plus de 11 ans d'ancienneté dans leur fonction.

Chaque directeur d'organisme est responsable de sa politique de recrutement : il n'est donc pas obligé de s'adresser en priorité à la bourse nationale des emplois gérée par l'UCANSS à destination de tous les salariés du régime général. Par ailleurs, les mesures d'encouragement à la mobilité sont réduites. Pour les employés et cadres, il n'y a pas de disposition dans la convention collective, mais certaines caisses commencent à introduire des clauses de mobilité dans les contrats de travail.

Le code de la sécurité sociale prévoit que pour être promu au sein d'un même organisme, un agent de direction en poste depuis plus de sept ans doit avoir été agent de direction dans un organisme différent. Par ailleurs, le protocole sur les agents de direction de 1995 prévoit des mesures d'incitation financière à la mobilité. La CNAM a essayé en 1999 d'imposer une durée maximum dans les mêmes fonctions, mais elle a dû y renoncer en l'absence de base juridique.

C – L'absentéisme

La réduction de l'absentéisme, reconnu comme élevé en moyenne dans les caisses de sécurité sociale, ne fait l'objet dans les COG d'aucun objectif précis sauf pour la branche retraite (où l'objectif de « maintenir en deçà de 1,3 % le taux d'absentéisme maladie rémunéré de courte durée » figure explicitement dans la COG). Par ailleurs, il n'y a pas de bilan social type du régime général qui définirait les motifs d'absentéisme à relever et les modalités de leur suivi. Même quand les caisses nationales se préoccupent de suivre l'absentéisme dans leur branche (recouvrement) ou quand elles publient des données sociales sur leur réseau (retraite), l'absentéisme ne fait l'objet d'aucune information ne serait-ce qu'à des fins pédagogiques.

Si les caisses locales enregistrent les données relatives aux diverses causes d'absentéisme, elles ne les analysent pas avec l'objectif d'en réduire l'importance. Pourtant, deux motifs d'absentéisme devraient faire l'objet d'un contrôle vigilant : les absences pour maladie de courte durée et les absences pour motifs syndicaux. Quand les CPG fixent un objectif de réduction du taux d'absentéisme maladie de courte durée, la contrainte

est peu sévère : ainsi, le CPG d'une CRAM (branche retraite) limite le taux à 1,5 % au motif « qu'il ne serait guère raisonnable d'envisager une baisse plus forte du fait du vieillissement global des agents ». Or, cette CRAM a vu son taux descendre en dessous de cet objectif, à 1,31 % en 2002. La Cour a calculé que la réduction d'un point de l'absentéisme maladie dans les seules CPAM permettrait un gain de 644 ETP. Quant aux absences syndicales, le nombre d'heures constaté est très supérieur, dans certaines caisses, à ce que prévoit la convention collective. Les heures excédentaires représentent ainsi dans une seule CRAM l'équivalent de 19 ETP.

Le taux d'absentéisme pour maladie de courte durée est d'autant plus élevé que les structures de travail sont grandes. Ainsi, il est plus faible dans les agences locales que dans les sièges. Il apparaît davantage lié au degré de motivation des agents qu'à leur âge. L'évolution de l'organisation de certaines branches peut donc expliquer en partie la réduction de l'absentéisme de courte durée constatée au cours des dernières années. Mais la dispersion reste toujours très forte au sein des réseaux, par exemple, entre les catégories d'organismes de la branche maladie ou au sein des URSSAF, où les taux varient de 0,34 % à 4,65 %. La réduction se poursuit cependant sous l'effet de l'ARTT dont il sera important d'analyser l'impact sur le taux d'absentéisme maladie de courte durée.

II - La gestion des personnels

A – Le cadre juridique et financier

1 – La répartition des compétences

Un personnel de droit privé

La gestion du personnel de la sécurité sociale, de droit privé, relève du code du travail. Les conventions collectives communes à l'ensemble des branches sont négociées et conclues entre les organisations syndicales représentatives des salariés et l'union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS), organisme privé délégué dans cette fonction par les quatre établissements publics du régime général, selon la faculté prévue à l'article L. 224-5 du CSS. Ces conventions présentent cependant la particularité de devoir être agréées par les pouvoirs publics pour entrer en vigueur. La gestion du personnel est également encadrée par les enveloppes budgétaires déléguées par les caisses nationales. Dans ce cadre juridique et budgétaire, le directeur de chaque organisme dispose, en application de l'article R. 122-3 du CSS, d'un pouvoir propre pour gérer le personnel.

La gestion des ressources humaines est effectuée dans chaque organisme de base doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Mais, depuis une dizaine d'années, les caisses nationales se sont davantage impliquées dans la mise en œuvre et le respect des instruments conventionnels, en partenariat avec les caisses de leur réseau et l'UCANSS. La Cour avait relevé en 1999 les lacunes dans le système d'information mis en place pour suivre les données quantitatives et qualitatives des réseaux. Elle avait recommandé que, dans le cadre organisationnel et juridique existant, les caisses nationales utilisent plus résolument leurs pouvoirs.

Mais par rapport à sa précédente enquête, la Cour observe que cette implication, encore trop modeste, bute toujours sur la question de l'autonomie de gestion des organismes locaux. Les caisses nationales font plus de l'animation que du pilotage.

Ainsi, la CNAM n'a toujours pas mis en place de direction des ressources humaines compétente pour l'établissement public et son réseau. La création d'une DRH pour le réseau fin 2003 constitue un progrès, mais les personnels de la caisse nationale et des diverses entités qui lui sont rattachées comme les centres informatiques et le service de contrôle médical sont gérés par la direction des ressources humaines de l'établissement public. Cet organigramme a, par exemple, pour conséquence que, parmi les personnels travaillant dans le domaine informatique, un tiers relève de la DRH de l'établissement public et les deux autres tiers de la DRH du réseau.

La CNAF a mis en place une direction de l'animation du réseau qui comporte un département des ressources humaines. Celui-ci anime notamment le réseau local des responsables de ressources humaines et assure une veille prospective sur l'évolution des métiers. Il apporte une assistance en ligne aux caisses sur la gestion des ressources humaines (GRH) et assure l'échange d'expériences. Mais le rôle de ce département semble limité, principalement à la rédaction d'études et à l'organisation de la formation des techniciens, malgré la création récente en son sein d'un pôle national métier. Il n'a pas compétence sur le personnel de la caisse nationale, qui est géré de manière distincte par le secrétariat général de l'établissement public. Il en résulte que les CAF ont des politiques de recrutement très variables.

A la CNAV, la gestion des ressources humaines du réseau est répartie entre la direction des ressources humaines et la direction de la coordination nationale pour les données quantitatives. La CNAV souhaite mettre en place une politique des ressources humaines plus concertée et plus homogène au sein de l'institution, après avoir constaté des situations locales très contrastées en matière de temps de travail et de situation des

effectifs et des pratiques très variables en matière de qualification ou de promotion au mérite.

L'ACOSS, dont la fonction de tête de réseau est plus récente, est cependant reliée aux organismes de son réseau, comme les autres caisses nationales, par la COG et les CPG. Les mêmes obligations en résultent. La COG vise à une professionnalisation accrue de la fonction GRH. Mais alors que la décision de compenser l'ARTT en partie au niveau régional lui donnait un levier important pour renforcer la coopération entre les URSSAF dans les domaines stratégiques comme la GRH ou la formation, l'ACOSS a laissé une grande liberté aux URSSAF dans l'utilisation des emplois mutualisés.

Plusieurs évolutions ont conforté les pouvoirs des caisses nationales depuis une dizaine d'années : l'approbation des budgets des caisses locales qui doivent respecter les enveloppes de référence qu'elles leur ont déléguées, la négociation des contrats pluriannuels de gestion qui déclinent les COG qu'elles signent avec l'Etat et dont elles doivent rendre compte. Enfin, depuis la réforme de l'UCANSS en 2002, les directeurs des caisses nationales réunis en comité exécutif des directeurs constituent l'organe de décision qui, notamment, définit le mandat donné au directeur de l'UCANSS pour négocier et conclure des accords collectifs nationaux.

Malgré ces avancées, la frilosité constatée dans les relations entre les caisses nationales et leurs réseaux peut en partie s'expliquer par l'absence de véritable pouvoir juridiquement défini au profit des directeurs des caisses nationales.

2 – Les objectifs de la COG et les enveloppes budgétaires de dépenses de personnel

Les COG fixent des objectifs en matière de GRH et déterminent les paramètres d'évolution des dépenses de gestion administrative, dont les dépenses de personnel représentent environ 70 %.

a) Les objectifs limités des COG

Les COG de la deuxième génération encouragent les caisses nationales à développer une politique de branche en matière d'emploi, de formation, de mobilité, d'évaluation, notamment des dirigeants, et de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC). La GRH est présentée comme une condition nécessaire à l'efficacité du réseau

(branche maladie), à l'amélioration du service rendu à l'usager et de la productivité (branche famille).

Cependant, les objectifs apparaissent encore peu ambitieux et dépourvus d'indicateurs précis. De ce fait, leur mise en œuvre est encore limitée : si la CNAM a élaboré un schéma prospectif des ressources humaines pour la période 2000-2003, la démarche se borne à diffuser des outils et des expériences et il n'y a toujours pas de bilan social consolidé de la branche[139]. La CNAF, l'ACOSS et la CNAM ont mis en place des emplois mutualisés, à la faveur notamment des créations d'emplois ARTT, afin d'assurer des missions nouvelles ou insuffisamment prises en charge par des organismes locaux trop petits.

b) Des enveloppes budgétaires confortables.

Les enveloppes budgétaires de gestion administrative des branches sont limitatives, sauf à être modifiées par voie d'avenant. Elles sont découpées en groupes de dépenses[140] au sein desquels les crédits sont fongibles. La répartition des crédits des groupes de dépenses entre les organismes locaux est le plus souvent effectuée par le directeur de la caisse nationale. Les COG des quatre branches fixent la base de référence et les règles d'évolution des dépenses de personnel pour les années concernées. La base est le plus souvent constituée par la dépense réalisée la dernière année de la COG précédente, avec certains ajustements. Elle évolue ensuite suivant le taux d'inflation prévisionnelle hors tabac de l'année N corrigé a posteriori de la différence entre le taux prévisionnel et le taux constaté. Cette actualisation est exclusive de toute autre évolution, même en cas de modifications des charges sociales ou de la valeur du point au cours de la période pluriannuelle.

Cependant, certaines branches dispersent encore leurs dépenses de personnel au sein de divers fonds dont les règles d'évolution ne sont pas fixées dans les COG de manière identique : ainsi, dans la branche famille, elles sont partagées entre le fonds de gestion administrative et le fonds

139. En 1999, la Cour avait recommandé l'élaboration d'un rapport d'activité de branche et un bilan social de la branche afin de favoriser la transparence et la cohérence des informations. Seule la CNAV diffuse un rapport d'activité reprenant notamment les données sociales de la branche, présentées par caisse.

140. Personnel, autres dépenses de fonctionnement, investissement informatique ou immobilier, autres objets.

d'action sociale[141] ; dans la branche maladie, certaines dépenses de personnel sont encore logées dans le FNASS, le FNPEIS et le fonds national du contrôle médical car le budget unique de gestion prévu par la COG expirée en 2003 n'a pas encore été créé. Il convient de mettre en place dans toutes les branches des budgets de gestion administrative unifiés.

La programmation pluriannuelle a intégré certaines évolutions implicites telles que la baisse du GVT (glissement vieillesse technicité) ou, dans la branche retraite, le non renouvellement intégral des départs. Les COG prévoient également la possibilité d'étudier l'impact éventuel, sur les charges de gestion, de modifications réglementaires ou d'événements exceptionnels intervenant en cours d'exécution de la COG. Ainsi, pour la branche retraite, un avenant a prévu les recrutements autorisés en raison de l'ARTT, l'annexe budgétaire de la COG 2001-2004 ne les ayant pas prévus à la différence de la COG de la branche famille, pourtant conclue la même année. Les effectifs complémentaires (1 224 sur deux ans) accordés par anticipation pour permettre à la branche retraite de se préparer aux effets du « papy boom » ont, par contre, été prévus dans la COG. De même, dans la branche maladie, des avenants sont intervenus pour permettre des embauches liées à la mise en place de la CMU et à l'ARTT. L'effet combiné des mesures initialement inscrites dans les COG et de celles ajoutées par avenant n'est pas toujours très lisible. Ainsi, pour la branche retraite, il faut additionner le non renouvellement implicite d'un tiers des départs en retraite, à l'octroi anticipé sur deux ans de 1 224 emplois et aux emplois ARTT.

Enfin, toutes les COG prévoient un mécanisme de report des crédits limitatifs non consommés à l'intérieur de la période couverte (voir supra, chapitre VI). En application de règles variables selon les branches, ces reports peuvent être utilisés pour des dépenses de personnel non renouvelables telles que des CDD ou des indemnités de départ en retraite. Au total, il s'agit bien d'un abondement des crédits de personnel de certaines caisses dans des conditions qui conduisent à modifier les répartitions initiales de crédits au terme de négociations bilatérales.

Conçu dès l'origine des conventions pluriannuelles entre l'Etat et les caisses nationales, le report des excédents à l'intérieur de la période de

141. Les dépenses de personnel de la branche famille relevant du fonds d'action sociale bénéficient d'un taux d'actualisation supérieur à celui appliqué aux dépenses du FNGA puisque 80 % de l'indice est basé sur l'évolution du salaire moyen par tête prévisionnel du secteur privé, les 20 % restants sur le taux d'inflation hors tabac. Après le transfert en 2001 de 3 420 postes du FNASS vers le FNGA, 8 700 agents restent encore imputés sur le FNASS.

référence est la conséquence logique de la pluriannualité et de la souplesse de gestion accordée aux caisses. Ce n'est pas tant son principe qui pose problème que ses modalités, voire son ampleur, ce qui renvoie aux conditions de fixation d'enveloppes budgétaires trop larges.

Ces reports sont d'autant plus importants, en effet, que les enveloppes budgétaires prévues par les COG ont été largement calculées et parfois complétées par avenant. Les quatre réseaux –maladie, famille, retraite et recouvrement- ont bénéficié au cours des années passées d'une certaine aisance budgétaire, notamment en matière de crédits de personnel. Ainsi, dans la branche maladie, une plus grande anticipation des évolutions en termes de métiers et de besoins de formation à de nouvelles fonctions aurait dû permettre, en cours d'exécution de la COG, d'affecter à la gestion de la CMU, à la compensation de l'ARTT et à l'amélioration de l'accueil des assurés une plus large part des moyens dégagés grâce aux progrès de la télétransmission des dossiers.

B – La mise en œuvre de la convention collective et la politique salariale

1 – La gestion des carrières et des emplois

La classification des personnels

La classification du personnel adoptée en 1992 comporte deux grilles communes à toutes les branches : celle des employés et cadres et celle des informaticiens. Chaque emploi est classé de manière objective dans un des dix niveaux de qualification de chacune des grilles. La plupart des employés sont dans les niveaux un à trois, les agents de maîtrise dans le niveau quatre et les cadres dans les niveaux cinq à neuf. Il était prévu que le passage d'un niveau à un autre, ou parcours professionnel, devait constituer un véritable changement de qualification correspondant à une modification du contenu des activités. Chaque niveau comporte deux, trois ou quatre degrés qui permettent un développement professionnel au mérite à l'intérieur d'un niveau, après validation des compétences. Enfin, un avancement à l'ancienneté et au choix est prévu : chaque année un échelon de 2 % de son indice est accordé à chaque agent, dans la limite d'un maximum de 40 %. Dans la limite de 24 % à l'intérieur des 40 %, des échelons supplémentaires de 2 % peuvent être accordés au choix.

Au total, l'avancement au choix peut se faire par des échelons supplémentaires, des degrés ou un changement de niveau.

La Cour avait relevé en 1998 l'importance excessive des éléments de progression de carrière à l'ancienneté. L'accord signé le 9 avril 2004,

mais dénoncé depuis, sur la classification et les rémunérations avait notamment pour objectif d'en réduire l'ampleur. L'avancement à l'ancienneté a, en effet, atteint en 2002 un niveau élevé qui, pour une partie importante des agents, laisse peu de perspectives d'avancement au choix, ainsi que le montre le tableau suivant.

Pourcentage d'avancement moyen par branche en 2002

En %

	Niveaux 1 à 9			Informaticiens		
	Anc.	Choix	Total	Anc.	Choix	Total
Maladie	28,2	1,5	29,7	20,9	2,0	22,9
Famille	27,0	1,8	28,8	22,5	1,5	24,0
Recouvrement	26,4	1,7	28,1	20,3	1,6	21,9
Retraite	30,0	1,3	31,3	25,5	1,8	27,3
Autres	23,0	2,0	25,0	18,0	2,3	20,3
Ensemble	27,9	1,5	29,4	22,1	1,8	23,9

Source : UCANSS

La branche retraite se distingue par un taux d'avancement moyen plus élevé que dans les autres branches, tant pour les employés et cadres que pour les informaticiens.

De même, la gestion des promotions de niveau est diverse entre les branches et d'une caisse à l'autre. Elle traduit une accentuation de la déformation de la structure des emplois par rapport aux constats précédents de la Cour. Plusieurs évolutions communes sont constatées : la quasi disparition du niveau un (1,1 % des effectifs d'employés et cadres), la faible part du niveau deux (6,1 %), devenu un niveau d'embauche pendant la période d'essai, la diminution importante depuis 1995 du niveau trois (sauf dans la branche famille) au profit des niveaux quatre et cinq, la forte croissance du niveau neuf, dernier niveau d'encadrement. Cependant, ces évolutions ont des rythmes différents selon les branches.

Evolution de la répartition en niveaux

En %

2002/1997	Maladie	Famille	Recouvrement	Retraite
N3	- 6,8	+ 3,1	-7,2	- 24,6
N4	+ 42,6	+ 33,7	+ 53,6	+ 113,6
N5A	+ 4,8	+ 10,9	+ 17,3	+ 9,1
N5B	+ 17,2	+ 3,0	+ 19,4	+ 23,8
N5 à 9 (cadres)	+ 12,4	+ 16,3	+ 9,2	+ 17,7
Dont N9	+ 21,7	+ 15,4	+44,4	+ 11,4

Source : UCANSS

La période examinée intègre les recrutements de toute nature depuis 2000. Or, ces recrutements se font à des niveaux de formation initiale plus élevés que par le passé, en raison de la requalification du contenu des postes correspondant aux nouvelles missions assurées par les branches, mais aussi pour offrir des niveaux de rémunération attractifs par rapport au marché de l'emploi. Mais cette dérive des niveaux s'explique aussi par la nécessité d'obtenir que les agents en place évoluent vers les nouvelles méthodes de travail : polyvalence des tâches, accueil des assurés, travail hors du siège en agences de proximité. Le changement de niveau a été présenté comme une indemnisation des contraintes que représentent ces évolutions alors qu'il n'a pas toujours été la contrepartie d'une expertise ou de responsabilités supérieures. En outre, l'effet de contagion a parfois joué au profit des agents restés au siège, conduisant, par exemple dans la branche retraite, certaines caisses à faire passer tous les techniciens retraite au niveau quatre. Une politique ciblée de primes aurait été mieux adaptée. On observe également qu'un emploi très typé, comme celui de conseiller retraite itinérant, est classé différemment selon les caisses : au niveau cinq dans neuf caisses, au niveau quatre dans cinq caisses ou au niveau trois dans deux caisses.

Le tableau montre la forte spécificité de la branche retraite, en partie seulement justifiée par la technicité supérieure des tâches. Pourtant, en 1992, les caisses nationales s'étaient efforcées de définir des règles objectives de passage du niveau trois au niveau quatre. Mais, elles n'ont pas contrôlé l'application qui en a été faite localement et qui est liée, pour un contexte budgétaire donné, à l'histoire sociale de l'organisme et à la pression syndicale. Ainsi, entre les caisses régionales gérant la retraite, en 2002, le pourcentage d'agents de niveau quatre variait entre 10 et 47 %, pour un taux moyen de 25 %. La branche recouvrement a, au contraire, privilégié la promotion ou l'embauche de cadres de niveau neuf.

Ces données montrent que des politiques salariales fortement différenciées peuvent être menées à l'intérieur d'enveloppes budgétaires reposant pourtant sur des principes d'encadrement identiques.

2 – La politique salariale

La Cour avait aussi relevé le niveau élevé du GVT entre 1993 et 1997 et la part prépondérante qu'y occupait l'avancement à l'ancienneté par rapport au choix.

Evolution du GVT positif en niveau du régime général

En %

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Mesures automatiques	1,48	1,43	1,41	1,28	1,10	1,00
Mesures non automatiques	1,21	1,08	1,09	1,09	1,12	1,20
dont maladie	1,11	1,04	1,03	0,98	1,02	1,14
famille	1,19	1,10	1 20	1,23	1,10	1,19
retraite	1,38	0,97	1,02	1,29	1,63	1,37
recouvrement	1,57	1,37	1,24	1,37	1,45	1,50
TOTAL	2,69	2,51	2,50	2,37	2,22	2,20

Source : CICS

Ces taux, transmis par la CICS, montrent une baisse tendancielle du GVT positif et une redistribution du poids des mesures automatiques et non automatiques : la part des premières diminue en raison de la saturation constatée pour un nombre croissant d'agents.

A classification inchangée, cette baisse tendancielle devrait s'atténuer en raison de la hausse de l'ancienneté des recrutements ARTT de 2001 et 2002 et de l'utilisation du parcours professionnel comme alternative à la politique salariale.

GVT positif en niveau par branche en 2002

En %

	Maladie	Famille	Retraite	Recouvrement
Mesures automatiques	0,99	1,05	0,96	1,01
Mesures non automatiques	1,14	1,19	1,37	1,50
TOTAL	2,13	2,24	2,33	2,51

Source : CICS

La différence entre les branches provient essentiellement des mesures non automatiques et, parmi celles-ci, du parcours professionnel, c'est-à-dire des changements de niveau : alors que celui-ci pèse au sein des mesures non automatiques pour 0,52 dans les branches maladie et famille, il représente 0,85 dans la branche recouvrement et 0,74 dans la branche retraite. Ceci confirme les constats faits en matière de gestion des carrières selon les branches.

Les augmentations générales de la valeur du point sont intervenues à hauteur de 1 % en 1997, 1998, 2001, 2002 et 2003 à des périodes différentes de l'année générant ainsi des effets report. La rémunération moyenne des personnels en place (RMPP) qui intègre ces mesures salariales générales, les mesures catégorielles et le GVT positif applicables aux agents présents deux années consécutives permettent d'estimer la variation de pouvoir d'achat de ces agents.

Evolution de la RMPP

En %

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Sécurité sociale	3,4	3,5	2,9	2,4	3,1	3,1

Source : UCANSS.

Compte tenu de son niveau de GVT, le taux de RMPP est supérieur dans la branche recouvrement : 3,51 contre 3,17, 3,16 et 3,03 dans les branches retraite, maladie et famille. Par ailleurs, le niveau encore élevé, bien que moindre, du GVT positif a eu pour conséquence de rendre irrégulières les mesures salariales générales, encourageant ainsi la distribution de mesures individuelles à titre de compensation.

De telles évolutions doivent être financées sur les budgets normés par les COG. Dès lors que le GVT n'est pas expressément visé dans les annexes budgétaires des COG, on pourrait en déduire que sa baisse relative a généré des marges de manœuvre au profit des caisses. Sa diminution a cependant été prise en compte implicitement dans les calculs.

On ne peut à la fois regretter l'excès de mesures automatiques à l'ancienneté et reprocher l'usage de mesures personnalisées. Mais cela suppose que celles-ci soient accordées dans le respect de la logique de la classification et non pour consentir des avantages salariaux qui ne correspondent pas à une évolution significative du niveau des tâches.

C – La mise en œuvre de l'intéressement

1 – Les règles applicables à toutes les branches

Le principe de l'intéressement du personnel figure dans les COG. Un accord a été signé le 28 juin 2002 pour l'ensemble du régime général entre l'UCANSS et deux fédérations syndicales et agréé par l'Etat le 20 août suivant. Il instaure un mécanisme d'intéressement applicable pour les trois exercices 2002, 2003 et 2004.

La performance collective de branche et la performance collective locale sont mesurées sur la base d'indicateurs de la COG. La masse nationale d'intéressement est plafonnée à 1,25 % de la masse salariale totale brute pour les branches maladie et famille, 1,20 % pour le recouvrement et 1,40 % pour la retraite. Elle est divisée en deux parts : la part nationale (60 %) et la part locale (40 %). Le montant de la prime est identique pour tous les agents mais proportionnel au nombre de jours effectivement travaillés. Les agents des caisses nationales perçoivent la prime nationale et la prime locale moyenne.

2 – Les résultats

Chaque branche a choisi des indicateurs quantifiés, issus des COG, et permettant d'attribuer des notes de performance : le niveau de la note déclenche l'attribution des primes et détermine son montant. Le plus souvent, les mêmes indicateurs ont été retenus pour calculer les deux parts nationale et locale. Dans toutes les branches, la part nationale a été accordée à toutes les caisses et seulement neuf CAF sur 123 et trois caisses de la branche maladie sur 220 organismes n'ont pas eu de part locale. Dans la branche retraite, trois caisses régionales n'y avaient pas droit au seul titre de la gestion des retraites, mais l'ont eue au titre de la branche maladie. Seule, la branche du recouvrement a accordé une part locale à tous ses organismes locaux. A l'inverse, les montants moyens nationaux et locaux sont inférieurs à ceux des autres branches.

Montants moyens individuels de l'intéressement au titre de 2002

En €

	Part nationale	Part locale	TOTAL
Maladie (CPAM)	217	121	338
Famille	202	136	338
Retraite (CRAM)	217	127	344
Recouvrement	177	115	292

Source : UCANSS et caisses nationales

3 – Appréciation : un système peu motivant

Plusieurs critiques peuvent être formulées. Les indicateurs sont incomplets : ils concernent essentiellement la production des techniciens, et se réfèrent à des objectifs nationaux[142], ce qui permet aux caisses d'atteindre facilement le taux maximum chaque année. En outre, seule la branche retraite a introduit des indicateurs de productivité. Il faut également regretter qu'il n'y ait pas d'indicateurs spécifiques pour les caisses nationales (sauf pour la CNAV) permettant de mesurer leur performance propre.

Il apparaît clairement, au vu des résultats, que la part nationale est trop élevée et le niveau des objectifs, tant nationaux que locaux, trop aisé à atteindre, ce qui a réduit l'impact recherché en termes de motivation et contribué à faire de la prime un complément de rémunération. En outre, du fait que les CRAM regroupent les activités des branches maladie et retraite, la prime nationale est égale à la moyenne pondérée de la prime nationale des deux branches. Il en est de même pour la prime locale. Cette pondération accroît encore la distance entre le salarié et son mérite personnel. Elle aboutit également à donner l'intéressement au personnel de la branche retraite même quand les résultats de la seule branche retraite n'y auraient pas conduit. En outre, les montants sont très proches en dépit des écarts de performance. Ainsi, dans la branche retraite, la différence entre la prime maximum (374 €) et la prime minimum (255 €), soit 119 € par an ne représente que 8,5 € par mois. Enfin, le montant forfaitaire de la prime conduit à modérer fortement son caractère motivant à l'égard des cadres.

Ces critiques ne conduisent évidemment pas à condamner le principe de l'intéressement, mais seulement les modalités de sa mise en œuvre. Le lien avec les indicateurs de la COG, notamment en matière de productivité, et avec la performance locale doit être renforcé afin d'accroître la motivation des agents.

D – L'ARTT

1 – Les accords

Faute de parvenir à un accord national entre l'UCANSS et les organisations syndicales, les quatre caisses nationales et l'UCANSS ont demandé par une lettre de cadrage du 5 février 2001, complétée le 20

142. La branche maladie tient compte pour la part locale des objectifs des CPG (contrat pluriannuel de gestion) notamment en matière de gestion du risque.

février et approuvée par les pouvoirs publics, à leurs organismes locaux de négocier des accords sur l'aménagement et la réduction du temps de travail. Cette lettre ne concernant pas les agents de direction, un protocole a été signé par l'UCANSS le 24 avril 2002 prévoyant l'attribution de huit jours de congés supplémentaires pour les directeurs et agents comptables et l'attribution d'une prime mensuelle de 50 points pour les premiers et de 30 points pour les seconds. La justification de cet accord très coûteux (5 132 € en moyenne par agent concerné en 2002) n'apparaît pas de manière évidente, alors que ce sont les cadres non dirigeants qui ont dû gérer les conséquences de l'ARTT sur l'organisation du travail. Par ailleurs, il semble que l'exclusion des directeurs adjoints de cet accord ait subi quelques exceptions de fait, ce qui ne peut qu'entraîner des demandes reconventionnelles.

La lettre accordait 9 314 emplois supplémentaires à l'ensemble des branches se répartissant ainsi : 5 200 pour la maladie, 710 pour la retraite, 1 890 pour la famille et 760 pour le recouvrement[143]. Ce calcul a été effectué à partir d'une évaluation de la perte de potentiel de travail entre la durée de travail alors pratiquée dans le régime[144] et 1 600 heures, évaluation affectée d'un coefficient réducteur moyen de 1 % censé représenter les gains d'efficience générés par l'ARTT. Ainsi, dans la branche retraite, la perte a été estimée à 120 heures par poste de travail (passage de 1 720 heures sur la base de 38 heures à 1 600 heures), soit une diminution de 6,97 % par poste, ramenée à 5,97 %. Ce taux appliqué aux effectifs moyens annuels ETP de la branche a conduit à la dotation accordée.

La lettre de cadrage imposait la mise en place d'une organisation du travail susceptible d'améliorer le service aux usagers, l'adoption de dispositions spécifiques aux cadres et limitait à quatre formules la mise en place de l'ARTT.

2 – Un bilan incertain

La commission nationale de suivi paritaire fonctionnant à l'UCANSS a examiné 509 accords afin de vérifier leur compatibilité avec la lettre de cadrage, avant leur agrément par les pouvoirs publics. Il ne

143. Auxquels il faut ajouter 754 emplois pour les établissements non couverts par les COG des branches.

144. La durée du travail alors en vigueur a reçu plusieurs évaluations successives : 1 739,4 heures, durée annuelle conventionnelle, 1 720 heures après déduction des congés résultant d'accords locaux ou 1 755 heures, chiffre figurant dans la lettre de cadrage du 20 février 2001.

pouvait s'agir que d'un contrôle très formel. Il était en effet difficile de vérifier a priori si les accords produiraient les effets souhaités.

A posteriori, il est également difficile d'apprécier les effets réels de l'ARTT dès lors que la validité des calculs ayant débouché sur les dotations d'effectifs compensatoires ne peut être contrôlée. Le décompte des emplois effectivement créés au titre de l'ARTT n'a pas toujours pu être comparé aux dotations. Ainsi, dans la branche recouvrement, les créations d'emplois pourraient dépasser de 47,5 unités le volume accordé de 760 emplois. Si un quart de l'enveloppe a été réservé pour la création d'emplois mutualisés, ce qui a réduit d'autant la compensation au profit des organismes, la politique d'embauche a été laissée à l'initiative des organismes locaux, en fonction de leurs besoins. Dans la branche famille, sur les 1 890 emplois accordés, il y a eu 870 créations nettes d'emplois, les autres emplois résultant de transformations de CDD et d'emplois jeunes en CDI, et d'emplois à temps partiel en temps plein. Ils ont été pour l'essentiel affectés à la production. Dans la branche maladie, les recrutements liés à l'ARTT ont été accompagnés d'un mouvement parallèle de diminution d'un millier d'agents dans le service médical et d'environ 2 300 agents dans les CPAM. Dans la branche retraite, les créations nettes d'emplois ont été de 573, les autres emplois résultant des ajustements liés aux nouvelles quotités de temps partiel.

Au delà du décompte imparfait des emplois créés, il n'existe pas de bilan sur le contenu des accords : ni l'UCANSS, ni les caisses nationales n'ont examiné l'impact des accords sur les avantages locaux préexistants ou les mesures améliorant l'accueil des usagers.

Faute de connaissance au niveau national des avantages locaux préexistant à l'ARTT et d'étude sur ceux qui subsistent, il est impossible de connaître l'impact réel de l'ARTT. La suppression de tous les avantages locaux qui permettaient aux agents de s'absenter quelques jours sans justificatif aurait dû être systématique. Or, ils ont été intégrés de manière variable dans la nouvelle durée légale, parfois ignorés, donc maintenus, parfois imputés, parfois réintroduits a posteriori.

Dans la branche retraite, l'ARTT a eu des effets variables sur la qualité du service aux usagers : il y a eu souvent maintien ou augmentation de l'amplitude des plages d'accueil physique ou téléphonique et des verrous ont été mis visant à réguler la prise des jours ARTT. Mais le degré de contrainte reste très variable d'une CRAM à l'autre et le contrôle de la présence effective reste inégal. Dans les CAF, globalement, l'amplitude d'ouverture au public a été élargie, tant pour l'accueil au guichet que pour l'accueil téléphonique. Il n'en pas été de même dans la branche maladie. En revanche, les recrutements

compensant l'ARTT ont permis à cette branche de développer de nouveaux services tels que les plates formes téléphoniques.

III - La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

La Cour avait recommandé en 1999 de développer les études quantitatives sur l'adaptation des effectifs des branches et les analyses qualitatives sur l'adaptation des métiers aux évolutions technologiques et aux missions des caisses. Il n'apparaît pas que des progrès significatifs aient été réalisés dans ce sens.

A – Les perspectives démographiques

Toutes les branches sont appelées à voir partir en retraite une forte proportion de leur personnel, soit environ 50 % des effectifs entre 2001 et 2014, selon un rythme accéléré à partir de 2006, à l'exception de la branche recouvrement, qui prévoit le départ de seulement 25 % de ses agents. Ces départs concerneront tant les managers, cadres et agents de direction, que les techniciens et contrôleurs, soit le cœur des métiers de la sécurité sociale.

Deux branches sont confrontées à des difficultés particulières de nature très différente. La branche retraite va devoir faire face à l'augmentation de sa charge de travail en raison de l'arrivée à l'âge de la retraite des générations du « baby boom », soit + 18 % de demandes de pension en 2006 et une hausse régulière jusqu'en 2014, tandis que ses personnels vont eux-mêmes partir en retraite à raison de 5 % par an à partir de 2006. Ce mouvement affectera au premier chef les techniciens et les managers.

Même si des gains de productivité sont escomptés, le volume des recrutements est évalué à 8 230 sur la période 2001-2014, le pic étant situé entre 2005 et 2014. Cette évaluation est minimale car elle a été faite sur la base de 39 heures hebdomadaires. Elle correspond à une augmentation des effectifs de la branche de 39 %, soit un effectif de 16 982 agents en 2014. La COG en cours a prévu la création de 1 224 emplois afin de permettre aux caisses d'embaucher et de former les agents avant 2005-2006.

Dans la branche maladie, la prévision des besoins en effectifs consécutifs aux départs en retraite suppose notamment l'évaluation des gains de productivité dus à la montée en charge des nouvelles modalités de gestion. A partir de 2004 et surtout 2006, les départs massifs en retraite permettront de mieux tirer parti de la montée en puissance de Sésam-

Vitale et des autres échanges de données informatisés, de la scannérisation des feuilles de soins papier restantes et des plates-formes téléphoniques.

Les départs en retraite massifs représentent, pour les branches, à la fois une difficulté et une grande opportunité. Les difficultés viendront de la nécessité de recruter massivement sur le marché concurrentiel de l'emploi, d'anticiper suffisamment ces recrutements pour permettre d'éviter la perte des connaissances collectives et des compétences et d'assurer les formations. A l'inverse, le renouvellement des compétences, la modernisation des modes de travail et la baisse du coût moyen du travail permettront de dégager des marges de productivité et de qualité.

B – L'évolution des métiers

La GRH doit être capable d'anticiper l'évolution qualitative des métiers générée par les nouvelles technologies, de nouvelles missions, l'amélioration de l'offre de services aux usagers et l'évolution de la clientèle. Mais la réflexion portant sur les besoins des branches en nombre d'emplois et en compétences nécessaires est encore assez sommaire, sauf dans la branche retraite. L'UCANSS qui est pourtant à la disposition des caisses nationales n'a pas été sollicitée alors qu'elle avait commencé la réflexion à la fin des années 90. La Cour ne peut que regretter à nouveau l'insuffisante collaboration entre les caisses nationales et l'institution qu'elles ont en commun et que leurs directeurs co-animent depuis la réforme de 2001.

Il n'existe pas non plus de recommandations générales de branche sur la manière de gérer les départs et sur l'évolution des profils de poste. Le risque est grand de voir se multiplier des recrutements inadaptés pénalisant les branches à long terme. Dans le cadre des prochaines COG, il faudra tenir compte de ce bouleversement démographique sur les structures des branches et le mode d'organisation des caisses, en intégrant les perspectives de gains de productivité à attendre tant de l'informatique que du renouvellement des générations.

Toutes les branches connaissent, en effet, une mutation profonde de leurs méthodes de travail dans leur métier de base : la liquidation des dossiers de demande de prestations et le recouvrement des cotisations et contributions. Ces évolutions, favorisées par le progrès technologique, débouchent sur une plus grande polyvalence des agents, d'où un enrichissement des tâches, une expertise accrue et la disparition programmée de certains métiers tels que celui de conseiller retraite. Elles permettent également d'améliorer l'offre de services aux usagers en leur

proposant par exemple lors d'une visite dans un point d'accueil d'obtenir immédiatement l'état complet et actualisé de leur dossier de retraite ou de prestations familiales et, de plus en plus, de procéder en temps réel à la régularisation des données, voire d'obtenir le calcul de la prestation. Dans la branche maladie, même si la gestion du risque est loin d'avoir atteint un niveau optimum, elle génère déjà des emplois nouveaux et plus qualifiés. Dans la branche recouvrement, enfin, l'évolution vers une segmentation des clientèles et une organisation moins territoriale des missions (voir supra, chap.VII) ont des effets importants sur les métiers. L'ACOSS a fait réaliser en 2000 par l'observatoire de l'évolution des emplois et des compétences rattaché à l'UCANSS une étude sur l'évolution prévisible des emplois dans la branche. Cette étude s'est traduite par la définition de profils cibles à prendre en compte dans les procédures de recrutement et de formation des différents organismes.

Mais l'observatoire, créé en 1991, n'aura vécu que dix ans, le protocole d'accord n'ayant pas été reconduit. Il avait précisément pour mission d'étudier l'évolution des métiers communs ou spécifiques aux branches. Ses travaux étaient à la disposition des branches qui pouvaient lui commander des études.

C – Les leviers du changement à mettre en œuvre

La chance que peut représenter pour les caisses le choc démographique, s'il est bien anticipé et accompagné, suppose que les caisses nationales s'impliquent davantage dans le développement d'outils encore diversement utilisés par les caisses locales, ce qui suppose un pilotage plus actif des branches dans le domaine de la GRH.

1 – La formation et la mobilité des agents

Selon les branches, l'effort consenti pour la formation représente entre 4,5 et 6,7 % de la masse salariale. Il a eu tendance à diminuer ces dernières années dans certaines branches. Ainsi, dans la branche maladie, les difficultés liées à la production en 2000 ont entraîné une chute des dépenses de formation, dont le taux est passé de 5,06 % en 1995 à 4,36 %. Il remonte depuis 2001. La CNAM a établi un bilan négatif du système de formation professionnelle sur la période 1994-2000, dû à une absence de pilotage national, sur le plan tant des objectifs que du financement. Un schéma stratégique de formation 2000-2003 a été arrêté avec pour objectif d'assurer l'adéquation emplois/compétences et de gérer les évolutions de la pyramide des âges.

Dans la branche recouvrement, la seconde COG a prévu de réaliser une évaluation des besoins et effets de la politique de formation en vue d'élaborer des dispositifs de branche appuyés sur des appels d'offres s'adressant tant aux centres régionaux de formation professionnelle (CRFP) comme d'autres prestataires. Mais cet objectif, prévu pour 2003, n'a pas encore été mis en œuvre.

La COG 2001-2004 indiquait qu'une politique de formation plus active devrait permettre à la branche famille de se préparer aux départs en retraite massifs. Mais les ratio relatifs à la formation, tant en heures qu'en masse salariale n'ont pas démontré la croissance souhaitée et en l'absence de plan national, la situation est très variable, dépendant largement de l'implication des cadres dirigeants.

Enfin, la COG 2001-2004 de la branche retraite fixe quatre objectifs en matière de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) : le recrutement des futurs techniciens et cadres, la rénovation de la formation des techniciens retraite, la mutation des métiers de l'informatique et la formation continue. Mais les CRAM sont libres d'organiser leur plan de formation. De très grandes inégalités quantitatives et de contenu sont constatées entre les CRAM.

Le fort renouvellement des personnels est une chance pour les caisses de voir affluer de nouveaux agents plus diplômés. Ils développeront dans leurs fonctions polyvalence et autonomie et maîtriseront d'emblée les outils informatiques. Mais l'atteinte de ces objectifs suppose une politique de formation plus ambitieuse et plus coordonnée par les caisses nationales et une plus grande mobilité, tant des employés et cadres que des agents de direction.

2 – Un pilotage national renforcé

La période à la fois difficile et riche de progrès potentiel qui s'ouvre aux caisses avec les départs en retraite massifs nécessitera un pilotage national plus efficace. Les efforts des caisses nationales pour améliorer la gestion des branches, notamment dans le domaine de la GRH, trouvent en effet leurs limites dans l'autonomie des caisses locales telle qu'elle est actuellement organisée.

Il reste, en effet, beaucoup d'ambiguïté dans l'organisation de la sécurité sociale : la recherche d'un meilleur rapport coût/efficacité et d'une meilleure qualité de service, homogène sur le territoire, a conduit à développer les compétences des caisses nationales. Mais en même temps, l'organisation générale des réseaux a été maintenue sous forme d'organismes autonomes très nombreux, sauf dans la branche retraite.

Dès lors, en dépit des modifications intervenues en 1996 dans les conditions de nomination des directeurs et des agents comptables, les caisses nationales qui encadrent le choix des conseils et procèdent juridiquement à la nomination de ces agents de direction ne peuvent pas gérer leur carrière, accroître leur mobilité. La possibilité de retrait des fonctions dans l'intérêt du service qui leur a été accordée par l'ordonnance de 1996 est, de ce fait, très rarement utilisée.

L'objectif n'est pas de retirer toute autonomie aux organismes locaux dans leur organisation interne et la gestion de leurs personnels. Même si les caisses n'étaient plus des personnes morales autonomes, les structures locales devraient conserver une capacité d'adaptation et une marge d'autonomie dans toute la mesure nécessaire à la qualité et à l'efficience du service public. A l'inverse, quand une COG -celle de la branche famille- mentionne que les interventions de la caisse nationale « ne peuvent être imposées aux CAF dont les résultats sont conformes aux objectifs de la COG » et ne peuvent « se substituer aux responsabilités locales », elle semble contester implicitement le rôle de pilotage de la caisse nationale.

La réforme de la gouvernance des caisses devra donner aux caisses nationales, et plus précisément aux directeurs, les moyens d'orienter l'organisation et le fonctionnement des caisses en fonction d'objectifs plus volontaristes et précis fixés par les COG. Cette évolution devra intégrer la nomination des directeurs et agents comptables par les directeurs des caisses nationales, dans le cadre de procédures garantissant l'adéquation des candidats retenus aux fonctions à exercer et favorisant la mobilité intra et inter branches.

SYNTHESE

Stabilisé pendant quelques années, les effectifs du régime général ont recommencé à augmenter, essentiellement sous l'effet des embauches compensant l'ARTT. Une meilleure utilisation des effectifs présents aurait été possible si des mesures plus directives avaient été adoptées pour tirer parti des gains de productivité à un moment où les départs en retraite étaient insuffisants. Il aurait fallu pour cela que les caisses nationales développent davantage la politique de ressources humaines de branche qu'elles ont initiée, notamment sous l'impulsion des COG. Le développement de nouvelles missions et l'amélioration de l'accueil des assurés n'ont que partiellement compensé la réduction des tâches de production. Le retournement démographique qui se produira à partir de 2005 aura des effets variables selon les branches, mais toutes peuvent dégager de forts gains de productivité en repensant des organisations souvent figées en

raison de la difficulté à développer la mobilité des agents. Certaines, comme les branches maladie et recouvrement, profiteront au maximum des effets de la dématérialisation des procédures. La branche retraite sera la seule à devoir faire face à un accroissement considérable de ses tâches. La mise à profit de ce bouleversement démographique exige le développement rapide d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences plus dynamique et d'une politique de formation adaptée aux enjeux. Les directeurs des caisses nationales devraient disposer de pouvoirs plus affirmés pour piloter leur réseau.

RECOMMANDATIONS

27. Mettre en place dans les branches maladie et famille des budgets de gestion administrative intégrant la totalité des dépenses de personnel.

28. Donner aux directeurs des caisses nationales les pouvoirs juridiques de définir et faire appliquer dans les caisses de leur réseau une GRH de branche intégrant une vraie GPEC.

29. Fixer dans les COG qui en sont dépourvues des objectifs de réduction de l'absentéisme et mesurer les effets de l'ARTT sur les accords locaux préexistants, sur l'organisation du travail et sur l'absentéisme dans les caisses.

30. Revoir les mécanismes de l'intéressement en les faisant dépendre davantage des indicateurs de productivité des caisses et de l'effort individuel des agents.

CE CHAPITRE N'APPELLE PAS DE REPONSE DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES

Chapitre IX

La productivité

PRESENTATION

Les progrès de l'informatique et la modernisation des méthodes de gestion ont constitué, depuis le début des années 1990, des facteurs favorables à la réalisation de gains de productivité.

Or, l'importance donnée à la recherche d'une productivité accrue et les résultats obtenus ont sensiblement différé d'une branche à l'autre. Une politique plus volontariste semble donc nécessaire pour réaliser au cours des prochaines années des progrès notables au sein de chaque branche.

I - La productivité : une préoccupation peu présente

A – La productivité dans les COG

A partir de 1996, les COG qui ont succédé aux contrats pluriannuels ont insisté sur l'amélioration de la qualité du service rendu à l'usager. L'objectif de productivité est devenu plus global : rendre un service de meilleure qualité dans le respect des enveloppes budgétaires fixées.

Ainsi, le terme « productivité » n'apparaît pas dans la COG signée entre l'Etat et la CNAM, les principaux objectifs explicites de la convention étant « la contribution de l'assurance maladie à la politique de santé publique » et « la qualité de service à l'usager ». De même, si la COG de la branche retraite a consacré une section à l'amélioration de la productivité, la COG de la branche recouvrement évoque principalement ce thème en introduction à sa première partie : « La gestion du risque déclaratif et du risque de non recouvrement […] doit assurer simultanément l'amélioration de la qualité du service perçu par le cotisant et des gains de performance et de productivité ». Enfin, la COG signée entre l'Etat et la CNAF résume ainsi ce qui apparaît comme la philosophie commune des conventions signées depuis 1997 : la branche « dégage les gains de productivité nécessaires pour assurer […] le développement des objectifs de qualité prévus par la convention » (art. 23.1).

La définition d'objectifs et d'indicateurs précis en matière de productivité n'est pas le seul facteur incitant à des gains de productivité. D'autres éléments plus généraux jouent un rôle au moins aussi important : le volume des enveloppes budgétaires arrêtées, la réduction des écarts de coût entre organismes, l'éventuelle pression due à une activité croissante

(hausse du nombre d'assurés, du nombre de prestations ou de la complexité de ces prestations) et les dépenses résultant des améliorations de la qualité de service comme le renforcement des capacités d'accueil physique ou téléphonique.

B – Une mesure lacunaire de la productivité

La mesure de la productivité

L'efficience d'une unité de production peut se mesurer à l'aide de deux types d'indicateurs : un ratio de productivité globale de l'ensemble des facteurs ou un ratio de coût unitaire de production. La productivité globale des facteurs se définit comme le rapport entre la production, en valeur ou en unité physique et les ressources consommées pour la produire (travail, capital, consommations intermédiaires). Le coût unitaire de production rapporte le coût des facteurs de production à la production, généralement en unité physique.

La productivité apparente du travail rapporte la production (en valeur ou en unité physique) à un seul des facteurs de production, le travail, évalué en effectifs (productivité par tête) ou en heures de travail (productivité horaire). Elle est dite « apparente » car elle ne tient pas compte des autres facteurs de production (capital, consommations intermédiaires).

Dans la suite de ce chapitre, les termes de « productivité apparente » feront référence à la productivité apparente du travail.

Dans le secteur de la sécurité sociale, la production ne se traduit pas par un chiffre d'affaires mais par le recouvrement de cotisations ou le paiement de prestations. La principale difficulté pour construire des ratios de productivité réside donc dans la mesure de la production réalisée, à partir d'indicateurs d'activité tels que le nombre de dossiers traités ou de prestations versées en tenant compte des spécificités de chaque branche. En effet, la charge de travail que représente chacune des opérations comptabilisées est extrêmement variable. Pour tenir compte de cette variation, les branches ont construit des indicateurs d'activité en additionnant des unités d'œuvre affectées d'un coefficient de pondération.

Dans la branche retraite, l'indicateur d'activité est fondé sur 16 unités d'œuvre telles que les régularisations de carrières validées, les liquidations de pension, les prestataires actifs à l'étranger au 31 décembre ou les prestataires de plus de 75 ans bénéficiant de l'action sociale. Dans la branche famille, l'indicateur d'activité utilisé (nombre pondéré d'allocataires) est le nombre d'allocataires regroupés en trois catégories :

les bénéficiaires des prestations familiales, ceux des prestations logement, enfin ceux des prestations précarité-invalidité pondérés respectivement à 21,4 %, 26,7 % et 51,9 % du total, pour tenir compte des différences de complexité de ces opérations. Dans la branche recouvrement, l'indicateur d'activité utilisé (points activité) est constitué par le nombre des comptes cotisants regroupés par catégories (entreprises, personnels de maison, travailleurs indépendants…) avec un système de pondération prenant en compte les quatre catégories d'activité des URSSAF (gestion, recouvrement, contrôle et activités auxiliaires). La branche maladie, pour sa part, a retenu, pour retracer l'activité des caisses primaires un indicateur d'activité (bénéficiaires actifs pondérés ou BAP) qui combine un nombre d'assurés sociaux, d'opérations de liquidation et de professionnels de santé gérés, avec une pondération respective de 50 %, 40 % et 10 %.

Sur ces bases, les quatre branches auraient pu construire des ratios de productivité et de coûts unitaires de production. Comme le montre le tableau ci-après, la situation est variable selon les branches et la mesure de la productivité de l'ensemble du régime général reste donc lacunaire.

Types de ratios mesurés par les branches du régime général

	Ratio de productivité	Ratio de coût unitaire de production
Maladie	Non	Oui
Famille	Plusieurs indicateurs	Oui
Vieillesse	Oui (indicateur composite par effectif)	Oui
Recouvrement	Non	Oui

Source : Cour des comptes.

La Cour a calculé des ratios de productivité apparente pour les trois branches qui ne disposaient pas d'indicateurs synthétiques, étant précisé que ces indicateurs ne sont guère comparables entre eux et doivent être considérés comme une première approche dans ce domaine.

Les indicateurs d'activités utilisés devraient par ailleurs être améliorés. Certains ne couvrent pas l'intégralité du champ des activités des branches. Ainsi, l'indicateur de coût unitaire de production de la branche maladie ne porte que sur la gestion des CPAM, ce qui laisse plus de 30 % des effectifs de la branche à l'écart (en particulier les CRAM, le service médical et les UGECAM). De même, l'activité des 11 000 agents

de l'action sociale de la branche famille, soit un tiers des effectifs, ne fait pas l'objet d'indicateurs de productivité spécifiques.

En outre, il serait souhaitable que les branches tiennent compte plus régulièrement des évolutions de leurs activités pour faire évoluer en conséquence la pondération des unités d'œuvres entrant dans la construction des indicateurs d'activité. Ainsi, les pondérations des indicateurs d'activité des branches vieillesse et recouvrement ont été peu actualisées depuis 1996.

Par ailleurs, les données d'effectifs en ETP de l'UCANSS ne sont pas aisément comparables avec celles issues des branches. Cette difficulté devrait être résolue par la construction de tableaux de passage entre ces séries.

De fait, ces déficiences trouvent notamment leur origine dans l'usage qui a été fait de ces indicateurs : ils ont davantage servi aux caisses nationales d'instrument d'allocation des ressources que d'outils d'amélioration de la productivité au sein de chaque branche.

II - Une progression peu marquée de la productivité

A – Une progression contrastée de la productivité selon les branches

1 – La branche assurance maladie

a) Un indicateur de coût unitaire de production peu opératoire

Si la COG ne fait pas explicitement de l'amélioration de la productivité un objectif majeur, elle fixe certains objectifs chiffrés relatifs à la qualité de service et prévoit la construction d'outils techniques de suivi de la performance des organismes. Dans la pratique, l'indicateur central pour mesurer le coût unitaire de production des caisses locales est le coût du BAP, défini comme le coût de gestion des caisses rapporté au nombre de BAP.

L'objectif que s'était fixé la branche était de resserrer les écarts entre caisses. Ce faisant, la caisse nationale espérait des gains de productivité qui auraient eu un effet positif sur l'évolution du coût moyen national du BAP. Mais la recherche de cet objectif de principe a donné lieu à des directives de mise en œuvre d'ambition décroissante et qui ont fortement varié entre 1999 et 2002. Ainsi, jusqu'en 1999, l'objectif assigné par la CNAM à toutes les caisses était de rattraper la moyenne des 50 premières caisses. Cet objectif était irréaliste, car, les départs en

retraite étant peu nombreux, les caisses avaient peu de prise sur leurs coûts de gestion. Par ailleurs, leur activité dépendait largement de facteurs démographiques (nombre et âge des assurés, nombre des professionnels de santé installés) sur lesquels les caisses n'ont guère plus d'influence directe.

Aussi la CNAM a-t-elle mis en place, à partir de 1999, un nouvel objectif de convergence fondé sur un double mécanisme : chaque caisse devait rattraper la moyenne des 50 caisses placées devant elle – ce qui rendait l'effort à effectuer aléatoire en fonction de la répartition de ces caisses - et les 17 caisses classées premières devaient rejoindre le niveau de la 18ème qui correspondait, à cette date, à la moyenne des 50 premières. Cet objectif aurait du conduire les caisses les mieux classées à dégrader volontairement leurs performances, ce qui était absurde.

Face à ces difficultés méthodologiques et confrontée à l'absence de marge de manœuvre des CPAM à court terme, faute de mouvements de grande ampleur sur les effectifs, la CNAM, tout en continuant d'afficher officiellement cet objectif de convergence, a finalement accordé aux caisses des enveloppes financières correspondant pour l'essentiel à leurs besoins au fil de l'eau, mais un peu plus restrictives pour les plus mal classées que pour les mieux classées, espérant ainsi diminuer malgré tout les écarts de coûts unitaires de production entre caisses.

Ces nombreuses variations montrent les grandes difficultés d'utilisation pratique de cet indicateur et expliquent la communication difficile établie avec les caisses sur ce sujet. Au-delà de ces variations de cap trop nombreuses, les résultats enregistrés font ressortir une baisse du coût total du BAP entre 1999 et 2002 : - 0,18 % en euros courants, soit -5,27 % en euros constants. La réduction du coût unitaire de production a donc suivi un rythme deux fois moins rapide qu'entre 1995 et 1998[145].

Par ailleurs, l'écart entre la CPAM la plus chère et la moins chère a été légèrement réduit entre 1999 et 2002, mais il reste dans un rapport de un à deux. L'écart du coût moyen du BAP entre les 50 premières CPAM et les 78 dernières ne s'est pratiquement pas resserré, passant de 1,30 en 1999 à 1,27 en 2002.

145. Entre 1995 et 1998, le coût du BAP avait diminué de plus de 10 % en francs constants (un changement de méthode de calcul ne permet pas de comparer les résultats de 1998 et de 1999 et donc d'établir une série homogène sur la période 1995-2002).

Evolution du coût du BAP des CPAM

En euros courants

	1995	1999	2000	2001	2002	2002/1995
Coût moyen national du BAP	65,89	64,87	64,23	63,90	64,75	- 0,18 %
Coût moyen du BAP des 50 premières CPAM	53,75	55,02	54,91	54,85	56,09	+ 1,95 %
Coût moyen du BAP des 78 dernières CPAM	ND	71,37	71,00	70,27	70,97	
Ecarts de coûts*	ND	1,30	1,29	1,28	1,27	

Source : CNAM
** Coût du BAP des 78 dernières CPAM / coût du BAP des 50 premières CPAM.*

b) Des gains de productivité latents dans les CPAM

Compte tenu du champ des indicateurs d'activité produits par la CNAM, un ratio de productivité apparente ne peut actuellement être calculé que pour les seules CPAM.

Ratio de productivité des CPAM

En ETP et millions (nombre de BAP)

	1995	1999	2000	2001	2002	2002/1999
Nombre de BAP	ND	43,9	45,0	46,2	46,8	+ 6,6 %
Effectifs en ETP	ND	63 400	64 000	64 400	66 400	+ 4,7 %
Ratio de productivité *	ND	692	703	717	704	+1,7 %

Source : Calculs Cour des comptes à partir de données CNAM. Comme pour le nombre de BAP, la CNAM n'a pas pu produire de série homogène d'effectifs en ETP pour les CPAM sur l'ensemble de la période 1995-2002.
** Le ratio de productivité rapporte le nombre de BAP aux effectifs en ETP des CPAM.*

La productivité apparente des CPAM a donc progressé de 1,7 % au cours de la période 1999-2002. Selon la CNAM, ces caisses employaient en 2003 environ 64 300 agents en équivalents temps plein (ETP) : 36 600 pour la production, 2 000 pour la régulation, 7 800 pour les relations clientèle, 15 100 pour la logistique et 2 800 hors périmètre analytique[146].

146. Cette catégorie correspond en grande partie à des agents en arrêt maladie de longue durée dont la forte progression entre 1999 et 2003 (+ 400 ETP) est, au demeurant, préoccupante.

Or, les gains de productivité ont été inégalement répartis entre ces divers pôles d'activité, comme le montre l'évolution de la productivité apparente du seul pôle production.

Productivité apparente du pôle production décomptes des CPAM

En milliers et %

	1999	2000	2001	2002	2002/1999
Effectifs en ETP	38 799	39 759	39 688	38 557	-0,6 %
Décomptes totaux *dont FSE** *dont EDI***	854 000 *10 000* *378 000*	959 000 *67 000* *418 000*	1 018 000 *224 000* *373 000*	1 045 000 *385 000* *270 000*	+22,4 % +3850,0 % -28,6 %
Décomptes totaux par ETP	22,0	24,1	25,6	27,1	+23,2 %
Décomptes hors FSE par ETP	21,8	22,4	20,0	17,1	-21,6 %
Décomptes hors FSE - EDI par ETP	12,0	11,9	10,6	10,1	-15,8 %

Source :Calculs Cour des comptes à partir de données CNAM,
** FSE : feuilles de soins électroniques*
*** EDI : Echanges de données informatisées*

Les décomptes totaux par agent équivalent temps plein affecté au pôle production sont passés de 22 000 en moyenne en 1999, à 25 600 en 2001 et 27 100 en 2002. Il y a donc eu, dans le secteur de la production, un gain de productivité apparente de 22,4 %, supérieur à celui reflété par l'évolution du ratio de productivité de l'ensemble des CPAM pendant la période (+1,7 %), ce qui montre soit qu'il y a eu perte nette de productivité apparente dans les autres secteurs des CPAM (logistique, régulation et relations clientèle), soit que la répartition affichée des effectifs ne rend pas compte exactement de la réalité de l'affectation des agents.

Surtout, l'évolution divergente de la productivité dans le secteur de la production et les autres secteurs des CPAM s'explique par les progrès considérables de la télétransmission enregistrés depuis 1999, grâce à la montée en charge, retardée mais exponentielle, de Sésam-Vitale. Les feuilles de soins électroniques (FSE) issues de ce système donnent lieu à un flux de données automatisé qui allège considérablement la charge de travail des liquidateurs. Cependant, si on ne comptabilise que les décomptes hors FSE, on constate une baisse significative de la productivité apparente, puisque le nombre de décomptes par agent passe de 21 800 en 1999 à 17 100 en 2002, soit une baisse de 21,6 %. En tenant compte des autres flux électroniques de données (EDI), cette baisse s'établit à 15,8 %. Cette tendance s'est encore accentuée en 2003 : le nombre de décomptes par agents hors feuilles de soins électroniques a

ainsi chuté de 18,7 % par rapport à l'année précédente. Encore ces données n'intègrent-elles pas les conséquences de la scannérisation des décomptes, qui n'était pas utilisée en 1999 et concernait 123 millions de feuilles de soins en 2003. Cette procédure a également contribué à réduire la charge de travail des liquidateurs.

L'évolution divergente entre l'amélioration de la productivité pour l'ensemble des décomptes et la dégradation de la productivité pour les décomptes non informatisés montre l'ampleur des marges de progrès qui peuvent encore être réalisés au sein des pôles production des CPAM.

Dans les années 1990, la CNAM estimait que la montée en charge des FSE permettrait de supprimer 8 à 10 000 postes. Cette hypothèse ne s'est pas réalisée : au niveau de la branche, les effectifs totaux à périmètre constant (en excluant donc les UGECAM) ont légèrement augmenté, (passage de 91 000 ETP en 1999 à 93 000 en 2002). Au sein des seules CPAM, le mouvement de hausse (de 63 900 ETP en 1999 à 66 400 en 2002) correspond à un accroissement des effectifs dans les fonctions de régulation, de logistique et de relations clientèle, les effectifs consacrés à la production restant stables.

La branche maladie a donc bénéficié de progrès technologiques majeurs dans l'activité de production qui n'ont pas été suffisamment traduits en gains de productivité.

c) Des secteurs importants exclus de la problématique de productivité

Comme indiqué plus haut, l'indicateur d'activité retenu par la COG Etat-CNAM pour mesurer le coût unitaire de production ne tient pas compte des activités des 5 900 agents des CRAM et des 10 000 agents des échelons régionaux du service médical (ERSM).

Il existe toutefois des indications ponctuelles sur les gisements de productivité existant au sein des ERSM. Au nombre de 18, ces échelons rassemblent 2 700 médecins conseils et près de 7 600 agents administratifs, soit un taux moyen de 2,85 agents administratifs par praticien. Or, cette moyenne recouvre de très fortes disparités entre échelons régionaux : l'ERSM d'Ile-de-France compte 3,97 agents administratifs par praticien conseil, alors que les taux des 17 autres ERSM varient entre 1,90 à La Réunion et 3,02 en PACA. La CNAM, consciente des sureffectifs existant dans l'ERSM d'Ile-de-France (qui compte près de 2 000 agents) s'est engagée dans un processus de résorption. Toutefois celui-ci est loin d'être achevé et, au rythme actuel, perdurerait jusqu'en 2030 pour atteindre le ratio moyen actuel.

2 – La branche famille

a) Des gains de productivité apparente dont l'ampleur s'est réduite ces dernières années

Contrairement aux trois autres branches, la branche famille a créé plusieurs indicateurs de mesure de la productivité (six ratios de « productivité » et trois ratios de « coûts de gestion » figurent dans la COG actuelle). Pour mesurer de manière synthétique l'évolution de la productivité apparente en longue période, le plus pertinent est donc de rapporter l'évolution de l'activité mesurée par les flux de gestion (courriers, visites, téléphone), le nombre d'allocataires et le nombre d'allocataires pondérés à celle des effectifs :

Evolution des effectifs, nombres d'allocataires et flux de gestion de la branche famille du régime général

Allocataires et flux de gestion en millions

	1995	1999	2002	2002/1995
Effectifs en ETP	30 100	30 200	33 100	+ 10,0 %
Allocataires	9,5	10,2	10,3	+ 8,4 %
Allocataires pondérés	14,7	15,3	15,4	+ 4,8 %
Flux de gestion*	209	216	224	+ 7,2 %
Ratio de productivité**	488	507	465	- 4,7 %

Source : Calcul Cour des comptes à partir de données CNAF
** Courriers arrivée et départ, appels téléphoniques reçus, visites (séries corrigées pour les rendre homogènes sur l'ensemble de la période et chiffres arrondis).*
*** Le ratio de productivité correspond au rapport allocataires pondérés/effectifs.*

Il convient toutefois de noter qu'avant la période étudiée, entre 1990 et 1995, la branche avait connu une amélioration significative de la productivité qui a rendu plus difficile l'obtention de gains supplémentaires conséquents par la suite (entre 1990 et 1995, les flux de gestion ont augmenté d'environ 25 % alors que les effectifs diminuaient légèrement). La branche famille était probablement en situation d'assez forte sous-productivité au début des années 1990 car elle a pu assumer la prise en charge du RMI sans recrutement supplémentaire, ni de modification fondamentale de son organisation. Par ailleurs, la départementalisation de la CAF Ile-de-France à la fin des années 1980 avait entraîné des économies de gestion non négligeables. Enfin, la

révision du mode de calcul des allocataires pondérés par la CNAF intervenue en 1998 pour tenir compte de l'évolution de ses métiers a abouti à une baisse mécanique de 3 % de la productivité de la branche.

Les calculs effectués à partir des indicateurs disponibles montrent qu'entre 1995 et 1999, les gains de productivité apparente ont été modestes, mais significatifs : stabilité des effectifs alors que le nombre d'allocataires augmentait de 7 % et que le nombre d'allocataires pondérés et les flux de gestion progressaient d'environ 4 %. En revanche, depuis 2000, les effectifs ont fortement augmenté (près de 10 %), alors que la charge de travail de la branche a progressé de moins de 1 % pour le nombre d'allocataires et de moins de 4 % pour les flux de gestion : il y a donc eu perte de productivité apparente.

Entre 1999 et 2002, les effectifs de la branche ont augmenté plus rapidement que son activité. En déduisant les emplois créés pour compenser la réduction de la durée légale du travail, les gains de productivité apparente ont été relativement faibles : augmentation des effectifs de 3,7 % pour une augmentation de l'activité comprise entre 4,8 et 8,4 % selon l'indicateur retenu.

Les marges de manœuvre étant devenues plus faibles à la fin de la décennie, les difficultés de mise en place du nouveau logiciel intégré de production (Cristal) ont entraîné des blocages importants dans de nombreuses CAF en particulier en région parisienne et ont contraint la tutelle à autoriser le recrutement de 900 agents supplémentaires (dont 180 à titre provisoire). Pour la première fois depuis 1990, les effectifs de la branche ont ainsi connu une progression significative (les 720 agents effectivement recrutés représentaient environ 2,5 % des effectifs totaux). Aucune autorisation nouvelle, hors emplois ARTT, n'a été donnée depuis cette date.

Une des caractéristiques de la branche famille est d'avoir mis en place une démarche de recherche de productivité plus complète et plus cohérente que celle des autres branches. Cette démarche comportait la totalité des éléments que l'on retrouve partiellement dans chacune des autres branches : le développement des systèmes d'information, l'amélioration de la gestion des ressources humaines, l'élaboration de tableaux de bord réguliers renseignés automatiquement par les systèmes de production, l'échange d'informations et de bonnes pratiques entre les caisses de base, un début de mutualisation des fonctions entre caisses, le soutien des caisses en difficulté, le report des excédents de gestion pour chacune des caisses locales sous réserve du respect des engagements de service et l'intéressement du personnel à l'atteinte des objectifs chiffrés de la COG.

La branche famille se distingue également par des dispositifs particuliers, tels que la mesure des facteurs de productivité par un organisme spécifique (l'observatoire national des charges de gestion, paritaire entre l'Etat et la CNAF créé par la COG) et la recherche théorique d'une réglementation moins coûteuse. En particulier, un exercice de simplification des procédures de grande ampleur, mené en 2001-2002, a abouti, avec l'accord de la tutelle, à la suppression de 30 pièces justificatives sur 270 et à la possibilité de prendre en compte dans leurs dossiers certaines informations communiquées par téléphone par les allocataires.

b) L'action sociale : un secteur exclu de la problématique de la productivité

L'action sociale regroupe l'activité de travailleurs sociaux et la liquidation de prestations non obligatoires versées sur critères sociaux. Si on inclut le personnel administratif, l'action sociale occupe environ 11 000 agents, soit un tiers des effectifs de la branche. Ces effectifs sont restés stables depuis 1990 (hors recrutements liés à l'ARTT). Les COG n'ont fixé aucun objectif de productivité ou de service. La productivité de ce personnel n'est donc pas actuellement mesurée, bien qu'aucun obstacle de principe n'interdise un suivi de leur activité.

3 – La branche retraite

La COG de la branche retraite présente le dispositif le plus développé en matière de productivité apparente : l'objectif apparaît explicitement (section 5.1 : « Améliorer la productivité »), un ratio principal a été créé (ratio « indicateur composite » / effectif rémunéré) avec des niveaux chiffrés à atteindre pour chaque année de la COG et d'autres indicateurs ont été mis en place (coûts unitaires des processus retraite et données sociales, évaluation de l'écart entre les cinq caisses les plus chères et les cinq caisses les moins chères).

Les évolutions du ratio principal de la COG ont été les suivantes depuis 1995 : l'indicateur synthétique montre une progression de 11,7 % de la productivité apparente entre 1995 et 2002, progression qui aurait été de l'ordre de 17 % sans les recrutements rendus nécessaires par la réduction de la durée légale du travail.

Ce chiffre global recouvre des évolutions très variables selon les secteurs d'activité :

Evolution des effectifs et de la charge de travail de la branche retraite depuis 1995 (chiffres arrondis)

ETP et millions de lignes de compte

	1995	1999	2002	2002/1995
Effectifs totaux (ETP)	13 120	12 504	12 961	- 1,2 %
Régularisations de comptes	518 000	513 000	555 000	+ 7,1 %
Attributions de droits	540 000	550 000	525 000	- 4,6 %
Données sociales*	30,7	35,7	38,6	+ 25,7 %
Indicateur synthétique**	7 863	8 677	8 780	+ 11,7 %

Source : CNAV

** Il s'agit principalement de la remontée aux CRAM des déclarations annuelles de données sociales, indiquant les salaires qui permettront, en fin de carrière, le calcul du montant de la retraite.*

***L'indicateur synthétique est le ratio de productivité de la branche retraite.*

Les gains de productivité apparente de la branche sont donc dus en majeure partie à l'amélioration enregistrée dans le processus de traitement des données sociales : les effectifs dédiés à cette fonction[147] ont diminué de 24 % entre 1995 et 2002 alors que le nombre total de lignes augmentait de 26 % (de telles variations s'expliquent principalement par le développement de la remontée par télétransmission des lignes de salaires qui est passée de 180 000 lignes en 1992 à 18,8 millions en 2002).

A l'inverse, les processus retraite (régularisation de comptes et attributions de droits) ont dégagé des gains de productivité apparente faibles malgré l'amélioration de l'outil informatique : l'augmentation globale d'activité a été de 2 % entre 1995 et 2002 et les effectifs affectés à ces fonctions ont augmenté de 3 % pendant la période (ce qui équivaut à une diminution d'environ 2 % en neutralisant les effets de l'ARTT).

Même si, comme cela a été signalé plus haut, la COG fait de l'amélioration de la productivité un des objectifs de la branche, le dispositif mis en place présente aussi différentes faiblesses. Ainsi, la politique de réduction des écarts de productivité entre CRAM n'a pas donné de résultats très tangibles[148]. L'indicateur composite utilisé

147. En 2002, ces effectifs représentaient un peu moins de 8 % des effectifs totaux de la branche (contre environ 10 % en 1995), les effectifs des processus retraite 62 % (contre 59 % en 1995), l'action sociale 3,5 %, les fonctions nationales 6 % et les fonctions transverses 21 %.

148. En effet, l'écart entre les cinq caisses les plus chères et les cinq caisses les moins chères est resté stable sur la période (1,32 en 1995 à 1,31 en 2002).

gagnerait à être moins complexe et ses modalités d'élaboration pourraient être clarifiées. Le décalage constaté entre les objectifs chiffrés prévisionnels pour cet indicateur dans la COG (8 680 en 2001, 8 533 en 2002, 8 614 en 2003)[149] et les niveaux effectivement atteints (8 911 en 2001, 8 781 en 2002) montre que les objectifs initiaux n'étaient pas suffisamment ambitieux.

4 – La branche recouvrement

L'ACOSS mesure depuis 1998 l'activité de la branche à partir des « points activité » calculés sur la base d'un échantillon de 25 URSSAF. Cet instrument, repris dans la COG, est devenu l'indicateur central de la mesure de l'activité de la branche.

Son évolution récente et celle des effectifs budgétaires ont été les suivantes :

Evolution des points activité et des effectifs depuis 1995

	1995*	1999	2000	2001	2002	2002/1995
Points activité (en millions)	44,08	46,48	45,94	46,68	47,99	+ 8,9 %
Effectifs en ETP	13 618	13 744	13 897	13 941	14 194	+ 4,2 %
Ratio de productivité**	3 237	3 382	3 306	3 348	3 381	+ 4,5 %

Source : Calculs Cour des comptes à partir de données ACOSS,.
**Calcul rétroactif selon les modalités de l'indicateur mis en place en 1998.*
*** Le ratio de productivité correspond au rapport points activité/effectifs.*

Les indicateurs montrent une augmentation de la productivité apparente de 4,5 %. Cette faible augmentation de la productivité apparente de la branche est à analyser au regard des limites de l'instrument de mesure et du dispositif d'incitation à la productivité.

Reposant sur des calculs effectués en 1996, la mesure des « points activité » n'a, en effet, pas été actualisée depuis cette date malgré les engagements qui avaient été pris dans les deux COG successives. Or, en

149. La circulation conjointe de deux versions de la COG datées de mai 2001 affichant des variations importantes de la valeur de l'indicateur composite, sans que ces variations soient explicitées, est tout à fait regrettable. L'écart entre ces deux séries correspond en fait à l'impact de l'ARTT. Hors ARTT, les objectifs affichés étaient de 8 186 en 2001, 8 370 en 2002 et 8 564 en 2003.

huit ans, les outils de production et les réglementations ont beaucoup évolué, ce qui rend aujourd'hui les pondérations initialement retenues peu pertinentes. L'ACOSS, consciente de cet état de fait, a récemment mené une étude devant conduire à une réforme prochaine du dispositif. En attendant la mise en œuvre de cette réforme, l'agence centrale note qu'entre 2000 et 2003, le nombre total de comptes gérés par agent (quelle que soit la complexité de ces comptes) a augmenté de près de 10 % hors effet de l'ARTT, ce qui semblerait indiquer que le calcul actuel des « points activité » minorerait les gains de productivité réels de la branche.

Dans la COG actuelle, cinq indicateurs mesurent la performance de gestion (en particulier le prix de revient du « point activité », les écarts de coûts entre URSSAF et les coûts unitaires par activité et segment de cotisants), mais certains d'entre eux n'avaient pas encore été mis en œuvre à mi-2004. Les niveaux de référence à atteindre et les progressions souhaitables pendant la durée de la convention n'ont été fixés pour aucun des indicateurs figurant dans la COG.

Si le coût de revient du « point activité » est l'indicateur central, c'est la réduction des écarts de coûts entre URSSAF qui semble avoir été choisie comme objectif principal devant permettre des gains de productivité. Or, force est de constater que les écarts de coûts ne se sont pas significativement réduits entre 1998 et 2002 : le nombre d'organismes avec un écart de coûts supérieur à 10 % par rapport au coût moyen national n'est passé que de 13 à 11 et les organismes avec un écart compris entre 5 et 10 % ne sont passés que de 20 à 18.

Au total, peu de dispositions ont été prises pour instaurer une évaluation suivie des gains de productivité. La mise en place fin 2004 d'un outil de comptabilité analytique devrait toutefois contribuer à remédier à cette situation.

B – Les facteurs qui affectent l'évolution de la productivité

1 – Une modernisation croissante des modes de production

Au cours de la période examinée, toutes les branches se sont lancées, avec des succès variables, grâce à l'informatisation et au recours accru aux nouvelles technologies, dans un fort mouvement de modernisation de leurs modes de production. Ce mouvement a touché en priorité les processus du cœur de métier des différentes branches. L'impact de l'introduction des nouvelles technologies de l'information et de la communication sur la productivité apparente des branches a varié en

fonction du rythme de déploiement de ces systèmes et de la plus ou moins forte adaptation des effectifs aux modifications des processus de production.

Dans la branche maladie, le recours à la télétransmission pour un traitement automatisé des feuilles de soins, via Sésam-Vitale, a d'abord rencontré des difficultés et la CNAM n'a retiré les dividendes de cette très lourde opération que tout récemment. Il en a été de même pour la branche famille où la mise en place du nouveau logiciel intégré de production (Cristal) a été difficile. Dans la branche retraite, l'achèvement du schéma directeur informatique et la mise en œuvre concomitante d'une politique de proximité très aboutie ont nécessité une profonde rénovation de l'informatique de production. Dans la branche recouvrement, la modernisation résulte de l'amélioration des systèmes informatiques (logiciel unique de production pour la branche), du développement de la lecture automatique et de la gestion automatique de documents.

Au total, l'impact de cette modernisation a cependant pesé davantage sur les branches maladie et famille que sur les branches retraite et recouvrement.

2 – L'impact de la réglementation

Le bon achèvement de ces opérations de modernisation a été d'autant plus délicat que, souvent, les branches ont dû tenir compte d'une forte évolution de l'environnement réglementaire. Cela a été particulièrement manifeste pour la branche famille.

Gérant une vingtaine de prestations légales différentes destinées en particulier aux familles, au logement et à la lutte contre la précarité, la branche famille doit faire face à un environnement réglementaire complexe[150] et en permanente adaptation aux besoins de la société. Ces adaptations, modifications et réformes entraînent inévitablement des surcoûts de gestion : à titre d'exemple, en 2002, au lieu des quatre versions initialement prévues, dix versions modificatives de Cristal ont dû être mises en place, souvent en urgence, pour faire face à différentes décisions des pouvoirs publics.

Il n'est pas certain que la réglementation ait plus varié ces dernières années que pendant les années 1990. Toutefois, en termes de

150. La formation complète d'un technicien liquidateur nécessitant en moyenne 18 mois en raison de la complexité de la réglementation applicable, il est illusoire de compter sur les contrats à durée déterminée pour absorber les variations importantes de charge de travail. Ce raisonnement vaut aussi pour les techniciens retraite.

productivité, l'effet de cette instabilité a été plus fort en raison de la diminution des marges de manœuvre de la branche, les brusques augmentations d'activité pouvant difficilement être compensées par redéploiements internes dans des caisses qui ne connaissent plus de sureffectifs significatifs. Les autres branches ont également eu à faire face à des évolutions réglementaires importantes. Ainsi la branche recouvrement a été confrontée à la modification des modalités de ventilation des cotisations entre les branches, autrefois effectuée au plan national et désormais déconcentrée au niveau des URSSAF, dans le cadre de l'application RACINE.

Mais cela vaut aussi pour la branche maladie qui a dû intégrer la gestion de la CMU moyennant la création, par avenant à la COG, de 200 emplois ainsi que le codage des actes médicaux et pour la branche retraite, qui a dû gérer « à chaud » les conséquences de la réforme de 1993.

Toutes ces réformes ont, à l'évidence, compliqué la gestion quotidienne des branches et rendu plus difficile la prise en compte des préoccupations de productivité.

3 – L'aménagement et la réduction du temps de travail

Les recrutements effectués par les quatre branches au titre de l'ARTT ont été, pour la plupart, réalisés en 2001 et 2002. Leur prise en compte a eu des effets immédiats sur la productivité apparente par tête des branches. Pour toutes les branches, cette dégradation avoisine les 6 %.

4 – Productivité et qualité de service

Toutes les branches ont recherché au cours de ces dernières années à améliorer la qualité de leur service. Cela a été particulièrement marqué dans les COG de la génération actuelle dans lesquelles les objectifs et les indicateurs relatifs à la qualité acquièrent une place prépondérante. De ce fait, les effectifs dégagés par des gains de productivité apparente ont été consacrés, pour l'essentiel, à l'amélioration de la qualité de service.

Dans la branche maladie, la COG 2000-2003 a fait de l'amélioration de la qualité de service à l'usager un objectif prioritaire. Elle a défini des indicateurs en précisant les niveaux qu'ils doivent atteindre en fin de période, permettant de mesurer les progrès de la branche qui ont été les suivants ces dernières années : le taux d'usagers dont l'attente à l'accueil est inférieure à 20 minutes est passé de 77,8 % en 2000 à 82,6 % en 2002 (pour un objectif de 95 %) ; le taux d'usagers

dont l'attente au téléphone est inférieure à 30 secondes est passé de 81,7 % en 2000 à 89,8 % en 2003 (objectif de 90 %); le traitement des prestations en nature est passé de 19,29 jours en 2001 à 11 jours en 2002, pour un objectif de six jours ouvrables (mais le temps de remboursement de la 1ère indemnité journalière a augmenté de 66 jours en 2000 à 73 jours en 2002).

Parallèlement, la branche a défini un indice de satisfaction globale des usagers calculé pour chacune des CPAM à partir de l'enquête de satisfaction annuelle prévue par la COG. Cet indice a progressé de 6,8 en 1999 à 7,3 en 2003, en grande partie grâce à l'amélioration des délais de remboursement en 2002 (les notes attribuées à l'accueil téléphonique et l'accueil physique restent faibles, de même que l'indice de satisfaction des professionnels de santé).

De même, depuis 1997 et au vu d'une situation jugée très insatisfaisante, les COG de la branche famille ont fixé des objectifs ambitieux et chiffrés concernant, en particulier, l'accueil physique, l'accueil téléphonique et les délais de traitement des dossiers.

Ces objectifs ont structuré la gestion interne de la branche et ont entraîné des améliorations considérables en quelques années : entre 1999 et 2002, le pourcentage de dossiers traités en moins de 21 jours a progressé de 82 à 94 %, le pourcentage de visiteurs reçus en moins de 30 minutes a progressé de 78 à 95 % et le rapport appels téléphoniques traités sur appels téléphoniques aboutis est passé de 54 à 72 %. Les progrès ainsi réalisés ont été perçus par le public : selon l'enquête annuelle menée avec le CREDOC, la satisfaction globale des allocataires concernant leur CAF, qui était restée stable entre 1995 et 1999, est passée de 69 à 79 % entre 1999 et 2003 (l'accueil téléphonique demeurant le secteur qui suscite le plus de critiques).

La branche retraite est celle qui fait le moins référence, dans la COG, à la nécessaire amélioration du service à l'usager : le terme apparaît rarement et un seul indicateur principal est défini, « le taux de satisfaction des futurs retraités de plus de 55 ans au regard des services offerts (en pourcentage des réponses exprimées) ».

Certes, les objectifs visant à développer le service de proximité, à éviter les ruptures de ressources et à concentrer l'action sur les populations défavorisées contribuent également de manière significative à la qualité de service. Toutefois, les niveaux à atteindre en fin de COG semblent assez peu ambitieux : à la fin de chacune des deux premières années de la COG, seules trois CRAM n'atteignaient pas l'objectif global fixé dans la COG pour l'année en question. Par ailleurs, la CNAV a privilégié le contact avec les usagers par rendez-vous et ne s'est pas

investie fortement dans les indicateurs mesurant les temps d'accueil au guichet et le pourcentage d'appels téléphoniques aboutis.

Ces faiblesses et le caractère récent des indicateurs mis en place par la COG rendent difficile la mesure de l'amélioration réelle de la qualité du service rendu. En revanche, la branche retraite se singularise depuis de nombreuses années par l'importance accordée au développement d'un réseau de proximité.

Même si le nombre de points d'accueil retraite a eu tendance à légèrement diminuer ces trois dernières années, la branche disposait à fin 2002 de 2 100 permanences décentralisées (219 agences et 1 881 points d'accueil retraite), soit un réseau un peu plus développé que celui de la branche famille alors que le nombre de visites annuelles est six fois moindre (trois millions contre 18 millions).

Les enquêtes annuelles effectuées aux niveaux national et régional pour le compte de la CNAV montrent cependant un très haut niveau de satisfaction chez les usagers. Le taux de satisfaction national a été de 90,8 % en 2001, de 96,7 % en 2002 et de 97,8 % en 2003[151].

Pour la branche recouvrement, les COG ont clairement placé au rang de premières priorités l'amélioration du recouvrement, du contrôle et des relations avec l'usager. Elles ont prévu la mise en place de quelques indicateurs de mesure de la qualité de service, dont tous n'ont pas encore été créés à ce stade.

Néanmoins, la branche a consenti des efforts importants ces dernières années pour améliorer la qualité et l'efficacité de son service. Ainsi, la proportion d'URSSAF ouvertes au moins 40 heures par semaine est passée de 43 à 89 % pendant la période. La note globale de satisfaction des cotisants est passée de 6,80 en 1997 à 7,03 en 2002.

III - Les perspectives d'amélioration de la productivité dans les prochaines années

A – Des facteurs favorables à une amélioration significative de la productivité

Comme la plupart des organismes ayant une activité importante de production reposant sur des effectifs nombreux, le régime général

151. En 2003, l'enquête de satisfaction a été faite à partir d'un échantillon de 5 700 futurs retraités âgés de plus de 55 ans répartis sur l'ensemble du territoire.

bénéficiera ces prochaines années de deux évolutions majeures qui devraient avoir un impact significatif et positif sur sa productivité : le développement de la télétransmission des données et le nombre croissant de départs à la retraite parmi ses agents.

1 – Les progrès de la dématérialisation

a) Les relations avec les usagers et les professionnels

Le développement d'internet et des technologies de transmission électronique des informations a commencé à modifier les relations entre les organismes de sécurité sociale et leurs usagers et partenaires.

Le mouvement devrait s'amplifier dans les prochaines années en permettant de réduire le coût d'information du public (développement de l'information en ligne qui rendra possible une diminution du nombre d'agents affectés à l'accueil physique et téléphonique) ainsi que le coût de nombre de processus de production : fin de la montée en charge des feuilles de soins électroniques dans la branche maladie, développement des télédéclarations dans la branche URSSAF, de la coproduction avec l'allocataire dans la branche famille et de la télétransmission des données sociales dans la branche retraite.

b) L'organisation interne des branches

Par ailleurs, cette transmission plus aisée de l'information peut également améliorer l'organisation et le fonctionnement internes des branches. En effet, avec le développement de la lecture automatisée des documents et surtout de la gestion électronique des documents, les personnels chargés de l'accueil physique et téléphonique sont ou seront en mesure d'avoir un accès en temps réel à l'intégralité du dossier électronique de l'assuré et donc de le renseigner de façon plus rapide et efficace. Par ailleurs, les fonctions de production seront également accélérées et pourront aisément être délocalisées dans les sites déconcentrés des caisses locales. La procédure de scannérisation[152] est d'ores et déjà mise en œuvre dans certaines branches. C'est notamment le cas de la branche famille pour les deux tiers des CAF. Dans la branche retraite, l'expérimentation en cours dans la CRAM Bourgogne-Franche-

152. La scannérisation permet de consulter sous forme électronique l'intégralité des informations disponibles et de liquider ou contrôler des dossiers sans avoir besoin de se référer à une source papier. Elle constitue un des outils de la gestion électronique des documents.

Comté sous le vocable de « bureau sans papier » est fondée sur ce même processus qui a vocation à être rapidement étendu dans les autres caisses. Enfin, dans la branche maladie, le tiers des flux internes concernant les feuilles de soins est également traité selon cette technique.

2 – L'ampleur du mouvement de départs à la retraite à compter de 2006

Entre 2006 et 2012, le rythme des départs à la retraite sera dans les quatre branches de 1,5 à 3 fois supérieur à ce qu'il est aujourd'hui. Une telle évolution représente non seulement la perspective d'une réduction mécanique du coût unitaire de production, grâce à une moindre pression sur la masse salariale, mais aussi une occasion d'exprimer les gains latents de productivité.

a) Une moindre pression sur la masse salariale.

Sauf tension exceptionnelle sur le marché de l'emploi, les agents recrutés auront en principe des niveaux de traitement significativement inférieurs à ceux des agents partant à la retraite, plus âgés et parvenus à l'ancienneté et au choix à des niveaux plus élevés de la classification. Malgré les coûts de formation accrus qu'engendrera ce mouvement, la pression sur la masse salariale des branches devrait être moins forte qu'aujourd'hui à effectifs constants[153], ce qui réduira d'autant le coût unitaire de production.

b) Une occasion rare de concrétiser les gains latents de productivité

L'analyse de la productivité apparente des quatre branches a montré que les gains de productivité réellement enregistrés ont souvent été inférieurs à ce que le progrès des techniques et la réorganisation des procédures auraient permis. L'exemple le plus récent et le plus symbolique en est la réduction des effectifs de production des CPAM, significativement inférieure à ce stade à celle qui était attendue des progrès considérables de Sésam-Vitale et de la transmission électronique des feuilles de soins. La principale raison évoquée pour expliquer ce phénomène est la difficulté de faire varier rapidement à la baisse le nombre d'agents employés pour l'ajuster à l'évolution des besoins : les

153. L'hypothèse d'effectifs constants ne peut valoir pour la branche retraite compte tenu de la forte augmentation de ses charges au cours des prochaines années.

départs à la retraite ont été relativement peu nombreux ces dernières années.

Dans ce contexte, la forte progression du rythme des départs à la retraite devrait permettre de réduire les effectifs et les charges de personnel. Seront ainsi dégagés certains des gains potentiels de productivité qui existent aujourd'hui dans les branches mais n'ont pas encore été traduits dans les comptes.

C'est tout particulièrement le cas de la branche maladie. La CNAM a actualisé ses prévisions en la matière. Pour la seule période 2004-2007, et pour les seules CPAM, elle estime que les gains de productivité qui seraient dégagés permettront, tout en procédant aux redéploiements nécessaires entre les pôles production, relation clientèle, régulation et logistique de ce réseau, d'aboutir à une diminution des effectifs de 3 800 postes. Sur la base de ce chiffre, et en soumettant la totalité des activités à une contrainte de productivité (fin de la montée en charge des FSE, mais aussi mutualisation plus accentuée, reconfiguration du réseau, regroupements de caisses…), les gains pourraient alors être significativement plus importants et avoisiner les 10 000 postes sur la période 2004-2012.

Ce raisonnement vaut aussi pour la branche retraite alors même qu'elle sera, au cours des prochaines années, dans une situation différente par rapport aux autres branches. En dépit du fort accroissement des départs en retraite et des effets conséquents de la réforme de 2003[154], elle ne saurait être exonérée pour autant de la nécessité de réaliser des gains de productivité.

Pour la branche recouvrement, les départs attendus devraient encourager le développement du chèque-emploi-service et de la procédure de versement en lieu unique des cotisations sociales pour les entreprises multi-établissements. Ces procédures mobilisent en effet des moyens humains moindres que celles auxquelles elles se substituent.

B – La nécessité d'une politique volontariste

Les branches du régime général ont donc une opportunité majeure d'améliorer significativement leur productivité dans les années à venir. Cette opportunité ne pourra toutefois être saisie que si une politique plus volontariste est menée.

154. La difficile gestion des « retraites anticipées » à compter de janvier 2004 est un bon exemple des problèmes d'application résultant de la loi.

1 – Une amélioration de la mesure de la productivité

Comme on l'a vu dans la première partie de ce chapitre, ce qui frappe d'abord dans l'étude de la productivité du régime général est l'extraordinaire difficulté de mesurer cette grandeur malgré le foisonnement des statistiques et indicateurs. Les indicateurs synthétiques mis en œuvre par certaines branches sont parfois contestés à la fois dans la validité de leurs résultats et dans leur utilisation comme outil de structuration de la gestion. Dans la branche famille, qui ne dispose pas d'un tel indicateur synthétique, les calculs de pondération des allocataires menés par l'observatoire national des charges permettent de dégager des chiffres jugés acceptables pour décrire l'évolution de la productivité de la majorité des CAF, mais peu de mesures plus détaillées sont disponibles, portant sur les processus de production et les modes d'organisation.

Il paraît donc essentiel d'améliorer la mesure de la productivité globale des branches, en comparant de façon plus précise les évolutions de coûts et les évolutions d'activité, ce qui suppose d'être capable de chiffrer le coût ou l'économie engendrés par les modifications de réglementation, de réaliser une mesure des activités autres que la production et d'intégrer dans l'analyse un suivi rigoureux de l'évolution de la qualité du service rendu (avec une évaluation des surcoûts entraînés par les efforts consentis pour ces améliorations de service).

Il paraît également important de mener, en parallèle, des études ciblées sur les progrès technologiques et sur certains modes d'organisation qui pourraient avoir un impact significatif sur la productivité. A titre d'exemple, pourraient être évalués les gains attendus du développement d'internet et des transmissions électroniques des données, ce qui permettrait de définir avec plus de pertinence les politiques de recrutement dans les prochaines années. Il en est de même des gains éventuels ou des pertes de productivité engendrés par les plates-formes téléphoniques, le développement des accueils et de la production déconcentrés, le choix de la polyvalence des agents et les différentes possibilités de mutualisation des fonctions.

Les systèmes de mesure actuels doivent donc être améliorés. La remontée des données doit se faire de façon de plus en plus automatisée à partir des logiciels d'accueil et de production afin, d'une part, d'en augmenter le nombre et la fréquence sans faire peser de poids excessif sur les agents et, d'autre part, d'améliorer la fiabilité des informations recueillies.

L'information statistique ainsi recueillie, plus pertinente, plus riche et plus fiable, pourra alors être présentée sous forme de tableaux de bord

réguliers et détaillés qui constitueront un outil central de suivi et de pilotage de l'activité de la branche.

2 – Une réflexion sur les missions et l'organisation

Les branches maladie et famille, et, à un degré moindre les branches retraite et recouvrement, se caractérisent par la coexistence de missions définies assez précisément par le cadre législatif ou réglementaire (en particulier la plupart des activités de production) et de missions pour lesquelles la liberté de mise en œuvre est plus importante : c'est en particulier le cas de la gestion du risque, des relations avec les professionnels de santé dans la branche maladie ou de l'action sociale dans la branche famille. En prévision de la souplesse de gestion qu'induira l'accélération du rythme des départs à la retraite, il sera nécessaire, lors la préparation des nouvelles COG, de soumettre toutes les activités hors production à une contrainte de productivité.

Une fois ces actions confirmées ou revues, une réflexion pourrait être utilement menée sur les modes d'organisation retenus au sein de chaque branche. A partir d'une mesure améliorée de la productivité, il sera possible, de déterminer la taille optimale des caisses et des points d'accueil. De même, l'organisation cible la plus pertinente pour les caisses d'une même branche pourra également être mieux définie. De même, il sera possible de choisir les fonctions dont la mutualisation engendrerait les économies les plus significatives et de décider de l'intérêt d'une production et d'un contrôle déconcentrés. Les COG pourront alors fixer des orientations plus précises, relayées par les caisses nationales avec plus de poids qu'aujourd'hui.

3 – Une réflexion sur les niveaux de qualité de service à atteindre

Sous l'impulsion des COG successives qui ont fait de ce thème un axe central de la gestion des branches et qui ont eu tendance à fixer des objectifs de plus en plus élevés, des efforts considérables ont été fournis par le régime général dans son ensemble pour améliorer la qualité du service rendu aux usagers. Ces efforts étaient nécessaires dans la majorité des cas, mais aucune mesure précise des dépenses qu'ils ont engendrées n'a été faite et aucune véritable évaluation de leur rapport coût/avantage n'a été menée préalablement à la négociation des conventions.

Une telle évaluation est aujourd'hui indispensable avant de fixer les objectifs chiffrés des nouvelles COG en la matière. Compte tenu des niveaux souvent élevés de qualité de service atteints dans la majorité des caisses, certaines améliorations supplémentaires risqueraient d'entraîner

un accroissement disproportionné des dépenses. Toutefois, les progrès qui doivent encore être accomplis en ce domaine par certaines caisses pourraient être réalisés à moindre coût si une réorganisation de leur fonctionnement était engagée.

4 – Une démarche de productivité volontariste

a) La mise en place d'une démarche plus complète

Dans les quatre branches, le développement de l'informatique et des systèmes d'information est le domaine qui fait l'objet des programmes les plus précis dans le but de permettre des gains conséquents de productivité. Des objectifs généraux apparaissent également dans les quatre COG en ce qui concerne la gestion des ressources humaines, mais ceux-ci sont le plus souvent trop imprécis pour entraîner une véritable recherche de productivité.

D'autres thèmes sont moins présents dans les COG ou en sont absents, alors qu'ils pourraient susciter des actions porteuses de réels gains de productivité. C'est le cas, en particulier de la nécessaire simplification des procédures actuellement mises en œuvre dans les diverses branches. La démarche exemplaire mise en œuvre avec succès dans la branche famille doit être étendue aux autres branches[155].

b) La définition d'objectifs et indicateurs chiffrés de productivité

L'amélioration de la mesure de la productivité devra se traduire par la définition d'indicateurs plus pertinents en la matière. Sans chercher des indicateurs trop synthétiques -difficiles à bâtir- ou communs aux différentes branches -impossibles en raison de l'hétérogénéité des missions-, il est indispensable d'inscrire dans les prochaines COG des indicateurs peu contestables et donnant une image précise des évolutions d'activité, des coûts de gestion et de la qualité de service. La démarche actuellement entreprise par les branches, sous l'impulsion de la DSS, pour déterminer des indicateurs communs aux branches, doit être poursuivie et aboutir à la détermination de ratios de productivité et de coûts de production dans toutes les branches. Des niveaux chiffrés à atteindre en fin de convention doivent également être fixés et un dispositif de sanction budgétaire doit être mis en place si ces niveaux n'étaient pas atteints.

155. Une démarche similaire proposée par la branche retraite n'a pas abouti, faute de réponse de la tutelle.

Au-delà, la productivité des branches doit être abordée de manière globale en y intégrant les coûts des investissements en capital, liés notamment au recours aux nouvelles technologies.

c) L'extension, dans la mesure du possible, de la logique de productivité aux opérations autres que la production

Même si elles se prêtent moins aisément à des mesures de productivité, les fonctions autres que l'accueil et le traitement des dossiers de remboursement, liquidation de prestations ou recouvrement doivent faire l'objet dans les COG, davantage qu'aujourd'hui, d'une mise en place d'incitations à la performance des agents. Des indicateurs doivent donc être définis et le calcul de l'intéressement dans les branches doit également tenir compte des résultats obtenus dans ces secteurs.

d) La mise en place d'une contrainte budgétaire ajustée

La définition des enveloppes budgétaires pluriannuelles fixées dans les COG est un exercice difficile faisant l'objet de longues et délicates négociations entre les branches et l'Etat. En effet, en l'absence de mesure très précise de la productivité, il est difficile d'évaluer exactement les marges dont dispose une branche à un moment donné ainsi que leur évolution les années suivantes. Les enveloppes arrêtées sont donc par nature critiquables, trop strictes pour les uns et trop généreuses pour les autres. Il est cependant souhaitable que la base de calcul actuellement fondée sur la consommation budgétaire de la dernière année de la COG en cours soit revue (cf. supra chapitre V).

Enfin, et plus fondamentalement, dans le cadre de la négociation des nouvelles COG, il est indispensable de prendre en compte les économies de gestion significatives que permettront à la fois le développement des nouvelles technologies et l'accélération du rythme des départs à la retraite.

SYNTHESE

La productivité apparente du travail des quatre branches du régime général a peu progressé ces dernières années malgré l'amélioration continue des technologies utilisées dans la production et la gestion. Au-delà des spécificités de chacune des branches, trois facteurs communs expliquent en grande partie cette évolution : les recrutements liés à la réduction de la durée légale du temps de travail, à l'origine d'une perte de productivité apparente par tête d'environ 6 % ; l'accent mis sur

l'amélioration de la qualité de service, génératrice de coûts ; enfin, la recherche peu active de gains de productivité.

Dans les prochaines années, le régime général va bénéficier de deux évolutions qui rendront possibles des gains significatifs de productivité : le développement de la dématérialisation et la forte accélération du rythme des départs à la retraite.

Toutefois, pour que les gains promis soient réellement acquis, il semble nécessaire de mettre en œuvre une politique plus volontariste qu'aujourd'hui. Cette politique devrait comporter une mesure plus précise des facteurs de productivité, une réflexion sur la pertinence de certaines missions et organisations, la définition d'un niveau réaliste de qualité de service à atteindre et la mise sous tension des organismes au moyen d'objectifs et indicateurs chiffrés et d'une contrainte budgétaire adaptée.

RECOMMANDATIONS

31. Dans les branches famille et maladie, mettre en place des indicateurs d'activité couvrant la totalité des activités des branches.

32. Doter les trois branches qui en sont encore dépourvues d'un ratio de productivité portant sur la totalité du champ de leurs activités qui tienne compte du poids respectif de chacune d'entre elles.

33. Dans les nouvelles COG, faire dépendre les mécanismes d'intéressement du respect des ratios de productivité qui y figureront.

34. Mesurer les gains de productivité que pourraient permettre dans les prochaines années le développement des technologies de l'information et l'accélération du rythme des départs à la retraite.

35. Mesurer le coût des améliorations supplémentaires de qualité de service qui pourraient être souhaitées.

36. A partir de ces mesures et d'une réflexion sur les missions et les manières de les remplir (organisation des caisses, qualité de service à atteindre), définir des objectifs chiffrés ambitieux pour les indicateurs de productivité et fixer des enveloppes budgétaires adaptées.

CE CHAPITRE N'APPELLE PAS DE REPONSE DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES

Chapitre X

Organisation régionale de la santé et de l’assurance maladie

PRESENTATION

L'organisation territoriale de l'assurance maladie ne peut être appréciée au regard du seul critère de la gestion de cette branche de la sécurité sociale. L'implication des structures locales de la branche dans la maîtrise des dépenses d'assurance maladie, leur participation au pilotage du système hospitalier au travers des ARH comme leur contribution à l'élaboration et au financement de la politique de santé publique en font des intervenants essentiels de la politique de santé au plan régional et local. Les préoccupations de gestion de l'assurance maladie doivent donc être appréhendées dans une perspective plus large en examinant les interfaces entre les caisses locales, les URCAM, les CRAM, les CPAM d'une part et les autres acteurs de la santé en région d'autre part. La Cour a conduit des investigations dans six régions pour examiner les conditions d'exercice de leurs missions respectives et les problèmes d'organisation que pose aujourd'hui l'imbrication de leurs compétences.

Dans son rapport de septembre 2000, la Cour avait une première fois apprécié les conditions de pilotage de la politique de santé et d'assurance maladie en région[156] au moment où venaient de se mettre en place les organismes et procédures prévus par les ordonnances de 1996. Elle a, par la suite, examiné de manière plus particulière le fonctionnement de certains organismes régionaux[157]. La Cour souhaite mesurer, aujourd'hui, les évolutions intervenues alors que la circonscription régionale a été considérée de plus en plus comme l'échelon de référence des politiques de santé et d'assurance maladie.

L'ambition de structurer le pilotage de la santé et de l'assurance maladie au niveau régional a reçu une réponse institutionnelle, conduisant à multiplier les instances. Chacune d'entre elles s'est vu confier des missions larges. En outre, les responsabilités qu'elles exercent traduisent, dans certains cas, une dérive par rapport aux objectifs initiaux accroissant l'enchevêtrement des compétences. Au total, l'échelon régional ne contribue de manière significative ni au développement de la politique de santé publique ni à la gestion du risque et à la maîtrise de la dépense.

156. « Le pilotage de la politique de santé : l'organisation régionale », pp. 255 et suivantes du rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2000.

157. Les ARH et les politiques régionales et locales de gestion du risque maladie ont fait l'objet de développements dans les rapports sur la sécurité sociale de 2002 et 2003.

Les principales étapes de la construction régionale

Un système de santé fondé sur des acteurs autonomes :

- des médecins libéraux et plus de 3 000 établissements de santé autonomes ;

- 128 caisses primaires d'assurance maladie dotées de la personnalité morale et d'un conseil d'administration ;

- des collectivités territoriales aux responsabilités propres ;

- une intervention des mutuelles, des associations…

Une organisation progressive de l'offre de soins hospitaliers

Loi hospitalière du 31 décembre 1970 : création de la carte sanitaire, premier instrument de planification des structures de soins basé sur un découpage du territoire national ;

Loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière : création des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) ;

Ordonnance du 4 septembre 2003 relative à la simplification de la planification sanitaire et à l'élaboration des SROS.

Un dispositif d'amélioration de la gestion du système de santé et de la promotion de la qualité des soins :

Loi du 4 janvier 1993 : création des unions régionales de médecins libéraux (URML).

Un développement progressif de la politique de santé publique :

- création des observatoires régionaux de santé à partir des années 1980 ;

- création des programmes régionaux de santé (PRS) en application d'une ordonnance de 1996, par décret du 17 avril 1997 et des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) par la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 ;

- loi du 4 mars 2002, loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et loi du 17 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

Une participation récente à la maîtrise de la dépense :

Ordonnance du 24 avril 1996 :

- créant les agences régionales d'hospitalisation (ARH) et les unions régionales de caisses d'assurance maladie (URCAM) ;

- renforçant les pouvoirs donnés à la CNAM sur son réseau.

I - Des acteurs aux pouvoirs limités

Quel que soit leur champ de compétence, les structures régionales demeurent fragiles.

A – Les structures en charge de l'observation et de la connaissance

L'observation de la situation sanitaire locale et l'élaboration des politiques visant à l'améliorer sont dispersées entre de nombreux organismes et instances[158] qui font appel à des sources multiples tant nationales que locales, différentes dans leur organisation et leurs finalités. C'est en effet la combinaison de l'ensemble des données issues de ces différents systèmes de recueil qui peut tenter de rendre compte de la diversité des états de santé des individus et de la population.

La Cour a plus particulièrement examiné deux structures proprement régionales ou interrégionales chargées de cette collecte : les observatoires régionaux de santé (ORS) du fait de leur contribution à la politique régionale de santé publique et les cellules interrégionales d'épidémiologie d'intervention (CIRE) en raison de leur rôle en cas de crise sanitaire.

La création des ORS a été encouragée par deux circulaires de la direction générale de la santé (DGS) de 1982 et 1985 afin d'améliorer la connaissance de l'état de santé et des besoins de la population, dans le cadre d'une mission d'observation scientifique et d'aide à la décision.

Leur statut juridique n'est pas dépourvu d'ambiguïtés. Bien qu'ils aient été constitués pour la plupart sous forme associative[159], l'Etat y tient une place privilégiée et est encore représenté au sein de certains conseils d'administration, en contradiction avec les directives de 2002 de la DGS prévoyant que les fonctionnaires du ministère se retirent de tous les conseils d'administration où ils étaient présents, afin d'éviter la confusion entre fonctions de tutelle et de gestion. L'Etat est également le principal financeur. Ses subventions atteignent, selon les ORS, entre 40 et 80 % de leurs ressources totales, auxquelles s'ajoute la rémunération de prestations particulières. Enfin, il établit chaque année un programme de travail pour les ORS pour ce qui concerne ses propres priorités nationales et locales

158. C'est ainsi que notamment les ministères de la santé et de l'éducation nationale avaient envisagé en 1995 la création d'un réseau d'instituts universitaires de santé publique, créés sous forme de GIP, dont seuls deux ont vu le jour.

159. A l'exception de la Guadeloupe, de la Guyane et de l'Ile-de-France.

En dépit de leur volonté de se définir comme une ressource objective et indépendante au service de tous les partenaires, les ORS peinent à mobiliser d'autres sources de financement. Les collectivités territoriales interviennent pour à peine plus de 20 % de leurs moyens. Les trois-quarts des subventions des régions se concentrent sur quatre ORS historiquement ou juridiquement proches de ces collectivités[160]. L'implication financière des conseils généraux s'est réduite entre 1997 et 2002 alors même que les départements ont des compétences sanitaires et sociales. La participation des villes est exceptionnelle. L'assurance maladie finance pour sa part 6 % des budgets des ORS avec d'importantes disparités selon les régions. Le financement demeure ainsi éclaté, précaire et sans véritable logique d'ensemble.

S'il était prévu que ces instances demeurent des structures « techniques légères », la situation actuelle témoigne d'une dispersion de moyens humains aux compétences diversifiées (médecins, épidémiologistes, statisticiens, sociologues, géographes et administratifs) entre 26 organismes : 18 ORS sur les 26 existant ont un effectif moyen de 6,3 ETP salariés, donc un salarié par type de métier, ce qui fragilise la structure et restreint sa capacité opérationnelle, alors qu'aucune donnée objective sur la santé de la population ne justifie l'émiettement de l'observation entre un nombre aussi élevé de structures.

La création de la fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS) a été la seule initiative de nature à structurer le réseau et soutenir le niveau technique des plus petites mais ses pouvoirs demeurent limités.

Les ORS ne participeront pas de droit aux groupements régionaux de santé publique (GRSP) prévus par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Les plus modestes des ORS risquent donc d'être laissés à l'écart des procédures d'appel d'offre que les DRASS seront incitées à lancer pour accompagner les programmes régionaux de santé et de se trouver encore davantage fragilisés, alors même qu'ils participaient à l'élaboration des PRS et des PRAPS.

De création plus récente, les CIRE représentent l'échelon territorial des dispositifs de veille sanitaire. Ce dispositif spécialisé initié en 1995 repose sur un cadre juridique original : l'autorité hiérarchique exercée sur ces structures par les DRASS s'articule avec l'encadrement scientifique qu'assure l'institut national de veille sanitaire (InVS) et qui garantit la qualité des travaux menés en région.

160. Ile-de-France, Guyane, Nord-Pas-de-Calais et PACA.

Les 16 CIRE existant en 2004 couvrent tout le territoire national en regroupant parfois jusqu'à trois régions. L'implantation d'une CIRE par région ne se justifie pas compte tenu de la faible taille de certaines d'entre elles, d'autant que le recrutement peut s'avérer difficile du fait des exigences de l'InVS en matière de compétences scientifiques. A la fin de l'année 2003, pour un effectif théorique total de 90 postes, les CIRE ont en moyenne un poste vacant sur cinq. Leur taille limitée restreint leur capacité à intervenir autrement que sur des crises ponctuelles.

B – Les institutions chargées des politiques de santé publique

Au plan local, les services déconcentrés de l'Etat en région (DRASS) et dans les départements (DDASS) jouent un rôle prépondérant, par rapport aux autres acteurs, dans la définition des politiques de santé publique, afin de garantir une égalité de traitement entre les populations. Ils s'appuient sur des instances de concertation dont la composition a varié dans le temps et leurs compétences doivent s'articuler avec celles des collectivités territoriales.

1 – L'organisation des services déconcentrés de l'Etat

La répartition des rôles entre l'échelon régional (DRASS) et l'échelon départemental (DDASS) aurait pu être organisée en confiant au premier la conception et au second la mise en œuvre : la réalité est plus complexe.

En effet, le code de la santé publique confie aux DDASS les actions de promotion et de prévention en matière de santé publique. En l'absence de lien hiérarchique entre l'échelon régional et l'échelon départemental du ministère en charge de la santé, la coopération est essentiellement fondée sur les bonnes volontés réciproques, le comité technique régional et interdépartemental (CTRI) constituant le cadre de cette collaboration. Par ailleurs, sur des sujets comme la santé mentale et la lutte contre la drogue, le département peut être le lieu de la conception, de l'élaboration et de l'organisation coordonnée de politiques de santé publique car les services qui concourent à ces plans de santé publique sont implantés au niveau départemental : conseil départemental de santé mentale pour l'élaboration du schéma départemental de psychiatrie[161], comité de pilotage départemental de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

161. Il sera intégré dans le SROS.

En outre, les groupes de travail constitués pour l'élaboration des programmes régionaux se superposent à d'autres comités chargés d'apporter leur expertise aux services déconcentrés dans le cadre de la déclinaison locale de certains objectifs nationaux : comités régionaux des retraités et personnes âgées (CORERPA) pour les personnes âgées, comité technique régional de dépistage du cancer, commission régionale de la naissance… Cette redondance d'outils de concertation peut engendrer un esprit de compétition entre groupes et structures, amener des rivalités entre acteurs de terrain et nuire à la cohésion d'ensemble du dispositif de santé publique au plan local.

2 – Les instances de concertation

L'ambition d'une meilleure articulation entre santé et assurance maladie au sein de la circonscription régionale aurait due être favorisée par les nombreuses instances consultatives successivement créées. Le comité régional des politiques de santé créé par la loi du 29 juillet 1998 a effectivement eu un rôle positif (voir infra, section II).

Le dispositif a cependant été fragilisé par l'instabilité institutionnelle que ces instances ont connue, en dépit de certaines initiatives locales. La loi du 4 mars 2002 a redéfini les conditions d'élaboration et de concertation des politiques de santé en visant à renforcer la démocratie sanitaire. Les instances consultatives précédemment rattachées au préfet ou à l'ARH ont été regroupées dans des conseils régionaux de santé. Ce dispositif est toutefois resté lettre morte, faute de décrets d'application.

Malgré la disparition de leur base légale, certains comités régionaux des politiques de santé ont continué à se réunir, le gouvernement ayant annoncé à l'été 2002 qu'une nouvelle réforme interviendrait. La mission de concertation et de suivi des objectifs et programmes régionaux de santé publique devrait incomber, depuis le vote de la loi relative à la politique de santé publique, à une conférence régionale de santé où siègeront des représentants de l'Etat, de l'assurance maladie, des collectivités territoriales, des usagers du système de santé, du conseil national de l'ordre, des institutions publiques et privées de santé, de l'observatoire régional de santé et des personnalités qualifiées.

Le fonctionnement des instances de concertation reste ainsi en attente de clarification et d'organisation.

3 – Les compétences des collectivités territoriales

Les communes et les départements ont de longue date des attributions sanitaires. Les pouvoirs généraux de police du maire relatifs à l'hygiène du milieu et à la salubrité trouvent leur origine dans la première loi de santé publique promulguée en 1902. Les responsabilités qui incombent actuellement aux départements en matière de lutte contre la tuberculose, contre certaines maladies sexuellement transmissibles et dans l'organisation et le financement du dépistage précoce des cancers sont appelées à être réduites dans le cadre de la loi du 17 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales ; elles vont être transférées à l'Etat. Pour leur part, les régions sont dépourvues de compétences propres en matière de santé et, de ce fait, investissent peu dans ce domaine. L'émergence de la région comme circonscription prioritaire de la politique de santé et d'assurance maladie n'a donc pas trouvé jusqu'ici de correspondance dans les compétences des collectivités locales.

Si l'implication des collectivités territoriales a connu une impulsion nouvelle, c'est au travers de procédures contractuelles, qui leur permettent de s'engager dans des domaines ne relevant pas strictement de leur compétence. 18 régions sur 26 ont signé des contrats de plan dans lesquels figure un volet santé. Les ateliers « santé-ville » prévus dans les contrats de ville concrétisent l'engagement des grandes agglomérations dans des actions de santé ; ils visent à promouvoir le développement de programmes locaux de santé, en cohérence avec la démarche des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) afin de lutter contre les processus d'exclusion sociale et de dévalorisation de certains quartiers urbains.

C – Les instances chargées de l'organisation de l'offre de soins et de sa qualité

1 – La structure juridique des ARH fragilise leur fonctionnement

L'ordonnance du 24 avril 1996 a créé les agences régionales d'hospitalisation (ARH). La structure juridique retenue est celle d'un groupement d'intérêt public (GIP), donc dépendant des moyens fournis par ses membres (Etat et assurance maladie). Si la souplesse de cette formule était sans doute de nature à faciliter l'adhésion de l'assurance maladie à la réforme, elle n'est pas à la hauteur de la difficulté des missions confiées aux ARH. Elle pose des problèmes de gestion et d'autorité hiérarchique. L'ARH ne dispose que d'un personnel propre très réduit, « l'équipe rapprochée » du directeur. Pour le reste, le personnel est

mis à disposition par l'assurance maladie (CRAM, ERSM) d'une part et par les DRASS et les DDASS d'autre part.

Le principe retenu à l'origine a été que chacune des CRAM allouerait à l'ARH un nombre d'agents (ETP) équivalent à celui qu'elle consacrait auparavant au secteur hospitalier. Cette référence à la situation de 1996-1997 n'a pas été modifiée depuis, en raison notamment de la complexité des négociations qui seraient nécessaires. L'évolution des effectifs mis à disposition dans certaines régions affecterait en effet l'équilibre global existant entre l'Etat et l'assurance maladie. Le statut de GIP conféré aux ARH n'est donc pas favorable à l'adaptabilité de leurs moyens. Or, les effectifs mis à disposition par les CRAM sont très inégaux : par exemple, 64,3 agents en Rhône-Alpes et 23 en PACA. Ces disparités montrent que la situation antérieure à 1997 n'était pas rationnelle et n'aurait donc pas dû continuer à servir de référence. L'hétérogénéité des contributions des CRAM souligne au demeurant l'absence d'une logique d'ensemble dans le partage des rôles entre l'Etat et l'assurance maladie.

En l'absence de normalisation du contenu de l'annexe aux conventions constitutives des ARH précisant les moyens mis à disposition par les membres du GIP, la présentation de cette annexe varie considérablement d'une région à l'autre, ce qui rend une agrégation impossible et complique le suivi du respect des engagements.

Selon les présentations généralement faites de la contribution de l'assurance maladie, celle-ci serait de 1 080 ETP[162]. Cependant les chiffres résultant de la comptabilité analytique de l'assurance maladie et des données du service médical montrent une contribution effective totale de 850 ETP seulement[163].

Au-delà de ces questions relatives aux moyens, la conception même du GIP pose des problèmes structurels.

En premier lieu, au sein de l'instance dirigeante, la commission exécutive, les directeurs des DRASS siègent aux côtés des directeurs des caisses, alors qu'ils assurent par ailleurs la tutelle de ces dernières.

---

162. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2002.

163. Selon le contrôle de gestion de la CNAM, les CRAM travaillent pour 6,35 % de leur temps-agent sur l'hospitalisation et cela uniquement au sein des ARH, ce qui représente 552 emplois. Par ailleurs, selon les données de l'ENSM, les échelons régionaux de ce service contribuaient pour 298 ETP au programme de travail des ARH au 31 décembre 2001, soit ce qui était prévu dans les conventions constitutives des agences.

En second lieu, le directeur de l'ARH ne dispose pas d'une autorité sur les agents mis à sa disposition, ceux-ci demeurant intégrés dans leur structure d'origine. C'est un nombre global d'équivalents temps plein qui est mis à sa disposition et non des agents nominativement énumérés. Cette absence de prise directe contribue à expliquer l'incertitude sur les moyens effectifs. Se combinant avec la complexité de l'organisation, elle entraîne vraisemblablement une déperdition d'efficacité[164].

2 – L'association des professionnels libéraux

a) La mise en place tardive et modeste des URML

Créées par la loi du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie, les unions régionales de médecins exerçant à titre libéral (URML) avaient initialement pour but de contribuer à la mise en œuvre d'un dispositif de maîtrise médicalisée, concertée et décentralisée des dépenses. Elles regroupent les médecins en activité dont les prestations donnent lieu à paiement d'honoraires et qui sont conventionnés par la sécurité sociale. Leur financement est assuré par une cotisation à la charge de ces derniers (0,5 % du revenu professionnel plafonné comme en matière de cotisations sociales). Egalement répartis entre médecins généralistes et médecins spécialistes, leurs responsables sont élus pour 6 ans au scrutin proportionnel sur des listes présentées par les organisations syndicales dans le cadre de deux collèges distincts.

Pour la plupart des URML, leur activité n'a réellement débuté qu'à la suite des élections professionnelles de 2000. Elle repose, à titre principal, sur l'investissement personnel de praticiens qui conservent généralement par ailleurs une activité professionnelle à plein temps (en cabinet et/ou en établissement de santé). Modeste, le niveau de la compensation qui leur est versée conduit à situer vers la fin de journée ou de semaine le temps qu'ils consacrent à l'union.

Dans ce contexte, le concours de collaborateurs salariés constitue une condition déterminante à l'exercice de leurs missions par les URML (notamment pour la conduite d'études, l'élaboration de documents et l'analyse de projets). Or, dans beaucoup d'unions, le nombre de ces collaborateurs est encore faible. Plus que le niveau des moyens financiers (le produit de la cotisation précitée s'est élevé à 16,3 M€ en 2003), c'est

164. Rapport de la mission réalisée par des directeurs de projet à la DHOS à la demande des caisses nationales et du ministère.

une perception encore insuffisante des besoins de gestion qui explique cette faiblesse.

b) L'ordre des médecins

L'ordre des médecins où sont inscrits l'ensemble des médecins, actifs ou non, indépendamment du cadre, libéral ou salarié, de leur exercice professionnel[165] n'est qu'imparfaitement représenté en région.

Dans son organisation interne, l'échelon régional avait, jusqu'à récemment, deux fonctions : l'une électorale, l'élection des membres du conseil national ayant lieu dans le cadre de circonscriptions régionales, l'autre disciplinaire.

Des coordinations régionales des conseils départementaux, animées par des conseillers nationaux ou des présidents de conseil départemental, avaient été instaurées depuis les années 1970. Toutefois, ces enceintes informelles d'information et d'échanges n'avaient pas procuré à l'ordre une représentation identifiée auprès des acteurs régionaux de la politique de santé.

Afin de remédier à cette lacune, la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé a créé un conseil régional (ou interrégional) de l'ordre des médecins doté d'une existence et de moyens propres par rapport aux conseils départementaux. En l'absence de décret d'application, cette nouvelle instance n'a pas été mise en place à ce jour et sa vocation demeure imprécise.

Enfin, alors qu'existe au plan national un conseil national des professions de santé (CNPS), il n'existe pas à ce jour de conseil régional des professions de santé, malgré les projets envisagés à diverses reprises. Seuls les médecins ont donc, dans les limites évoquées pour l'ordre et, précédemment, pour les URML, une certaine organisation régionale.

D – L'assurance maladie en région

L'assurance maladie dispose au niveau régional de deux structures pricipales, la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM), propre au régime général, et les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), commune aux différents régimes.

165. A l'exception des médecins des armées et des médecins inspecteurs de santé publique qui ne sont pas inscrits aux tableaux tenus par les conseils départementaux.

Chacune de ces structures pose des problèmes d'organisation et aucune des deux n'est susceptible de jouer le rôle d'échelon régional de l'assurance maladie.

1 – Les CRAM

Les caisses régionales d'assurance maladie, malgré leur nom, interviennent à la fois pour trois branches du régime général, la vieillesse, les accidents du travail et maladies professionnelles, la maladie. Pour ce qui concerne cette dernière, elles « assument les tâches d'intérêt commun aux caisses primaires de leur circonscription »[166]. Elles ont en outre, sur le même plan que les CPAM, des compétences en matière de prévention, d'information et d'éducation sanitaire[167] dans le cadre de programmes définis par l'Etat. Leur mission est donc, selon les textes eux mêmes, limitée et ne s'étend pas à la conception d'une politique régionale ou à la coordination des actions des CPAM.

En outre, dans la pratique, si elles jouent un rôle important en matière d'hospitalisation publique et privée, elles ne remplissent dans aucun domaine le rôle de mutualisation des tâches qui leur est conféré. De même, leur rôle en matière de prévention, d'information et d'éducation sanitaire, s'il s'exerce, bien que de manière trop limitée, à l'égard des risques professionnels, n'est pratiquement pas exercé dans le champ couvert par l'assurance maladie.

2 – Les URCAM

Créées par l'ordonnance de 1996, les URCAM ont pour objet la définition et la mise en œuvre d'une politique de gestion du risque dans leur ressort territorial.

Elles sont destinées à pallier les inconvénients du morcellement des régimes d'assurance maladie et de l'existence, dans certains d'entre eux, d'un nombre élevé de caisses locales, sans remettre en cause ni l'existence des différents régimes ni leur organisation territoriale.

Ce parti pris et la manière dont il a été mis en œuvre font que les URCAM, si elles ont favorisé des travaux en commun, demeurent des structures faibles, à l'objet limité et au fonctionnement trop complexe.

Par ailleurs, elles ont très vite vu disparaître l'une des missions essentielles pour lesquelles elles avaient été créées, la gestion

166. Article 5 de l'ordonnance n° 67-706 du 21 août 1967 et article L. 251 du CSS.
167. Article L. 262-1 du CSS.

d'enveloppes régionales de l'assurance maladie, à la suite de l'échec de cette tentative dès 1998.

a) Des structures complexes

Le nombre d'organismes membres de certaines URCAM traduit le morcellement de l'assurance maladie : jusqu'à 20 caisses en Rhône-Alpes (12 CPAM, 6 MSA et 2 CMR), 19 dans le Nord-Pas-de-Calais et 17 en Midi-Pyrénées.

Le souhait contradictoire que les divers régimes disposent de représentants au conseil d'administration, mais que celui-ci ne soit cependant pas trop nombreux a conduit à ce que, dans certaines régions, toutes les CPAM ne soient pas représentées au conseil d'administration.

Pour pallier cette situation, une autre instance, la conférence des présidents, a été mise en place. Elle est composée des présidents de tous les organismes membres de chaque URCAM. Cette instance supplémentaire alourdit le système, tout en n'ayant qu'un rôle limité puisqu'elle ne se réunit qu'une fois par an. Le comité technique de l'URCAM réunit, pour sa part, les directeurs de toutes les caisses, les médecins régionaux des services médicaux des principaux régimes et le directeur de l'ARH. Sa composition pléthorique dans beaucoup de régions -jusqu'à 50 membres- a généralement conduit à créer un secrétariat permanent.

Un système où coexistent deux instances « politiques » (le conseil et la conférence des présidents) et deux instances « techniques » (le comité technique et le secrétariat permanent) est à l'évidence peu opérationnel.

b) Le problème de la représentation du régime général

Les CRAM ne sont pas membres des URCAM et n'ont pas de représentants à leur conseil d'administration, alors même que les textes leur donnent compétence en matière de prévention, d'information et d'éducation sanitaire. Elles participent seulement au comité technique.

Contrairement au régime des indépendants, structuré au plan régional et au régime agricole qui a constitué une association régionale qui le représente au conseil de l'URCAM le régime général ne dispose en outre d'aucune autre instance régionale propre.

Pour compenser à la fois l'absence des CRAM au conseil des URCAM et celle d'échelon régional propre, le régime général a créé, par

lettre du 22 mai 2003, un comité de liaison régional comprenant le directeur de l'URCAM, celui de la CRAM et le médecin chef de l'échelon régional du service médical. Cette création ne peut cependant être qu'un palliatif partiel.

c) L'ambiguïté du fonctionnement inter-régimes

L'URCAM est en principe inter-régimes, mais le directeur de la CNAM nomme les directeurs des URCAM dans les mêmes conditions que les directeurs des caisses.

Après avoir longtemps paru négliger les URCAM, le régime général a tendu, dans la période récente, à les considérer comme ses relais[168], notamment dans la mesure où il ne dispose pas d'un échelon régional qui lui soit propre.

Au total, la contribution opérationnelle des autres régimes étant faible, les URCAM présentent les inconvénients d'un système inter-régimes, notamment sa lourdeur, sans en retirer d'avantage notable, tandis que le régime général y joue un rôle prépondérant, sans pouvoir pleinement les utiliser comme son échelon régional. Alors que le problème essentiel est de structurer au niveau régional le régime général qui représente 90% des dépenses d'assurance maladie, il n'a pas été traité par les réformes successives.

Au demeurant, la CANAM, dans une circulaire du 12 novembre 2001, donne aux projets développés au sein de l'URCAM, une priorité inférieure à celle des actions propres à ce régime, bien qu'elle participe au plan national inter-régimes (PNIR) qui définit annuellement les orientations nationales inter-régimes. Elle a constamment réitéré cette position. De son côté le régime général établit pour son propre compte un programme régional hospitalier (PRH).

d) Des missions partielles, mal explicitées et en partie caduques

Les URCAM n'ont pas de responsabilité opérationnelle mais les missions qui leur sont confiées sont en théorie importantes :la préparation du programme régional annuel de gestion du risque (en déterminant notamment la contribution de chacun des organismes adhérents et des services médicaux correspondants) et la coordination de l'activité des échelons régionaux et locaux du contrôle médical de l'ensemble des

168. La création du comité de liaison entre les directeurs de la CRAM, de l'URCAM et le médecin conseil régional, par une simple lettre de la CNAM va dans le même sens et semble considérer l'URCAM comme une composante du régime général.

régimes. Toutefois, en pratique, la première de ces missions est très largement contrainte : l'URCAM doit, en effet, reprendre dans son programme les orientations fixées dans le programme national inter-régimes. Or dans les faits, ces orientations, telles qu'elles sont fixées annuellement par une circulaire des caisses nationales, vont souvent loin dans le détail, réduisant ainsi les marges d'autonomie des URCAM. Pour la part régionale des programmes, elles doivent rechercher un consensus avec les caisses locales en faisant appel à leur volontariat, puisqu'elles sont seules à disposer des moyens opérationnels. Quant à la seconde mission, elle est rendue largement théorique par la faiblesse des effectifs des services médicaux de la mutualité sociale agricole (MSA) et, plus encore, du régime des indépendants ainsi que par le caractère assez centralisé du service médical du régime général.

Ces limites expliquent que les URCAM aient rencontré une certaine difficulté à s'affirmer voire à se situer et se soient tournées principalement vers la réalisation d'études.

Depuis 2003, diverses fonctions nouvelles leur ont été successivement confiées : élaboration d'accords de bon usage des soins, accords sur l'évaluation des pratiques avec les groupements organisés des professionnels de santé, organisation des commissions conventionnelles paritaires régionales (CCPR), participation au comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires et au comité régional de l'observatoire de la démographie des professions de santé.

En outre, elles contribuent désormais à la gestion de la part déconcentrée du fonds pour l'amélioration de la qualité des soins de ville (FAQSV) et du fonds national de prévention d'éducation et d'information pour la santé (FNPEIS). Toutefois, leur rôle réel est à cet égard limité. La décision de l'utilisation des crédits du FAQSV n'appartient pas à l'URCAM, mais à un comité paritaire de gestion régionale du FAQSV où l'URCAM est largement minoritaire. Le rôle des URCAM est encore plus restreint s'agissant du FNPEIS, dont les enveloppes sont réparties par la CNAM non pas entre les URCAM mais entre les CRAM[169]. En effet, l'URCAM n'émet qu'un avis technique destiné à assurer à la CNAM que les projets locaux entrent dans les enveloppes et les objectifs nationaux.

169. Alors même que les CRAM ne sont pas membres de l'URCAM (voir supra). La circulaire inter-régimes du 24 mars 1999 prévoyait de « transférer progressivement à l'URCAM la gestion des fonds régionaux FNPEIS actuellement du ressort de la CRAM ». Ce transfert n'a jamais été réalisé et se heurte en tout état de cause à la contradiction entre l'appartenance du FNPEIS au seul régime général et le caractère inter-régimes des URCAM.

Les extensions récentes de la compétence des URCAM comportent donc aussi diverses limites. Elles ne clarifient pas la relation avec les CRAM. Les tâches supplémentaires résultent d'adjonctions successives plus qu'elles ne traduisent une redéfinition d'ensemble. Elles marquent le passage à des fonctions de gestion dont les URCAM n'ont encore ni l'expérience ni tous les moyens.

Les URCAM emploient au total environ 250 agents. Leur effectif est en général d'une douzaine de personnes[170]. L'essentiel des effectifs consacrés à la gestion du risque est donc dispersé entre les CPAM.

Leur nature d'unions, et non d'agences ou de caisses, jointe au nombre élevé de leurs membres, les limites consécutives de leurs moyens, font que les URCAM ne peuvent fonctionner qu'avec une lenteur et des aléas mal adaptés à la nature et à la difficulté de leur domaine d'intervention et ceci au prix de multiples réunions de leurs diverses instances. Lieu d'un dialogue considéré comme souvent positif entre les régimes et entre les caisses, elles sont en revanche, sauf cas particulier, des structures trop faibles pour jouer un rôle réellement fédérateur.

II - Des activités enchevêtrées et de portée limitée

La multiplication d'acteurs dont les domaines d'intervention se chevauchent engendre une confusion sur les responsabilités respectives des uns et des autres sans toutefois permettre de couvrir l'ensemble du champ des problématiques. Au total, les résultats sont de portée limitée.

A – De nombreuses redondances dans le champ des études

Depuis la création des ORS, des structures et institutions à vocation nationale ont développé une expertise et une compétence reconnue en matière d'observation de la santé, au niveau régional : INSEE, INSERM, DREES et CREDES. Ce dernier qui est presque totalement financé par la CNAM a notamment développé une base de données Eco-santé régional et départemental qui met à disposition des données très proches de celles que la FNORS tente de synthétiser à partir

170. On peut y ajouter l'équivalent d'environ deux ETP, travaillant dans chaque CPAM qui assure la gestion d'une URCAM. Par lettre du 9 mai 2003, la CNAM a pris acte des nouvelles tâches des unions et évalué à 88 postes, donc de l'ordre de 4 en moyenne, l'augmentation nécessaire de leurs effectifs. 48 postes ont été effectivement créés en 2003 par redéploiement à partir des CPAM et des CRAM.

des travaux en région des ORS. Cet accroissement du nombre de bases de données disponibles conduit d'autant plus à s'interroger sur l'utilité réelle des travaux et publications des ORS que l'évaluation de leur qualité n'est garantie par aucune structure externe.

Afin d'accroître leur autonomie à l'égard de l'Etat, les ORS ont développé des partenariats divers, notamment avec les URCAM et les URML sans toutefois être chefs de file de ces travaux. Ils participent également avec ces institutions aux travaux des relais régionaux de l'observatoire de la démographie des professions de santé.

L'opportunité de leur rapprochement avec les CIRE peut également être évoquée. L'activité des CIRE se concentre actuellement sur l'épidémiologie d'intervention et l'évaluation quantitative des risques, principalement dans le domaine des maladies infectieuses et de celles liées à l'environnement. Ce champ d'intervention est appelé à s'élargir à la santé au travail et aux maladies chroniques, ce qui est de nature à rapprocher les CIRE d'autres structures d'observation de la santé et notamment des ORS. Le programme régional de santé publique devrait constituer un autre facteur de rapprochement entre ORS et CIRE.

Le champ des études a été aussi investi par les URCAM compte tenu des limites qu'elles ont rencontrées dans leurs autres missions. Cette activité peut présenter un intérêt lorsqu'il s'agit d'études concernant l'assurance maladie. Cependant, les études des URCAM ont fréquemment porté sur des sujets intéressant davantage la santé publique que l'assurance maladie. En outre, les champs respectifs de leurs études et de celles relevant de l'échelon régional du service médical n'ont pas été précisés. Souvent menées par une seule URCAM, les études n'ont pas toujours une base statistique suffisamment représentative et ont un impact moindre que ne l'aurait un travail sur plusieurs régions. On peut, par exemple s'interroger sur le fait que le Limousin étudie les interactions médicamenteuses, la Lorraine les interactions médicamenteuses formellement contre-indiquées, la Picardie les interactions médicamenteuses chez les personnes de 70 ans et plus. En outre, l'exploitation par l'ensemble des URCAM des résultats des travaux de chacune d'entre elles n'a pas été assurée. Dans la région concernée elle-même, l'étude n'a souvent pas été suivie d'actions puis d'une évaluation des résultats. Les thèmes des études ont souvent été choisis sans relation avec les autres travaux des URCAM, par exemple les actions financées sur le FAQSV ou le FNPEIS. Globalement, les résultats en termes de rationalisation des dépenses et de modération des coûts sont mal connus mais la nature même des travaux fait que ces résultats ne peuvent en général qu'être réduits.

Enfin, URCAM et URML effectuent en commun certaines études ponctuelles dont elles définissent l'objet et assurent le financement (avec parfois le concours du FAQSV). Toutefois, elles se concertent peu fréquemment sur la totalité de leurs programmes d'études. Encore plus rares sont les cas où URCAM et URML définissent un cadre commun, visant la réalisation à la fois d'études et d'actions.

B – Une conduite confuse des politiques de santé

L'enchevêtrement des responsabilités dans la conduite des politiques de santé entre l'Etat et l'assurance maladie se traduit, au niveau local, par une multiplicité d'instances décisionnelles et de programmes d'action.

1 – Une articulation complexe

Les programmes de santé en région répondent au double objectif d'une territorialisation des politiques de santé impliquant la participation de tous les acteurs concernés et d'un décloisonnement entre institutions (services déconcentrés de l'Etat, ARH, URCAM), collectivités territoriales et professionnelles, mais ils constituent un ensemble complexe dont la cohérence n'est pas assurée.

La programmation régionale en matière de santé et d'assurance maladie

Programmes régionaux de santé (PRS) : déterminés par le préfet de région parmi les priorités de la conférence régionale de santé, ils comportent des actions de promotion de la santé, de prévention, de soins, de rééducation, et de réinsertion ; ils sont élaborés et mis en œuvre en coordination notamment avec les collectivités territoriales, les organismes de protection sociale, les institutions et établissements de santé, les professionnels et les associations qui y participent

Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) : voisins des PRS, ils sont prévus par la loi dans l'objectif de lutter contre les inégalités sociales de santé. De ce fait, ils ne portent pas sur une pathologie mais sur les difficultés d'accès à la prévention et aux soins, s'adressent à des publics en situation de précarité, présentent un caractère obligatoire et doivent être déclinés en plans départementaux.

Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) : arrêtés par le directeur de l'ARH, ils ont pour objet de prévoir et de susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins ainsi que les coopérations, notamment entre établissements de santé, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé.

Schémas régionaux d'éducation pour la santé (SREPS) : prévus par le plan national d'éducation pour la santé de février 2001, et élaborés à

partir de 2002, ils sont destinés à renforcer les compétences en éducation à la santé et à améliorer les méthodes d'évaluation de projets. Ils complètent l'organisation régionale puisque les PRS, PRAPS et SROS comportent tous un volet prévention et éducation pour la santé.

Programmes territoriaux de santé : prévus par une circulaire DGS/DATAR du 16 avril 2003 relative à l'expérimentation des démarches locales partagées de santé et d'action sociale et médico-sociale dans le cadre des projets territoriaux de développement, ils intègrent la déclinaison locale des PRS, le volet santé des contrats de ville et d'autres actions de santé promues par l'Etat (éducation nationale), les collectivités territoriales et l'ensemble des acteurs de santé, dans un ensemble cohérent et intégré d'activités articulées avec les besoins recensés et les ressources disponibles. Ces instruments de programmation plus précis que les PRS ont valeur contractuelle entre les acteurs.

Programmes régionaux de l'assurance maladie (PRAM) : conçus par les URCAM avec les CPAM, ils sont l'expression des priorités de l'assurance maladie au niveau régional. Ils intègrent les priorités des caisses nationales telles que notamment définies par le plan national inter-régimes de gestion du risque (PNIR) et portent sur la gestion du risque, la prévention et l'observation.

Programmes régionaux hospitaliers (PRH) : élaborés principalement par les CRAM et le service du contrôle médical, ils expriment les priorités de l'assurance maladie sur l'hôpital. Ils sont souvent annexés aux PRAM.

La DRASS, l'ARH et l'URCAM affirment chacune des responsabilités en matière de prévention et de santé publique au travers d'outils de programmation qui leur sont propres. Les PRS et les PRAPS et plus récemment les schémas régionaux d'éducation pour la santé (SREPS) élaborés par les DRASS concernent chacun la prévention et l'éducation pour la santé ; les SROS, préparés par les ARH, partent comme les PRS des besoins de santé et des priorités définies par les conférences régionales de santé pour établir une planification des disciplines, une régulation de l'offre de soins dans les établissements de santé ainsi qu'une amélioration de leur organisation. Les programmes régionaux de l'assurance maladie (PRAM) conçus par les URCAM qui expriment les priorités de l'assurance maladie au niveau régional portent sur le champ propre à l'assurance maladie mais aussi sur la prévention et l'observation.

Chacun de ces plans se focalise sur des champs différents et bien identifiés mais comporte des zones de recoupement avec les autres, ce qui pose la question de leur articulation. Les pratiques et les approches divergent selon les régions, ne permettant pas une appréhension uniforme des liens établis entre eux : certaines URCAM intègrent systématiquement dans leur PRAM les actions prévues dans le PRS, d'autres opèrent une sélection en fonction des priorités définies lors de la

préparation du PRAM, d'autres enfin semblent refuser la convergence des problématiques.

Cette hétérogénéité des pratiques se rencontre de la même façon dans les conditions d'intégration des thèmes des PRS dans les chapitres des SROS portant sur des priorités de santé publique (cancer, suicide, périnatalité, accès aux soins). Les attentes distinctes des ARH et des DRASS, bien que ces dernières soient membres des ARH, ne conduisent pas à des démarches véritablement complémentaires ; l'une privilégie l'approche par l'offre hospitalière et l'autre celle de la prévention et de la santé publique. Cette différence d'objectifs met en évidence les risques de juxtaposition d'une politique d'organisation des soins d'une part et d'une politique de promotion de la santé publique d'autre part.

De leur côté, les PRAPS, pour se situer au plus près des besoins des bénéficiaires mobilisent à la fois des programmes de santé et d'autres programmes impliquant les services départementaux et municipaux ainsi que les associations. Ces derniers font parfois référence aux populations concernées par le schéma départemental accueil, hébergement, insertion (AHI), au programme départemental d'insertion, au programme local de l'habitat, aux plans locaux d'insertion par l'économie. L'interface avec les services sociaux accroît ainsi le nombre des intervenants.

Cette multiplicité d'instances et de programmes intègre peu les URML. La participation de ces dernières semble cependant plus active lorsqu'elles ont été considérées comme des partenaires à part entière dès la définition des objectifs et des actions. En tant qu'organisme représentatif des médecins libéraux, les URML estiment devoir jouer un rôle de co-décideur, et non de simple opérateur, de la politique de santé concertée en région. A cet égard, la composition du nouveau groupement régional de santé publique prévue par la loi relative à la politique de santé publique qui omet les URML, paraît de nature à créer une distance institutionnelle préjudiciable à une meilleure prise en compte des enjeux de santé publique par les médecins libéraux.

Pourtant, la sollicitation des médecins libéraux a un caractère stratégique, tout particulièrement pour la diffusion de messages de prévention auprès de leurs patients. Pour la mise en œuvre d'actions de prévention de comportements à risque et de dépistage, les acteurs publics disposent en effet, au niveau territorial, de deux relais possibles : des partenaires associatifs auxquels ils apportent un soutien financier et les professionnels de santé, médecins de ville notamment qui paraissent à même d'atteindre la population la plus large. La capacité des URML à mobiliser les médecins libéraux est toutefois inégale.

La mise en place par les URML de réseaux de médecins, relais de terrain allant démarcher leurs confrères dans un cadre infra régional voire infra départemental serait nécessaire à une meilleure diffusion des préoccupations de santé publique, à la promotion de l'évaluation des pratiques professionnelles et à une plus large connaissance des services que les URML peuvent rendre à la profession.

2 – Des financement croisés trop fréquents

Les procédures de co-financements retenues tant pour les programmes de santé que pour les réseaux de soins compliquent la tâche des structures (qui, le plus souvent sont des associations de dimension modeste) ainsi que celle des professionnels de santé concernés.

La mise en œuvre des PRS et des PRAPS nécessite la rencontre de porteurs de projets, (appelés promoteurs) et de financeurs apportant les subventions nécessaires au lancement des actions. La multiplicité des promoteurs potentiels et l'existence de plusieurs financeurs qui peuvent eux-mêmes être promoteurs rendent complexe la mise en relation des uns avec les autres.

D'une part, les choix d'actions régionales de santé publique sont la résultante d'une démarche plus pragmatique que rationnelle. La technique utilisée est celle de l'appel à projet : elle conduit à retenir des projets qui sont soutenus par des structures et qui sont directement opérationnels. de préférence à ceux répondant à des besoins et à des critères de prévalence des pathologies et qui ne bénéficient pas d'un tel soutien. Cette pratique ne permet pas nécessairement de satisfaire des besoins nouveaux ni de susciter de nouveaux acteurs. Certains promoteurs de projets tentent en outre de multiplier leurs chances d'obtenir des financements en proposant la même action sous couvert de différents objectifs. Une recherche active sur le terrain de promoteurs potentiels d'actions d'éducation pour la santé ou de prévention, puis un apport méthodologique et technique pour les aider à monter les projets permettraient d'orienter les financements vers les actions les plus utiles et de mieux les répartir géographiquement.

D'autre part, la procédure d'appel à projet utilisée est une procédure lourde et longue, totalement disproportionnée par rapport aux enjeux financiers. En 2003, les crédits du ministère de la santé alloués à ces programmes se sont élevés à moins de 25 M€, hors volet santé des contrats de plans. Ceux du FNPEIS étaient à peine supérieurs à 13 M€, les autres financeurs, c'est-à-dire les autres ministères, les collectivités territoriales, les ARH, les fonds européens, les organismes mutualistes permettant d'atteindre au total 46 M€. Cette multiplicité des intervenants permet de ne pas engager durablement le ministère et de privilégier son

rôle d'impulsion. Mais ce principe pose néanmoins avec acuité la question de la pérennité d'actions dont l'utilité pourrait s'avérer indiscutable. Il serait souhaitable que, progressivement, la mise en œuvre des programmes puisse s'inscrire dans un cadre financier plus sécurisé, assurant par là même davantage de crédit à l'action gouvernementale.

Le principe de cofinancement retenu par le FAQSV oblige de même à s'adresser à plusieurs financeurs pour permettre le démarrage des projets et à recommencer chaque année de multiples démarches.

Pour ce qui concerne le financement des réseaux, désormais, le directeur de l'URCAM et celui de l'ARH gèrent conjointement la dotation nationale de développement des réseaux (dite « 5ème enveloppe de l'ONDAM ») créée par la LFSS pour 2002. A fin 2003, les conventions fixant les modalités de coopération entre le directeur de l'ARH et celui de l'URCAM avaient été signées dans toutes les régions. Si le financement est, cette fois, commun, le fonctionnement est complexe puisqu'il nécessite un secrétariat technique commun à l'ARH et à l'URCAM pour recevoir les dossiers de candidature et une cellule d'instruction et d'appui comprenant des représentants des principales composantes des ARH et des URCAM, c'est-à-dire les DRASS –et souvent les DASS-, les CRAM et les CPAM . Il fait intervenir aussi un comité régional des réseaux, ouvert aux établissements de santé et médico-sociaux ainsi qu'aux représentants des professionnels de santé et des usagers. La commission exécutive de l'ARH et le conseil d'administration de l'URCAM doivent chacun délibérer annuellement sur les orientations proposées par leur directeur respectif.

La nature fédérative des URCAM conduit en outre certains de leurs directeurs à soumettre chacun des projets à leur conseil d'administration. Les chevauchements de compétences induisent ainsi soit des financements croisés, soit des structures de co-décision.

Quelle que soit la solution retenue, cofinancement ou structure de co-décision, la complexité des mécanismes actuels est un frein à l'efficacité et induit des coûts de gestion disproportionnés par rapport aux actions financées.

3 – Des résultats incertains

La complexité de la conception et de l'élaboration des programmes de santé publique ne constituerait qu'un moindre mal si ceux-ci débouchaient sur des bénéfices certains. Or, une évaluation de ces programmes et de leurs résultats est impossible.

En dépit de très nombreux travaux apportant une information riche et dense, il n'est pas possible de savoir si les objectifs initialement assignés aux PRS et PRAPS ont été atteints. Une première limite tient à l'imprécision des objectifs visés. Ainsi, l'évaluation réalisée sur cinq PRS « alcool » conclut que plus d'un tiers des 300 objectifs recensés ne font pas référence à l'alcool et que d'autres manquent de précision sur la durée ou le public concerné voire même le but poursuivi par rapport au thème. En second lieu, l'apport de ces plans en termes d'actions nouvelles par rapport à celles qui étaient menées antérieurement est rarement quantifié ; dans la majorité des cas, ce sont des actions préexistantes qui ont été ajustées à la marge aux exigences des programmes. Avant la mise en place des PRS jeunes, il existait pratiquement autant d'actions en direction de cette population impulsées par l'éducation nationale, la protection judiciaire de la jeunesse, les services en charge de la jeunesse et des sports, les missions locales, les foyers de jeunes travailleurs. Leur apport a cependant été de prendre en compte de façon plus adaptée les besoins des adolescents dans les modalités de mise en œuvre des actions.

Du fait de ces limites initiales, les évaluations réalisées au niveau national sur les PRS s'apparentent davantage à des analyses des processus d'élaboration des programmes. L'important travail initié par la DGS sur les PRAPS s'est heurté pour sa part à la généralité des objectifs poursuivis et n'a pas su répondre à la question pourtant essentielle de savoir dans quelle mesure les PRAPS ont favorisé l'accès aux soins des personnes vivant dans des conditions précaires. Le recul des inégalités en matière de santé et l'amélioration du système de santé, qui sont deux enjeux majeurs des PRAPS, ne peuvent être mesurés, de multiples facteurs exogènes perturbant l'éventuel lien de causalité entre les actions menées et les résultats.

A tout le moins, la lourdeur des procédures de définition, d'élaboration et de financement des programmes de santé régionaux, PRS ou PRAPS aurait pu laisser penser qu'ils étaient structurants au plan local. Or, force est de constater que toutes les actions conduites et financées par les services déconcentrés de l'Etat ne sont pas intégrées dans ces plans. Comme souligné précédemment, demeurent hors de cette programmation régionale les déclinaisons locales des programmes nationaux pilotés par la DGS lorsqu'elles ne peuvent être intégrées à un PRS existant et les actions initiées lors de la phase de mise en œuvre d'un PRS qui sont reconduites à l'achèvement du programme. La relative similitude des objectifs des plans nationaux et des PRS plaide en faveur des dispositions prises dans la loi relative à la santé publique qui privilégie la déclinaison régionale des plans nationaux.

4 – Les groupements régionaux de santé publique

La création, prévue par la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique, de groupements régionaux de santé publique (GRSP) ayant pour mission de mettre en œuvre les programmes de santé contenus dans le plan régional de santé publique et constitués entre, notamment l'Etat, les ARH, les URCAM et les CRAM, n'est pas de nature à clarifier la situation. Elle peut même induire l'assurance maladie à sortir davantage de sa mission spécifique de remboursement des soins et à s'intéresser davantage à la politique de santé publique, domaine dont cette même loi affirme pourtant qu'il relève de la responsabilité de l'Etat.

L'institution de tels groupements ne saurait donc pour le moins dispenser d'une redéfinition des rôles respectifs de l'Etat et de l'assurance maladie au plan régional, afin d'éviter les chevauchements de compétences et la poursuite d'une répartition des tâches héritée du passé et qui ne répond aux besoins ni de la politique de santé publique ni de la gestion de l'assurance maladie.

L'analyse qui précède montre aussi que la simple création de groupements ne suffit pas à assurer la cohérence de l'ensemble et risque d'ajouter un niveau supplémentaire à un système déjà trop complexe.

C – La gestion du risque et la maîtrise de la dépense

1 – Une intervention non rationalisée de l'assurance maladie dans le domaine hospitalier

Avant la réforme de 1996, les DRASS intervenaient davantage dans le cadre des hôpitaux et les CRAM vis-à-vis des cliniques privées. Les structures créées par les ordonnances de 1996, ARH et URCAM, ont permis des rapprochements et des échanges de connaissance entre services de l'Etat et assurance maladie. Par exemple, dans le cadre des ARH, les CRAM participent à la définition de la politique hospitalière. Elles ont été associées à l'ensemble des travaux d'élaboration des SROS. Symétriquement, elles ont pu faire bénéficier les ARH de leur savoir faire, par exemple pour l'analyse des établissements.

Ce faisant, ces nouvelles structures ont eu pour contre-effet d'inciter l'assurance maladie à aller au-delà de son champ spécifique de compétences.

L'avenant n° 4 à la convention d'objectifs et de gestion de la CNAM avait pourtant rappelé clairement la place de l'assurance maladie

dans l'organisation des soins hospitaliers : « la définition de la politique en matière d'établissements sanitaires et médico-sociaux relève de l'Etat » et le rôle de l'assurance maladie est un rôle de « mise en œuvre de cette politique ».

Néanmoins, dans une lettre adressée par la CNAM aux CRAM le 27 juin 2001, « tout en soulignant que le pilotage du système relève de la seule responsabilité de l'Etat », la CNAM y fixe un programme de travail de neuf thèmes. Celui-ci montre que l'assurance maladie ne souhaitait pas s'effacer de la politique hospitalière ou s'en tenir à un rôle d'exécutant, mais aussi que des éléments essentiels à la définition de son rôle demeurent à concevoir[171]. Ces déclarations d'intention n'ont cependant donné aucun résultat concret. En effet, un groupe de travail qui devait se réunir et déboucher sur des recommandations à l'automne 2001 n'a produit en fait qu'une « note de réflexion » en février 2003. Celle-ci, bien que traitant de manière précise certaines interventions de l'assurance maladie dans le domaine hospitalier et montrant ainsi que l'assurance maladie souhaite continuer à y jouer un rôle important, est loin de clarifier l'ensemble de son rôle[172].

Dans la pratique, la répartition des domaines de compétence est, pour l'essentiel, demeurée au plan opérationnel la même entre les CRAM et les DRASS qu'avant 1996. Les CRAM ont assuré presque partout le pilotage des contrats négociés avec les cliniques privées. De même, en matière de PMSI des cliniques privées ou d'allocation de ressources, les CRAM ont continué d'assurer les mêmes missions qu'auparavant.

L'articulation entre le champ couvert par l'URCAM et celui relevant de l'ARH demeure pour sa part mal définie. Les textes de 1997 prévoient que le conseil d'administration de l'URCAM a, entre autres rôles, celui de « définir les domaines communs à l'URCAM et à l'ARH requérant des actions conjointes des deux organismes ». Ils ne précisent donc en rien leur articulation. La circulaire du 28 avril 1998 affirme que « la coopération entre [les deux organismes] est essentielle », mais sans

171. Les trois premiers thèmes sont des enquêtes nationales sur la prise en charge de certaines pathologies par l'hôpital, « trois autres thèmes illustrent la volonté de construire des outils communs permettant de mutualiser les savoir-faire » sur les sujets hospitaliers, le troisième groupe de thème vise à clarifier le rôle et la responsabilité des médecins-conseils en matière d'hospitalisation, l'investissement de l'assurance maladie dans les fonctions-clés des ARH (SROS/COM) et à développer la cohérence du collège assurance maladie au sein des ARH.

172. Au surplus son statut est ambigu officiel selon le contrôle de gestion de la CNAM, officieux selon la division des affaires hospitalières.

indiquer davantage la répartition des rôles et la nature ou l'objet de cette coopération.

2 – Une faible contribution des URCAM

a) Un chevauchement avec les actions de l'Etat en matière de santé

La mission des URCAM a été définie de manière très large par la circulaire inter-régimes du 28 avril 1998 comme « la régulation des dépenses de soins de ville avec pour but l'amélioration constante de la qualité et de l'efficience du système des soins ». A cette fin, l'URCAM doit définir une stratégie régionale de gestion du risque, participer aux objectifs de la régulation conventionnelle, mais aussi contribuer aux actions de prévention et d'éducation sanitaire. Le rôle des URCAM, tel que conçu par les caisses nationales, s'étend ainsi, au-delà des questions spécifiques à l'assurance maladie, à certains domaines de la politique de santé.

Au demeurant, la circulaire inter-régimes du 24 mars 1999 définit la gestion du risque comme « l'ensemble des actions et procédures conduisant à optimiser la réponse du système de soins aux besoins de santé, à inciter la population à recourir de manière pertinente à la prévention et aux soins et à inciter les professionnels à respecter les critères d'utilité et de qualité des soins ainsi que de modération des coûts ». Une définition aussi large, dont la Cour a relevé par ailleurs qu'elle dilue la notion de gestion du risque[173] ne peut aboutir qu'à des chevauchements entre les actions de l'Etat et celles de l'assurance maladie.

b) Les programmes régionaux de gestion du risque

Le PRAM est établi à partir des priorités nationales et régionales de santé -les parties des PRS induisant un engagement de l'assurance maladie y étant très généralement reprises- et d'un programme national inter-régimes (PNIR) défini annuellement par les caisses nationales. Il le complète par des actions régionales Chaque année, trois actions font l'objet d'une contractualisation avec la CNAM sous forme d'un avenant aux contrats d'objectifs et de gestion inter-régimes (COGIR) conclus entre l'URCAM et les caisses nationales. Il est lui-même décliné et complété dans les CPAM par des actions propres à ces caisses.

Ce système sophistiqué présente en réalité plusieurs faiblesses.

173. Voir les rapports de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 1999, 2001 et 2003.

Le régime général établit son propre plan de gestion du risque, qu'il joint à la circulaire sur le PNIR.

Le programme des CPAM fait l'objet d'une négociation avec la CNAM et non avec l'URCAM, celle-ci pouvant seulement émettre un avis et ne disposant d'aucun moyen d'incitation sur les caisses.

Le PRAM lui-même se construit principalement par addition des projets de programme des CPAM, ce qui explique qu'il soit souvent hétérogène et peu priorisé. Il n'existe d'ailleurs pas de méthodologie sur le mode pertinent de choix et de hiérarchisation. Aucun principe clair n'existe non plus sur le poids relatif à accorder aux actions régionales par rapport aux actions nationales.

Les caisses de base ne mobilisent que des effectifs en général très faibles pour la mise en œuvre du PRAM et du programme régional de travail (PRT) qui le traduit au plan technique. Par exemple, en Ile-de-France, une CPAM qui emploie 1 800 agents et une autre qui en emploie 2 100 y consacraient respectivement 1,37 et 4,67 ETP en 2002, soit 0,07 et 0,06 ETP pour chacun des projets dont elles assuraient la conduite. La même année, chaque CPAM de Rhône-Alpes consacrait en moyenne 0,5 ETP au PRAM[174] ; dans l'ensemble de cette région, la MSA y affectait 1,3 personne.

Cette faiblesse contraste tant avec la complexité et la sophistication de l'élaboration des programmes qu'avec le nombre élevé des programmes pluriannuels en cours dans les URCAM : 22 en 2000, 19 en 2001 et en 2002, bien que la CNAM ait demandé en 2001 de le ramener à un maximum de 10 à 15.

Selon les indicateurs de suivi, 77 % des CPAM et une même part des URCAM ont atteint les objectifs qu'elles s'étaient assignés dans les projets figurant dans le PRAM. Toutefois, ces engagements étaient principalement des engagements de moyens et non de résultats et la faiblesse des moyens engagés suffit à montrer la faible portée de ces engagements[175]. Au surplus, la contractualisation s'est souvent faite sur des objectifs que les organismes étaient certains d'atteindre.

Trois observations peuvent enfin être formulées sur les objectifs mêmes des actions ; celles-ci ne sont en général pas ciblées sur des postes où puisse être escomptée une réduction significative des dépenses de

174. Soit d'ailleurs moitié moins qu'en 2000 et 2001.

175. Ce point doit d'autant plus être noté que ces résultats sont une condition de l'intéressement des salariés de l'assurance maladie. La question se pose de l'opportunité de faire reposer l'intéressement sur le respect d'un engagement de moyens portant sur l'utilisation effective d'une si petite partie du temps/agent.

l'assurance maladie ; les objectifs chiffrés d'économies sont rares dans les PRAM et, comme le constatait un rapport de l'audit général de la CNAM, « l'absence d'éléments d'impact financier dans les bilans nationaux ne permet pas d'objectiver la pertinence des actions menées, quel qu'en soit le volume » ; enfin, l'effet potentiel des actions n'est pas rapporté aux coûts qu'elle occasionnent[176].

3 – Une action peu convaincante des URML

Dans le cadre de leur contribution à la maîtrise médicalisée des dépenses, les URML devaient désigner[177] auprès des comités médicaux paritaires locaux les médecins dont le comportement ne respectait pas les engagements pris par les organisations syndicales dans le cadre de plans locaux de maîtrise des dépenses de santé. Ainsi, une structure professionnelle élective était chargée d'engager la procédure conduisant à sanctionner financièrement certains de ses mandants, ce qui était peu réaliste.

Compte tenu de l'opposition des organisations syndicales, le dispositif a rapidement cessé d'être appliqué. De ce fait, les URML n'ont jamais eu à exercer la mission pour laquelle elles avaient été créées. Par la suite, elles sont demeurées, par choix ou prudence, à l'écart de la négociation et de l'application des accords conventionnels nationaux et locaux avec l'assurance maladie.

Plusieurs évolutions ultérieures tendent certes à créer les conditions de l'exercice par les URML d'une fonction de régulation des actes effectués ou prescrits par les praticiens libéraux : un décret du 28 décembre 1999 a prévu qu'elles effectuent une analyse trimestrielle de l'évolution des dépenses de médecine de ville à partir des données transmises par les URCAM ; pris dix ans après une loi de 1994 qui en posait le principe, un décret du 18 février 2004 a fixé les conditions générales de la transmission aux URML, sous une forme anonyme pour le patient et le médecin, des informations issues du codage des actes médicaux.

Les modalités pratiques de réception et d'exploitation des données disponibles par les URML ne sont toutefois pas arrêtées à ce jour. En outre, quand les données seront effectivement transmises, il restera à assurer les conditions de leur réelle utilisation. Les URML devront se doter des moyens, y compris humains, nécessaires. Elles devront aussi se concerter avec l'assurance maladie, ce qu'elles ne font généralement pas

176. Quand le coût est établi, seul le coût direct du personnel est pris en compte.
177. En application de l'avenant n° 3 (1992) à la convention des généralistes de 1990.

aujourd'hui, sur les facteurs qui pourraient expliquer l'évolution constatée des dépenses. Il faut enfin être conscient que, compte tenu des limites des systèmes d'information de l'assurance maladie, et notamment de l'absence de codage des pathologies, les données qui seront transmises aux unions ne leur permettront pas, dans bien des cas, de porter une appréciation sur le bien-fondé des pratiques suivies au regard des pathologies prises en charge.

Autre mission confiée aux URML, l'évaluation des pratiques professionnelles est, jusqu'ici, montée lentement en charge : fin janvier 2004, pour la France entière, 482 médecins seulement avaient fait l'objet d'une évaluation (231 médecins habilités en vue d'évaluer leurs confrères et 251 médecins évalués). L'objectif récemment annoncé par l'ANAES et la conférence des présidents d'URML d'engager l'évaluation de 10 000 médecins à fin 2005 est manifestement irréaliste et ne pourra être atteint en l'état actuel du dispositif.

Enfin, le choix de confier aux URML la mission d'évaluation des pratiques professionnelles trouve sa justification dans le fait qu'elle ne concerne que les médecins libéraux. Toutefois ce choix rend leur champ de compétence mitoyen de celui de l'ordre. Si l'évaluation devait être étendue à l'ensemble des médecins (y compris hospitaliers), les rôles respectifs des URML et de l'ordre comme l'organisation de leurs relations auraient vocation à être réexaminés, d'autant que l'ordre intervient désormais dans l'organisation des soins, sujets proche du domaine des URML.

D – Un rapprochement des acteurs sans cohérence et dynamique d'ensemble

En définitive, l'enchevêtrement des actions précédemment mis en évidence a favorisé un certain rapprochement des acteurs mais n'a pu créer, sauf exception, de véritable dynamique d'ensemble.

Le double objectif des programmes de santé (territorialisation et décloisonnement) n'a pu être atteint que dans certaines régions mais le plus souvent la lourdeur des processus de concertation a émoussé les espérances initiales.

L'ambition du comité régional des politiques de santé (CRPS), créé par la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre l'exclusion et qui est l'instance de concertation, de suivi et d'évaluation des PRS et des PRAPS était de faciliter le travail de mise en commun. Présidé par le préfet, il associait aux trois décideurs régionaux en santé, DRASS, ARH, URCAM, de nombreux partenaires extérieurs dont des

élus locaux, le recteur d'académie, le délégué de l'ex fonds d'action sociale (FAS) et, sur invitation du président, des personnes qualifiées. Dans la quasi-totalité des régions, le nombre de participants au CRPS a été augmenté, soit en proposant un nombre de sièges supplémentaires aux institutions ou organismes déjà présents, soit en y ajoutant des compétences nouvelles.

Cette souplesse d'organisation a permis d'ajuster la composition du comité au contexte local et d'impliquer à un niveau stratégique les financeurs et les acteurs principaux de la mise en œuvre des programmes de santé. Les URML ont été les premiers bénéficiaires de cette ouverture, le secteur des soins de ville n'étant institutionnellement représenté au CRPS qu'au travers de l'URCAM dont la vocation n'est pas d'assurer le relais auprès des médecins libéraux.

L'existence du CRPS a ainsi légitimé, officialisé et facilité le travail en créant un cadre de transversalité institutionnelle. Il a agi comme un catalyseur sans toutefois instituer une véritable coordination entre les institutions ou organismes représentés. Ainsi, les PRAM ont pu y être évoqués de manière succincte. Toutefois, le nombre élevé des participants aux réunions du CRPS a constitué un obstacle à un travail de réelle concertation et l'a réduit au rôle d'instance de validation de programmes élaborés et suivis à un niveau plus technique.

Le travail des chefs de projet pilotant les programmes a favorisé une même dynamique au prix d'un investissement en temps parfois considérable. La méthodologie de gestion de projet, appliquée à un travail de programmation en multipartenariat dans une optique de décloisonnement entre les institutions et professionnels demande un temps d'animation dont il est difficile de mesurer les fruits dans le court terme. Mais la Cour a constaté qu'a contrario un investissement en temps insuffisant, une absence de stabilité dans le pilotage expliquaient une partie des difficultés de mise en œuvre, voire l'arrêt des programmes.

La concertation entre les acteurs régionaux compétents pour l'organisation des soins hospitaliers n'a pas été plus aisée.

Les ARH ont associé les URML à la préparation de volets des SROS au titre des complémentarités entre établissements de santé et médecine de ville, de leur fonction de représentation des praticiens exerçant en clinique privée et de la connaissance du fonctionnement des hôpitaux publics procurée, pour certains de leurs élus, par l'exercice d'une activité privée en leur sein. Elles sont, en revanche, demeurées tributaires, dans la mise en œuvre des préoccupations de santé publique prévues dans les SROS, des capacités de blocage ou de réactivité de leurs partenaires hospitaliers.

Enfin, au nom de l'efficacité, la création des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dans les hôpitaux qui figurent dans les objectifs des PRAPS n'a pas suivi la méthodologie ascendante préconisée par la DGS. Ces nouvelles structures résultent de directives du ministère auprès des ARH. Ceci a certes évité les aléas d'une négociation entre DRASS et ARH, mais révèle les effets encore incertains de la coopération des acteurs locaux.

L'expérience de la région Nord – Pas-de-Calais

La région Nord – Pas-de-Calais est un exemple de forte association de tous les acteurs en santé dans une démarche convergente.

Le CRPS y associe aux membres de droit, le procureur général près la cour d'appel de Douai, les deux sous-préfets à la ville ainsi que les représentants de divers organismes et associations travaillant dans les secteurs sanitaire et médico-social. Le comité ne se cantonne pas à examiner les PRS et les PRAPS mais il valide également les travaux menés par le comité technique régional de dépistage des cancers, est informé du plan national suicide et du plan national nutrition santé et de leurs déclinaisons régionales.

Les PRS sont pilotés par un comité auquel participe l'assurance maladie. Les décisions de financement sont étudiées en commun, la région privilégiant une répartition des financements en fonction des compétences de chacun.

Le contrat de plan Etat-région comporte un important volet santé. Marquant une volonté forte de cohésion avec l'action de l'Etat, le contrat promeut « une déclinaison régionale de l'ensemble des PRS et le PRAPS qui garantissent l'adéquation des actions menées en matière de santé publique aux caractéristiques du territoire, aux besoins de la population et qui facilite la mobilisation des différents acteurs locaux ».

La région est la seule à avoir mis en place des programmes territoriaux de santé

SYNTHESE

L'émergence de la région comme échelon majeur du système de santé français est la résultante de plusieurs ambitions : celle de structurer une organisation de la santé et de l'assurance maladie très décentralisée, l'idée qu'une plus grande autonomie des circonscriptions régionales dans la détermination et la mise en œuvre des politiques de santé et d'assurance maladie favoriserait leur meilleure articulation et, par conséquent, une prise en charge plus cohérente et plus adaptée, celle aussi qu'une circonscription géographique limitée se prête mieux à des organisations innovantes, enfin, l'espoir qu'une implication plus forte des acteurs locaux autoriserait une appropriation plus consensuelle des enjeux.

Une quasi-unanimité des acteurs et des responsables de la santé et de l'assurance maladie existe sur l'idée que les réformes de 1996 visant notamment à rapprocher l'Etat et l'assurance maladie n'ont été qu'une étape.

Cette réforme est maintenant suffisamment ancienne pour que son apport et ses limites puissent être évalués et que des conclusions puissent en être tirées. L'orientation retenue à l'époque a eu deux contreparties : d'une part un accroissement des chevauchements de compétences, chaque organisme étant amené par sa participation aux instance communes à se préoccuper de tous les sujets, d'autre part, la création de structures faibles. La faiblesse, la complexité des mécanismes mis en place et les limites des actions menées montrent que le rapprochement ne pouvait être que le prélude à une indispensable clarification entre l'Etat et l'assurance maladie.

L'enquête de la Cour fait ressortir qu'une nouvelle étape de l'organisation régionale de la santé et de l'assurance maladie devrait prendre en compte les principes suivants.

La région administrative n'est pas toujours le niveau géographique le plus adapté. En particulier, l'observation de l'état sanitaire de la population et l'analyse épidémiologique nécessitent des compétences qui ne peuvent être réunies qu'au plan national ou interrégional.

Les formules juridiques qui ont été utilisées, groupements d'intérêt public et unions, sont insuffisamment solides au regard de la difficulté des sujets à traiter. Certes, elles ont permis d'initier un processus de rapprochement des acteurs mais leur faiblesse a constitué une difficulté supplémentaire à agir. Celle-ci contribue elle-même à expliquer que les URCAM, structures peu adaptées aux enjeux de la maîtrise des dépenses, se soient orientées aussi largement vers la réalisation d'études. A fortiori, il est peu vraisemblable qu'une structure superposant un groupement d'intérêt public aux GIP et unions préexistants, comme le ferait le GRSP puisse avoir une suffisante efficacité. Des structures fortes doivent être mises en place. Par construction, la formule du GIP n'est adaptée qu'à des fonctions temporaires.

Une amélioration de l'organisation régionale de la santé et de l'assurance maladie suppose une clarification des responsabilités et de leur répartition, faute de laquelle les chevauchements de compétence entraînent le recours à des formules institutionnelles mal adaptées ou à une multiplicité d'instances de concertation. Le problème se pose avec acuité entre les services de l'Etat chargés de la santé et les caisses d'assurance maladie, notamment pour ce qui concerne le financement de la politique de santé publique et en particulier la prévention d'une part, les

responsabilités sur l'hôpital, les cliniques privées et les réseaux de soins, d'autre part.

Une nouvelle étape suppose aussi comme la Cour l'a recommandé dans son rapport de 2000 un regroupement des caisses du régime général et la mise en place d'un véritable échelon régional du régime général d'assurance maladie qui se substitue à la totalité des structures existantes. Faute de telles évolutions, l'ensemble de l'organisation régionale de la santé et de l'assurance maladie ne peut que mal fonctionner. Plutôt qu'à l'organisation inter-régimes, la priorité devrait être donnée à une organisation plus efficace au sein du régime général, car c'est de cette efficacité que dépend celle de l'ensemble. L'intérêt de la santé publique et de la maîtrise des dépenses d'assurance maladie rejoint ici pleinement la conclusion formulée par la Cour au chapitre VII sous l'angle de la gestion du régime général.

Ce double mouvement de rationalisation -clarification des responsabilités et réorganisation territoriale de l'assurance maladie- devrait être considéré comme un préalable avant d'aller plus loin dans l'affirmation des moyens dont disposent les instances régionales, faute de quoi une telle affirmation risquerait de demeurer sans impact.

RECOMMANDATIONS

37. Clarifier au niveau régional les champs de compétence de l'Etat et de l'assurance maladie.

38. Créer des caisses régionales propres à la branche maladie du régime général se substituant aux diverses structures existantes et disposant de pouvoirs sur les organismes de base.

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES PAGE 451

CONCLUSION

Sans nier les incontestables améliorations réalisées dans la gestion du régime général depuis une quinzaine d'années, grâce aux innovations technologiques, aux efforts des personnels et à la démarche de fixation d'objectifs et de budgets pluriannuels, la Cour relève, à partir des enquêtes effectuées au sein du régime général, que des marges de progrès importantes subsistent.

Alors que se préparent les COG de troisième génération, les constats effectués par la Cour révèlent une difficulté récurrente à définir des objectifs suffisamment ambitieux et à arrêter des enveloppes budgétaires plus contraignantes. En effet, en dépit des efforts consentis, la connaissance par les branches de leurs coûts de gestion par activité et processus est encore trop limitée. Les indicateurs permettant de suivre la mise en œuvre des objectifs fixés par les COG ne couvrent pas tout le champ de l'activité de certaines branches.

Les enquêtes de la Cour révèlent également une insuffisance de pilotage des réseaux par les caisses nationales, en dépit du levier essentiel que constituent les COG et les CPG. Tant en matière d'organisation territoriale et fonctionnelle que dans le domaine de la gestion des ressources humaines, les caisses nationales éprouvent encore des réticences et des difficultés à imposer des règles communes. Le respect de l'autonomie des caisses locales ne doit pas empêcher la fixation dans les COG d'objectifs de réorganisation territoriale. Le maintien de plus de 500 organismes dotés de conseils d'administration ne se justifie plus.

Par ailleurs, l'autonomie des organismes de base du régime général ne doit pas non plus faire obstacle à une réflexion sur leur implantation géographique qui n'a pratiquement pas évolué depuis plus d'un demi-siècle et doit à l'évidence être revue. La mutualisation des moyens esquissée dans certaines branches ne saurait dispenser d'un regroupement des caisses qui n'atteignent pas la taille critique.

Une meilleure analyse des coûts, une définition plus rigoureuse des objectifs de progrès et des indicateurs associés, une analyse plus fine de l'impact du progrès technologique en relation avec les nombreux départs en retraite à venir devront se traduire par des mécanismes d'intéressement du personnel plus incitatifs, de nature à dégager les gains de productivité attendus.

Si l'amélioration de la qualité de service aux usagers reste un objectif essentiel des branches, elle ne doit pas constituer un alibi à l'absence de maîtrise des dépenses de gestion : les gains de productivité à venir doivent permettre de réaliser ces deux objectifs, compte tenu des progrès déjà réalisés en matière de qualité de service.

De même, la réforme de la gouvernance de la sécurité sociale ne doit pas se limiter à la nouvelle organisation des pouvoirs au niveau national entre l'Etat et les partenaires sociaux. Cette réforme devrait également conduire à l'émergence d'une véritable organisation régionale de l'assurance maladie. Enfin, il est nécessaire de simplifier les innombrables structures qui travaillent sans grande efficacité et dans le désordre le plus complet.

TROISIEME PARTIE

LA GESTION DES RISQUES

Chapitre XI

La politique du médicament

PRESENTATION

Le remboursement des médicaments représente désormais 34,5 % des dépenses de l'assurance maladie pour les soins de ville et ce poste est l'un de ceux qui ont connu ces dernières années la plus forte croissance. La Cour a présenté des observations sur la politique du médicament dans ses rapports annuels sur la sécurité sociale de 1998 (l'admission au remboursement des médicaments), de 1999 (la distribution des médicaments en officine), de 2001 (les dépenses de médicaments en ville), 2002 (le médicament à l'hôpital) et 2003 (médicaments et personnes âgées ; régulation des dépenses d'assurance maladie). Entre 1999 et 2003, de nombreuses réformes ont touché la politique du médicament. En 1999 la procédure d'admission au remboursement a été refondue et un droit de substitution en faveur des génériques a été institué. En 2001 la réévaluation de l'ensemble des médicaments s'est achevée. En 2003 un tarif forfaitaire de responsabilité a été créé pour promouvoir les génériques, une procédure de dépôt de prix a été instituée pour encourager les médicaments innovant et la commission de la transparence a été réformée. Les observations qui suivent visent à évaluer l'impact de ces réformes, à décrire le degré de mise en œuvre des recommandations de la Cour et à analyser certains aspects de la politique du médicament, non encore examinés par la Cour.

Les ventes de médicaments remboursables en ville (16 Md€ en 2003[178]) ont augmenté de 6,1 % en 2003, soit plus rapidement qu'en 2002 (+ 4 %) et que sur la moyenne des dix années 1993-2003 (+ 5,5 % par an). Quant au marché hospitalier (4 Md€ en 2003), il continue de croître près de deux fois plus vite (+ 11,1 %).

Les remboursements de médicaments (15,4 Md€ en 2003[179]) ont, pour leur part, progressé de + 6,4 %, cette progression recouvrant deux évolutions très contrastées : les médicaments délivrés en ville ont augmenté de + 4,6 %, tandis que ceux délivrés en pharmacie hospitalière à des patients non hospitalisés (financés sur l'enveloppe des soins de ville) ont progressé de + 30,1 %. Cette « rétrocession » hospitalière, qui concerne notamment des médicaments coûteux, a doublé entre 2000 et 2003, les remboursements à ce titre passant de 660 M€ à 1 310 M€. Elle

178. Source GERS. Total des ventes en officine (hors rétrocession hospitalière).

179. Source CNAM. Les chiffres de ventes (GERS) et de remboursements (CNAM) ne peuvent être comparés, car ils sont issus de sources inconciliables. La différence tient notamment aux médicaments remboursables non présentés au remboursement et à la rétrocession. Le taux moyen de remboursement est de 75%.

explique 28 % de la croissance des dépenses de médicaments remboursables.

Pour les médicaments délivrés en ville, les prix élevés des produits nouveaux (effet de structure) expliquent à eux seuls toute la dynamique des dépenses en 2003 et même au-delà : le prix des médicaments anciens et le taux de remboursement ont régressé et les quantités n'ont que très faiblement augmenté. Ce constat justifie une politique de régulation des prix, mais en même temps souligne les limites actuelles de celle-ci.

Croissance des remboursements de médicaments délivrés en ville :

En %

	2001	2002	2003
Croissance totale des remboursements (hors rétrocession), dont :	8,6	5,5	4,6
effet quantités	3,5	1,8	0,7
effet prix	0,7	-0,5	-0,5
effet taux de remboursement	-0,5	-0,1	-1,2
effet de structure[180]	4,8	4,2	5,6

Source : données MEDICAM

I - L'action de la commission de la transparence

1 – L'évaluation des médicaments

La commission de la transparence doit assurer trois missions principales : évaluer les nouveaux médicaments pour conseiller le ministre en vue de leur admission au remboursement et éclairer la fixation des prix qui est ensuite effectuée par le comité économique des produits de santé (CEPS), conseiller le ministre dans la gestion de la liste des médicaments remboursés (réévaluation), informer les professionnels de santé. Son rôle dans la politique du médicament est donc central.

La commission intervient, dans la chaîne des décisions sur un médicament, en aval de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) et en amont du CEPS.

L'AMM est délivrée par le directeur de l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) après avis de la

180. L'effet de structure mesure le déplacement progressif de la consommation des médicaments moins chers vers de nouveaux produits, plus chers.

commission d'AMM. La décision est fondée sur l'évaluation de l'efficacité, de l'innocuité et de la qualité du médicament. L'admission sur le marché se fait donc sur la base d'une évaluation bénéfice/risque du produit, dont l'efficacité doit l'emporter sur les effets indésirables. L'AMM n'est pas le résultat d'une évaluation comparative des médicaments ; elle constitue une absence d'interdiction de commercialisation.

Pour bénéficier du remboursement, le médicament doit être inscrit sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables, par arrêté ministériel, après avis de la commission de la transparence, qui joue ainsi un rôle essentiel dans la définition du panier de soins.

Enfin, il revient au CEPS de négocier le prix de vente au public des médicaments, dans un cadre conventionnel et en fonction de la cotation effectuée par la commission de la transparence.

Le code de la santé publique dispose qu'« en vue de l'accomplissement de ses missions, l'AFSSAPS est chargée du fonctionnement de la commission de la transparence ». En 2002, la commission a rendu 712 avis de transparence, mais seulement 11 avis sur des fiches d'informations thérapeutiques, deux recommandations de bonnes pratiques et une fiche de transparence.

La commission évalue, pour chaque médicament, indication par indication, le service médical rendu (SMR), ainsi que l'amélioration du service médical rendu (ASMR) ; elle effectue simultanément une évaluation du médicament en soi et une évaluation comparative, mesurant l'apport d'un médicament par rapport à ceux déjà disponibles. Si le SMR est jugé insuffisant, le médicament ne doit pas être inscrit.

Le SMR comme l'ASMR se mesurent selon une échelle comportant cinq niveaux. Le SMR permet de déterminer le taux de remboursement (I et II en cas de pathologie grave = 65 %, III et IV = 35 %, V = pas de remboursement). L'ASMR détermine la manière dont sera traitée par le CEPS la demande de prix formulée par le producteur (I, II et III = avantage de prix et possibilité de dépôt de prix, IV= léger avantage de prix possible, V = prix plus bas que celui des médicaments comparables).

Les critères du SMR sont définis par décret, tandis que ceux de l'ASMR relèvent du règlement intérieur de la commission : l'efficacité, la bonne tolérance, la place dans la stratégie thérapeutique, la gravité de la pathologie, le caractère préventif, curatif ou symptomatique du traitement médicamenteux et l'impact de santé publique[181].

181. Ces critères peuvent donc être regroupés en trois séries : l'intérêt clinique, la commodité d'emploi et l'intérêt de santé publique

Le niveau d'ASMR est attribué au vu des résultats des études comparatives. Le tableau suivant permet de constater qu'en 2002 :

- la majorité des SMR attribués sont « importants » (87 %), compte tenu de la gravité de la pathologie, ce qui conduit à un taux de remboursement de 65 % ;
- en revanche, une forte majorité des présentations n'apportent pas d'ASMR (71 %), ce qui montre que la réalité de l'innovation, telle que mesurée par la commission, est assez limitée ;
- dans un cas sur dix, la commission n'a pas pu se prononcer sur le niveau d'ASMR, faute d'éléments comparatifs.

Niveaux de SMR et d'ASMR attribués en 2002 sur de premières demandes (en nombre d'avis)

Niveaux de SMR	2002
I Majeur	0
II Important	158
III Modéré	11
IV Faible	3
V insuffisant	8
Non précisé	1
TOTAL	181

Niveaux d'ASMR	2002
I Avancée majeure	10
II Apport important	10
III Modéré	11
IV Faible	15
V Sans amélioration	112
Non précisé	19
Non applicable (SMR insuffisant)	8
TOTAL	185

Source : Rapport d'activité de la commission de la transparence.

Même si l'attribution d'un niveau d'ASMR est le plus souvent provisoire, on peut regretter qu'il n'existe pas de liste à jour des médicaments indiquant le niveau d'ASMR de chacune de leurs indications. Le bilan d'activité de la commission de la transparence ne fournit pas ces données et la base Medicam de la CNAM n'intègre pas non plus le critère du niveau d'ASMR. Il est donc impossible, à ce jour, de savoir quelle est la contribution de chaque catégorie d'ASMR à l'accroissement des remboursements, notamment celle des médicaments sans ASMR[182].

La commission est exclusivement chargée d'une mission scientifique. En revanche, le niveau d'ASMR qu'elle fixe a ensuite vocation à être utilisé par le CEPS pour déterminer le niveau de prix. Or,

182. Cette analyse est réalisée en Allemagne (cf. *Arzneiverordnungsreport*).

dans la pratique, les conséquences tirées du niveau d'ASMR dans la négociation du prix sont variables, voire incertaines. Ainsi, pour un médicament contre le cancer ayant reçu une ASMR I en 2003, le CEPS a pu négocier un prix inférieur à la demande de l'entreprise, se situant dans le dernier tiers de la fourchette de prix européens. En revanche, pour une autre molécule, ayant reçu la même année une ASMR III, le CEPS a entériné un prix plus élevé que les prix anglais et allemands.

Enfin, la fixation de niveaux d'ASMR différents selon les indications limite la portée effective, en ce qui concerne la fixation des prix, de l'évaluation faite par la commission de la transparence : ainsi, pour un médicament « me-too »[183], ayant reçu en 2003 une ASMR V pour son indication principale[184] et une ASMR III pour une indication touchant au maximum 50 patients selon l'avis de la commission de la transparence, le prix convenu est supérieur de 15 % à celui du produit le moins cher de la classe thérapeutique concernée, alors qu'une ASMR V doit en principe conduire à un prix moindre.

2 – La réforme en cours de la commission de la transparence

Parallèlement à l'annulation par le Conseil d'Etat de certaines décisions de baisse du taux de remboursement au motif que l'avis de transparence était insuffisamment motivé pour fonder ces décisions, le ministre chargé de la santé a annoncé, à l'été 2003, une réforme de la commission de la transparence, comportant trois objectifs principaux : renforcer le caractère scientifique et médical de la commission ; modifier les critères et procédures d'inscription sur les listes de produits remboursables ou admis aux collectivités ; renforcer le rôle de la commission dans l'information des professionnels de santé.

A ce stade, seule la composition de la commission a été modifiée, et ses moyens renforcés avec la mise en place d'un secrétariat général autonome, dont le titulaire est désormais désigné par arrêté ministériel. La rénovation des critères d'évaluation des médicaments par la commission est en cours de réflexion. Le renforcement du rôle de la commission en matière d'information des praticiens reste également à préciser. Si la

183. On appelle « me-too » un produit concurrent d'un produit innovant doté d'une structure chimique voisine, mettant en avant un effet au moins équivalent et qui cherche à prendre des parts d'un marché rentable.

184. Pour ce médicament, la population cible retenue par le CEPS lors de la fixation du prix a été de 400 000 personnes par rapport à une population traitée par des médicaments de même classe concernant 3,5 millions de personnes. Il n'y a pas de mécanisme permettant d'éviter un élargissement de la population cible.

réforme décidée en 2003 est trop récente pour qu'un bilan puisse en être dressé, il peut être observé que sa mise en œuvre est plus lente que prévu.

a) Un poids plus important des scientifiques.

La nouvelle commission mise en place par décret du 26 septembre 2003 comporte 20 membres titulaires et six suppléants. Les représentants de l'administration, des caisses de sécurité sociale, ainsi que du syndicat professionnel, le LEEM « les Entreprises du Médicament », ont dorénavant voix consultative et non plus délibérative. Le poids des cliniciens a été renforcé et trois spécialistes de l'épidémiologie ont été nommés.

La présence du LEEM contrevient au principe d'indépendance qui devrait s'appliquer à cette instance d'évaluation, alors même que, de façon générale, la présence de telles organisations a été progressivement supprimée dans les autres instances scientifiques et que celle du LEEM ne peut plus se justifier comme précédemment par le souci de donner une garantie aux entreprises : en effet la procédure d'instruction des dossiers devant la commission accorde aujourd'hui à ces dernières des garanties renforcées.

b) Un renforcement des moyens de fonctionnement

Par arrêté du ministre de la santé du 20 novembre 2003, un secrétariat général de la commission a été mis en place, regroupant les activités de diverses structures de l'AFSSAPS (unité transparence, unité procédures et déontologie, secrétariat de l'observatoire des prescriptions et du fonds pour l'information sur les médicaments).

Ce nouveau secrétariat général devrait comporter trois unités administratives. Le département de l'évaluation aura en charge l'évaluation des dossiers déposés par les entreprises pharmaceutiques et les demandes d'évaluation formulées par les ministres. Le deuxième département sera en charge de l'évaluation de l'intérêt de santé publique des médicaments, critère dont le poids devrait se renforcer. Enfin, le département de l'information sera en charge du secrétariat du FOPIM et de la rédaction des documents d'information destinés aux praticiens, concernant les produits (« fiches-produits »), les stratégies thérapeutiques et les classes pharmacothérapeutiques (« fiches de transparence »). Au total, le secrétariat général devrait compter 64 emplois, dont 16 en provenance du FOPIM, ce qui représenterait un renforcement substantiel de ses moyens, conformément aux recommandations émises par la Cour en 2001.

Il faudrait accroître l'autonomie budgétaire de la commission, soit en individualisant clairement une ligne au sein du budget de l'AFSSAPS, soit en la dotant d'un budget propre.

c) Des procédures mieux définies

S'agissant des demandes d'inscription sur la liste des médicaments remboursables, l'action de la commission est enserrée dans un délai de 90 jours entre le moment où le dossier de transparence lui est transmis par les entreprises et la notification de son avis. Le dossier est soumis à un évaluateur interne. Sauf en cas de procédure simplifiée, utilisée pour certains génériques ou compléments de gamme de produits anciens, le président fait appel à des experts externes, qui établissent un rapport écrit. Le choix des experts doit répondre à des préoccupations déontologiques majeures. En effet, le vivier des experts disponibles est limité, et il est difficile de garantir que les experts pressentis n'ont jamais eu de contact avec un fabricant ou avec ses concurrents. C'est pourquoi, dorénavant, tout conflit d'intérêt doit être signalé et la déclaration sur l'honneur faite à cette fin par l'intéressé est publiée sous quinzaine sur le site internet de l'agence. Dans le même esprit, il est envisagé de publier les noms des experts et de les signaler à l'entreprise qui dépose un dossier. Toutefois, la simple déclaration de liens avec l'industrie ne suffit pas : elle devrait être complétée du montant de la rémunération par l'industrie, afin de déterminer le niveau de conflit d'intérêt.

Après avoir entendu le rapporteur, la commission se prononce par un vote. Le caractère contradictoire de la procédure a été renforcé. Désormais, les entreprises ont huit jours pour faire part de leurs observations sur les projets d'avis, et peuvent demander à être auditionnées. Les avis sont publiés sous quinzaine sur le site internet de la commission et leur motivation fait l'objet d'une attention accrue.

L'agence européenne d'évaluation des médicaments (EMEA), quant à elle, publie sur son site internet un compte-rendu de la discussion scientifique, le nom des rapporteurs et toutes les étapes de la procédure européenne d'autorisation de mise sur le marché.

d) La réforme des critères d'admission au remboursement

Le référentiel utilisé par la commission comporte quelques faiblesses, que la réforme en cours des critères d'évaluation se propose de corriger. Tout d'abord, le critère de l'intérêt de santé publique n'a pu jusqu'à une période récente être utilisé, faute de réflexion suffisante sur

son contenu[185]. D'autre part, l'ASMR de niveau IV correspond, dans le règlement intérieur initial, au seul critère de la commodité d'emploi, appréciée indépendamment de l'effet clinique. Enfin, dans plusieurs cas, la commission de la transparence a été amenée à ne pas attribuer de niveau d'ASMR, au motif que les documents ou preuves fournis étaient insuffisants. Le CEPS a cependant accepté de se prononcer.

Ces divers points ont été amendés ou sont en voie de l'être. Le règlement intérieur a été modifié au début de 2004 pour ajouter à la commodité d'emploi le critère de l'effet clinique pour l'attribution du niveau IV d'ASMR (« amélioration faible »). Cette requalification pourrait conduire à déclasser certains médicaments du niveau III au niveau IV, ce qui leur ferait perdre les avantages de prix attachés aux médicaments dont les effets sont plus innovants.

S'agissant de l'impact de santé publique, un groupe de travail a été mis en place en 2001, piloté par la DGS. Selon le rapport préparé par cette direction en janvier 2002, il s'agit d'apprécier l'effet d'un médicament sur la morbi-mortalité[186] générale, la qualité de vie des patients et la santé de la population générale. Il s'agit de passer de l'essai clinique à l'effet en population réelle, mesuré au moyen d'études « observationnelles » (posologie réelle, stratégie thérapeutique appliquée, population effectivement soignée). Cette évolution va donc dans le sens du nécessaire renforcement des études post-AMM, dont la Cour a souligné à maintes reprises l'importance.

La réflexion se poursuit aujourd'hui sur un autre plan au sein du ministère chargé de la santé autour des notions de « service médical attendu » et « d'amélioration attendue du service médical ». En effet, le plus souvent, l'évaluation « a priori » d'un nouveau médicament se fait sur la base d'essais cliniques portant sur une population cible et sur une analyse documentaire et non sur des essais en population réelle.

Enfin, lorsque la commission manque d'éléments pour attribuer une ASMR, plutôt que de ne pas formuler d'avis, elle peut, depuis le début 2004, délivrer une ASMR de niveau V.

Ces éléments devraient progressivement modifier les modalités d'intervention de la commission. Le renouvellement d'inscription, au bout de cinq ans, devrait être l'occasion de mesurer *ex* post la réalité du SMR et de l'ASMR en fonction des données disponibles et notamment du

185. La DGS a mis en avant l'intérêt de santé publique dans le cas d'une classe pharmaceutique, pour laquelle une étude post-AMM a été demandée. Des difficultés méthodologiques ont cependant empêché son aboutissement.

186. Fréquence des maladies et des décès dans une population donnée.

résultat des études post-inscription qu'elle aura demandées et qui auront fait l'objet d'un accord du laboratoire traduit par un avenant à la convention signée avec le CEPS. Ces études peuvent être descriptives des conditions réelles de prescription et d'utilisation, permettant de repérer certains mésusages du médicament ou être des études d'impact permettant de vérifier que le médicament apporte, en situation réelle, un service médical conforme à l'évaluation initiale faite sur la base des essais cliniques.

Il reste à traduire pleinement dans les faits les évolutions engagées ou annoncées et à ce que ces mesures, dont la préparation aura été très longue, prennent rapidement leur plein effet.

D'autres évolutions demeurent aussi nécessaires. Les critères de classement dans les catégories de SMR et d'ASMR, ainsi que les conséquences à tirer de ce classement dans la fixation des prix, devraient être précisés. Lorsque les études disponibles lui paraissent insuffisantes, la commission devrait pouvoir procéder à une évaluation temporaire du médicament, susceptible d'être révisée au vu des études post-AMM. S'agissant de la portée de l'avis de la commission, il s'agit de savoir si cet avis sera « conforme », c'est-à-dire s'imposera au ministre et, en cas de SMR insuffisant, conduira automatiquement au refus de l'admission au remboursement ou, pour les médicaments déjà admis au remboursement, à leur déremboursement, comme la Cour l'a recommandé dans son précédent rapport sur la sécurité sociale.

Enfin, ni la commission de la transparence recentrée sur sa mission d'expertise médicale, ni le CEPS dont la mission est de réguler les prix, n'assument actuellement la mission transversale d'analyse médico-économique de ce secteur, qui consiste à évaluer le ratio coût/efficacité des médicaments candidats au remboursement. Il est très souhaitable que la réforme en cours de l'assurance maladie comble cette lacune.

II - La politique des pouvoirs publics vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique

A – La politique des prix n'est pas orientée vers l'achat au meilleur prix

Le prix des médicaments n'est qu'un des paramètres explicatifs des dépenses de médicaments, aux côtés des conditions de remboursement et du nombre de prescriptions. Mais c'est le prix des médicaments admis au remboursement qui explique l'essentiel de la croissance des dépenses de remboursement de médicaments ces dernières années et la totalité en 2003. La politique du médicament en France

repose au demeurant principalement sur le contrôle des prix. En effet, les médicaments vendus en ville voient leur prix fixé par l'Etat, agissant à travers le CEPS. L'objectif fixé par les pouvoirs publics au CEPS n'est pas, jusqu'à présent, de fixer les prix au plus bas. L'Etat poursuit également d'autres objectifs qui ont aussi leur légitimité, notamment la protection de l'industrie pharmaceutique et la nécessité de financer l'innovation. Cependant l'aggravation des difficultés financières de l'assurance maladie et la part accrue du médicament dans l'ensemble de ces dépenses amènent nécessairement à se demander si la France achète au meilleur prix pour l'assurance maladie par rapport à ce qui se pratique à l'étranger et quel est le bon équilibre entre les divers objectifs poursuivis.

1 – Les comparaisons internationales de prix des médicaments

Les obstacles méthodologiques à la comparaison des prix sont élevés (difficulté de connaître les prix réels -remises incluses- derrière les prix faciaux, différences de marges de distribution influant sur les prix publics, comparabilité du panier de biens, prise en compte ou non des génériques, fluctuations des parités monétaires avec les pays hors zone euro, limites dans les méthodes et le champ des études existantes, etc.). Les conclusions suivantes peuvent toutefois être tirées de la confrontation entre neuf études de comparaisons internationales de prix.

a) La remontée des prix français vers la moyenne des prix européens avant remise s'est confirmée

Les prix fabricants français moyens avant remises sont encore un peu moins élevés que la moyenne européenne, car ils intègrent les médicaments français anciens, aux prix généralement plus faibles. En revanche, les prix des nouveaux médicaments sont dans l'ensemble fixés à un niveau dit « européen ». Ainsi, en 2003, la mesure de rattrapage des prix pour les médicaments innovants mis sur le marché depuis 1997 n'a concerné qu'une douzaine de spécialités[187].

187. Ces hausses de prix faciaux dont le coût théorique était de 37 M€ soit 0,2 % des ventes totales de médicaments ont été intégralement compensées par des remises. La moitié de ce coût était dû à l'annulation de la baisse de prix, prévue au moment de la négociation initiale du prix, d'un nouvel anti-inflammatoire non-stéroïdien.

b) La possible convergence des prix en Europe cache une très grande diversité des prix

Même si une étude suédoise[188] semble déceler la constitution d'un « corridor de prix » de plus en plus étroit en Europe, l'étude du prix de quelques médicaments innovants montre une dispersion encore importante. Ainsi, pour deux médicaments très innovants admis au remboursement en 2003[189], l'écart de prix était respectivement de 40 % et de 45 % entre le moins cher et le plus cher parmi sept à dix pays européens, la France se situant dans la moyenne. Dans ces exemples, il n'existait pas de « prix européen »[190].

c) La connaissance des prix des médicaments est insuffisante mais les données disponibles montrent l'importance des écarts

Les comparaisons des prix et notamment la connaissance des prix moins élevés pratiqués dans d'autres pays développés, n'ont pas été jusqu'ici un objectif prioritaire en France. Dans le cadre de la négociation des prix produit par produit, le CEPS et la CNAM effectuent de plus en plus de comparaisons internationales, mais celles-ci sont encore très limitées et demeurent confidentielles. La base de données ébauchée fin 2003 par le ministère des finances à travers les postes d'expansion économique ne porte que sur les comparaisons de prix de produits innovants dans quatre pays de référence (Royaume-Uni, Allemagne, Italie et Espagne). Les études portant sur un plus grand nombre de pays sont encore rares et fragmentaires.

L'Australie[191] parvient à acheter ses médicaments remboursables à des prix en moyenne inférieurs aux prix français et importe l'essentiel des molécules. Les prix français sont entre 10 et 20 % supérieurs aux prix australiens en 2001, selon le PBS[192]. La France paie ses médicaments

188. Rehnberg C., *A Swedish case study on the impact of the single European market on the pharmaceutical market*, R. Busse, IOS Press, 2002.

189. Un immunomodulateur (ASMR I) et un antirétroviral (ASMR II).

190. Il s'agit de prix fabricant hors taxes : or les prix publics toutes taxes comprises peuvent diverger encore plus, du fait d'importantes différences de fiscalité et de marges de distribution en Europe.

191. L'Australie ne dispose pratiquement pas d'industrie pharmaceutique.

192. Pharmaceutical benefits scheme (évaluation économique pratiquée en Australie des coûts/bénéfices des 150 principaux médicaments remboursables, représentant 80 % des dépenses).

innovants environ 10 % moins cher, mais elle paie les autres médicaments 20 % plus cher que l'Australie.

Si l'innovation peut être mise en avant pour justifier des prix élevés de certains produits, sous réserve du respect des règles européennes en matière de concurrence, la rationalisation des dépenses publiques aujourd'hui nécessaire fait que l'argument industriel ne devrait être utilisé que de manière suffisamment sélective.

2 – Le refus d'importer les médicaments à des prix moins élevés

A la différence du Royaume-Uni ou de l'Allemagne, pourtant pays gros producteurs, la France ne s'est pas engagée dans une politique d'importation de médicaments de pays où ils sont moins chers[193]. Ces importations n'ont été autorisées qu'à partir de janvier 2004 et le code de la sécurité sociale n'a pas encore été modifié pour autoriser le remboursement des médicaments importés.

Par ailleurs, pour conserver la maîtrise de l'exportation de médicaments vers des pays à prix plus élevés et y protéger les marges et les prix qu'ils y pratiquent, de nombreux laboratoires imposent aux grossistes et aux pharmaciens d'officine un système de quotas d'approvisionnement, afin de les empêcher d'acheter des produits pour les exporter (180 médicaments dont certains parmi les plus vendus étaient concernés fin 2003) : ce contingentement des livraisons entraîne des ruptures d'approvisionnement dans les pharmacies d'officine. Des contentieux sont en cours à ce sujet.

3 – L'arrêt donné à la baisse des prix en 2003

Une orientation vers une plus grande dégressivité des prix au bout d'un certain temps après leur admission au remboursement avait paru s'engager en 2002, conformément aux recommandations de la Cour en 2001 et en 2003. En 2001, un nouveau médicament à très fort potentiel de croissance, qui s'est d'ailleurs hissé parmi les premiers médicaments remboursables dès l'année suivante, s'était vu fixer un prix plus élevé que ne le souhaitait le CEPS en contrepartie de sa dégressivité dix-huit mois après son admission au remboursement. Or, cette réduction de prix n'a pas eu lieu, dans le cadre d'une instruction ministérielle de rattrapage des prix d'une douzaine de médicaments innovants par rapport aux prix dits européens.

193. L'économie liée aux importations était évaluée à 194 M€ en Allemagne et à 342 M€ en Grande-Bretagne.

Il n'y a pas eu de baisses de prix décidées par le CEPS en 2003, contrairement à 2002 (où elles s'élevaient à 77 M€ et concernaient des médicaments à service médical rendu insuffisant, mais aussi des médicaments dépassant les seuils de croissance convenus dans les conventions entre l'Etat et les entreprises).

Or, aucune raison n'existe pour que les prix demeurent stables pendant une longue période, voire tout le cycle de vie des produits, contrairement à ce qui est constaté sur tous les autres types de marchés.

4 – La référence aux prix européens pour le dépôt de prix pour les médicaments innovants

Le système de dépôt de prix a été prévu dans la LFSS pour 2003 et organisé par l'accord-cadre Etat-industrie du 13 juin 2003. Il ne concerne que les médicaments innovants, définis comme procurant une amélioration du service médical rendu (ASMR) majeure, importante ou modérée[194]. Dès l'avis de la commission de la transparence, l'entreprise peut déposer son prix, qui s'applique sans délai, sauf avis contraire du CEPS, lorsque le prix est excessif au regard des prix de quatre pays de référence (Royaume-Uni, Allemagne, Italie, Espagne).

Neuf mois après l'entrée en vigueur de ce système, le constat suivant peut être établi. Un dépôt de prix a été accepté pour deux médicaments : un antirétroviral (ASMR II) en octobre 2003 et un médicament orphelin (ASMR III) en mars 2004. Le délai entre la demande de dépôt de prix et la convention signée avec le laboratoire a été relativement court. Dans le cas de médicaments innovants pour pathologies graves, la procédure d'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) permettait déjà aux malades d'en bénéficier rapidement, à l'hôpital et par la « rétrocession » du médicament à des patients non hospitalisés (c'est le cas de la première spécialité). Bien qu'ayant été traitée dans des délais rapides, l'instruction de ces demandes a été menée avec le même soin que pour les autres dossiers du CEPS.

La nouvelle procédure reste dans le cadre du système de prix administrés : le prix doit être en cohérence avec ceux pratiqués dans les quatre pays de référence et l'entreprise s'engage à ne pas dépasser des prévisions de ventes sur les quatre premières années, sous peine de verser une ristourne à l'assurance maladie.

194. Les médicaments ayant une ASMR III (modérée), pour être éligibles au dépôt de prix, ne doivent en outre pas dépasser un chiffre d'affaires de 40 M€ en troisième année de commercialisation.

Dans l'un des cas, le médicament était déjà disponible à l'hôpital, à un prix se situant dans la partie haute des prix européens. Le prix demandé pour la vente en ville et accepté se situe dans la moyenne des prix européens. Un alignement sur le prix le moins cher des quatre pays de référence (-14 %) aurait procuré une dizaine de millions d'euros d'économies en 2004. Dans l'autre cas, le prix n'était disponible que pour deux des quatre pays européens de comparaison. Le prix français se situe également dans la moyenne.

Le prix de ces médicaments est élevé, avec une dépense annuelle par patient de 5 500 € dans un cas (population-cible : 18 000) et de près de 40 000 € dans l'autre (population-cible : 500).

5 – Les incertitudes du tarif forfaitaire de responsabilité pour les génériques

La politique en faveur des médicaments génériques consiste, depuis 1999, en un « empilement » de trois séries de mesures :

- le droit de substitution, accordé aux pharmaciens par décret du 11 juin 1999 ;
- l'incitation des médecins à prescrire en générique et en dénomination commune (DC) : ces derniers se sont engagés en juin 2002 dans l'accord qui a revalorisé à 20 € le tarif de la consultation à rédiger en DC 25% de leurs ordonnances et en juin 2003, la totalité de leurs prescriptions. Cet engagement n'a pas été tenu, puisqu'à la fin de 2003, 7% seulement des lignes d'ordonnance étaient rédigées en DC ;
- enfin, le 8 septembre 2003 a été mis en place le tarif forfaitaire de responsabilité (TFR)[195] pour 71 groupes génériques, ceux pour lesquels la pénétration des génériques n'était ni trop faible (moins de 10 %) ni assez forte (plus de 45 %).

L'effet du TFR sur l'augmentation du taux de pénétration des génériques (de 50 à 62 % des unités entre août et décembre 2003) doit être nuancé : le taux de pénétration en faveur des génériques a augmenté de 17 points entre août et décembre 2003 pour les groupes soumis au TFR (de 30 à 47 %), mais également de 12 points pour les groupes génériques hors TFR (de 53 à 65 %). En fin d'année, le taux de pénétration des

195. Le principe du TFR consiste à rembourser des médicaments ayant des génériques sur la base du prix de ces derniers.

groupes TFR plafonnait, tandis que celui des groupes hors TFR continuait à augmenter[196].

Parmi les groupes sous TFR, ceux où le prix du princeps (médicament de marque) ne s'est pas aligné sur le TFR ont vu leur taux de pénétration s'élever à plus de 70 % fin 2003 (74 % en février 2004). En revanche, les groupes génériques dont le princeps s'est aligné à la baisse sur le tarif remboursé, ce qui est le cas de 70 % des groupes, ont vu leur taux de pénétration augmenter moins fortement (de 30 % en août à 40 % en décembre 2003) et se stabiliser fin 2003.

Deux conclusions découlent de ces constats : l'augmentation de la pénétration des génériques n'est pas seulement due à l'application du TFR mais aussi à l'incitation des pharmaciens d'officine à substituer. Le taux de pénétration des génériques (en nombre de boîtes) au sein du répertoire générique est passé de 19 % à la mi-1999 (entrée en vigueur du droit de substitution) à 33 % fin 2001, 47 % fin 2002 et 62 % fin 2003. D'autre part, l'alignement du prix des princeps sur le TFR limite fortement la pénétration des génériques.

L'alignement du prix des princeps sur le tarif de remboursement est certes intéressant à court terme pour faire baisser les prix. La « première vague » de TFR a procuré, selon la DSS, une économie d'environ 100 M€ en année pleine (sur 300 M€ de remboursement antérieurement) pour l'assurance maladie. Toutefois ce résultat aurait pu être atteint par la régulation des prix classique et par l'accroissement du taux de substitution. Par ailleurs, le TFR est en contradiction avec les deux piliers existants de la politique en faveur des génériques : le droit de substitution accordé aux pharmaciens n'a plus d'intérêt lorsque les prix des princeps et des génériques sont égaux ; de plus, la suppression, quand existe un TFR, de la marge privilégiée des pharmaciens en cas de substitution, ne les incite plus à substituer. La prescription en DCI demandée aux médecins n'a plus d'intérêt non plus, dès lors que les prix sont égalisés.

D'autre part, au-delà de cette économie immédiate, l'alignement du prix des princeps sur le TFR risque à terme de réduire le taux de substitution (tendance déjà observée à la fin de 2003) : les entreprises pharmaceutiques sont en effet incitées à relancer la promotion de leurs médicaments « princeps », afin d'éliminer les génériques du marché. Dans ces conditions, il serait souhaitable, pour chaque classe thérapeutique, de tenir compte de la structure du marché et de la taille des fabricants de génériques présents pour décider de l'opportunité de recourir ou non au TFR.

196. Source IMS-Pharmastat : statistiques des ventes au public.

Plus généralement, le TFR devrait moins être utilisé en tant que tel que comme un moyen d'inciter les pharmaciens à faire progresser le taux de pénétration par la mise en place de TFR pour les classes thérapeutiques où le droit de substitution serait insuffisamment mis en œuvre. Dans tous les cas, une meilleure incitation à prescrire en DC, assortie d'une formation adéquate des médecins et de l'adaptation des logiciels de prescription, serait une mesure utile pour développer les médicaments génériques.

Aujourd'hui les génériques représentent encore en France une part de marché très inférieure à ce qui est constaté dans de nombreux autres pays : en valeur, elle s'établit fin 2003 à seulement 5 %, contre 15 % en Allemagne, 16 % en Grande-Bretagne et 26 % aux Pays-Bas[197]. Cette différence s'explique en partie par une définition plus restrictive en France de la notion de médicament générique.

B – Le cadre peu satisfaisant de la politique conventionnelle Etat-industrie

Depuis 1994, les rapports entre l'Etat et l'industrie pharmaceutique sont régis par un système conventionnel : un accord sectoriel est conclu entre les représentants de l'industrie et l'Etat ; il est décliné chaque année par des conventions entre les laboratoires et le CEPS[198]. Un objet central de ces conventions est la négociation de remises. La loi de financement de la sécurité sociale fixe chaque année un « taux K »[199] de croissance du chiffre d'affaires des entreprises réalisé sur les ventes de médicaments remboursables en ville, au-delà duquel les laboratoires pharmaceutiques devront acquitter une contribution, appelée « clause de sauvegarde » (voir infra C).

Les entreprises peuvent être exonérées de ce système lorsqu'elles signent des conventions particulières avec le CEPS, conventions qui définissent notamment les remises dues par chaque laboratoire en cas de dépassement du taux K. La quasi-totalité des laboratoires signent ce type de convention, dont la raison d'être réside dans une volonté partagée « d'assurer une meilleure compatibilité [de la croissance du marché

197. Source : IMS, décembre 2003. En volume, les parts de marché sont de 10 % en France, 29 % en Allemagne, 38 % en Grande-Bretagne et 49 % aux Pays-Bas.

198. Si des conventions sont signées avec quelques 180 laboratoires, les huit premiers d'entre eux réalisent la moitié des ventes de médicaments en ville.

199. Si le taux K est fixé en référence à l'ONDAM, il ne s'applique pas aux dépenses d'assurance maladie mais au chiffre d'affaires hors taxe des entreprises pharmaceutiques et il est toujours fixé à un niveau inférieur à celui de l'ONDAM.

pharmaceutique] avec l'ONDAM, […] et d'orienter les dépenses vers la mise à disposition des malades de produits innovants, indispensables aux soins ou à la prévention de maladies graves »[200]. Une analyse de ce système conventionnel a été conduite par la Cour sur la période des quatre années couvertes par l'accord sectoriel signé en 1999[201].

1 – L'objet des conventions

Les conventions signées fin 1999 contenaient à la fois des clauses qualitatives et quantitatives. Par les premières, les laboratoires affirmaient leur engagement dans les orientations définies par l'accord sectoriel, telles que le développement des produits d'automédication, des médicaments génériques, pédiatriques et orphelins. Au fil des années, ces engagements ont quasiment disparu des conventions, à quelques exceptions près.

De même, les engagements quantitatifs sur les dépenses de promotion (diminution du ratio des dépenses de promotion rapportées au chiffre d'affaires), présents dans toutes les conventions signées en 1999, ont progressivement disparu des avenants annuels. Selon le CEPS, ces engagements quantitatifs avaient l'inconvénient de ne donner aucune garantie sur l'opportunité (pour l'assurance maladie) et la pertinence des dépenses de promotion engagées et pouvaient, dans certains cas, empêcher une entreprise de promouvoir un produit dont le régulateur souhaitait le lancement, tout en permettant à d'autres entreprises de promouvoir des produits de moindre intérêt pour la collectivité. Ce type d'engagements a été supprimé en 2003 au profit d'une régulation plus ciblée sur des produits choisis par le CEPS. Par exemple, les laboratoires commercialisant des statines s'engagent à promouvoir le bon usage de ces produits, en rappelant aux médecins que le régime est le traitement de première intention de l'hypercholestérolémie.

Un tel ciblage des engagements supposerait des moyens de contrôle importants pour vérifier leur respect. Encore de tels moyens ne permettraient-ils pas de s'assurer réellement, par exemple, du contenu des messages diffusés par les visiteurs médicaux auprès des médecins. En outre, le coût très élevé des dépenses de promotion pour l'assurance maladie -via le remboursement- de l'ordre de 1,5 Md € en 2003 si l'on retient le montant des dépenses de promotion indiqué par le LEEM, conduit à s'interroger sur l'opportunité d'un renoncement à un

200. Extrait de l'accord sectoriel de 1999.

201. Un nouvel accord sectoriel quadriennal Etat-industrie pharmaceutique a été signé le 13 juin 2003.

encadrement global, d'autant que l'autre moyen mis en place pour freiner les dépenses de promotion, la taxe appliquée à ces dépenses, est, en fait, largement inefficace (voir infra).

2 – Les remises : un système compliqué à trois étages

Les engagements quantitatifs sur lesquels s'appuient les remises de fin d'année ont occupé une place de plus en plus prépondérante dans les conventions. Trois catégories de remises conventionnelles coexistent : les remises par classe, les remises sur chiffre d'affaires et les remises par produit. Les deux premières ne sont dues que si l'objectif national d'évolution (taux K) est dépassé -ce qui a toujours été le cas jusqu'à présent-, alors que les remises par produit sont définies par des clauses particulières, indépendantes de l'évolution du marché global.

La contrainte globale du système est que les remises quantitatives payées par les entreprises (remises de classe et remises sur chiffre d'affaires) ne peuvent excéder ce que celles-ci auraient eu à payer en cas d'application de la clause de sauvegarde.

a) Les remises de classe sont déclenchées par le dépassement de seuils d'évolution, fixés par classe thérapeutique.

Chaque année, le CEPS élabore, dans un premier temps, un tableau présentant des taux d'évolution par classe thérapeutique, dits « seuils de déclenchement des remises de classes ». La segmentation s'est affinée, passant d'environ 135 à 165 classes sur la période. Les seuils sont fixés de manière à répondre à l'objectif de ne pas pénaliser les entreprises mettant sur le marché des médicaments innovants traitant des maladies graves et, en revanche, d'obtenir des remises pour les classes dont les produits sont moins innovants ou dont les volumes de ventes et la croissance sont très élevés[202].

Par exemple, en 1999, des seuils de croissance très élevés ont été fixés pour les interferons beta indiqués dans la sclérose en plaque (+ 177,4 %) ou les produits anti-Alzheimer (+ 127,4 %), classes dans lesquelles l'arrivée de nouveaux traitements relativement coûteux laissait prévoir une forte croissance. En revanche, les deux principales classes de médicaments remboursés se sont vu affecter un seuil inférieur à leur croissance tendancielle très rapide : + 11 % pour la classe des inhibiteurs

202. Le LEEM est consulté à deux reprises lors de la constitution de ce tableau : sur la segmentation par classe et sur les taux.

de la pompe à protons (en croissance de 32 % l'année précédente) et + 7,5 % pour celle des statines (en croissance de 30 % l'année précédente)[203].

Le CEPS se fixe également des contraintes implicites : il estime par exemple inutile de prévoir des taux excessivement bas, car ils auraient pour conséquence des montants de remises inacceptables pour les laboratoires, qui chercheraient alors à négocier des plafonnements.

Les remises par classe sont ensuite calculées en fonction d'une part, du rendement global attendu, et d'autre part, des incitations que le CEPS souhaite produire (par le partage de la remise globale d'une classe entre les entreprises). Elles sont calculées en deux étapes :

- pour chaque classe est calculé le dépassement par rapport au seuil de déclenchement. Les entreprises commercialisant des produits dans cette classe sont appelées à verser des remises, devant atteindre au total un certain pourcentage de ce dépassement. Ce pourcentage a été de 25 % en 1999, 35 % pour 2000 et 2001 et 28 % pour 2002.
- puis, les remises de chaque entreprise sont calculées en partie au prorata de leur chiffre d'affaires et en partie au prorata des dépassements observés. Initialement fixée à 50 % / 50 %, la répartition est passée en 2000 à 65 % / 35 %.

Au total, les remises par classe modèrent peu les dépassements, puisqu'elles ne les reprennent que partiellement. En outre, elles sont largement mutualisées, et un laboratoire qui n'aurait pas dépassé le seuil de déclenchement serait ainsi contraint de verser une remise en raison du dépassement global de la classe.

b) Les remises sur chiffre d'affaires, variable d'ajustement

Ces remises sont liées aux remises par classe : lorsque le montant des remises par classe dépasse ce qu'aurait payé le laboratoire en cas d'application de la clause de sauvegarde, le CEPS ne demande pas de remise sur chiffre d'affaires. Lorsque ce n'est pas le cas, la remise sur chiffre d'affaires est égale au minimum des deux valeurs suivantes : 25 % du montant théoriquement dû en cas d'application de la clause de sauvegarde ou 50 % de la différence entre ce montant théorique et la remise de classe. Les paramètres de calcul de cette remise varient en fonction de l'objectif de rendement visé.

203. Respectivement des anti-ulcéreux et des anti-cholestérol.

Au total, la remise sur chiffre d'affaires est une ressource pour l'assurance maladie mais non un mode de régulation. Son mode de calcul constitue un pur mécanisme de répartition, sans effet incitatif sur l'évolution des dépenses : elle est considérée comme « une variable d'ajustement », assurant que tous les laboratoires contribuent aux remises de fin d'année : de plus, les conventions sont signées le plus tardivement possible dans l'année (fin décembre en général), de manière à ce que les prévisions de chiffre d'affaires soient les plus réalistes possibles[204].

c) Les remises par produit, convenues dans les clauses particulières

Des clauses particulières des conventions peuvent prévoir, par produit, des remises ou des baisses de prix. Ces clauses touchent en général des produits pour lesquels existe un risque de mésusage (le prix est dans ce cas conditionné au respect de la posologie moyenne fixée dans l'AMM), ou un risque d'accroissement injustifié du coût (le coût de traitement journalier ne doit pas être dépassé), ou encore ceux pour lesquels le CEPS souhaite obtenir des contreparties au-delà d'un certain volume de ventes. Certaines clauses imposent des remises par produit très importantes aux entreprises[205].

Ces clauses ciblées ne présentent pas certains inconvénients des autres mécanismes précédemment analysés, notamment dans la mesure où elles ne comportent pas de mutualisation. En revanche, on peut regretter que le non respect de ces clauses n'entraîne plus, en 2003, sauf exception, que des remises et non plus des baisses de prix[206] ; au moins lorsqu'il s'agit de mésusage d'un médicament, l'éventualité d'une baisse de prix serait plus adaptée, car plus dissuasive. On peut également constater qu'il n'existe pas de preuve que ces remises par produit aient infléchi les comportements. Enfin, elles ne portent pas ou peu sur des classes surconsommées tels les psychotropes.

---

204. En début de période (1999-2000), quelques laboratoires ont eu tendance à gonfler artificiellement leur chiffre d'affaires prévisionnel, de manière à ce que le seuil de déclenchement de la remise soit inopérant.

205. Les remises par produit sont déduits de l'assiette des remises de classes, afin d'éviter une « double imposition ».

206. En particulier, les clauses prévoyant des baisses de prix au-delà de certains volumes stipulent de plus en plus fréquemment que les prix ne baisseront qu'après deux ou trois années d'exploitation, pendant lesquelles seront appliquées des remises d'une valeur équivalente à la baisse prévue. Cette modalité permet aux laboratoires d'afficher un prix facial français plus élevé que le prix réel lors des négociations de prix avec les autorités d'autres pays.

3 – Les effets du système peuvent être atténués de trois manières

En premier lieu, l'article 14 de l'accord sectoriel Etat-industrie de 1999 prévoyait des exonérations de remises, dont la liste s'est progressivement étoffée. Peuvent être ainsi déduits de l'assiette des remises quantitatives (par classe ou sur CA) : les produits innovants ayant obtenu une ASMR I ou II pour respectivement les trois ou deux années suivant leur commercialisation (s'il s'agit d'une nouvelle indication avec un ASMR I ou II, l'exonération est calculée au prorata des ventes du produit dans cette indication) ; les médicaments orphelins ; les médicaments pour lesquels une part importante des ventes n'est pas présentée au remboursement, au prorata de ces ventes ; enfin, les génériques ou les médicaments à prix de générique.

En second lieu, le plafonnement des remises sur chiffre d'affaires ou de la totalité des remises a été de plus en plus utilisé au cours de la période. Le rapport d'activité du CEPS pour 2002 mentionne cette évolution, en précisant que 81 entreprises ont souhaité introduire dans leur convention un plafonnement de tout ou partie des remises, alors que cette pratique était plutôt exceptionnelle les premières années. Le plafonnement présente des avantages pour les entreprises : il permet une meilleure visibilité des résultats à court terme, et constitue une garantie contre des remises trop élevées. Le CEPS peut, pour sa part, négocier un seuil de déclenchement de remise sur CA plus bas en contrepartie du plafonnement de la remise.

Une troisième atténuation concerne les crédits de remise. La période couverte par l'accord cadre a été marquée par des baisses de prix et des déremboursements, dus d'une part aux conséquences de la réévaluation de la pharmacopée par la commission de la transparence, d'autre part à des directives données par le ministère de la santé pour obtenir des baisses de prix ciblées sur des produits coûteux et en forte croissance. La plupart de ces mesures ont été négociées avec les entreprises et ont fait l'objet d'avenants conventionnels, octroyant des « crédits de remises » aux entreprises concernées, comme le prévoyait l'article 14 de l'accord sectoriel. En général, les baisses de prix des médicaments à SMR insuffisant ont été « compensées » à hauteur de la perte de chiffre d'affaires en année pleine, estimée sur les ventes de l'année précédente ; les baisses de prix « ciblées » sur demande du ministre ont été, elles, compensées à 50 % de cette perte[207]. Les crédits de remise accordés à l'occasion des déremboursements ont été d'importance variable, selon

207. Ce mécanisme crée un avantage à court terme pour les comptes de l'assurance maladie, puisque la compensation des baisses de prix (sous forme de réductions de remises) n'intervient qu'en année n+1.

l'intérêt que présentait le déremboursement pour l'assurance maladie : au total, ils ont atteint 70 M€ en 2003.

La contradiction entre les objectifs de la politique conventionnelle tels que définis dans l'accord cadre (promotion des produits innovants destinés aux maladies graves) et les crédits de remises accordés en contrepartie de baisses de prix ou de déremboursement de produits à service médical rendu insuffisant est flagrante. On peut en outre s'interroger sur l'opportunité de dédommager les entreprises des pertes subies du fait d'un déremboursement qui résulte de l'application, d'ailleurs tardive, du décret du 27 octobre 1999[208]. Si cette concession a été présentée comme indispensable à la survie du système conventionnel et de certains laboratoires (et il est vrai que pour certains d'entre eux les baisses de prix ont engendré des pertes importantes de chiffre d'affaires), le sursis accordé pour les déremboursements[209] constituait déjà en soi un avantage.

De plus, ces crédits de remise ne sont pas à déduire du rendement du système de remises, puisque le rendement attendu est calculé a priori, déduction faite des crédits de remise. Le système revient donc à faire porter à l'ensemble des laboratoires le coût des avantages accordés aux entreprises concernées par les baisses de prix ou les déremboursements. Enfin, ces crédits de remises étant reportables d'année en année, ils dispensent certains de ces laboratoires ayant des produits peu innovants de remises pendant plusieurs années.

208. Le décret du 27 octobre 1999 relatif aux médicaments remboursables a disposé que les médicaments dont le SMR est insuffisant ne sont pas inscrits sur la liste des spécialités remboursables.

209. La première vague de déremboursement (de loin la plus modeste) n'a eu lieu qu'à l'automne 2003, les deux autres étant prévues en 2004 et 2005. Celle de 2004 a été différée.

4 – Eléments d'évaluation du dispositif

a) Le rendement financier résultant des LFSS a été globalement atteint

Le rendement financier du système conventionnel est le suivant :

	2000	2001	2002	2003
Taux K	2 %	3 %	3 %	4%
CA HT ville remboursable (A)	**13 500 M€**	**14 330 M€**	**14 930 M€**	**15 840 M€**
Evolution / année antérieure	+ 8,9 %	+ 7,2 %	+ 4,2%	+6,1%
Dépassement	854 M€	559 M€	171 M€	330 M€
Rendement du système :				
Baisses de prix & déremboursements	183 M€	360 M€	107 M€	n.c
Remises brutes totales	411 M€	262 M€	204 M€	254 M€
Crédits de remises utilisés	137 M€	79 M€	75 M€	64 M€
Remises nettes totales (B)	**274 M€**	**183 M€**	**129 M€**	**190 M€**
Montant théorique clause de sauvegarde	442 M€	370 M€	100 M€	150 M€
Remises (B) / CA HT ville remboursable (A)	**2,03 %**	**1,27 %**	**0,86 %**	**1,20 %**

Source : CEPS

Le « taux K » est fixé par la loi de financement de la sécurité sociale sans qu'aucune règle n'encadre son évolution. Entre 2000 et 2003, il a doublé, ce qui a réduit d'autant la portée de la clause de sauvegarde et, en conséquence, les objectifs et le montant des remises que peut négocier le CEPS. En dépit de son augmentation ce taux est toujours resté en deçà de l'évolution réelle des ventes de médicaments remboursables, conduisant au versement de remises par l'industrie pharmaceutique, dont le rendement a évolué en fonction du dépassement des ventes par rapport au seuil fixé. L'année 2000 a vu un fort dépassement, combiné à un taux directeur très bas (2 %) : cette situation a eu pour conséquence le versement d'un montant élevé de remises. En 2002, la décélération des ventes de médicaments remboursables, combinée à un « taux K » plus élevé (3 %), a conduit à des remises plus faibles. La relative accélération des ventes en 2003 a coïncidé avec une augmentation du taux directeur (4 %). Si les remises quantitatives (de classe et sur CA) ne peuvent

dépasser la clause de sauvegarde théorique, il arrive que le montant total des remises la dépasse si l'on ajoute les remises par produit, comme en 2002 et 2003.

Conformément à l'objectif affiché, les remises de classe ont permis d'obtenir des rabais, lorsque les volumes de ventes ont été très importants. Ces remises ont été particulièrement élevées dans certaines classes sur toute la période : inhibiteurs de la pompe à protons, statines, antibiotiques, antidépresseurs (ISRS), anti-asthmatiques… Les remises par produit, parfois très importantes, ont également permis de réduire le coût net de certains produits pour l'assurance maladie.

b) Un système complexe aux effets financiers limités et aux mécanismes en partie contradictoires

Ce système conventionnel est beaucoup plus organisé que par le passé et le CEPS en fait un suivi méthodique. Il traduit le souci de s'adapter à la diversité des entreprises, mais il est aussi particulièrement complexe : s'articulant autour de trois types de remises et atténué par différents mécanismes, il a vu ses règles, pas toujours explicites, régulièrement ajustées.

Si son objectif premier est le rendement financier (au profit de l'assurance maladie), force est de constater que les remises ont représenté une part limitée et décroissante des ventes de médicaments remboursables, passant de 2,03% à 1,20 % entre 2000 et 2003.

Par ailleurs, une mutualisation croissante des règles de répartition des remises, qui fait porter les conséquences des dépassements sur l'ensemble des entreprises, peut inciter les entreprises à accroître encore davantage leurs ventes. De surcroît, l'utilisation du système conventionnel pour reporter les effets des baisses de prix et des déremboursements des médicaments à service médical insuffisant sur l'ensemble des laboratoires paraît contradictoire avec l'objectif affiché de soutien à l'innovation.

C – Un système de taxes complexe et de faible rendement

1 – Un dispositif de plus en plus complexe

Le dispositif fiscal applicable à l'industrie pharmaceutique comporte quatre taxes contre deux à l'origine. Chacune de ses taxes a vu son assiette et ses caractéristiques principales modifiées à plusieurs reprises. Ce dispositif fiscal apparaît donc à la fois instable et complexe.

a) La contribution sur les dépenses de publicité.

Cette taxe est la plus ancienne, puisque sa création remonte à la loi du 19 janvier 1983. Elle a subi, au fil des ans, de nombreuses modifications, qui ont rendu particulièrement complexe son calcul.

La taxe est due par les laboratoires dont le chiffre d'affaires dépasse un certain seuil (15 M€). La contribution est assise sur les frais de prospection et d'information des praticiens (rémunérations des visiteurs médicaux auprès des médecins de ville et des établissements de santé ; remboursement des frais de transport, de repas ou d'hébergement de ces visiteurs ; frais de publication et d'achat d'espaces publicitaires, à l'exception de la presse médicale spécialisée).

Plusieurs abattements d'assiette ont été introduits. Depuis 1998 est appliqué un abattement forfaitaire de 460 K€ porté à 500 K€ en 2003 puis à 1,5 M€ en 2004. Depuis 1998, un abattement de 30 % est appliqué sur le chiffre d'affaires, au titre des spécialités génériques, porté à 40 % en 2002, puis ramené à 30 % en 2003. De même, un abattement de 30 % est appliqué au titre des médicaments orphelins. Enfin, depuis 2002, un abattement de 3 % sur les rémunérations des visiteurs médicaux est appliqué au titre de leur activité de pharmacovigilance.

La taxe a d'abord été proportionnelle, au taux de 5 % de 1983 à 1990, de 7 % en 1991 et 1992, puis de 9 % de 1993 à 1997. Par la suite, elle est devenue progressive, calculée en fonction du poids relatif des dépenses de promotion dans le chiffre d'affaires. Les taux applicables à chacune des quatre tranches ont été progressivement relevés et se situent, depuis la LFSS pour 2004, à respectivement 16 %, 21 %, 27 % et 32 %. Elle est acquittée par les entreprises, sur une base déclarative, au plus tard le 1er décembre de chaque année. Elle n'est pas déductible de l'assiette de l'impôt sur les sociétés.

b) La contribution à la charge des distributeurs de médicaments

Initialement instituée sous la forme d'une contribution exceptionnelle par la loi du 31 juillet 1991, cette contribution a été reconduite à quatre reprises avant d'être pérennisée par la loi du 12 avril 1996. Elle a fait l'objet de modifications substantielles. Elle est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé par les entreprises de ventes en gros et par les laboratoires à raison de leurs ventes directes auprès des pharmacies.

Avant la LFSS pour 2004, cette taxe était trimestrialisée et globalisée : chaque entreprise acquittait une contribution en fonction de l'évolution trimestrielle du chiffre d'affaires de l'ensemble des

entreprises concernées (taux variant de 1,17 à 2,17 %). Depuis la LFSS pour 2004, le système est annualisé et individualisé : la taxe à acquitter est fonction, pour chaque entreprise, du montant du chiffre d'affaires (première part) et de son évolution annuelle (deuxième part). Le taux est de 1,9 % pour la première part et de 2,25 % pour la seconde, la contribution ne pouvant, en toute hypothèse, excéder 2,7 %, ni être inférieure à 1,4 % du chiffre d'affaires.

c) La contribution additionnelle sur les ventes directes

Cette taxe, instituée par la LFSS pour 1998, a été supprimée par la LFSS pour 2003. Elle consistait en une contribution additionnelle de 2,5 % due par les laboratoires sur le produit des ventes directes des laboratoires auprès des officines, hors médicaments orphelins et génériques. L'objectif affiché était de rétablir l'égalité des conditions de concurrence entre les produits vendus directement et ceux vendus par les grossistes.

d) La clause de sauvegarde

La clause de sauvegarde a été instituée en 1999. Elle est due par les entreprises exploitant des médicaments remboursables, sauf lorsqu'elles sont engagées dans une démarche conventionnelle avec le CEPS et acquittent de ce fait des remises conventionnelles (cf. partie B). Elle est due lorsque la croissance du chiffre d'affaires des laboratoires qui n'ont pas signé de convention excède le « taux K », fixé chaque année dans la LFSS.

Le montant global ainsi calculé est ensuite réparti en trois parts A, B, C, représentant respectivement 30 %, 40 % et 30 % du montant total, puis décliné par laboratoire. Le montant dû par chaque laboratoire est fonction, au titre de la part A, du rapport entre son chiffre d'affaires hors taxes et le chiffre d'affaires de l'ensemble des redevables ; au titre de la part B, de la progression de son chiffre d'affaires comparée à celle du chiffre d'affaires de l'ensemble des redevables ; au titre de la part C, du rapport entre le montant de la contribution versée par le redevable au titre des dépenses de promotion et le montant global de cette contribution pour tous les assujettis, les entreprises non assujetties à cette contribution publicité étant exonérées de cette part.

Le montant de la contribution au titre de la clause de sauvegarde ne peut dépasser, pour chaque contribuable, 10 % de son chiffre d'affaires hors taxes. Cette contribution n'est pas déductible de l'assiette de l'IS. Au total, ce dispositif est loin d'enserrer les dépenses de médicament dans

une logique d'enveloppe fermée, puisqu'il ne permet pas la récupération l'année n+1 de l'intégralité des dépassements de l'année antérieure, dépassements qui sont, de plus, consolidés en base pour le calcul de l'ONDAM de cette même année. Le nouveau paramétrage introduit par la LFSS pour 2001 est donc favorable à l'industrie pharmaceutique.

e) Les taxes alimentant le budget de l'AFSSAPS

Outre les taxes précédentes, l'industrie pharmaceutique doit également acquitter diverses redevances, récemment requalifiées en taxes par le Conseil d'Etat, alimentant le budget de l'AFSSAPS. Il s'agit, pour l'essentiel, du droit progressif sur les AMM, de la taxe sur les visas de publicité, du droit d'enregistrement des produits homéopathiques, de la taxe sur les dossiers déposés devant la commission de la transparence et de celle sur les demandes de renouvellement.

2 – Une fragilité juridique persistante

Les taxes sur l'industrie pharmaceutique ont fait l'objet de nombreux recours contentieux, portant le plus souvent sur leur assiette, et, plus récemment, sur l'organisation même du recouvrement. Pour écarter le risque de compromettre le recouvrement de l'ensemble des cotisations et contributions par l'ACOSS, ce qui aurait représenté un enjeu financier majeur pour la sécurité sociale dans son ensemble, le gouvernement a dû présenter une disposition de validation législative dans la dernière loi de financement. S'agissant de l'assiette de la taxe sur les dépenses de publicité, elle a fait l'objet des précisions et adaptations nécessaires en LFSS pour 2003 ; les contentieux en cours portent donc principalement sur les redressements notifiés par l'ACOSS à l'issue des contrôles effectués au titre d'exercices antérieurs.

a) Les contentieux portant sur l'assiette

C'est principalement la taxe sur les dépenses de publicité qui a fait l'objet des contentieux les plus nombreux, compte tenu de la difficulté de cerner précisément et, a fortiori, de contrôler l'assiette, à l'occasion des nombreux redressements effectués par l'ACOSS. Les contentieux portent, soit sur la nature des activités de promotion soumises à la taxe, soit sur la nature des éléments de rémunération des visiteurs médicaux.

Dans un arrêt du 20 janvier 2004, la Cour d'appel de Versailles a considéré que n'entraient pas dans l'assiette de la taxe les salaires et charges des visiteurs médicaux correspondant au temps passé à la

réalisation de rapports de pharmacovigilance et d'études cliniques ou à établir des dossiers scientifiques pour les équipes de recherche médicale. Elle a également considéré que les dépenses de promotion d'un médicament sous ATU ne pouvaient être incluses dans l'assiette, tout en confirmant, à l'inverse, le bien fondé de l'inclusion des dépenses de formation. L'impact financier direct est de l'ordre de 700 000 €, mais l'arrêt pourrait comporter un impact indirect si l'ACOSS renonçait à recouvrer d'autres redressements déjà notifiés.

A l'occasion de redressements importants sur une société, réalisés en 2001, le Conseil d'Etat, dans un arrêt du 3 avril 2003, a annulé partiellement la circulaire du 3 avril 2001, prévoyant l'inclusion, dans l'assiette, des dépenses de promotion engagées par les laboratoires auprès des non-prescripteurs (hôpitaux, maisons de retraites…), pour défaut de base légale. Le gouvernement s'est donc résolu, pour l'avenir, à inclure explicitement ces dépenses dans l'assiette (LFSS pour 2003) et, pour le passé, à présenter une disposition de validation législative dans la LFSS pour 2004. Celle-ci a été censurée par le Conseil Constitutionnel pour défaut d'intérêt public. L'enjeu financier était évalué à 80 M€, compte-tenu du renoncement probable par l'ACOSS aux redressements effectués à ce titre auprès d'une dizaine de laboratoires.

b) Les lacunes du recouvrement et du contrôle

En application de la loi du 25 juillet 1994, codifiée dans l'article L. 225-1 du CSS, l'ACOSS recouvre les diverses contributions pesant sur l'industrie pharmaceutique. On compte 150 laboratoires redevables et 24 grossistes répartiteurs. Les taxes pharmaceutiques génèrent un flux annuel de 825 déclarations et 1 600 versements. La taxe sur les ventes directes était acquittée à 90 % par les grossistes répartiteurs, les laboratoires étant les principaux contributeurs des autres taxes. Le taux de paiement à l'échéance est, en moyenne, de 95,6 %, le plus mauvais résultat étant obtenu pour la taxe sur les dépenses de promotion (90 %). En conséquence, l'agent comptable a peu d'actions en recouvrement à mener. En cinq ans, un seul dossier a dû être confié à un huissier pour recouvrement forcé. Aucun incident de ce type n'a été noté en 2003.

Le contrôle d'assiette relève de l'ACOSS qui peut requérir l'assistance des inspecteurs du recouvrement des URSSAF. Dans plusieurs recours, des laboratoires ont contesté les redressements notifiés au motif que l'agrément de ces inspecteurs par les DRASS aurait été effectué dans des conditions de forme irrégulières. A l'occasion de ces recours, le ministère chargé de la sécurité sociale s'est rendu compte que les agréments étaient délivrés dans un certain désordre juridique par ses

services extérieurs, et parfois même, pas délivrés du tout. Un effort a donc été effectué pour régulariser l'ensemble des procédures de contrôle et un nouveau texte réglementaire régissant le contrôle du recouvrement direct par l'ACOSS devrait être publié prochainement.

La complexité des assiettes, le changement permanent de la règle de droit, les contestations des contribuables, qu'illustre la multiplicité des contentieux, contribuent à expliquer l'absence de mise en œuvre par l'ACOSS d'un véritable plan de contrôle.

En 1995, soit plus de 12 ans après la création de la taxe sur les dépenses de publicité, un premier plan de contrôle a été mis au point. Il n'a jamais été appliqué. Un nouveau plan a été élaboré en 1997, répartissant les laboratoires en trois niveaux de priorité, en fonction du poids de leurs dépenses de promotion par rapport au chiffre d'affaires. Dès la phase expérimentale de ce plan, limitée à dix contrôles effectifs, de nombreuses difficultés sont apparues, tenant aux multiples problèmes d'interprétation des textes, à l'insuffisante formation des inspecteurs des URSSAF, mais aussi à la faiblesse du support méthodologique de contrôle. Ce deuxième plan n'a donc pas davantage été mis en œuvre. Un troisième plan a été élaboré en 2000, après qu'une formation spécifique avait été dispensée aux inspecteurs des URSSAF concernées. L'organisation générale des contrôles a été renforcée avec la nomination d'un responsable à l'ACOSS, l'identification précise des laboratoires redevables et la priorisation des contrôles, la mise au point d'une méthodologie précise. Ce plan n'a cependant pas atteint les objectifs fixés, puisque seuls 66 contrôles sur les 87 prévus ont été réalisés par les URSSAF entre 2000 et 2002.

Conformément à la convention d'objectifs et de gestion 2002-2005, l'ACOSS devrait avoir achevé d'ici 2005 l'ensemble des contrôles liés aux taxes sur l'industrie pharmaceutique.

En 2002, quatre URSSAF ont participé à la réalisation de contrôles, mais seuls 25 contrôles ont été effectués, pour un montant global de redressements notifiés de 44,4 M€. L'ACOSS a donc décidé, à la fin de 2002, de définir un nouveau plan de contrôle, portant sur l'ensemble des contributions et non plus seulement sur la contribution sur les dépenses de promotion.

Le plan de contrôle est élaboré sous la responsabilité du directeur de l'ACOSS et transmis aux URSSAF chargées de l'exécution des contrôles (Paris, Lyon, Marseille et Nice). Compte-tenu des contentieux en cours, la procédure de contrôle est dorénavant codifiée, ses différentes étapes étant précisées et les autorités compétentes désignées. Ainsi, l'ACOSS prévoyait de réaliser 35 contrôles en 2003, 127 contrôles en

2004 et 72 en 2005 pour se conformer aux objectifs de la convention d'objectifs et de gestion.

3 – Un impact incertain

a) Un rendement modeste

Le rendement attendu des taxes en cause est évalué, en loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, à 676 M€, dont la plus grande part bénéficie à la CNAM (608 M€). Il faut y ajouter le rendement des taxes alimentant directement le budget de l'AFSSAPS, évalué pour 2004 à 60 M€, soit un total général de 736 M€.

Produit des taxes pesant sur le secteur du médicament

En M€

Année	Taxe publicité	*Variation*	Taxe distribution	*Variation*	Contribution ventes directes	Clause de sauvegarde
1997	152,7	*+ 2,8 %*	146	*+ 33,1 %*	n.c.	-
1998	186,0	*+ 21,8 %*	201	*+ 37,7 %*	24,8	-
1999	198,3	*+ 6,6 %*	222	*+ 10,4 %*	25,6	-
2000	202,5	*+ 2,2 %*	271	*+ 22,1 %*	30,0	11,50
2001	212,5	*+ 4,9 %*	343	*+ 26,6 %*	27,0	0,04
2002	213,7	*+ 0,6 %*	312	*- 9,1 %*	23,7	0,50
2003	160,0	*- 25 %*	348 (p)	*+ 11,5 %*	nd	0,00
2004	208 (p)	*+ 30 %*	nd		nd	nd

Source : direction de la sécurité sociale et ACOSS. (p) : prévision

Le produit de la taxe sur les dépenses de publicité est affecté à la CNAM et, depuis 2001, au FOPIM pour une part plafonnée à 10 %. De 1997 à 2003, son produit a augmenté de 5 %, alors que les dépenses de médicaments remboursés progressaient de 58,6 %. En 2003, le produit de la taxe correspondait à 1 % des ventes de médicaments remboursables par l'assurance maladie et à environ 11 % des dépenses de promotion de l'industrie pharmaceutique telles qu'évaluées par cette industrie (1,5 Md€).

Le produit de la contribution à la charge des distributeurs de médicaments est réparti entre les divers régimes d'assurance maladie

selon une clef fixée chaque année par arrêté du ministre chargé de la santé. Selon le texte actuellement en vigueur, la CNAM bénéficie de 86,6 % du produit de cette taxe, la CANAM de 4,4 %, les exploitants agricoles de 6,1 % et les salariés agricoles de 2,9 %.

Le produit de la contribution additionnelle sur les ventes directes était affecté à la CNAM.

Le produit de la clause de sauvegarde est réparti entre les différents régimes maladie selon une clef identique à celle appliquée pour la répartition de la contribution des distributeurs. Le nombre de redevables est passé de 27 à 12 entre 2000 et 2001. Il a, par la suite, régulièrement baissé, au rythme du conventionnement des laboratoires avec le CEPS.

b) L'impact en termes économiques et de régulation des dépenses

Peu de données sont disponibles sur l'impact économique réel des taxes sur l'industrie pharmaceutique. Elles représentent au total, selon un calcul sommaire, environ 2 % du chiffre d'affaires du secteur, soit un pourcentage relativement modeste et stable au cours des cinq dernières années. Malgré l'inventivité permanente en la matière, on ne peut donc pas considérer que le poids de cette fiscalité s'est alourdi. Alors que l'objectif de ces taxes est plus économique que financier, il n'existe pas de données sur la répartition de cette charge entre entreprises en fonction de leur taille, de leur chiffre d'affaires ou de leur structure de production.

La mesure de l'impact de ce dispositif en termes de régulation des dépenses de médicament conduit à distinguer la clause de sauvegarde des autres contributions. Si l'ensemble des taxes a été mis en place pour des raisons financières de rendement, dans le cadre du bouclage annuel de la LFSS, la clause de sauvegarde constitue pour le CEPS une base de discussion non contestée pour engager les négociations avec les laboratoires sur le montant des remises. Cette clause a donc eu l'effet positif, en termes de régulation des dépenses de médicament, de conforter le poids du CEPS, puisque pratiquement tous les laboratoires sont aujourd'hui entrés dans cette logique conventionnelle : 178 sur 186 ont conclu de telles conventions, les huit qui ont refusé la proposition du comité étant de très petites entreprises représentant au total moins du dix millième de l'ensemble des ventes de médicaments remboursables.

Alors que, en ce qui concerne le budget de l'Etat, de nombreuses « micro taxes », coûteuses en matière de recouvrement, complexes pour le contribuable et d'un rendement modeste, ont été ces dernières années régulièrement supprimées en loi de finances, c'est la tendance inverse qui prévaut en ce qui concerne les taxes pesant sur l'industrie pharmaceutique

figurant dans les LFSS. A cette tendance à la multiplication de « micro taxes » s'ajoute l'instabilité extrême des assiettes et la difficulté de contrôler et de recouvrer ces taxes. Ainsi, par exemple, la taxe sur la distribution pourrait sans difficulté être supprimée, le calcul des marges étant réaménagé à due concurrence.

S'agissant de la taxe sur les dépenses de publicité, elle fait l'objet d'une contestation permanente de la part de l'industrie pharmaceutique. Cette taxe ne comporte pas d'effet mesurable sur l'évolution des dépenses de promotion, qui sont fonction du volume des mises sur le marché et, dans une certaine mesure, de l'innovation. Elle ne trouve sa véritable justification que dans les actions qu'elle est supposée financer. Une part de son produit (10 %) est, en effet, affectée au FOPIM, afin de financer des actions publiques d'information sur le médicament. Mais cette part demeure faible et le FOPIM n'a pas réellement démarré. Si la part de la taxe affectée au FOPIM était relevée et permettait d'impulser vraiment des actions de communication en direction des prescripteurs et du public, le maintien de cette taxe serait alors justifié. Son assiette étant désormais stabilisée et clarifiée, le relèvement de cette taxe pourrait même être envisagé, à la fois pour financer le développement de la communication publique sur le médicament et pour compenser financièrement le coût du démantèlement d'autres taxes.

III - L'action sur la prescription et la consommation

A – Les lacunes dans la mission d'information de l'AFSSAPS

Les mesures de « bon usage » des médicaments sont essentielles, aussi bien en termes de santé publique que de maîtrise des dépenses de santé. La première d'entre elles réside dans la mise à disposition d'une information indépendante sur le médicament. Elle incombe essentiellement à l'AFSSAPS et aux structures placées auprès d'elle. Les résultats d'une enquête de la DGS effectuée en janvier 2002 confirment un besoin considérable de la part des médecins généralistes d'une information indépendante. Si l'information est abondante, les médecins la jugent peu synthétique, peu claire et peu adaptée aux exigences de leur pratique. Six praticiens sur dix indiquent ainsi éprouver le besoin d'une meilleure information sur le médicament. L'AFSSAPS dispose ou est en train de se doter de différents outils d'information pour tenter de répondre à cette demande. Toutefois, le constat dressé par la Cour en 2001 demeure d'actualité : si l'AFSSAPS remplit bien sa mission en matière d'alerte sanitaire et de pharmaco-vigilance, il n'en est pas de même pour

l'information quotidienne des prescripteurs. L'information indépendante existe, mais elle est limitée, dispersée et sous-utilisée.

1 – Une base de données médicaments non opérationnelle

a) Des réalisations encore modestes : le projet @MM

L'idée d'un référentiel indépendant sur le médicament est ancienne et sa réalisation par l'AFSSAPS a été annoncée à plusieurs reprises et à nouveau par le plan gouvernemental sur le médicament de février 1998 pour une mise en œuvre à la fin de la même année. La LFSS pour 2001 a relancé le projet de base de données par son article 47, prévoyant que : « d'ici au 1er janvier 2003, l'AFSSAPS mettra en œuvre une banque de données administratives et scientifiques sur les médicaments et les dispositifs médicaux ». Ces objectifs successifs n'ont pas été atteints.

Un premier « projet @MM » a été lancé en 2001 avec pour objectif de mettre en ligne le résumé des caractéristiques des produits (RCP) et la notice des AMM délivrées à partir du 1er janvier 2002. Ce projet est achevé depuis le 17 juin 2002, avec la mise en ligne d'un répertoire des spécialités pharmaceutiques sur le site Internet de l'AFSSAPS. Cependant, seul le flux a été traité, et non le stock (soit 1 500 AMM sur 15 000 actives). Le « projet @MM 2 », en cours de lancement, vise à traiter les 13 500 AMM restantes. La structure de projet correspondante n'avait toutefois pas été mise en place au moment de l'enquête de la Cour, en mars 2004, et l'ambition a pour l'instant été limitée aux seules AMM postérieures au 1er janvier 1999. Il est prévu que ce projet réduit aboutisse d'ici la fin 2004.

Par ailleurs, la mise en ligne des avis de la commission de la transparence demeure elle-même très partielle, puisqu'elle ne concerne toujours que les avis postérieurs au 1er janvier 2001. On peut, là encore, s'étonner qu'en trois ans, l'agence n'ait pas entrepris de publier progressivement sur son site internet les avis concernant le stock restant. Au demeurant, l'agence n'est pas en mesure de chiffrer ce stock des avis de la commission de la transparence antérieurs à 2001.

On peut également regretter que la consultation des avis ne puisse se faire que par ordre alphabétique du nom de marque et par ordre chronologique, mais pas par DC, classe, firme ou niveau de SMR et d'ASMR, ce qui limite l'usage de cette base de données. Enfin, les rapports des experts et les débats en commission ne sont toujours pas publiés.

Le résultat demeure donc très décevant : seule une petite partie des avis d'AMM et de transparence sont accessibles sur le site internet, lui enlevant une large partie de son intérêt pour les prescripteurs. De plus, on est loin d'un référentiel global sur le médicament offrant des liens avec d'autres sources d'information. L'information sur les avis de la transparence et sur les AMM est stockée dans deux rubriques différentes du site internet de l'AFSSAPS, sans possibilité de passer de l'une à l'autre, ce qui contribue encore à brouiller les sources d'information pour les prescripteurs. On peut regretter l'absence de stratégie d'ensemble de l'AFSSAPS sur cette question.

b) Les perspectives

L'AFSSAPS a réalisé en septembre 2003 une étude préliminaire sur un projet global intitulé « banque indépendante sur les produits de santé » (BIPS). L'objectif est d'offrir aux prescripteurs à la fois une information de référence sur le médicament et la sécurisation des prescriptions (détection des interactions médicamenteuses, des contre-indications, etc.). L'étude estime à 50 années/homme les ressources nécessaires pour le traitement et le transfert des données existantes. On peut se demander s'il ne serait pas plus réaliste que l'AFSSAPS confie la mise en œuvre de ce projet à une société extérieure, conformément à un cahier des charges qu'elle définirait elle-même. Ce cahier des charges pourrait par exemple prévoir la rédaction en DC et l'intégration de l'ensemble des génériques dans la base. L'AFSSAPS conserverait un rôle de validation de l'information figurant dans ces bases. Une autre option pourrait consister à charger le CNHIM[210], qui a élaboré la base Thériaque de la CNAM, de la constitution de cette base. Le FOPIM a été chargé de financer une étude de faisabilité complémentaire sur ce projet, mais l'appel d'offres n'a pas encore été lancé.

Il n'est pas compréhensible qu'un organisme doté de moyens importants ne parvienne pas en onze ans à réaliser une base de données cohérente et complète sur les informations qu'il produit lui même.

210. Centre national hospitalier de l'information sur le médicament.

2 – Le positionnement incertain du FOPIM

a) Un démarrage tardif et lent

Le fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique (FOPIM) a été créé par l'article 47 de la LFSS 2001. Il a pour mission de fournir une information objective aux professionnels de santé sur les produits de santé admis au remboursement. Il est placé auprès de l'AFSSAPS qui assure son secrétariat.

Les débuts du FOPIM ont été lents. Le décret régissant son fonctionnement est intervenu tardivement, le 19 novembre 2001. Le « comité confraternel » qui doit se prononcer sur les actions menées n'a été constitué qu'en avril 2002. Sur 18 postes budgétaires ouverts, seuls 8 ont été pourvus, les premiers recrutements étant intervenus au second semestre 2002, soit plus de 18 mois après la création officielle du fonds. Les ressources de celui-ci sont constituées, on l'a vu, par une fraction de la taxe sur les dépenses promotionnelles en matière de produits de santé, dans la limite de 10 %. 20 M€ ont été affectés à cette base en 2001. Au bout de deux années de fonctionnement, moins de 3 M€ ont été consommés, témoignant de la faible activité déployée jusqu'à présent.

b) Une activité pour l'instant limitée

La plupart des travaux engagés par le FOPIM sont restés pour l'instant à l'état de projets. Il en va ainsi du bulletin mensuel, dont une maquette a été élaborée, mais dont la concrétisation a finalement été écartée. De même, le FOPIM est chargé de diffuser les fiches-produits, destinées à accompagner le lancement des nouveaux médicaments, mais dont la rédaction n'est toujours pas définitive. Selon le secrétariat de la commission de la transparence, ce projet devrait toutefois aboutir prochainement grâce au rapprochement engagé entre le FOPIM et la commission. Enfin, trois ans après la création du fonds, la décision d'accorder des subventions à des revues indépendantes n'a toujours pas été concrétisée. Un projet serait sur le point d'aboutir en 2004 : la diffusion des fiches de transparence portant sur la classe des anti-infectieux, que la commission de la transparence est en train de réactualiser.

Parmi les réalisations du FOPIM, on compte le financement de deux enquêtes sur les besoins d'information des prescripteurs (70 000 €) : l'une visant à déterminer le positionnement possible du FOPIM sur un site internet et l'autre montrant que, si les médecins sont à première vue

réticents face à l'émergence d'une source d'information supplémentaire sur le médicament, ils l'accepteraient à condition que lui soient attribués des objectifs clairs et qu'elle soit indépendante de l'industrie et de la sécurité sociale. L'objet de ces deux enquêtes est donc très général. La seule action opérationnelle a été de contribuer financièrement au volet concernant les professionnels de santé de la campagne d'information sur les médicaments génériques.

c) Un nouveau positionnement, préalable à sa relance ?

Le ministre de la santé a souhaité fin 2003 rapprocher le FOPIM de la commission de la transparence, en donnant à cette dernière une nouvelle mission d'information : en complément de ses avis d'évaluation, la commission établira des fiches descriptives simples (« fiches-produits ») conçues pour la pratique médicale, pour les médicaments les plus importants, soit une vingtaine par an, afin de porter l'essentiel de l'évaluation de la commission à la connaissance des prescripteurs. De plus, des documents d'information sur les classes pharmacologiques (« fiches de transparence ») et les stratégies thérapeutiques devront être établies et tenues à jour. La commission fournit en effet au fonds l'instance de validation scientifique qui lui manquait.

En contrepartie, les moyens humains du FOPIM ont été mis à la disposition de la commission. Cette réforme va dans le sens des recommandations de la Cour qui avait préconisé le renforcement des moyens de la commission de la transparence et le rattachement du FOPIM à cette instance. Un aboutissement rapide des différents travaux du FOPIM constituerait le signe le plus clair de l'efficacité de cette réforme. Il permettrait aussi d'asseoir la crédibilité du fonds vis-à-vis des prescripteurs.

En outre, une véritable stratégie d'information publique reste à mettre en place en regroupant les actions d'évaluation de l'efficacité des médicaments relevant de la commission de la transparence, l'édition de recommandations de bonne pratique par l'ANAES et l'évaluation des pratiques relevant de la CNAM, afin de surmonter les clivages administratifs et de délivrer aux prescripteurs et au public une information aisément accessible et compréhensible, fiable et indépendante. Cette stratégie d'information est fondamentale pour assurer la pharmacovigilance, informer les prescripteurs en temps réel des difficultés de santé publique susceptibles d'apparaître et favoriser la qualité de la prescription.

3 – Un observatoire tombé en déshérence

Créé par un arrêté du 19 septembre 1996, l'observatoire national des prescriptions et consommations est placé auprès du ministre de la santé. Il a pour mission de recueillir, analyser et diffuser les informations relatives à la prescription et la consommation de médicaments. Son secrétariat est assuré par l'AFSSAPS. L'observatoire souffre de l'extrême faiblesse de ses moyens, tant humains que financiers. Il est totalement dépendant des financements accordés au coup par coup par l'AFSSAPS ou d'autres financeurs puisqu'il ne dispose pas de ligne budgétaire propre.

Au cours de son premier mandat (1997-2000), l'observatoire a réalisé, à la demande du ministère, quatre rapports sur des classes pharmaco-thérapeutiques posant des problèmes de bon usage (vasodilatateurs, veinotoniques, antidépresseurs et antibiotiques). Mis en sommeil en 1999-2000, l'observatoire a fait l'objet d'une tentative de relance à partir d'octobre 2000, par son nouveau président, mais cette tentative n'a reçu aucun appui du ministère de la santé. Au cours de ce second mandat, quelques travaux ont été menés à bien, en particulier la rédaction de rapports sur la prescription d'antiasthmatiques et d'anti-ulcéreux et la constitution d'une méthodologie des études post-AMM.

L'observatoire semble aujourd'hui ne plus exister de facto. Le comité d'orientation, dont le mandat s'est achevé fin 2003, n'a pas été renouvelé. Les missions dévolues à l'observatoire pourraient être transférées à la commission de la transparence. Ce regroupement au sein d'une même instance des outils d'information sur le médicament serait conforme aux recommandations antérieures de la Cour.

B – Une action encore faible de l'assurance maladie

1 – Une forte proportion de prescriptions injustifiées.

L'une des missions de l'assurance maladie devrait être de surveiller que les médicaments dont le remboursement lui est demandé ont été prescrits et délivrés dans le respect des indications thérapeutiques et des modalités de prescription définies dans l'AMM, c'est-à-dire du bon usage des médicaments. Le codage du médicament a permis un développement considérable de ces travaux, menés par l'assurance maladie au niveau national et local.

Les études réalisées en 2001 et 2002 font apparaître un non-respect de l'AMM dans 26 à 42 % des classes thérapeutiques ou des spécialités examinées, ainsi qu'un mésusage de certaines classes thérapeutiques.

L'étude sur les benzodiazépines (une catégorie de psychotropes) a ainsi fait apparaître un dépassement de la posologie et des durées de traitement dans des proportions importantes. L'étude sur un antiagrégant plaquettaire a fait apparaître que plus de 40 % des prescriptions ne respectaient pas l'indication thérapeutique prévue dans l'AMM : la CNAM a estimé le coût indu entre 18 et 31,7 M€ en 2000. Enfin, l'étude sur les statines publiée en décembre 2003 par la CNAM a montré une absence de respect des référentiels pour la mise en place de traitements hypolipémiants dans deux tiers des cas.

2 – L'assurance maladie ne tire pas toutes les conséquences de ce constat sévère

a) Une seule campagne d'information grand public

La seule campagne d'information grand public menée par l'assurance-maladie est celle relative aux antibiotiques[211]. Elle s'inscrit dans le cadre du plan antibiorésistance, lancé par les pouvoirs publics en novembre 2001 et portant sur la période 2001-2005. La consommation d'antibiotiques en France est en effet la plus élevée d'Europe. Ce programme a comporté deux phases. A l'automne-hiver 2002-2003, la priorité était de déconditionner le réflexe « maladies courantes-antibiotiques », avec une campagne à la télévision à destination des patients. A l'automne-hiver 2003-2004, la cible prioritaire était l'entourage des jeunes enfants, avec une campagne de communication renforcée et la création d'un site internet d'information des parents. Des actions ont également été déployées en direction des médecins, notamment la mise à disposition de tests de diagnostic rapide, afin d'identifier l'origine virale ou non des angines ainsi que 13 000 « échanges confraternels ». Selon un sondage effectué début 2004, les Français s'estiment mieux informés sur les antibiotiques, et un Français sur quatre reconnaît avoir changé son attitude lorsqu'il consulte son médecin. L'impact sur la consommation sera connu à la rentrée 2004[212].

211. La campagne d'information sur les génériques a été pilotée par le ministère de la santé.

212. Les résultats provisoires disponibles montrent une baisse des remboursements d'antibiotiques de l'ordre de 10 % en 2003 par rapport à des dépenses de 678 M€ en 2002. L'économie supplémentaire réalisable est évaluée à environ 10 %, soit près de l'ordre de 60 M€.

b) Les accords de bon usage : un outil peu développé

L'assurance maladie dispose, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, d'un outil d'action supplémentaire, les accords de bon usage des soins (AcBUS). Ceux-ci peuvent être signés au niveau national ou régional, avec un syndicat représentatif d'une profession de santé. Le ministre peut, dans certaines conditions, en prendre l'initiative et ils sont soumis à son approbation.

L'ampleur des progrès souhaitables dans le bon usage des prescriptions de médicaments pouvait conduire à penser que celui-ci constituerait un champ privilégié pour la conclusion de tels accords. Cependant, quatre ans après l'ouverture de cette possibilité nouvelle, seuls ont été conclus, dans le domaine du médicament, un accord national et deux accords régionaux, alors qu'au total 54 AcBUS ont été publiés.

L'AcBUS national est relatif au test de dépistage rapide de l'angine et vise à rationaliser le recours aux antibiotiques pour cette pathologie. Il engage les médecins généralistes à réduire leurs prescriptions d'antibiotiques en contrepartie d'une formation sur l'utilisation du test et de sa mise à disposition gratuite. Les actions prévues se sont effectivement déroulées, et cet accord a certainement eu un impact positif[213]. Il est cependant impossible d'évaluer ce qui, dans la réduction constatée de la prescription d'antibiotiques à partir de l'hiver 2002-2003, lui est imputable et ce qui résulte des campagnes d'information du grand public à partir d'octobre 2002, du plan de lutte contre l'antibio-résistance lancé par l'Etat en 2001, ou encore des 13 000 échanges confraternels menés par le service du contrôle médical avec des médecins libéraux.

L'accord régional, conclu dans le Nord-Pas-de-Calais, porte sur la prescription en DC et sur celle des médicaments à SMR insuffisant. Il reprend la disposition de l'accord du 5 juin 2002 entre les caisses nationales et des syndicats médicaux sur la prescription en DC. Il se borne ensuite à prévoir un dispositif d'observation et le principe d'actions de communication. En ce qui concerne les médicaments à SMR insuffisant, les partenaires se fixent pour objectif de réduire d'au moins 30 % la prescription pour l'une des classes thérapeutiques concernées, celle des vasodilatateurs, par des actions de communication à l'égard des médecins et des assurés sociaux.

L'accord conclu dans la région Centre se limite à prévoir une réduction de 6 % en volume des prescriptions de spécialités vasoactives

213. Des études en cours par la CNAM, en liaison notamment avec l'institut Pasteur, ne seront publiées qu'en septembre 2004.

dans le département de l'Indre, par des actions d'information. Il a reçu l'accord nécessaire de la CNAM et celui du ministère, malgré ses limites.

L'accord précité du 5 juin 2002 entre l'assurance maladie et des syndicats médicaux avait prévu une liste d'AcBUS, qui constituaient une contrepartie de la revalorisation tarifaire et devaient intervenir dans les mois suivants. Tel n'a pas été le cas pour les AcBUS prévus dans le domaine du médicament. Un projet, concernant la polymédication des personnes âgées, sujet majeur de préoccupation, a certes été signé en juillet 2003. Cependant, la limite de cinq médicaments par ordonnance qu'il visait à faire prévaloir pour une part accrue des ordonnances ne reposant sur aucun référentiel, ce projet n'a pas été approuvé par le ministre. Les discussions entre les caisses nationales et les syndicats de médecins sur un nouveau texte n'avaient pas encore abouti en avril 2004.

Aucun des accords nationaux successivement envisagés sur les psychotropes -autre sujet majeur-, les anti-agrégants plaquettaires, les inducteurs d'ovulation, les anti-acnéiques n'a abouti. Un sujet aussi important que la prescription des statines n'a fait l'objet d'aucun projet d'accord.

Si l'action menée dans le domaine de l'antibiothérapie des angines montre qu'un accord de type AcBUS peut, en certains cas, être utile, force est de constater que la formule des AcBUS ne s'est pas avérée à la hauteur des problèmes de qualité des prescriptions qui persistent aujourd'hui, et il n'est pas évident que cette voie soit prometteuse, ni, a fortiori, qu'elle puisse conduire à bref délai à des résultats significatifs sur la consommation globale de médicaments.

L'un des obstacles importants, outre la difficulté intrinsèque à tout processus de négociation, est l'absence ou la faiblesse des référentiels sur l'usage des médicaments. Or, il ne peut pas être constaté en ce domaine de progrès perceptibles au cours des dernières années. On peut enfin remarquer, d'une part, que l'Etat n'a guère joué de rôle moteur pour la conclusion d'accords de bon usage portant sur les médicaments et, d'autre part, que les engagements pris dans l'accord du 5 juin 2002 entre les caisses nationales et les syndicats médicaux ont été insuffisamment respectés.

c) Les autres actions de l'assurance maladie

Les actions de sensibilisation

Les principales possibilités d'intervention de l'assurance maladie sont des actions de sensibilisation individuelle ou collective et des

entretiens confraternels entre le médecin-conseil et le médecin traitant. L'impact de ces actions est variable et souvent mal évalué.

Parmi les succès, on peut citer le programme pluriannuel de santé publique visant à améliorer la prise en charge du diabète de type 2, engagé par les trois principaux régimes d'assurance maladie. Il consistait à promouvoir, auprès des professionnels de santé, les recommandations de bonne pratique publiées en 1999 par l'ANAES et l'AFSSAPS. Une étude a montré qu'entre 1998 et 2000, la prise en charge médicale des malades s'était sensiblement améliorée, en partie grâce à ce programme.

A l'inverse, le programme visant à améliorer les pratiques en matière de prise en charge de l'hypercholestérolémie, conduite pour l'instant seulement en Ile-de-France et qui, contrairement au précédent, visait à restreindre les prescriptions, notamment pour les patients dont le taux de LDL-cholestérol n'avait pas été mesuré, n'a pas eu les effets escomptés. A la suite de l'enquête réalisée en mars 2000, des interventions ont été menées par l'URCAM auprès des médecins d'Ile-de-France. Or, la proportion de patients traités sans tenir compte du taux de LDL-cholestérol a augmenté entre 2000 et 2003.

L'assurance maladie dispose d'un outil supplémentaire, le retour personnalisé d'information aux professionnels de santé, qui consiste à adresser au médecin des statistiques comparatives sur son niveau de prescription. Ce dispositif est quasi généralisé, selon des modalités différentes entre les départements, puisque 88 % des généralistes et 82 % des pharmaciens ont pu en bénéficier en 2003, conformément à l'engagement pris dans l'avenant n°4 de la convention d'objectifs et de gestion de la CNAM. La possibilité a été ajoutée en 2004 d'adresser aux généralistes leur profil de prescription d'antibiotiques par rapport aux praticiens de leur département. Elle entre progressivement dans les faits.

La limitation des remboursements aux indications remboursables.

Les textes ne donnent pas à l'assurance maladie de moyens coercitifs, mais uniquement incitatifs, face à des cas de mauvais usage du médicament. Il existe en théorie des dispositions permettant à l'assurance maladie de ne pas rembourser des spécialités prescrites en dehors des indications prévues par l'AMM[214]. En effet, les médicaments, pour être pris en charge, doivent figurer sur la liste des spécialités remboursables fixée par arrêté et celui-ci précise les seules indications thérapeutiques

214. Dans certains cas particuliers, comme par exemple en pédiatrie, la prescription en dehors des indications de l'AMM ne peut être évitée, de nombreux médicaments n'ayant pas fait l'objet d'essais sur des enfants.

ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement. Dans la grande majorité des cas, ces indications sont celles de l'AMM (même s'il arrive que l'arrêté fixe un champ de remboursement plus limité). En outre, un médecin qui prescrit un médicament en-dehors des indications remboursables doit le signaler sur son ordonnance en portant la mention « NR » (non remboursable). Il n'existe toutefois aucun moyen de sanction de cette obligation depuis la suppression des comités médicaux régionaux par la LFSS pour 2003.

Le champ des dispositions existantes est du reste limité, puisqu'il ne porte que sur les indications thérapeutiques et non sur les autres éléments concourant au bon usage du médicament. Il serait souhaitable de rendre opposables au remboursement d'autres rubriques de l'AMM (posologie, durée de traitement, contre-indications, interactions médicamenteuses, etc) et certaines préconisations de la commission de la transparence avec, éventuellement, des aménagements pour quelques médicaments avec l'accord du contrôle médical. La seule possibilité aujourd'hui est celle qui permet au service du contrôle médical de suspendre une prestation qu'il n'estime pas justifiée sur le plan médical. Cette procédure permet d'interrompre les versements, mais pas de récupérer les indus.

Les nouvelles possibilités offertes par les progrès techniques

De façon générale, on peut regretter que les conséquences des progrès techniques et informatiques n'aient pas été tirées. Le codage des médicaments et les progrès des systèmes informatiques et des logiciels d'aide à la prescription, la télétransmission des feuilles de soins par la quasi-totalité des officines, donnent en effet désormais à l'assurance maladie les moyens de détecter automatiquement et instantanément au moins les cas d'interactions médicamenteuses dangereuses et certains cas d'utilisation abusive du remboursement à 100 % en ALD. Après le remboursement, l'assurance maladie n'aurait ainsi pas à intervenir a posteriori par des mécanismes toujours plus délicats de récupération ou de sanctions.

IV - Les économies potentielles en matière de dépenses pharmaceutiques

A côté de l'analyse traditionnelle reprise par la Cour dans ses rapports précédents, des facteurs de la croissance des dépenses pharmaceutiques (optique de flux), il est intéressant de se pencher sur la question des économies potentielles (optique de stock).

A titre de comparaison, le rapport sur les prescriptions de médicaments en Allemagne[215] chiffre le potentiel d'économies réalisables sur les médicaments à 4 Md€ en 2002, soit près de 18 % des dépenses totales de médicaments dans ce pays (22,7 Md€) : il se décompose en trois parties : substitution par des génériques (1,4 Md€), alors même que le taux de pénétration des génériques est beaucoup plus élevé qu'en France, substitution par des équivalents thérapeutiques (1,5 Md€), déremboursement de médicaments peu efficaces (1,1 Md€)[216].

En France, l'analyse des économies potentielles[217] est la suivante.

1 – Les économies dues aux génériques

Les médicaments génériques ont connu un fort développement depuis cinq ans, leur part passant de 2 % des montants présentés au remboursement en juin 1999 à 7 % en décembre 2003, mais cette progression demeure très limitée par rapport à ce qui est constaté à l'étranger. Les économies peuvent provenir de trois évolutions :

a) L'augmentation du taux de pénétration des génériques dans les classes génériquables

En février 2004, il était de 59 % en unités et de 52 % en valeur (source IMS Pharmastat). L'économie réalisée en 2003 grâce à la délivrance de génériques est estimée par la CNAM à 247 M€ tous régimes confondus. Si le taux de pénétration des génériques –ou des spécialités vendues au TFR- avait été de 100 % en 2003, l'économie supplémentaire pour l'assurance maladie tous régimes confondus serait passée à 350 M€ (au prix moyen des génériques de chaque groupe) et 440 M€ (au prix le plus bas).

215. Schwabe, Paffrath, éd. Springer, 2003. Ce rapport annuel est réalisé par un collectif d'universitaires, à partir des bases de données de l'assurance maladie allemande.

216. Les doublons entre ces trois catégories de médicaments ont été éliminés, afin de pouvoir en cumuler les effets.

217.Compte non tenu des éventuelles économies résultant d'un développement de l'automédication.

b) L'extension du répertoire des génériques

La part du répertoire des génériques dans les dépenses de médicaments remboursables s'élevait à 15,2 % en 2003. A court terme, dès 2004, la remise en cause de deux jurisprudences du Conseil d'Etat permettra d'économiser près de 100 M€ en année pleine : l'une, qui faisait démarrer la durée de protection du princeps à chaque nouvelle indication, posologie ou à chaque nouveau dosage de ce médicament a été déclarée contraire au droit européen[218] (75 M€) ; l'autre, qui obligeait l'AFSSAPS à vérifier les droits de propriété intellectuelle des médicaments génériquables, ce qui induisait des retards d'inscription, a été abrogée par l'article 19 de la LFSS 2004 (22 M€).

Il convient aussi de tenir compte de l'extension rapide du répertoire des génériques dans les années à venir (+ 30 % en 2004, + 75 % en 2006 par rapport à 2003), avec l'expiration des brevets d'importantes molécules[219]. Selon une étude réalisée par un laboratoire générique, l'économie due aux nouveaux génériques à partir de 2004 atteindrait 60 M€ en 2004, 180 M€ en 2005, 410 M€ en 2006[220].

c) La baisse des prix de certains génériques

Le prix des génériques est fixé par le CEPS à 30 ou à 40 % en dessous de celui du princeps. L'ampleur des remises consenties aux officines par les fabricants et les répartiteurs, souvent très au-delà des limites prévues par les textes, montre que le prix devrait être significativement abaissé[221].

Au total, les économies réalisables grâce au développement des génériques sont encore importantes, même si l'enjeu est globalement

218. Mise en demeure envoyée à la France le 11 novembre 2003 par la Commission européenne ; un décret est en préparation.

219. Toutefois, des stratégies de contournement de l'expiration des brevets sont couramment mises en œuvre par les entreprises pharmaceutiques. Ainsi, le principal anti-ulcéreux devenant génériquable en avril 2004, son successeur a été lancé deux ans auparavant ; les dépenses de promotion -considérables- ont été reportées du premier vers le second, qui a pu prendre ainsi en 18 mois la deuxième part du marché.

220. En retenant un taux de pénétration des génériques de 50 % la première année, de 60 % la seconde et de 75 % la troisième. Selon cette même étude, les économies totales dues aux génériques actuels et futurs, par rapport à une absence de génériques et en retenant un taux de pénétration progressif, pourraient atteindre, pour l'assurance maladie, 440 M€ en 2004, 500 M€ en 2005 et 800 M€ en 2006.

221. Le passage à 50 % de l'abattement représenterait une économie de 135 M€.

beaucoup plus limité que celui de la fixation des prix des produits princeps.

2 – Les économies dues aux médicaments à service médical rendu insuffisant

En 2001 a été publiée la liste de 835 présentations de médicaments à service médical rendu insuffisant (sur environ 4 000 présentations). 21 produits sur les 100 premiers prescrits répondaient à ce critère en 2002. Le déremboursement de ces médicaments[222] conduirait à une économie brute d'environ un milliard d'euros en année pleine tous régimes confondus et sous l'hypothèse d'une absence de transfert des prescriptions vers des produits remboursés plus chers[223]. Les transferts de prescription pourraient être, selon la seule étude aujourd'hui disponible, celle de l'IRDES, limités.

Une première mesure de déremboursement de 84 spécialités considérées comme n'ayant plus leur place dans la stratégie thérapeutique a eu lieu en octobre 2003. Le montant brut économisé ne s'élève qu'à 20 M€. Une deuxième vague de déremboursement de 426 autres présentations de médicaments à SMR insuffisant, représentant environ 600 M€ de remboursements, est toujours en discussion.

Trois ans après la fin de la réévaluation des médicaments, la sortie du panier remboursable des médicaments à SMR insuffisant n'a quasiment pas été mise en œuvre, en contradiction avec le décret du 27 octobre 1999, selon lequel « les médicaments dont le service médical rendu est insuffisant au regard des autres médicaments ou thérapies disponibles ne sont pas inscrits sur la liste [des spécialités remboursables] ».

Par ailleurs, si la baisse du taux de remboursement de 65 % à 35 % de 616 médicaments à service médical rendu jugé faible ou modéré par arrêté du 18 avril 2003 a permis à l'assurance maladie de réaliser une économie nette de 356 millions d'euros en année pleine[224], celle-ci s'analyse comme un transfert de charges vers les assurances complémentaires, non renouvelable à brève échéance.

---

222. Dont le nombre s'est réduit entre-temps, du fait de sorties du marché remboursable à l'initiative des entreprises.

223. CNAM, Medicam 2003 (page 33).

224. Du fait aussi de la forte baisse des unités prescrites, de la diminution des prises en charge à 100 % de ces spécialités et de la hausse de la part des génériques lorsqu'ils existent. (CNAM Point conjoncture n° 21).

En revanche, si l'on supprimait la possibilité pour les médicaments remboursables à 35 % d'être pris en charge à 100 %, dans le cadre des affections de longue durée notamment, une économie d'au moins 168 M€ pourrait être obtenue[225]. En effet, il paraît, du moins dans le cas le plus fréquent, peu cohérent de rembourser à 100 % des produits dont l'utilité a été estimée faible par l'instance compétente pour cette évaluation.

3 – Les économies potentielles dues aux médicaments substituables

L'augmentation de la consommation de médicaments substituables, soit par d'autres médicaments (dans l'ensemble moins chers), soit par des traitements non médicamenteux, constitue une autre source d'économies potentielles.

Le rapport allemand précité a retenu 30 classes pharmaceutiques (anti-ulcéreux, antidépresseurs, antihypertenseurs…), dans lesquelles existent des « préparations analogues », aussi appelés « me-too ». Pour déterminer le potentiel d'économies, il retient l'hypothèse d'une substitution des médicaments analogues (seuls sont retenus ceux qui ont été prescrits au moins 10 000 fois dans l'année) par la molécule de référence, qui est en général un générique de la molécule la plus ancienne. Les prix sont comparés sur la base des doses quotidiennes (« daily drug dose », ou DDD).

En France, le plan stratégique de la CNAM avait proposé en 1999 une analyse similaire à l'appui de la proposition de forfaits de remboursement. Celle-ci n'ayant pas été retenue, la réflexion sur la substituabilité entre certains médicaments n'avait pas eu de suite.

Cependant, une estimation récente de la CNAM évalue l'économie potentielle en cas d'alignement sur un prix génériqué de la classe (prix fabricant hors taxes réduit de 40 %) à environ 100-130 M€[226] pour les inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine et à 250-310 M€ pour les statines en 2003[227]. L'économie liée à une substitution entre les

225. Sur les 100 premières spécialités remboursées en 2002, 15 sont remboursables à 35 %, mais ont été en partie remboursés à 100 % (dans des proportions allant de 6 % à 80 %) ; cette partie remboursée à 100 % s'est élevée à 168 M€ pour ces 15 spécialités, dont six ont un SMR insuffisant, ce qui devrait même conduire à les dérembourser totalement.

226. Selon que l'on applique la marge génériques plus élevée ou non.

227. Les ISRS sont la principale catégorie d'antidépresseurs, dont les remboursements se sont élevés à 376 M€ en 2003. Les statines sont des médicaments anti-cholestérol, dont les remboursements ont été de 855 M€ en 2003.

inhibiteurs de la pompe à protons (anti-ulcéreux)[228] n'a pas été, à ce jour, estimée en France, mais s'élèverait, à titre de comparaison, à 163 M€ en 2002 en Allemagne (37 % du marché allemand). Sur ces trois seules classes, l'économie potentielle serait donc de l'ordre de 500 à 600 M€.

4 – Les économies liées aux règles de bon usage

Enfin, une meilleure mise en œuvre des règles de bon usage des médicaments, outre ses objectifs en terme de santé publique, permettrait aussi une économie substantielle. Au-delà des enquêtes des URCAM, le codage du médicament depuis 2000 permet à l'assurance maladie de réaliser des études de prescription sur une base nationale, qui confirment et permettent de mieux chiffrer un mésusage dans certaines classes de médicaments, ou chez certaines catégories d'assurés, comme les personnes âgées, qui consomment en moyenne quatre ou cinq médicaments différents par jour et sont ainsi davantage exposées au risque d'interactions.

Les économies réalisables grâce à l'application des règles de bon usage sont rarement chiffrées par la CNAM, à l'exception notable d'une étude sur l'instauration de traitements hypolipémiants publiée en décembre 2003, qui a montré que deux tiers des prescriptions ne respectaient pas les règles de bonne pratique : le taux de LDL-cholestérol n'avait pas été déterminé chez un tiers des patients et était inférieur aux seuils pathologiques dans un autre tiers des cas. Si l'on retient les constats de la CNAM, les médicaments hypolipémiants représentant un peu plus d'1 Md € de remboursements en 2003, l'économie potentielle peut être estimée à 660 M€ si les règles de bonne pratique étaient appliquées[229].

Le potentiel d'économies sur les dépenses de médicaments a été évalué en Allemagne à 4 Md€. Pour ce qui concerne la France, les chiffres figurant dans les observations qui précèdent aboutissent, pour les seules possibilités d'économies examinées, à un chiffre équivalent.

228. La substituabilité entre tous les IPP est étayée par plusieurs études scientifiques, notamment suédoises et néerlandaises.

229. Selon la CNAM, la part des assurés sociaux qui se voit prescrire des antidépresseurs est deux fois supérieure à la prévalence de la maladie (9,7 % contre 4,7 %) et avec une durée de traitement trop longue. Le surcroît peut donc être évalué à environ 250 M€ sur un total de 500 M€. Selon la CNAM, le non respect des règles de remboursement contre l'ostéoporose représente 45 M€.

SYNTHESE

Malgré des progrès, la politique du médicament est toujours à la recherche de sa cohérence. Elle n'a pas trouvé son équilibre entre une politique industrielle qui ne s'est pas avérée efficace et une maîtrise des prix que la dégradation actuelle de l'assurance maladie rend de plus en plus indispensable.

L'efficacité économique du système complexe de taxes, de clauses de sauvegarde et de remises institué par les lois de financement de la sécurité sociale n'est pas avérée, au-delà de son simple rendement financier et n'est d'ailleurs pas évaluée. Sur les produits eux-mêmes, les instruments d'évaluation médico-économique demeurent très faibles. Globalement le système de détermination des prix ne procure pas, pour un service médical donné, le meilleur prix. L'information sur le médicament demeure quasi-inexistante vis-à-vis des professionnels de santé et ponctuelle auprès du public. Le secteur est étroitement administré par un ensemble de dispositions toujours plus nombreuses et complexes, sans être pour autant réellement régulé.

Une véritable régulation supposerait d'abord des instances adaptées. Le fait que, quatre ans après l'achèvement du travail de classement des médicaments en fonction de leur service médical rendu, ceux dont le SMR a été jugé insuffisant pour justifier un remboursement continuent, pour une grande part, à être remboursés montre l'absence d'un véritable système de régulation du périmètre du remboursement. Le CEPS n'est pas, de par sa composition et son mandat, un véritable régulateur dont l'objectif est, quand l'offre ou la demande s'exprime dans des conditions qui faussent la formation des prix, de pallier ce dysfonctionnement.

Une véritable régulation suppose en second lieu que les instances compétentes disposent d'une connaissance suffisante pour éclairer leurs décisions. Si le codage des médicaments apporte sur ce point la possibilité de progrès considérables, les pouvoirs publics ne disposent encore que d'une connaissance très fragmentaire des prix payés à l'étranger, mais aussi, pour la France elle-même, des prix d'achat par les hôpitaux et des prix réels, nets de remises, pratiqués par les laboratoires et les répartiteurs. La connaissance des comportements de prescription et de consommation et les études médico-économiques demeurent, elles aussi, lacunaires.

En troisième lieu, et comme pour les autres postes de l'assurance maladie, la régulation ne peut progresser que si elle se fonde sur des

critères clairs, condition d'une meilleure efficacité de la demande pour un service médical donné. Une régulation rationnelle ne peut à cet égard échapper ni à la recherche du meilleur prix à service rendu équivalent, ni à un développement résolu d'une évaluation médicale et économique des produits à intervalles de temps rapprochés.

La recherche d'une plus grande pertinence de la régulation suppose, en quatrième lieu, une évolution vers plus de clarté et de transparence. Les mécanismes mis en œuvre en matière de taxes ou de remises doivent être simplifiés et clarifiés. Les critères de décision pour la fixation des prix et dans les discussions avec les entreprises au titre de la politique conventionnelle doivent être précisés et publiés. Leur articulation avec les évaluations de la commission de la transparence doit être plus explicite.

Enfin, la multiplicité des objectifs de la politique du médicament suppose à la fois qu'ils soient mis en cohérence, et que tous ne reposent pas de manière centrale sur le même instrument principal, la fixation des prix. Parmi les instruments nouveaux, l'information des professionnels et celle du public doit tenir une place majeure. Les moyens de ne pas rembourser les prescriptions effectuées hors des indications de l'AMM et de l'utilité reconnue par la commission de la transparence devraient être examinés au moins pour les traitements à durée significative et sauf avis du contrôle médical.

Les insuffisances actuelles expliquent que les économies potentielles soient importantes. La place du médicament dans l'ensemble des dépenses de remboursement et l'ampleur du déficit de l'assurance maladie impliquent des réorientations majeures, qui ne devraient pas être plus longtemps différées.

RECOMMANDATIONS

39. Compléter la réforme de la commission de la transparence, en accélérant la parution du décret précisant le nouveau référentiel de l'évaluation des médicaments, en lui confiant les missions de l'observatoire du médicament, en intégrant des experts médico-économiques et en excluant le LEEM, enfin en lui donnant les moyens humains et financiers adéquats.

40. Pour accélérer le développement des génériques : fixer aux pharmaciens d'officine des taux de substitution croissants, dont le non-respect entraînerait des reversements déterminés par pharmacie ou la mise en œuvre d'un TFR, avec sa conséquence mécanique sur la marge ;

renforcer l'incitation de prescrire en DC en imposant l'usage de logiciels de prescription utilisant la DC.

41. Libéraliser les importations et les admettre au remboursement, finaliser le déremboursement des médicaments à SMR insuffisant.

42. Simplifier le dispositif fiscal, pour le limiter aux seuls outils qui ont un impact sur la régulation des dépenses de médicament. Le recentrer sur la taxe sur les dépenses de publicité et sur la clause de sauvegarde. Veiller à limiter l'instabilité de ce dispositif fiscal. En évaluer régulièrement les effets.

43. Définir une stratégie de communication publique sur le médicament et sur la stratégie thérapeutique, fondée sur l'expertise scientifique et l'impact de santé publique. Faire aboutir le plus rapidement possible les travaux du FOPIM.

44. Achever dans les meilleurs délais la base de données sur le médicament, en mettant notamment en ligne, en un ensemble cohérent, l'ensemble des avis de l'AMM et de la transparence, ainsi que les documents préparatoires aux avis.

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES PAGE 461

Chapitre XII

Les questions de retraite

I - Les retraités polypensionnés

PRESENTATION

Plus d'un tiers des retraités, soit environ quatre millions de personnes, sont des polypensionnés, qui perçoivent au moins deux retraites de base servies par des régimes différents (quel que soit le nombre de retraites complémentaires et de pensions de réversion dont ils bénéficient éventuellement par ailleurs).

La Cour a conduit deux enquêtes sur les polypensionnés, en 1999 et 2003, pour comparer leur situation à celle des titulaires d'une seule retraite de base et vérifier que les uns et les autres sont traités avec équité.

A – Importance et diversité des retraités polypensionnés

1 – La mesure du phénomène

La part des polypensionnés[230] dans l'ensemble des retraités est en progression constante, mais cette évolution ralentit : ils représentaient 30,2 % du total en 1988, 35,9 % en 1997 et 36,7 % en 2001. La plupart d'entre eux (82 %) relèvent de deux régimes de base, une minorité de trois régimes ou plus. Un polypensionné sur deux a cotisé auprès d'un des régimes d'exploitants ou de salariés agricoles et 89 % auprès du régime général. Les combinaisons les plus fréquentes associent le régime général à l'un des régimes gérés par la MSA (31 %), ou à plus de deux régimes de base (18 %), ou à l'un des régimes de fonctionnaires (13 %).

Les carrières des polypensionnés sont en moyenne plus longues (166 trimestres contre 128) et plus souvent complètes (73 % contre 48 %) que celles des monopensionnés. Pour les titulaires de carrières complètes, cet écart est moins important.

La moitié des hommes et seulement un quart des femmes sont polypensionnés. La population des polypensionnés se partage donc entre

230. On ne prend en compte ici que les polypensionnés de plus de 65 ans, âge auquel la quasi-totalité des assurés ont fait liquider l'ensemble de leurs retraites.

60 % d'hommes et 40 % de femmes, alors que 67 % des monopensionnés sont des femmes.

Cette situation s'explique par la plus grande brièveté des carrières féminines, qui diminue la probabilité de changer de régime d'affiliation : les durées d'assurance des polypensionnés sont de 145 trimestres en moyenne pour les femmes, contre 180 pour les hommes, et 20 % d'entre elles ont cotisé moins de 26 ans, alors que les durées de carrière des hommes sont relativement homogènes.

En conséquence, la proportion de carrières complètes est beaucoup plus élevée chez les hommes (90 %) que chez les femmes (47 %) et les femmes partent en retraite plus tard que les hommes, pour bénéficier du taux plein à 65 ans : plus d'un tiers des femmes liquident leurs pensions à cet âge ou plus tard, contre 4 % des hommes.

La brièveté de leurs carrières explique que le montant des pensions de base perçu par les femmes soit égal, en moyenne, à la moitié de celui des hommes et aux deux tiers si l'on ne considère que les polypensionnés ayant effectué une carrière complète. Ce handicap est partiellement compensé par les avantages accessoires et les pensions de réversion, dont les hommes sont moins bénéficiaires.

2 – Le montant comparé des retraites des polypensionnés et des monopensionnés

La comparaison du montant des retraites des deux catégories de pensionnés fait apparaître de fortes différences de situation entre les régimes, imputables à la fois aux règles de coordination[231] de ces derniers, qui désavantageaient globalement les polypensionnés au moins jusqu'à la réforme du 21 août 2003, et à des effets de structure, comme les durées d'assurance respective des deux catégories d'assurés. La place des femmes dans les régimes en cause explique une grande partie des différences observées. Trois constats peuvent être formulés à partir de l'échantillon inter-régimes de retraités (EIR) 2001 de la DREES (seul l'avantage principal versé par les régimes de base est pris en compte ici) :

a) Le handicap des polypensionnés peut être compensé par une plus longue durée d'assurance. Ainsi, les retraites des polypensionnés sont supérieures à celle des monopensionnés pour l'ensemble des

231. Les règles de coordination entre les régimes sont destinées à limiter les pertes de droits résultant du passage de l'assuré d'un régime à un autre au cours de sa carrière. Mais portant essentiellement sur la totalisation des périodes d'assurance, elles ne permettaient pas de corriger tous les effets négatifs de la pluriactivité.

retraités, toutes durées de carrière et tous régimes confondus (1 036 € contre 875 €) et pour les polypensionnés relevant principalement du régime général, qui constituent la plus grande partie de cet ensemble : au sein de ce dernier en effet, les carrières des polypensionnés sont plus longues et plus souvent complètes et la proportion des femmes à carrière courte est particulièrement forte chez les monopensionnés.

De même, dans le cas des exploitants agricoles et des artisans, les retraites moyennes des polypensionnés des deux sexes sont toujours supérieures, que leur carrière soit complète ou non.

Dans ceux des salariés agricoles, des commerçants et industriels, des professions libérales et des militaires (qui effectuent une carrière complète mais de courte durée au sein des armées, qu'ils quittent à 45 ans en moyenne, puis une seconde carrière jusqu'à 61 ans, le plus souvent au titre du régime général), seuls les hommes polypensionnés sont toujours avantagés par rapport aux monopensionnés : la situation des femmes est inverse car elles accomplissent rarement des carrières complètes.

b) Mais si l'on considère l'ensemble des retraités dont la carrière est complète, tous régimes confondus, le montant moyen des pensions est plus élevé pour les monopensionnés que pour les polypensionnés (1 313 € contre 1 218 €). Il en va de même pour les retraités relevant principalement du régime général. Ce constat s'explique par le handicap dont souffraient les polypensionnés du fait des règles de coordination des retraites des régimes alignés avant la réforme du 21 août 2003, les durées d'assurance des mono et des polypensionnés à carrière complète étant relativement comparables.

c) Pour les mêmes raisons, les monopensionnés des régimes spéciaux des fonctionnaires et des entreprises publiques sont toujours avantagés, même si l'on prend en compte la totalité des retraités et non les seuls bénéficiaires de carrières complètes, car la part des femmes à carrière courte est réduite dans ces régimes.

3 – La situation des polypensionnés bénéficiant de minima contributifs

Parmi les bénéficiaires de minima contributifs, les polypensionnés perçoivent une retraite de base bien supérieure à celle des monopensionnés, 881 € contre 335 €. Cet écart se retrouve aussi bien chez les hommes (1 111 € contre 505 €) que chez les femmes (625 € contre 323 €).

Il s'explique à la fois par l'insuffisante efficacité des règles très complexes de plafonnement des minima contributifs en vigueur avant la loi du 21 août 2003 et par les spécificités des carrières des polypensionnés, dont les durées d'assurance sont plus longues et les parcours professionnels différents.

B – La portée de la loi du 21 août 2003 pour les polypensionnés

1 – La réduction de certaines inégalités de traitement entre mono et polypensionnés

La loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites a posé le principe du traitement équitable de tous les assurés, « quels que soient leurs activités professionnelles passées et le ou les régimes de retraite dont ils relèvent » (article 3) et a rapproché dans cette perspective les différents régimes de retraite : en particulier, l'allongement progressif de la durée d'assurance nécessaire pour bénéficier du taux plein dès 60 ans[232] s'applique désormais à la fois au régime général et aux régimes alignés (salariés agricoles, artisans, commerçants et industriels), aux trois fonctions publiques, aux ouvriers de l'Etat, aux exploitants agricoles et à l'ensemble des professions libérales, avocats compris ; la durée d'assurance des fonctionnaires se calcule en trimestres et non plus en annuités ; des coefficients identiques de majoration et de minoration des pensions s'appliqueront à terme aux régimes alignés et aux professions libérales.

En outre, plusieurs dispositions de la loi évoquées ci-dessous apportent des corrections aux inégalités de traitement entre mono et polypensionnés relevées par la Cour lors de son enquête de 1999, sans toutefois parvenir à une parfaite équité.

a) L'allongement de la durée maximum d'assurance

La loi porte progressivement de 150 à 160 trimestres au 1er janvier 2008 la durée maximum d'assurance retenue pour le calcul des pensions,

232. Cette durée, fixée à 150 trimestres par l'ordonnance du 26 mars 1982, a été portée progressivement par la loi du 22 juillet 1993 à 160 trimestres au 1er janvier 2003, pour le régime général et les régimes alignés. L'article 5 de la loi du 21 août 2003 étend cette durée à de nouveaux régimes de retraite et l'allonge d'un trimestre par an à compter de 2009, pour atteindre 41 années (164 trimestres) en 2012, sauf si un décret ajustait le calendrier de ces majorations.

ce qui atténue la portée du privilège des polypensionnés (« l'effet proratisation »), dont la retraite est calculée sur une durée non plafonnée.

Les formules de calcul des retraites

Le montant de la pension d'un assuré relevant du seul régime général (ou d'un régime aligné) se calcule selon la formule :

$P = SAM \times t \times d/D$.

Celui d'un polypensionné relevant, par exemple, du régime général et de celui des artisans, se calcule selon la formule

$P = [t \times SAM \times (n\ RG/D)] + [t \times RAM \times (n\ CV/D)]$

Dans la formule générale de calcul, le SAM et le RAM sont le salaire et le revenu annuel moyens des 25 meilleures années, t le taux de la pension calculé en fonction de la durée d'assurance tous régimes confondus ou de l'âge de l'intéressé, d sa durée d'assurance dans chaque régime, D la durée d'assurance maximum retenue par chaque régime, n RG sa durée d'assurance au régime général et n CV sa durée d'assurance à celui des artisans.

On constate que si un monopensionné a validé 180 trimestres, sa pension sera calculée en 2008 en fonction du rapport d/D égal à 160/160, alors que celle du polypensionné qui a validé, par exemple, 100 trimestres au titre du régime général et 80 au titre de celui des artisans, sera calculée en fonction des ratios 100/160 et 80/160 : le montant de la retraite qu'il percevra tiendra compte de 180 trimestres et non de 160, contrairement à celui du monopensionné. Son avantage sera toutefois moins grand qu'avant la réforme, où la retraite du monopensionné était calculée selon le ratio 150/150, et les polypensionnés ne validant pas plus de 160 trimestres ne seront plus avantagés.

b) Le plafonnement du nombre des meilleures années d'assurance des polypensionnés

Comme le montre la formule ci-dessus, la retraite des polypensionnés est calculée en fonction des 25 meilleures années d'assurance validées dans chacun de leurs régimes d'affiliation : ces années incluent donc fréquemment, pour les régimes où ils ont cotisé peu de temps, des périodes peu rémunérées qui font baisser le montant du salaire ou du revenu annuel moyens. Cette étude réalisée pour le COR montre que l'effet du mode de calcul du SAM (ou du RAM) défavorise les polypensionnés beaucoup plus que l'effet proratisation cité plus haut

ne les avantage[233] : le taux de remplacement du revenu d'activité par la retraite de base était de 27,5 % pour un polypensionné ayant cotisé 20 ans au régime général et 20 ans à celui des artisans, contre 32,2 % pour le pensionné ayant cotisé 40 ans à l'un de ces deux régimes ; cet écart était la résultante d'un avantage de 6,7 % pour les polypensionnés imputable à l'effet proratisation et d'un handicap de 21,3 % lié à l'effet SAM (ou RAM) .

Le décret du 13 février 2004 vise à supprimer cette pénalisation pour les régimes alignés en proratisant pour les polypensionnés le nombre de meilleures années pris en compte dans le calcul du salaire ou du revenu annuel moyen, en fonction du rapport entre la durée d'assurance dans chaque régime aligné et la durée d'assurance totale au sein des régimes alignés.

La simulation par la CNAV de l'application des nouvelles règles à différentes carrières de polypensionnés montre que l'effet combiné des deux réformes précitées réduit bien, en règle générale, le handicap dont souffraient ces derniers, sans l'abolir totalement. Il apparaît en outre que, les polypensionnés peuvent être, selon les cas, avantagés ou pénalisés en fonction de leurs profils de carrières.

c) La neutralisation des années à faible rémunération

Le même décret permettra de neutraliser, dans le calcul des 25 meilleures années, celles qui n'ont permis de valider aucun trimestre en raison de trop faibles revenus (que les intéressés soient mono ou polypensionnés) : cette mesure aidera particulièrement les polypensionnés, dont les droits sont fortement réduits quand les années précitées sont intégrées dans le calcul du salaire ou du revenu annuel moyen d'un régime pour lequel ils n'ont été assurés que peu de temps. Ainsi, un fonctionnaire ayant cotisé neuf années au régime général, dont six ans comme moniteur de colonie de vacances d'été, perçoit 48,6 € ou 16,4 € de pension mensuelle au titre de ce régime, selon que ces six dernières années sont ou non neutralisées.

233. Cette étude montre que les effets de structure jouent ici encore : l'effet proratisation s'accentue lorsque les carrières sont plus longues, l'effet du mode de calcul du SAM ou du RAM est plus important quand la progression annuelle des revenus est plus forte.

d) La réforme du calcul des minima contributifs

La plupart des régimes de retraite prévoient le versement d'un montant minimum garanti de pension, appelé minimum contributif. A l'issue de son enquête de 1999, la Cour s'était interrogée sur le bien fondé du versement d'un minimum contributif à un polypensionné bénéficiant par ailleurs d'une pension correspondant à une carrière complète au titre d'un autre de ses régimes d'affiliation.

L'article 26 de la loi et le décret du 26 décembre 2003 répondent à ces préoccupations en modifiant les règles de calcul et de coordination des minima contributifs du régime général et des régimes alignés[234] : la durée d'assurance des polypensionnés qui ont validé plus que la période nécessaire pour bénéficier du taux plein à 60 ans (160 trimestres en 2004) est proratisée pour qu'ils ne puissent percevoir plus que le minimum contributif du régime général.

Les simulations réalisées par la CNAV montrent que cette réforme égalise le montant des retraites perçues par les mono et les polypensionnés bénéficiaires de minima contributifs dont la durée ne dépasse pas 160 trimestres (à carrières et revenus comparables) et interdit bien aux polypensionnés susceptibles de bénéficier des minima, (complets ou proratisés) de plusieurs régimes de percevoir plus du montant maximum du minimum contributif.

En revanche, le polypensionné bénéficiaire de minima contributifs qui a validé une carrière supérieure à 160 trimestres peut continuer à percevoir dans certains cas une pension totale supérieure à celle du monopensionné.

2 – Les questions non résolues par la loi

a) Les règles concernant les polypensionnés relevant des régimes spéciaux ne sont pas ou peu modifiées

La loi n'a réformé que les régimes spéciaux des trois fonctions publiques, laissant de côté ceux concernant les marins, les mines, la SNCF, les autres réseaux ferrés, l'électricité et le gaz, la banque de France, l'opéra de Paris et la comédie française.

Les pensionnés relevant de ces régimes conservent donc leurs avantages : en particulier, la durée d'assurance nécessaire pour bénéficier

234. La loi réforme par ailleurs le mode de calcul du minimum contributif des fonctionnaires, sans incidence spécifique sur les polypensionnés.

du taux plein reste fixée à 150 trimestres (ou même à une durée moindre, pour certains emplois), comme la durée d'assurance maximum.

Les polypensionnés assurés notamment par ces régimes sont concernés par la réforme des retraites au titre des autres régimes dont ils relèvent, mais conservent les avantages précités afférents à ces régimes spéciaux. Ils peuvent y valider une carrière complète en seulement 37,5 ans (ce qui permet d'accumuler des droits plus facilement dans d'autres régimes) et bénéficier d'une pension calculée, tous régimes confondus, sur une durée maximale bien supérieure à celle fixée pour le régime général et les régimes alignés (160 trimestres en 2004).

Dans le cas des trois fonctions publiques, la loi a rapproché leurs régimes de retraite du régime général et des régimes alignés, mais n'a pas fixé de règles de coordination spécifiques aux polypensionnés relevant notamment d'un régime de fonctionnaires.

Cela s'explique par les écarts subsistant pour le mode de calcul de la pension entre les régimes concernés.

b) Les modalités de rétablissement au régime général des fonctionnaires n'ayant pas cotisé pendant 15 ans restent critiquables

Lorsqu'un fonctionnaire quitte le service sans avoir cotisé suffisamment longtemps (15 ans) pour bénéficier d'une retraite de la fonction publique, il doit être « rétabli dans la situation qu'il aurait eue s'il avait été affilié au régime général », conformément à l'article L. 65 du code des pensions civiles et militaires (CPCM). En pratique, cependant, les agents concernés ne sont pas réellement rétablis dans leurs droits, puisque on calcule leur pension en appliquant l'article D. 31 du CPCM, non conforme au texte précité, sur la base de leur dernier traitement de base de la fonction publique, indemnités annexes exclues, alors que les pensions du régime général sont calculées en tenant compte du salaire annuel moyen plafonné, primes comprises, des 25 meilleures années (c'est-à-dire de la totalité des années de service public des agents concernés, toujours inférieures à 15).

Cette anomalie résulte du fait que les services de liquidation des pensions de l'Etat et la CNRACL n'ont pas mis en oeuvre les moyens de connaître le montant des indemnités annexes des agents. Comme la Cour l'a suggéré dans son rapport particulier d'avril 2003 sur les pensions des fonctionnaires civils de l'Etat, il est souhaitable d'étudier l'impact d'une suppression de la « période de stage » de 15 ans existant dans les régimes spéciaux des trois fonctions publiques et de la validation des droits à la

retraite à partir d'un trimestre d'assurance, comme c'est le cas dans le régime général.

c) Le cas de certains assurés ayant cotisé simultanément dans plusieurs régimes n'est pas résolu

Comme les retraites des polypensionnés sont calculées de façon indépendante dans chacun des régimes dont ils relèvent, conformément à la formule citée plus haut, certains assurés à temps partiel percevant de faibles rémunérations et relevant à la fois du régime général et d'un autre régime (salariés agricoles, professions libérales...) valident trop peu d'heures au cours d'un trimestre donné pour acquérir des droits à la retraite dans au moins un de ces régimes.

Un salarié qui déclare par exemple au cours d'une année donnée 150 heures de SMIC au titre du régime général et 100 heures à celui des salariés agricoles ne bénéficiera pas de la validation d'un trimestre pour sa retraite, alors qu'il a travaillé en tout plus des 200 heures de SMIC nécessaires pour valider un trimestre dans chacun de ces deux régimes.

La possibilité de racheter des années au titre desquelles moins de quatre trimestres ont été validés, créée par la réforme des retraites, ne peut constituer une solution à ce problème dans la mesure où cela conduirait des titulaires de petits revenus à racheter des périodes pour lesquelles ils ont déjà cotisé.

Plusieurs solutions peuvent être trouvées à ce problème : demander au régime auquel l'assuré a cotisé le plus longtemps de valider également les périodes cotisées au titre d'un autre régime, lorsque moins de quatre trimestres ont été validés au cours d'une année ; calculer le nombre de trimestres en faisant masse des heures de travail cotisées dans les deux régimes ; dans le cas particulier des salariés agricoles, intégrer ces derniers au régime général.

RECOMMANDATIONS

45. Étudier les conséquences d'une validation des droits à la retraite des fonctionnaires à partir d'un trimestre d'assurance, comme dans le régime général.

46. Régler le problème des actifs ayant cotisé simultanément dans plusieurs régimes sans pouvoir valider un seul trimestre dans aucun des régimes.

II - Les dispositifs de solidarité au sein des régimes de retraite

PRESENTATION

Les régimes d'assurance vieillesse versent des pensions financées essentiellement par des cotisations assises sur les revenus professionnels d'activité et calculées en relation avec ceux-ci. Mais ils intègrent également de nombreux dispositifs de solidarité qui consistent à accorder des droits supérieurs à ceux que permettrait un calcul strictement lié aux cotisations effectivement versées[235]*. Il s'agit tout d'abord de la prise en compte, dans la constitution des droits à pension, de périodes non travaillées, dites assimilées, et de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF). D'autres mécanismes permettent d'obtenir des droits plus que proportionnels aux cotisations versées : c'est le cas du mode de calcul du nombre de trimestres retenus pour la pension, des majorations de durée d'assurance et des majorations du montant de la pension au titre de l'éducation des enfants, enfin des systèmes consistant à garantir soit un minimum de pension dans un régime, soit un minimum de revenus dit minimum vieillesse à toute personne âgée.*

A – La portée des dispositifs de solidarité

1 – Le faible impact des périodes assimilées

Variables selon les régimes, les périodes assimilées consistent essentiellement dans des périodes d'interruption de travail pour cause de maladie, maternité, invalidité, accidents du travail, chômage indemnisé et préretraite, service militaire et volontariat civil. Des périodes de guerre sont également prises en compte. Dans la fonction publique et les régimes spéciaux des entreprises publiques, la prise en compte de conditions d'emploi spécifiques se traduit par des bonifications de durée d'assurance permettant d'obtenir une retraite complète à un âge plus précoce. Enfin, des rachats de cotisations pour des périodes passées peuvent faire partie des mesures de solidarité quand ils sont accordés à un tarif favorable (non actuariellement neutre).

235. Les pensions de réversion et les modalités de prise en charge des cotisations au profit de formes particulières d'emploi ne seront pas étudiées ici, de même que les diverses bonifications de durée d'assurance accordées dans les régimes spéciaux.

Dès lors que la durée retenue pour le calcul de la pension est limitée (150 trimestres jusqu'à la loi de 2003) et qu'une année ne peut comporter plus de quatre trimestres, les périodes assimilées d'un assuré ne sont pas toutes utiles pour calculer sa retraite. Cela s'explique notamment par la règle très généreuse de calcul des trimestres : pour obtenir quatre trimestres permettant de valider une année pour la retraite, il suffit d'avoir perçu un salaire annuel correspondant à 800 fois le montant du SMIC horaire[236], ce qui peut s'obtenir en travaillant à temps partiel toute l'année ou à temps complet pendant un nombre de mois d'autant plus faible que le salaire est élevé, dans la limite du plafond.

Les périodes assimilées (PA) dans le régime général en 2001

	Part des retraités (1) bénéficiaires de PA			Part dans la pension		
	PA (utiles ou non)	PA utiles au niveau annuel(2)	PA utiles aux niveaux annuel(2) et fin de carrière(3)	Total	Hommes	Femmes
Maladie-Maternité-AT	**34 %**	12 %	**10 %**	0 ,3 %	0,3 %	0,4 %
Chômage avant 55 ans	**23 %**	17 %	**14 %**	0, 9 %	0,7 %	1,1 %
Chômage après 55 ans	**32 %**	28 %	**16 %**	1,8 %	1,8 %	1,9 %
Invalidité	**6 %**	5 %	**4 %**	0,6 %	0,6 %	0,8 %
Service national	**23 %**	22 %	**6 %**	0,3 %	0,5 %	

estimations CNAV à partir de la génération 1935.
(1) assurés ayant au moins un trimestre validé.
(2) reports qui interviennent chaque année pour obtenir quatre trimestres.
(3) reports au compte qui vérifient la condition (2) et qui interviennent dans la durée d'assurance totale validée en fin de carrière dans la limite du maximum de trimestres pris en compte.

L'impact sur le montant de la pension des périodes assimilées de maladie, maternité ou accidents du travail représente 0,3 % alors que celui des périodes de chômage pour les assurés âgés de 55 ans ou plus représente en moyenne 1,8 % de la pension mais il pourrait augmenter à l'avenir sous l'effet de la loi du 21 août 2003.

236. En 2004, des rémunérations de 5 752 € permettent de valider quatre trimestres. Ce montant correspond à 19 % du plafond ; il suffit donc de travailler environ 2,5 mois au plafond ou environ six mois au SMIC pour quatre trimestres validés (800 heures de SMIC représentent la moitié de la durée légale annuelle du travail).

2 – Des avantages familiaux importants et hétérogènes

Les avantages familiaux inclus dans les retraites[237] sont multiples et se cumulent le plus souvent. Ainsi :

- des majorations de durée d'assurance (MDA) sont accordées aux femmes dans presque tous les régimes, sans condition d'interruption d'activité, dès lors que le ou les enfants ont été élevés sous certaines conditions d'âge et de durée ;

- les deux parents peuvent obtenir des majorations du montant de leur pension dès lors qu'ils ont eu au moins trois enfants : seule cette mesure existe également dans les régimes complémentaires obligatoires ;

- le congé parental d'éducation pris par le père ou la mère donne lieu à validation pour la retraite dans le régime général mais la femme ne peut cumuler cet avantage avec la MDA ;

- l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) consiste à accorder des droits à retraite au parent (l'un ou l'autre) qui n'exerce pas d'activité professionnelle, bénéficie de certaines prestations familiales et remplit des conditions de ressources, d'âge, de nombre des enfants ou de handicap d'un enfant mineur ou adulte. Cette assurance permet au parent déjà assuré au régime général d'y majorer sa durée d'assurance. Si ce n'est pas le cas, il se constitue des droits au régime général au seul titre de l'AVPF. Cet avantage est cumulable avec la MDA et avec la majoration de pension.

Les calculs du conseil d'orientation des retraites (COR) et les projections faites par l'INSEE avec le modèle Destinie montrent que les majorations de durée d'assurance permettent en moyenne d'ajouter quatre années dans le régime général (et les régimes alignés) représentant 5,32 % du salaire servant de base au calcul de la pension, dans la limite du plafond de la sécurité sociale. Dans le secteur public où la MDA n'est que de un an par enfant, elle permet de valider en moyenne deux années, soit 4,5 % du salaire total (hors primes). Les bénéficiaires de la seule MDA sont estimés respectivement à trois millions dans le régime général et 454 000 personnes dans le secteur public en 2002.

Les majorations de pensions sont proportionnelles à la pension et ne sont pas imposables. En 2002, elles concernaient en stock 44 % des pensionnés du régime général, 38 % de ceux de l'AGIRC et 30 % de ceux de la fonction publique. Elles représentaient 8,8 % des pensions

237. A l'exception des retraites de base des professions libérales.

concernées à la CNAV, 7,6 % à l'ARRCO, 13 % à l'AGIRC et dans la fonction publique 12,9 % des pensions civiles. Les effectifs bénéficiaires s'élevaient à 4 400 000 individus dans le régime général, 2 100 000 à l'ARRCO, 532 000 à l'AGIRC.

En raison du caractère très progressif de sa montée en charge (l'AVPF a été mise en place à compter de 1972) en 2002, l'AVPF ne représentait en moyenne que 2,1 % du montant de la pension, mais 5 % pour les femmes. Les effectifs cotisants s'élevaient à 1 700 000 environ. Cette moyenne recouvre de fortes différences, entre la seule validation du congé parental et le cumul des avantages sur longue période. Ainsi, avec un espacement entre les naissances des enfants de deux ans et demi, une mère de trois enfants bénéficiaire de l'AVPF peut valider jusqu'à 21 ans à ce titre, se cumulant avec six années de MDA, soit au total 27 années. Même si la multiplicité des dispositifs rend l'ensemble peu lisible, il s'agit là d'une véritable retraite de la mère de famille, dont le montant sera il est vrai modeste car calculé sur la base du SMIC et non complété par une retraite complémentaire, sauf si l'intéressée a travaillé les autres années. Mais la pension est majorée de 10 % au titre des trois enfants.

3 – L'importance accrue du minimum de pension et le rôle marginal du minimum vieillesse.

Ces deux dispositifs sont de nature différente : le minimum de pension (dit contributif alors qu'il constitue pourtant un mécanisme de solidarité) est attribué dans chaque régime pour relever, en relation avec la durée d'assurance, les pensions les plus modestes. Le minimum vieillesse, quant à lui, constitue une garantie minimale de ressources accordée à toute personne résidant en France, dont les ressources sont inférieures à un plafond, même si elle n'a cotisé à aucun régime de retraite.

a) Le minimum de pension[238]

Dans le régime général des salariés et les régimes alignés (ORGANIC et CANCAVA), il est fonction de la durée d'assurance et n'est servi entier (6 402,23 € au 1er janvier 2003) que si l'assuré réunit 150 trimestres d'assurance. La pension calculée est portée à ce minimum avant d'être assortie des avantages complémentaires normalement applicables aux retraités qui remplissent les conditions relatives à la

238. Voir infra les modifications apportées au minimum de pension par la loi du 21 août 2003.

majoration de pensions pour enfants, aux majorations pour conjoint à charge, à la majoration pour recours à une tierce personne. Le régime des exploitants agricoles met en œuvre des dispositions spécifiques : pour les affiliés qui, cumulativement, justifient de 40 annuités tous régimes confondus et de 17,5 annuités pour la retraite forfaitaire, une retraite minimum est garantie par l'octroi de points gratuits qui viennent s'ajouter à la retraite forfaitaire. Dans la fonction publique, (Etat et CNRACL), la pension est portée à l'indice majoré 216 si 25 ans de services ont été assurés (le montant du minimum contributif est de 11 338,55 € au 1er janvier 2003). Pour les durées inférieures, chaque année cotisée donne droit à 4 % de cet indice. Les autres régimes spéciaux ont leurs propres dispositifs, tandis que les régimes complémentaires obligatoires ne connaissent pas cette notion.

Dans le régime général, au 31 décembre 2002, les bénéficiaires du minimum contributif étaient de 3 190 000 (dont 2 240 000 femmes), soit le tiers des retraités[239], proportion en forte croissance. La part du minimum contributif dans le montant total de la pension des assurés concernés était de 25,8 % en moyenne, 20,4 % pour les hommes et 27,8 % pour les femmes. Pour les fonctionnaires de l'Etat, le nombre total de bénéficiaires du minimum de pension s'élève à 164 200 civils et 67 600 militaires.

Le minimum de pension a été créé en 1983 pour que les salariés ayant eu une carrière complète mais des salaires modestes obtiennent, sans condition de ressources, une pension supérieure au minimum vieillesse attribué à des personnes n'ayant parfois jamais travaillé. Le total de la pension de base portée au minimum et de la retraite complémentaire devait être supérieur au minimum vieillesse[240]. Cet écart ayant été quelque peu érodé au fil des ans, la loi du 21 août 2003 a prévu en trois ans un rattrapage de 3 % par an du minimum de pension. Mais ce rattrapage ne porte que sur la part de pension correspondant aux années ayant donné lieu à cotisation et pas sur celles relative aux périodes assimilées. Cette mesure tend à éviter d'accroître le cumul des mesures de solidarité, si fréquent au sein des régimes.

239. Sur cette proportion importante, voir supra I sur les polypensionnés.

240. Les règles spécifiques du minimum garanti dans la fonction publique ont pour conséquence qu'il est supérieur au minimum vieillesse à partir d'une quinzaine d'annuités environ.

b) Le minimum vieillesse

Le minimum vieillesse est un dispositif à plusieurs niveaux : le premier niveau garantit, sous condition de ressources, à toute personne âgée d'au moins 65 ans ou 60 ans en cas d'inaptitude au travail, un minimum égal au montant de l'allocation aux vieux travailleurs salariés (AVTS). Ce premier niveau est attribué par un service de la Caisse des dépôts et consignations aux personnes résidant en France et qui ne relèvent d'aucun régime de retraite ou par les caisses de retraite, sous forme de majoration différentielle (dite majoration de l'art. L. 814-2 CSS) aux assurés dont les pensions sont insuffisantes. Le second niveau est constitué par l'allocation supplémentaire de l'article L. 815-2 et permet d'atteindre le minimum vieillesse.

Le nombre des allocataires du minimum vieillesse[241] a fortement diminué en raison de l'amélioration des retraites (1 213 000 en 1990, 989 000 en 1995, 723 000 en 2001 et 668 000 en 2002). Toutefois, après avoir décru, le nombre de bénéficiaires de la seule allocation de premier niveau, croît à nouveau fortement depuis 1990 (315 000 en 1994, 305 000 en 1995, 411 500 en 2001), essentiellement du fait des retraités issus de l'immigration. Fin 2002, 4,8 % des retraités percevaient les allocations du minimum vieillesse (3,6 % pour les hommes, 5,4 % pour les femmes). Ces allocations ne représentent en moyenne qu'un élément marginal par rapport à l'avantage principal (0,5 % pour les hommes 1,5 % pour les femmes).

La mise en œuvre du minimum vieillesse soulève des problèmes de principe et comporte des difficultés de gestion. Le versement de la majoration spéciale de l'article L. 814-2, qui complète des prestations contributives inférieures à l'AVTS, n'est pas soumise à une condition de résidence en France ce qui la rend exportable dans le pays de résidence du bénéficiaire[242]. Dans le régime général, dans plus de 70 % des cas, elle est allouée à des étrangers non résidents (en 2001 : 230 000 sur un total de 411 500) et elle croît trois fois plus vite que pour les bénéficiaires résidents. Elle correspond au double des droits acquis par cotisation et son montant est appelé à croître car la durée d'affiliation des nouveaux liquidants est sensiblement réduite par rapport à celle des retraités en

241. Le nombre global et sans doublons de bénéficiaires du minimum vieillesse est inconnu. Il est estimé à partir du nombre d'allocations supplémentaires attribuées.

242. L'ordonnance du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse remplace au plus tard le 1er janvier 2006 les diverses prestations minimales existantes par une « allocation de solidarité aux personnes âgées ». Mais elle recrée sous le nom de « complément de retraite » une prestation exportable sous réserve d'une condition de durée minimale de résidence.

stock (4,7 années contre 8,4). En 2002, 600 M€ ont été versés hors de France à ce titre. Deux problèmes sont ainsi posés : le niveau de l'allocation est établi au regard du niveau de vie en France et le montant attribué ne dépend pas du nombre de trimestres de cotisations mais des seules ressources déclarées par les bénéficiaires. Or, le contrôle de celles-ci à l'étranger est illusoire. De même, l'information sur le décès des bénéficiaires n'est pas garantie.

En application de la loi du 11 mai 1998, les étrangers de toutes nationalités qui justifient de la régularité de leur séjour effectif en France bénéficient, s'ils remplissent les conditions d'octroi, de certaines prestations non contributives, en particulier l'allocation supplémentaire de l'article L. 815-2. Mais le décret devant définir ce qu'est une résidence effective en France n'a jamais été publié, et l'enquête effectuée auprès des régimes a fait ressortir des incertitudes sur les modalités de contrôle des caisses pendant la durée de versement de la prestation.

B – Les disparités dans les modalités de validation

1 – Les périodes non travaillées

Les disparités de traitement des retraités procèdent essentiellement de la multiplicité des régimes de retraite. Certaines résultent de la logique même des régimes, d'autres sont moins explicables. La loi du 21 août 2003 n'y a que partiellement remédié.

a) Les disparités entre les régimes

Entre le régime général (et les régimes alignés), la fonction publique et les régimes spéciaux d'entreprise, les disparités affectent différents dispositifs. La validation des périodes de maladie, maternité, d'accidents du travail et de maladies professionnelles et d'invalidité est gratuite pour l'assuré dans les régimes du secteur privé, tandis qu'elle donne lieu à prélèvement de cotisations dans les régimes publics. Mais ceci s'explique par le fait que dans ces derniers, le traitement est maintenu par l'employeur alors que pour les salariés du secteur privé les indemnités journalières versées par la sécurité sociale tiennent compte de l'absence de cotisations. A la différence du régime général, dans la fonction publique, seule la préretraite CPA (cessation progressive d'activité) est validée avec prélèvements de cotisation.

Entre les régimes de salariés et de non-salariés, les disparités portent sur les périodes de formation professionnelle, qui ne sont pas prises en compte par les régimes de non salariés, même lorsque ces derniers ont connu des périodes de chômage. A la MSA, les périodes de maladie, maternité, invalidité, AT-MP et les périodes militaires ne sont prises en compte que pour la retraite forfaitaire des exploitants. A la CNAVPL, elles donnent lieu à des exonérations de cotisations dans des conditions parfois plus restrictives que dans les régimes généraux des salariés. La MSA inscrit des périodes de préretraite pour la retraite forfaitaire et, dans ce cas, également pour la retraite proportionnelle.

Entre les régimes de base et complémentaires les conditions de prise en charge des périodes de maladie, maternité et autres, sont analogues. Par contre, le nombre de points inscrits pour ces périodes dans les régimes complémentaires est en rapport avec celui acquis l'année précédant l'arrêt de travail, ou la perte de salaire constatée, alors que dans le régime de base, la période assimilée est valorisée au salaire moyen retenu pour liquider la pension.

Entre régimes complémentaires, des différences plus étonnantes encore existent. Ainsi, les périodes de service national, de guerre et de volontariat civil sont prises en compte en tout ou partie, selon les cas, et sous condition d'affiliation préalable, le plus souvent, par l'ARRCO et l'IRCANTEC, mais pas par l'AGIRC. Pour les périodes de chômage, si l'AGIRC et l'ARRCO inscrivent des points au double titre de l'indemnisation par les ASSEDIC et du régime de solidarité de l'Etat, l'IRCANTEC ne prend en compte que le chômage indemnisé pendant une période supérieure à un mois (le chômage non indemnisé ne donne pas lieu à inscription de points). Pour la préretraite progressive l'IRCANTEC attribue des points gratuits sur la perte de salaire par rapport au temps plein, tandis que l'AGIRC et l'ARRCO subordonnent la validation de l'allocation spéciale du FNE (préretraite d'ASFNE) à la prise en charge du coût des points par l'Etat, via le FSV. Une différence plus importante doit être soulignée : les périodes d'AVPF ne sont pas prises en compte par l'AGIRC et l'ARRCO, alors qu'un dispositif de bonification parentale spécifique à l'IRCANTEC donne lieu à attribution de points.

b) Les disparités affectant les dispositifs de validation

Sans justification apparente, les périodes assimilées font l'objet de règles de validation différentes : un trimestre est validé tous les 60 jours de maladie et d'AT-MP, tous les 50 jours de chômage et de préretraite, tous les 90 jours de volontariat civil. D'autres périodes (service militaire,

congé parental) sont validées de date à date avec arrondissement au trimestre supérieur.

La loi du 21 août 2003, si elle établit de nouvelles règles du jeu pour le régime général des salariés et celui des fonctionnaires, ne fait pas pour autant disparaître les disparités en matière de minimum de pension. Dans le régime général des salariés et les régimes alignés, le minimum contributif, pour être porté progressivement à un niveau permettant une retraite totale (retraite complémentaire comprise) au moins égale à 85 % du SMIC, sera majoré en valeur nette de 3 % en 2004, 3 % en 2006 et 3 % en 2008, mais ce pour les seules périodes ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré, à la différence de la réglementation antérieure. Le minimum de pension relatif aux autres périodes suivra l'inflation. Le minimum garanti de la fonction publique est également modifié : la durée d'activité requise pour que la pension soit portée à l'indice 216 passera progressivement de 25 à 30 ans. Celle requise pour atteindre l'indice 227 passera progressivement de 30 à 40 ans de services.

Le traitement du chômage comporte une distinction entre chômage indemnisé et non indemnisé. La prise en compte de ce dernier pour le calcul des pensions est limitée dans le temps. Les périodes d'attribution du RMI (revenu minimum d'insertion), dont une partie importante des bénéficiaires sont d'anciens chômeurs indemnisés au titre de la solidarité (ASS) ne font pas l'objet d'une validation pour la retraite. Le traitement de la formation professionnelle est particulièrement divers. La formation professionnelle antérieure à l'entrée sur le marché du travail et donc à l'affiliation aux régimes de retraite n'est jamais prise en compte pour la retraite, sauf dans la fonction publique après réussite aux concours. Les périodes de formation professionnelle liées au statut de chômeur indemnisé le sont par le régime général des salariés et les régimes complémentaires, mais non en cas d'activité rémunérée (stagiaires de la formation professionnelle). L'UNEDIC finance partiellement les retraites complémentaires AGIRC-ARRCO durant les périodes en assurance chômage et il en est de même pour l'Etat en ce qui concerne le régime public[243] (allocation de fin de formation, formation liée à l'ASS, stages agréés par l'Etat au titre du livre IX du Code du travail, dits RSF).

Il faut enfin souligner que, quand les périodes de formation professionnelle donnent lieu à cotisations, ces cotisations sont assises sur une base forfaitaire parfois trop faible pour permettre leur validation. C'est le cas de stagiaires de la formation professionnelle et des apprentis en début de contrat. Les chômeurs bénéficiaires de l'ASS ou en fin de

243. L'ARE formation donne lieu à cotisation et est prise en compte pour la retraite complémentaire.

droits ne valident aucun droit pour des stages d'une durée moyenne de quatre mois.

2 – Les avantages familiaux.

a) Les disparités entre régimes

Si l'AVPF est d'application générale, car non liée à l'appartenance à un régime, d'importantes disparités affectent les majorations de durée d'assurance et les majorations de pension.

Les majorations de durée d'assurance ont fait l'objet de dispositions nouvelles dans la loi du 21 août 2003. Avant la réforme des retraites, dans le régime général et les régimes assimilés, ainsi que dans le régime des exploitants agricoles, chaque enfant qu'une femme assurée a élevé pendant neuf ans avant son 16ème anniversaire ouvrait droit à une majoration de huit trimestres. Dans la fonction publique, elle était de un an par enfant. Les régimes spéciaux des entreprises publiques, non concernés par la réforme, ont des dispositifs divers : absence de majoration pour la SNCF, bonifications par enfant pour EDF-GDF et la RATP. Les régimes complémentaires de salariés n'ont pas de majorations de durée d'assurance pour enfants[244]. L'IRCANTEC a néanmoins un dispositif de bonification parentale pour les périodes d'interruption d'activité dans la limite maximale d'un an par enfant.

La loi du 21 août 2003 a introduit des dispositions globalement plus favorables, mais qui accroissent l'hétérogénéité entre les régimes. Désormais, dans le régime général (et les régimes alignés) et à la MSA, les femmes bénéficieront d'une majoration gratuite d'un trimestre pour toute année durant laquelle elles ont élevé un enfant dans la limite de huit trimestres par enfant, l'âge limite de neuf ans étant supprimé. Dans la fonction publique, la majoration s'applique dorénavant aux hommes comme aux femmes. Une condition nouvelle d'interruption ou de réduction d'activité étant posée, il s'agit plus désormais d'une validation gratuite de période d'interruption que d'une MDA. En contrepartie, la validation pourra atteindre trois ans par enfant. De plus, à compter du 1er janvier 2004, les femmes qui ont accouché après leur recrutement dans la fonction publique bénéficient d'une majoration de deux trimestres sans condition d'interruption d'activité mais qui n'est pas cumulable avec la MDA lorsque celle-ci est supérieure ou égale à six mois.

Le congé parental d'éducation pris dans les conditions prévues par le code du travail est validé dans le régime général au profit du père (ou

244. Mais les majorations du régime général sont prises en compte pour les liquidations entre 60 et 65 ans.

de la mère si c'est plus favorable que la MDA) pour la durée effective de ce congé. Dans la fonction publique, un congé parental de six mois renouvelable, dans la limite de trois ans, est accordé au père ou à la mère jusqu'au troisième anniversaire de l'enfant, avec maintien des droits d'avancement d'échelon, mais sans que cette période soit retenue pour le calcul des annuités. Un droit à pension immédiate pour soigner un conjoint invalide, sans équivalent dans le régime général, y est également accordé. La loi de 2003 crée seulement dans le code du travail un congé de solidarité familiale qui ne donne pas lieu à validation. Enfin, la loi institue une MDA pour enfant handicapé de huit trimestres au plus dans le régime général (et les régimes alignés) mais de quatre trimestres au plus dans la fonction publique.

Des dispositions propres à la fonction publique et aux régimes spéciaux permettent le départ en retraite, sans condition d'âge, après 15 ans de service des mères de famille ayant eu au moins trois enfants ou un enfant invalide ou ayant cessé leur activité pour cause d'infirmité ou de maladie incurable. Cette retraite anticipée cumulable avec un emploi dans le secteur privé, est proportionnelle à la durée des services effectués et susceptible d'être portée au minimum.

Les majorations de pensions pour enfants, qui s'appliquent indifféremment aux hommes et aux femmes, sont également différentes selon les régimes. Dans les régimes général et alignés ainsi qu'à la MSA, la pension de vieillesse est majorée de 10 % pour l'assuré qui a eu ou élevé au moins trois enfants. Les enfants de rang quatre et au-delà n'apportent aucun avantage supplémentaire. Cette majoration est inexistante dans le régime de base des professions libérales. Dans la fonction publique, la majoration est de 10 % pour trois enfants ayant atteint l'âge de 16 ans ; s'y ajoutent 5 % par enfant supplémentaire, la pension ne pouvant excéder le montant du traitement sur lequel elle est calculée. Il en est de même dans les régimes spéciaux d'entreprises publiques. L'AGIRC et l'ARRCO ont des dispositifs différents : à l'ARRCO, le taux applicable est de 5 % lorsque l'intéressé a élevé au moins trois enfants. A l'AGIRC les taux sont de 8 % pour trois enfants et sont majorés de 4 % par enfant supplémentaire jusqu'à 24 % pour sept enfants et plus. La majoration applicable à l'IRCANTEC est de 10 % pour trois enfants et 5 % par enfant supplémentaire jusqu'à un total de 30 % pour sept enfants et plus. Ces majorations ont au moins en commun d'être très inégalitaires car calculées proportionnellement au montant de la pension et non soumises à l'impôt sur le revenu.

b) Des dispositifs complexes et non équitables

La mise en œuvre des dispositifs familiaux peut représenter un avantage très important pour certains parents, sans qu'ils en soient conscients. La juxtaposition de divers types de compensation de l'éducation des enfants (AVPF, MDA, majorations de pension, sans compter les dispositifs propres à certains régimes), issue de la stratification historique des réformes donne un ensemble de règles opaque, sans logique interne et dont l'effet cumulé est mal connu. Ainsi, l'AVPF donne lieu à l'inscription au compte de salaires égaux au SMIC, même si le parent a déjà travaillé, ce qui peut le pénaliser[245], tandis que les MDA sont valorisées au salaire moyen des meilleures années retenues dans le calcul. Tandis que la MDA majore les trimestres acquis dans le régime de son activité professionnelle, l'AVPF crée des droits exclusivement dans le régime général, générant ainsi et à ce seul titre de nombreux polypensionnés. Des femmes ayant peu travaillé peuvent en cumulant diverses majorations valider des périodes relativement longues sur une base majorée par le minimum contributif. Complexe, le système paraît peu équitable.

En prenant appui sur la réglementation européenne telle qu'interprétée par la CJCE, la réforme de 2003 aurait pu aller plus loin dans l'harmonisation entre les sexes et entre les régimes. En effet, si le droit européen maintient entre le régime général, d'une part, et la fonction publique et les régimes spéciaux d'entreprises, d'autre part, des disparités peu compatibles avec les caractéristiques de l'organisation des retraites en France, le législateur français aurait pu rétablir la cohérence. Ainsi, contrairement au régime général, les régimes publics, mais aussi les régimes complémentaires ARRCO et AGIRC, sont considérés par le droit européen comme des régimes professionnels, donc soumis au principe de la non discrimination entre les hommes et les femmes en matière de rémunération. Le droit européen tolère donc dans les régimes généraux de retraite le maintien de règles favorables aux femmes qu'il condamne dans les autres régimes[246]. En conséquence, les majorations de durée d'assurance n'ont été étendues aux hommes par la loi du 21 août 2003 que dans la fonction publique, le régime général et les régimes alignés

245. Cette pénalisation peut intervenir quand les années d'AVPF sont prises en compte dans le calcul du SAM servant au calcul de la pension. Si les autres salaires pris en compte dans ce calcul sont supérieurs au SMIC, le fait de tenir compte des périodes d'AVPF conduit à diminuer le SAM et donc à réduire la pension. C'est une différence majeure avec les MDA.

246. Arrêt Griesmar de la CJCE du 29 novembre 2001. Les conséquences de cet arrêt ont été tirées par le Conseil d'Etat dans une décision de juillet 2003.

continuant de les limiter aux femmes. D'autres dispositions discriminatoires propres aux régimes publics et contraires au droit européen ont été maintenues par la réforme et donnent lieu à des recours gagnés par les requérants[247]. Le caractère à la fois coûteux et non justifié, de ce dispositif (qui ne concerne actuellement que les femmes) et son extension aux hommes doit conduire à sa révision dans les meilleurs délais. De plus, cette possibilité de retraite anticipée permet aux intéressés d'échapper à l'application de la décote, créée par la loi d'août 2003..

C – Information et financement

L'information sur les dispositifs de solidarité reste lacunaire. Une appréciation d'ensemble de leurs modalités de financement et de leur coût en est donc rendue impossible.

1 – L'information et les études

Les systèmes d'information des régimes devraient leur permettre de connaître le nombre des bénéficiaires des différents dispositifs, les montants en cause et leur contribution à la retraite des intéressés, les masses financières en résultant et ce aussi bien en ce qui concerne le stock de retraités que les flux annuels de nouveaux retraités. L'information sur ces données est variable selon les régimes ; elle est bien maîtrisée notamment à la CNAV, à la MSA, au service des pensions des fonctionnaires ainsi que dans les régimes complémentaires ARRCO et AGIRC dont les règles sont, il est vrai, plus simples. Cependant, tous les régimes recevant des ressources en provenance du FSV devraient être en mesure de justifier les sommes demandées.

Chaque régime est tributaire de nombreuses sources d'informations extérieures pour effectuer les reports aux comptes de périodes validées sans contrepartie de cotisations. Certaines transmissions, désormais automatisées, sont effectuées de façon satisfaisante en temps réel (AVPF en provenance des CAF, périodes d'arrêt de travail pour maladie, invalidité, etc, en provenance des caisses compétentes, périodes de chômage en provenance des ASSEDIC). D'autres périodes ne peuvent être reportées au compte qu'au moment de

247. Diverses décisions récentes des tribunaux administratifs ont accordé aux hommes fonctionnaires le bénéfice des dispositions permettant d'obtenir une pension à jouissance immédiate à partir de 15 annuités à condition d'avoir eu trois enfants. Certaines administrations de l'Etat sont amenées à faire droit à chaque demande remplissant ces conditions.

la liquidation sur présentation par l'assuré de justificatifs (cas des avantages familiaux).

L'information du cotisant sur la part des avantages de solidarité dans sa pension est de ce fait très limitée. Ce n'est qu'au moment de la pré-liquidation de sa pension –en général deux ans avant la prise de retraite- que le futur pensionné, en particulier le polypensionné, peut avoir une prévision précise de ses droits. Cette carence est certes due à l'insuffisance des échanges d'informations entre régimes sur les périodes cotisées et, plus particulièrement, dans les fonctions publiques, à l'absence de centralisation des fichiers de cotisants dans des « comptes individuels de retraite ». Mais la multiplicité des régimes fait qu'un polypensionné a, par construction, des difficultés à connaître avec précision ses futurs droits à pension dès lors que la validation des périodes non cotisées peut parfois être faite par plusieurs régimes, ce qui a nécessité l'établissement de règles de coordination ou de priorité entre les régimes. L'article 10 de la loi portant réforme de la retraite réaffirme le droit à l'information des assurés sur leur situation individuelle et prévoit à cet effet la création d'un groupement d'intérêt public. La mise en œuvre de ce droit fera apparaître, outre la nécessité de réformes de gestion, telles que la création de comptes individuels pour les fonctionnaires, le besoin de simplifier encore les règles de coordination entre les régimes.

L'information statistique et les études connaissent une limitation générale due à la non connaissance par les régimes, sauf la CNAV, des carrières de cotisants par générations. Un échantillon représentatif de l'ensemble des retraités (EIR : échantillon inter-régimes des retraités) a été constitué par la DREES. Il consolide l'ensemble des avantages de retraite versés par les différents régimes ainsi que les conditions de liquidation, mais il ne dispose que d'un agrégat de périodes assimilées non identifiable ni par type, ni dans le temps (place au cours de la carrière). Si l'incidence des autre dispositifs de solidarité (MDA, majoration de pension, minimum vieillesse et minimum contributif) peut être identifiée, leur rôle effectif, compte tenu notamment de leur calendrier et de leur articulation avec les périodes travaillées, ne peut être explicité. Pour l'étude de réformes dites paramétriques, la construction de cas types a été développée, notamment par la DREES (modèle OSCARIE), mais leur utilisation est limitée par leur caractère non représentatif. En 2004, la DREES initie un travail exploratoire à partir de carrières réelles. L'INSEE a exploité, pour différents aspects de carrières, les enquêtes « patrimoine » et une enquête complémentaire à l'enquête « emploi » de 1996, mais les données à caractère rétrospectif ainsi collectées restent imprécises et souffrent de lacunes analogues. Il en va de

même du modèle de micro-simulation de l'INSEE « Destinie », également établi à partir de l'enquête « patrimoine ».

Ces insuffisances sont en cours de solution par la constitution par la DREES d'un échantillon inter-régimes de cotisants (EIC), dont la première livraison est prévue en 2004, et, à terme plus éloigné par celle d'un répertoire national des cotisants. Une limite subsistera cependant relative à la connaissance des droits familiaux.

2 – Le financement et le coût de la solidarité

a) Le financement de la solidarité

Le financement des instruments de la solidarité s'effectue selon deux logiques : le recours à la solidarité nationale par le moyen d'impôts affectés, le financement par les régimes de sécurité sociale, soit gestionnaires directs des retraites, soit mis à contribution, comme la CNAF.

Le fonds de solidarité vieillesse (FSV) relève de la première logique :

- il rembourse à tous les régimes de retraite les prestations constitutives du minimum vieillesse ainsi que pour le régime général, les régimes alignés et les exploitants agricoles, les majorations de pension accordées en fonction du nombre d'enfants ou pour conjoint à charge ;

- il verse aux régimes concernés une cotisation destinée à valider les périodes de service national, de chômage et de préretraite. Cette cotisation est calculée sur une base forfaitaire égale à 90 % du SMIC, à laquelle est appliqué le taux de la cotisation globale (16,35 %) d'assurance vieillesse. Les effectifs retenus sont ceux de chacun des dispositifs, le nombre de chômeurs non indemnisés étant retenu pour 29 % du nombre total de chômeurs inscrits. Les régimes bénéficiaires sont le régime général, les régimes alignés, les salariés agricoles. Depuis 2001, le FSV compense au profit de l'ARRCO et de l'AGIRC la validation par ces régimes de périodes de préretraite et de chômage indemnisées par l'Etat.

La structure des charges du FSV en 2002 était de 54 % au titre de la prise en charge des cotisations chômage, de 25 % au titre des majorations de pension et de 20 % au titre du minimum vieillesse.

Jusqu'en 1999, les ressources du FSV étaient composées à 99 % de recettes fiscales affectées. A partir de 2001, la montée en charge de la contribution de la CNAF au titre des majorations de pension pour enfants abaisse progressivement ce pourcentage. Le financement du FSV, souvent modifié depuis sa création, est actuellement assuré par 1,05 point de CSG, 20 % du prélèvement social de 2 % sur les produits de placement et les revenus du patrimoine, les excédents de la contribution sociale de solidarité des sociétés, les versements de la CNAF et, à partir de 2004, une contribution de 23,85 %, créée par la loi du 21 août 2003, mise à la charge des employeurs qui ont recours à des préretraites d'entreprises. Le total des produits affectés au FSV devrait s'élever à 13,9 Md€ en 2004, dégageant à nouveau un excédent après plusieurs années de déficit.

Les autres dispositifs de solidarité sont financés par les régimes de sécurité sociale. Les régimes de retraite assument directement avec leurs ressources la charge afférente aux dispositifs ou prestations de solidarité qui leur sont propres, tels que les minima de pensions, les majorations de durée d'assurance pour enfants[248], la validation des périodes de maladie, maternité, accident du travail et invalidité.

La CNAF prend en charge le financement des avantages familiaux de retraite selon deux modalités. Pour constituer au profit des parents au foyer des droits à pension (AVPF), elle cotise à l'assurance vieillesse du régime général. Par ailleurs, depuis 2001, elle doit effectuer au profit du FSV un versement représentatif du coût des majorations de pensions pour enfants que celui-ci rembourse aux régimes de retraite. Ce versement, qui monte progressivement en charge, a été porté à 60 % de la dépense depuis 2003.

b) Le coût de la solidarité

Une présentation d'ensemble du financement de ces différents dispositifs n'est pas possible. En effet, seuls sont disponibles les montants qui ont donné lieu à paiement du FSV et de la CNAF aux régimes de retraite concernés. En 2003, les prises en charge du FSV s'élevaient à 7,2 Md€ pour les validations de périodes non cotisées, à 3,2 Md€ pour les majorations de pensions, et à 2,5 Md€ pour le minimum vieillesse. Le transfert de la CNAF au FSV se montait à 1,9 Md€. Enfin, les transferts versés par la CNAF au titre de l'AVPF s'élevaient à 3,7 Md€. Par contre, pour les dispositifs qu'ils prennent directement en charge, tous les

248. Le rapport public particulier de la Cour sur les pensions des fonctionnaires civils de l'Etat d'avril 2003 en évalue le coût en 2002 à 2 900 M€ pour le régime général et environ 275 M€ pour le régime des fonctionnaires.

régimes n'ont pas été en mesure d'évaluer, par rapport à des situations de référence, le montant des suppléments résultant des dispositifs de solidarité qu'ils financent (majorations de durées d'assurance[249], minima de pension, bonifications et autres effets de dispositions particulières), que ce soit en stock, pour l'ensemble de leurs retraités, ou en flux, c'est-à-dire pour les liquidations nouvelles.

Par ailleurs, on ne peut pas additionner des cotisations versées aux régimes de retraite par le FSV ou la CNAF pour couvrir une partie des dépenses de solidarité avec le montant des prestations servies par les régimes qui autofinancent d'autres dispositifs. Il faudrait pouvoir sommer le total des prestations versées sans contrepartie suffisante de cotisation de la part du retraité.

Les facteurs d'évolution des différents dispositifs ne peuvent faire l'objet que d'indications qualitatives. S'agissant du FSV, les perspectives de prise en compte du chômage et de la préretraite sont affectées par l'évolution macro-économique d'ensemble et par l'évolution de la réglementation et de la pratique des préretraites. Celles relatives aux majorations de pensions pour enfants feraient ressortir un tassement. Les dépenses relatives au minimum vieillesse ont connu une diminution progressive, interrompue en 2002 et 2003 en ce qui concerne la majoration de l'article 814-2 (dite de premier niveau) en raison de son caractère exportable. Seule une modification de la législation pour l'avenir pourrait infléchir l'évolution constatée. Les dépenses liées à l'AVPF devraient voir leur montant croître fortement (coût annuel à terme de 5 Md€ selon un calcul du secrétariat général du COR). D'après une étude effectuée en 2002 par l'INSEE avec le modèle « Destinie », l'apport moyen de l'AVPF irait croissant et serait en 2020 de trois ans, contre un an environ pour les femmes parties en retraite en 1995.

La création du FSV avait été justifiée, face à la nécessité d'augmenter les ressources des régimes de retraite, par une préoccupation d'équité : il était plus juste de faire prendre en charge par l'impôt des dépenses relevant davantage de la solidarité nationale que de la solidarité interne à chaque régime. Mais le versement opéré depuis lors en provenance de la CNAF a brouillé cette logique. La place du FSV dans ces dispositifs a ainsi été obscurcie par des modifications affectant aussi bien ses recettes que ses dépenses, leur faisant jouer un rôle de variable d'ajustement.

S'il est normal qu'un régime de retraite de la sécurité sociale intègre étroitement des aspects assurantiels et des dispositifs de solidarité,

249. Les majorations de durées d'assurance ont été évaluées pour 1996 dans un rapport de l'IGAS à 4 Md€ dont 3 pour le seul régime général.

cela ne devrait pas dispenser l'Etat et les régimes de connaître les coûts et l'impact de ces derniers.

D – Quelques réflexions autour des dispositifs de solidarité

Les dispositifs de solidarité interviennent avec deux objectifs : compenser le risque encouru par le bénéficiaire (prise en charge des périodes non travaillées, majoration de durée d'assurance), ou compenser l'insuffisance supposée des pensions (majoration de pensions, minimum de pension).

Les risques considérés se caractérisent par leur plus ou moins grande proximité avec l'activité professionnelle. Mais quand le lien est considéré comme inexistant ou totalement distendu (chômage en début de carrière ou de très longue durée, perception du RMI, formation initiale), il n'y a plus de validation des périodes en cause pour la retraite. C'est alors le minimum vieillesse qui est appelé à combler l'insuffisance éventuelle des ressources du retraité.

Les dispositifs de solidarité s'exercent selon deux modalités : ils compensent une absence totale de cotisations des intéressés (périodes assimilées, majorations de durée d'assurance et AVPF) ou majorent les droits qu'ils ont acquis par leur effort contributif (règle de validation d'un trimestre avec 200 heures de SMIC, minimum contributif et majorations de pension à caractère familial).

La réforme de 2003, suivant la tendance déjà amorcée en 1993, tend à réintroduire des éléments de contributivité dans le calcul de certains avantages de retraite. Ainsi, elle crée une majoration du minimum de pension au titre des périodes ayant donné lieu à cotisations. Dans la fonction publique, elle a institué une réduction progressive, entre 2004 et 2008, de la prise en compte des bonifications de durée d'assurance dans le calcul du minimum de pension de la fonction publique.

Les périodes assimilées autres que les périodes de service national et de maladie ne sont pas prises en compte pour le calcul des durées permettant de partir en retraite avant 60 ans. Enfin, la condition d'interruption de l'activité dans la nouvelle réglementation des majorations de durée d'assurance dans la fonction publique relève de la même orientation.

Ce renforcement de la contributivité n'interdit pas de s'interroger sur les éventuelles lacunes des dispositifs de solidarité. Les risques les

plus proches de l'activité professionnelle posent essentiellement des questions relatives à leurs modalités de couverture. Les plus éloignés posent celles de l'ouverture éventuelle de droits à inscription pour la retraite.

1 – Vers un meilleur équilibre entre les droits

La couverture des périodes non travaillées peut s'effectuer selon deux modalités : d'une part, l'attribution de trimestres d'assurances entrant à la fois dans la durée d'assurance tous régimes servant à déterminer le taux de liquidation et à calculer chacune des pensions ; d'autre part, le report au compte de l'assuré de sommes qui seront intégrées dans la détermination de l'assiette servant de référence au calcul des pensions.

Mais en raison de l'interaction des mécanismes de solidarité et de l'absence d'études suffisantes sur leur impact, il est très difficile de préconiser des réformes tendant à simplifier les dispositifs ou à accroître l'équité. Ainsi, l'inscription au compte de salaires correspondant aux périodes assimilées ou aux MDA peut être favorable ou défavorable aux assurés selon les cas. Des simulations seraient nécessaires.

S'agissant des avantages familiaux, il conviendrait d'introduire plus de cohérence entre les mécanismes et plus d'équité entre les régimes, de supprimer des avantages existant dans le secteur public tels que la retraite anticipée sous condition d'avoir eu au moins trois enfants, enfin assurer une plus large égalité des sexes. Par ailleurs, le maintien de majorations de pension proportionnelles et non imposables apparaît d'autant moins justifié que le financement des régimes de retraite exigera de nouveaux efforts de la part de tous les assurés[250].

2 – Vers la prise en compte de nouveaux droits ?

L'extension éventuelle de la couverture assurée par les dispositifs de solidarité peut s'analyser en fonction de la plus ou moins grande proximité de la sphère professionnelle des situations ou périodes envisagées : chômage non indemnisé, perception du RMI, formation professionnelle, formation générale.

250. Des recommandations en ce sens avaient déjà été faites dans le rapport de la Cour sur la sécurité sociale, de septembre 2000 (pp. 208-592) ainsi que dans le rapport public particulier de la Cour d'avril 2003, sur les pensions des fonctionnaires civiles de l'Etat (pp. 154-162).

La validation des périodes de formation antérieures à l'entrée dans la vie active a fait l'objet de revendications des partenaires sociaux pendant la préparation de la loi portant réforme des retraites. Mais les études longues étant le gage d'une meilleure insertion dans la vie active, la validation de ces périodes ne peut pas être prise en charge en tout ou partie par des mécanismes de solidarité. La solution du rachat actuariellement neutre des périodes en cause, retenue par la loi de 2003, est la seule solution équitable.

La prise en compte du chômage est actuellement limitée en début de vie active et pour le chômage de longue durée non indemnisé. En raison des conditions d'ouverture des droits aux allocations chômage, les jeunes qui connaissent des difficultés d'insertion se traduisant par la succession de périodes de chômage et de périodes d'activité limitées dans le temps ne peuvent bénéficier des prestations de chômage et, en conséquence, de droits à la retraite. Si la règle « un trimestre équivaut à 200 heures de SMIC » a été maintenue par les réformes de 1993 et de 2003, c'est largement en considération des difficultés d'insertion des jeunes et plus généralement des situations de travail à temps partiel non choisi. Mais il serait important de vérifier si cette règle permet véritablement d'atteindre cet objectif.

Les périodes de chômage non indemnisé des chômeurs qui ont épuisé leurs droits à l'assurance chômage ne sont pas validées au-delà de la première année[251] et ne donnent pas lieu à acquisition de points dans les régimes complémentaires. Sans doute une part importante des chômeurs n'ayant plus de droits à l'ASS devient elle bénéficiaire du RMI. L'analyse des statistiques montre en effet des parcours faits de séquences de chômage pris en charge par l'UNEDIC, de chômage pris en charge par la solidarité (ASS) et de RMI[252], traduisant ainsi un éloignement progressif de la sphère professionnelle. Si une partie des allocataires du RMI[253] exercent une activité professionnelle (environ 12 % d'entre eux en 2003) le plus souvent à temps partiel, une autre partie n'acquiert aucun droit pendant une durée qui peut être longue[254]. Les différentes modalités

251. La première période de chômage, continue ou non, est prise en compte dans la limite d'un an. Chaque période de chômage involontaire ultérieure, faisant suite à une période d'indemnisation est prise en compte dans la limite d'un an.

252. Selon les estimations de l'UNEDIC, les chômeurs en fin de droit se répartissent en trois catégories : un tiers ne perçoit aucune indemnité, en raison de revenus supérieurs au RMI ; 20 % ont droit à l'ASS ; 50 % perçoivent directement le RMI.

253. 856 000 foyers fiscaux en 2002 selon le modèle INES de la DREES. Plus d'un million d'allocataires en 2003.

254. 50 % des bénéficiaires du RMI ont plus de deux ans d'ancienneté, dont 22 % entre trois à cinq ans et 13 % plus de cinq ans.

de contrats aidés dont les cotisations patronales sont prises en charge par l'Etat permettent d'inscrire des périodes au compte des intéressés, à la faveur notamment de la règle des 200h de SMIC pour un trimestre. A défaut de pensions suffisantes, les anciens bénéficiaires du RMI auront droit au minimum vieillesse dont le montant supérieur à celui du RMI traduit le fait que les bénéficiaires ne sont plus d'âge actif. Ici aussi, des études sur les conséquences pour la retraite des parcours de ces inactifs devraient être développées.

La validation pour la retraite des périodes de formation professionnelle n'apparaît pas satisfaisante, ce qui sera d'autant plus pénalisant que les durées d'assurance requises pour partir en retraite s'allongent. Certaines périodes de formation ou d'apprentissage, trop faiblement rémunérées ne permettent pas, malgré la règle des 200 heures de SMIC, de valider des trimestres. D'autres périodes de formation non rémunérées sont validées pour la retraite si elles sont liées au statut de chômeur indemnisé. Cependant, elles ne donnent lieu à aucune prise en compte dans les régimes complémentaires et dans les régimes de non-salariés.

Un examen d'ensemble de la prise en compte pour la retraite des différentes modalités de formation professionnelle pendant la vie active devrait déboucher sur un système plus équitable et plus lisible. La mise en place souvent évoquée d'un dispositif de crédit formation tout au long de la vie rend cet examen d'autant plus nécessaire.

SYNTHESE

L'examen des différents dispositifs de solidarité intégrés dans les régimes d'assurance vieillesse fait ressortir leur disparité, leur complexité et leurs interférences. Ainsi, les périodes non cotisées jouent un rôle mineur dans le calcul des pensions, vraisemblablement à cause de la règle de validation d'un trimestre pour 200 heures de SMIC. Les avantages familiaux sont redondants et anti-redistributifs et leur importance est mal connue des bénéficiaires. Les disparités entre les régimes des modes de validation des périodes non travaillées et des avantages familiaux n'ont été que peu réduites par la loi du 21 août 2003 qui, de toute façon, ne concerne pas les régimes spéciaux. La prise en compte partielle de la jurisprudence européenne en matière d'égalité entre les sexes a accru les disparités entre régimes et conduit actuellement à une extension jurisprudentielle, coûteuse et non justifiée, au bénéfice des hommes, de la retraite anticipée des mères de trois enfants et plus.

L'orientation prise par la loi de 2003 d'une plus grande contributivité des avantages de retraite devrait permettre de réduire certaines redondances entre mesures de solidarité. Mais les déficiences des systèmes d'information de la plupart des régimes empêchent d'étudier l'impact des mesures de solidarité, isolément et globalement et d'en calculer le coût.

Afin de rendre plus équitables les avantages non contributifs, il conviendrait d'en réexaminer la pertinence et d'établir des priorités entre eux, compte tenu des difficultés de financement des régimes. Ainsi, la rationalisation des avantages familiaux, l'imposition des majorations de pension pour enfants et la non exportation du premier étage du minimum vieillesse pourraient contribuer à améliorer la validation des périodes de chômage et de formation professionnelle qui risquent d'être plus nombreuses dans les carrières des futurs retraités qui auront connu plus de difficultés d'emploi que leurs aînés.

RECOMMANDATIONS

47. Examiner les effets des interférences entre la règle de validation des trimestres (200 heures de SMIC) et des périodes non cotisées.

48. Améliorer la cohérence des avantages familiaux, en privilégiant les dispositifs les plus socialement justifiés, tels que la validation des interruptions d'activité professionnelle, supprimer ceux qui ne sont pas justifiés et respecter la réglementation européenne sur l'égalité des traitements entre les hommes et les femmes.

49. Réintégrer dans l'assiette de l'impôt sur le revenu la majoration de pension pour enfant accordée aux deux parents ou, à défaut, la rendre forfaitaire.

50. Améliorer le système d'information des régimes de façon à disposer de statistiques permettant d'apprécier l'impact des mesures de solidarité et leur coût.

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES PAGE 475

CONCLUSION GENERALE

Le déficit des régimes de sécurité sociale, réapparu en 2002, s'est fortement aggravé en 2003 pour atteindre 11,7 Md€, montant supérieur à celui atteint en 1995. Cette dégradation concerne toutes les branches. Le déficit de la branche maladie qui a presque doublé entre 2002 (6,1 Md€) et 2003 (11,9 Md€) est sans précédent. Les excédents des branches famille et retraite sont en baisse sensible. Depuis 1990, les régimes de base n'auront connu que trois exercices excédentaires, entre 1999 et 2001. En 2004, le déficit du régime général devrait encore se creuser pour atteindre 14 Md€, soit 0,9 % du PIB.

S'agissant de l'ONDAM, les critiques faites par la Cour, dans son précédent rapport sur la sécurité sociale, demeurent pleinement d'actualité. En 2003, son évolution pose plus que jamais le problème de la transparence de l'information fournie au Parlement : bien que l'ONDAM ait été fixé au niveau le plus élevé depuis qu'existe une LFSS, son taux de progression a été artificiellement minoré, masquant ainsi le fait que les dépenses réelles ont connu la même dérive que les années précédentes. Le cadre de présentation de la loi de financement doit, en conséquence, être profondément réformé. L'examen de certains postes de dépenses (affections de longue durée, indemnités journalières, liste des produits et prestations remboursables, frais de transport des malades) montre que leur évolution ne peut être contenue et rationalisée sans de profondes réformes.

La situation financière de la sécurité sociale rend indispensable un regard critique sur l'ensemble des postes de dépenses, y compris les dépenses de gestion des régimes, qui représentent environ 10 Md€. Les investigations menées cette année par la Cour font apparaître des marges de progrès importantes justifiant que des efforts d'économie soient demandés à l'ensemble des caisses.

Au sein des caisses nationales, l'insuffisance des outils de suivi et de pilotage des réseaux, la faiblesse de la réflexion stratégique sur l'organisation et la structure des réseaux et, de manière plus globale, le caractère jusqu'ici second de la préoccupation de productivité empêchent, à l'évidence, une utilisation optimale des moyens. L'aisance financière globale -non contestée au demeurant- dont ont bénéficié les caisses au cours de ces dernières années illustre cette situation. Les caisses ont certes amélioré la qualité des services offerts mais cela s'est fait dans un cadre organisationnel resté figé depuis 1945 et sans remise en cause suffisante des modes de fonctionnement. L'amélioration des performances et la maîtrise des dépenses exigent une meilleure synergie au sein de chaque

réseau et un pilotage national mieux affirmé à l'égard des 500 caisses locales existantes. Ces évolutions devront s'accompagner d'un regroupement de ces dernières, à l'initiative des caisses nationales. Celles-ci devront également se doter d'indicateurs de productivité couvrant les différents champs de leurs activités.

La mise en place d'un véritable échelon régional de la branche maladie, se substituant aux structures actuelles, est indispensable pour une efficacité accrue et pour une meilleure articulation avec la politique de santé. Les multiples organismes intervenant en matière de santé au niveau régional doivent simultanément être restructurés.

La dégradation des comptes de l'assurance maladie impose aussi la mise en oeuvre d'une politique du médicament cohérente et davantage orientée vers la recherche des prix et des coûts les plus bas pour un même niveau d'efficacité. Ce n'est pas le cas actuellement. Les défaillances sont encore trop nombreuses : insuffisance de l'information vis-à-vis des professionnels de santé, absence d'un véritable système de régulation, connaissance très fragmentaire des prix des médicaments étrangers ainsi que des comportements de prescription et de consommation, complexité et faible efficacité de la fiscalité propre au secteur, politique incertaine en matière de génériques…

Le champ des économies potentielles à obtenir dans le domaine de l'assurance maladie est important et suppose une action plus vigoureuse de la part des pouvoirs publics. Comme la Cour l'a indiqué dans son rapport de septembre 2003, l'expérience de ces dernières années montre que la réalisation de cet objectif suppose de créer les conditions nécessaires pour changer en profondeur les comportements des professionnels de santé et des usagers.

RÉPONSES DES MINISTRES

REPONSE DU MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE ET DU SECRETAIRE D'ETAT A L'ASSURANCE MALADIE

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 grand intérêt. Outre les observations d'ordre technique qui vous ont été précédemment communiquées, nous souhaitions revenir sur certains éléments soulignés par la Cour.

Concernant les relations financières entre l'Etat et la Sécurité sociale, objet légitime de remarques de la Cour, nous tenons à signaler les réformes récemment engagées par le Gouvernement de nature à clarifier les relations et garantir le financement de la Sécurité sociale.

Après la suppression du FOREC, qui faisait obstacle à l'application de l'article L.131.7 du Code de la Sécurité sociale, l'article 74 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2004 a réformé le contrôle de l'Etat-employeur, en visant à rendre effectif ce contrôle, prévu par la loi 1994, mais qui n'avait jamais été mis en pratique. Nous rappelons également le remboursement aux régimes de sécurité sociale de la dette de l'Etat liée à la création tardive du FOREC dont la dernière étape a été mise en œuvre par cette même loi de financement.

De plus, l'article 70 de la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie complète et renforce le principe de compensation par l'Etat des exonérations affectant les recettes de la sécurité sociale en l'étendant à celles applicables aux contributions sociales (CSG, CRDS) ainsi qu'aux réductions ou abattement opérées sur l'assiette des cotisations et contributions. Il pose également un nouveau principe de compensation réciproque entre l'Etat et la Sécurité sociale de tout transfert de charges, permettant de garantir une meilleure protection des ressources de la sécurité sociale et établissant ainsi les bases d'une relation financière plus claire entre l'Etat et la sécurité sociale.

S'agissant des développements consacrés par la Cour à la gestion des organismes de sécurité sociale, il nous semble devoir être fortement soulignée la dynamique enclenchée grâce à la contractualisation et l'amélioration sensible de la qualité de service que cette démarche a permise et encouragée. Le Ministère a développé dès 1996, avec les caisses de sécurité sociale, une démarche « objectifs-résultats » au travers des conventions d'objectifs et de gestion, qui s'assimile à la méthodologie qui a été reprise depuis lors par l'ensemble de l'Etat avec la nouvelle loi organique relative aux lois de financement.

Il nous semble aussi que la réforme de la gouvernance de l'assurance maladie constitue une réponse forte aux carences du pilotage des organismes de sécurité sociale relevées par la Cour.

On peut légitimement penser que la réforme des instances dirigeantes de la CNAM autorisera des progrès sensibles dans la gestion des ressources humaines, l'organisation et le pilotage du réseau.

S'agissant toujours de l'organisation du réseau de l'assurance maladie, le rapport souligne très justement l'empilement des structures au niveau régional et le flou du partage des compétences avec les services de l'Etat. La loi relative à l'assurance maladie apporte une première réponse, avec la création des missions régionales de santé et l'expérimentation d'agences régionales de santé. Cette loi vise ainsi à clarifier les compétences entre l'Etat et l'assurance maladie mais aussi à confier des compétences élargies à l'assurance maladie, dans l'exercice des relations conventionnelles comme dans la gestion de la nomenclature des actes. Il appartiendra par ailleurs à la caisse nationale d'assurance maladie d'envisager les évolutions nécessaires de l'organisation de son réseau.

Concernant la politique du médicament, la réforme de l'assurance maladie répond, sur beaucoup de points, aux critiques faites par la Cour.

Le rapport met en avant les économies très importantes qu'il est possible d'envisager au travers du développement du générique comme de la promotion du bon usage. Le Gouvernement partage cette analyse, le volet médicament du plan de retour à l'équilibre de l'assurance maladie se montant à 2,3 milliards d'euros. Ce plan doit permettre de concilier les exigences d'économies avec la valorisation de l'innovation et de la recherche.

La Cour souligne aussi les limites très fortes de l'action actuelle de l'AFSSAPS dans la promotion d'un bon usage du médicament, qu'il s'agisse de la prescription ou de la consommation. Elle relève sur ce même sujet les cloisonnements avec l'ANAES et le démarrage très lent du FOPIM. La création de la Haute autorité de santé devrait permettre de surmonter ces différents obstacles en permettant une approche globale et cohérente de la promotion des bonnes pratiques et le développement effectif d'une information neutre sur le médicament, mission confiée initialement au FOPIM. La mobilisation de l'assurance maladie sur ce sujet est aussi une nécessité absolue. Sur ce point, nous rejoignons aussi pleinement l'analyse de la Cour.

Par ailleurs, nous soulignons que les dispositions du texte sur l'assurance-maladie ne créent pas de nouveaux dispositifs de taxation des entreprises pharmaceutiques, mais pérennisent, sans la modifier, une taxe créée par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2004.

Qu'il s'agisse des affections de longue durée (ALD), des indemnités journalières ou des transports sanitaires, trois postes de dépenses dont la Cour souligne très justement le dynamisme ces dernières

années, la loi du 13 août 2004 doit permettre de progresser sensiblement dans une maîtrise médicalisée de ces dépenses, au travers de l'évolution de protocoles de soins comme d'un renforcement substantiel des contrôles permettant de lutter contre les dépenses injustifiées.

Enfin, le Gouvernement a, lors du débat parlementaire, annoncé la mise en chantier de la réforme de la loi organique relative aux lois de financement de la Sécurité sociale.

Même si elle n'est pas encore finalisée, nous souhaitons indiquer quelles en seraient les grandes lignes : permettre la mise en perspective du financement, notamment des recettes, sur plusieurs années, introduire la démarche objectifs –résultats et autoriser, enfin, un débat et un vote sur les soldes de la sécurité sociale, pour ne citer que quelques-unes des modifications envisagées. Cela doit permettre de renforcer le rôle joué par les lois de financement dans le pilotage financier de la sécurité sociale.

REPONSE DU MINISTRE D'ÉTAT, MINISTRE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE ET DU SECRETAIRE D'ÉTAT AU BUDGET ET A LA REFORME BUDGETAIRE

Le ministre d'État, ministre de l'économie, des finances et de l'industrie et le secrétaire d'État au budget et à la réforme budgétaire 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.

1) Sur les dépenses et les conditions de fmancement de la Sécurité sociale

1- Sur la question de présentation de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), la Cour maintient les critiques qu'elle a déjà formulées à l'occasion du précédent rapport : si elle admet la nécessité d'ajustements techniques (notamment les transferts entre enveloppes ou le passage d'une comptabilité de caisse à une comptabilité en droits constatés), elle se montre plus critique à l'égard des corrections de la base elle-même de l'ONDAM et des procédures retenues pour opérer ces corrections (par exemple l'intégration des dépassements ou de dépenses nouvelles de l'année N dans la base de l'année N+l sans passer par une LFSS rectificative). La présentation préconisée par la Cour (calculer l'évolution de l'ONDAM par rapport à l'ONDAM prévisionnel de l'année précédente) présenterait toutefois des inconvénients car elle ne permettrait pas d'évaluer l'importance du dérapage entre la prévision et l'exécution

S'agissant de la question de l'objectif élargi, dit « de branche », le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie (MINEFI) plaide pour son maintien, cette donnée ayant l'avantage de donner une vision plus large de la réalité des dépenses dont bénéficient certaines catégories de professionnels de santé ; il permet en outre de remédier aux questions de périmètre que la Cour avait soulignées dans son précédent rapport (sont en particulier exclues de l'ONDAM, certaines dépenses qui, comme la prise en charge des cotisations sociales des médecins, auraient vocation à y figurer).

Plus largement, le MINEFI est particulièrement attentif aux conditions d'élaboration et de suivi de 1'ONDAM afin de garantir la sincérité et la soutenabilité de nos comptes publics, dans le respect de nos engagements européens. A l'instar des apports de la loi organique relative aux lois de finances du 1er août 2001, une révision des ordonnances organiques de 1996 est souhaitable dans le domaine des comptes sociaux. Une telle réforme a été annoncée par le Gouvernement. Cette réforme pourrait notamment donner la possibilité au Parlement de se prononcer sur des soldes par branches ainsi qu'un plus grand détail de l'ONDAM.

2- S'agissant de l'assiette et de la cotisation de l'Etat-employeur à la branche maladie, elles découlent de la spécificité du régime des fonctionnaires de l'Etat, qui constitue un régime spécial au sens de l'article L.711-1 du code de la sécurité sociale pour lequel « l'intervention de l'organisation générale de la sécurité sociale » est limitée aux seules prestations en nature des assurances maladie-maternité-invalidité (pour les prestations en espèces, il s'agit d'un régime d'auto-assurance de l'employeur). La couverture de ces prestations est assurée par des cotisations à la charge des fonctionnaires et de l'employeur public (cf. art. L. 712-9 du CSS).

Les employeurs publics (État, collectivités territoriales et hôpitaux) sont redevables d'une cotisation auprès du régime général de sécurité sociale dont l'assiette, mentionnée à l'article D. 712-38 du CSS relatif au taux de la cotisation, est fixée en référence à l'article L. 61 du code des pensions civiles et militaires et correspond, au traitement brut soumis à « retenue »[78] pour pension (primes exclues) ; le calcul de cette assiette diffère du calcul de droit commun (article L. 242-1 du CSS) mais il repose sur une base légale. Quant au taux (9,7 % au lieu de 12,8% dans le

78. Dans sa rédaction actuelle, le code évoque une «retenue» pour pension à la charge du fonctionnaire. Dans sa rédaction issue de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, applicable à compter du l[e`] janvier 2006, l'article 61 fait état d'une « contribution employeur à la charge de l'Etat » et d'une « cotisation à la charge des agents ».

droit commun), il tient compte du fait que l'employeur public n'assure auprès du régime général de sécurité sociale que les seules prestations en nature.

Il faut souligner que l'article D. 712-43 du CSS instaure une quasi autonomie financière du régime, avec obligation d'équilibre, en prévoyant la possibilité de modifier par décret le taux des cotisations « en cas d'insuffisance ou d'excès des ressources résultant desdites cotisations ». Le compte de l'assurance maladie des fonctionnaires dégage un excédent récurrent : 2,42 M€ en 2002 après 1,5 M€ en 2001. Il n'y a donc pas lieu d'élargir l'assiette de cotisation, sauf à réduire le taux de cotisation.

Enfin, le MINEFI a procédé au bilan d'un éventuel élargissement de l'assiette de cotisation. Celui-ci pourrait s'avérer négatif pour la CNAM : celle-ci pourrait prétendre à des ressources supplémentaires au titre d'un élargissement de l'assiette de cotisation à l'assurance maladie (estimées à 0,7 Md€) qui seraient cependant largement compensées par la charge supplémentaire correspondant aux indemnités journalières qu'elle devrait supporter (comprise entre 1 et 2 Md€) -nécessaire contrepartie à l'élargissement. En outre, la banalisation de l'Etat-employeur se solderait par des pertes de recettes pour le régime général (dans le cadre des dispositifs de maintien de rémunération, les prestations payées par l'employeur public sont affectées des cotisations et contributions sociales, salariales et patronales, afférentes aux revenus du travail, alors que les indemnités journalières sont exonérées de cotisations et assujetties à une CSG à taux réduit) et par un risque de dépenses supplémentaires (si le bénéfice des exonérations de cotisation était ouvert à l'Etat). Au total, l'opération serait déficitaire pour la CNAM.

La Cour constate des difficultés dans les conditions d'application des cotisations dues par l'Etat au titre des agents publics pluri-actifs et des collaborateurs occasionnels. S'agissant des agents publics dits «pluri-actifs », agents titulaires qui, outre leur activité principale, exercent, pour le compte de l'Etat, une activité accessoire (travaux d'expertise, enseignement, etc.) l'Etat applique les dispositions prévues à l'article D.171-11 du code de la sécurité sociale. Cet article prévoit que dès lors que l'activité accessoire est exercée « *au service de l'Etat, d'un département, d'une commune ou d'un établissement public... aucune cotisation n'est due au titre de l'activité accessoire par l'administration, la collectivité ou l'établissement employeur, ni par l'intéressé* ». Ces rémunérations sont en revanche assujetties à la CSG et à la CRDS. S'agissant des collaborateurs occasionnels de statut privé, la Cour s'interroge sur la bonne application des cotisations sociales. Le MINEFI note les difficultés qui tiennent en particulier à des problèmes de définition du statut des personnels et de leurs rémunérations.

Par ailleurs, conformément aux recommandations de la Cour, une réflexion a été engagée sur ces sujets.

S'agissant des évolutions intervenues en 2003 dans le calcul de la compensation, l'exclusion des prestations prises en charge par le fonds de solidarité vieillesse (FSV) pour le calcul de la prestation de référence ainsi que l'inclusion des effectifs dont les cotisations sont prises en charge par le FSV répondent à la logique consistant à prendre en compte les charges et ressources effectives des régimes. Quant à la révision des effectifs de cotisants par l'INSEE, elle révèle que les effectifs de cotisants au régime général pris en compte antérieurement à 2003 étaient vraisemblablement sous-évalués, ce qui a conduit à minorer les charges de compensation du régime général.

La Cour souligne l'importance des transferts de compensation entre régimes. Le versement par le régime général, le budget de l'Etat et la caisse nationale de retraite de collectivités locales (CNRACL), chaque année, de sommes importantes au profit de régimes démographiquement et financièrement déséquilibrés (principalement le régime des mines et celui des non-salariés agricoles) traduit la raison d'être de la compensation démographique qui est de permettre la coexistence de plusieurs régimes au sein d'un système fondé sur le principe de répartition.

S'agissant du bilan établi par la Cour sur les restes à recouvrer au 31 décembre de l'année 2003, il donne une image inexacte des relations entre l'Etat et la sécurité sociale en particulier si l'on assimile à tort les restes à recouvrer à des dettes de l'Etat : les montants correspondants manifestent en réalité les méthodes comptables différentes appliquées par ces organismes. En particulier, les caisses nationales retenant la logique des droits constatés, elles inscrivent dans leurs comptes la totalité de leur créance vis à vis de l'Etat et arrêtent leurs comptes au 31 décembre de l'année. Dans le même temps, l'Etat relève d'une logique d'encaissement-décaissement et continue de réaliser certains versements pendant la période complémentaire (jusqu'à fin janvier) ; les restes à recouvrer doivent en conséquence être ajustés du montant de ces versements, dont la Cour fait état dans son rapport.

Notons en outre que, compte tenu du fait que l'exécution de l'Etat est présentée en encaissement-décaissement et celle de la sécurité sociale en droits constatés, des versements de l'Etat au régime général destinés à soulager la trésorerie de l'ACOSS dégraderaient le solde budgétaire sans améliorer le résultat de la sécurité sociale.

Ces modes de comptabilisation font l'objet d'une harmonisation dans le cadre du compte des administrations de sécurité sociale, suivi au travers du programme de stabilité.

2) Sur la gestion administrative des caisses de sécurité sociale.

A la suite de l'audit des conventions d'objectifs et de gestion (COG) mises en place dans les organismes de sécurité sociale, la Cour a souligné les principaux défauts de ces conventions :

- la difficulté des caisses nationales à exercer un véritable rôle de « tête de réseau » face à la multiplicité des caisses locales et compte tenu des délais dans la signature des conventions d'objectifs (préjudiciable à la mise en oeuvre des objectifs contractuels) ;

- la faiblesse des objectifs et des indicateurs due à leur nombre trop important (ce qui nuit à la définition d'une stratégie efficace) ou à leur caractère faiblement stratégique. A ce titre, le MINEFI indique que les tutelles et les caisses nationales développent leur réflexion sur l'évaluation de la performance dans le secteur social, avec pour objectif d'établir des indicateurs communs aux diverses caisses.

- un déséquilibre au sein des COG en raison de l'importance accordée aux objectifs de qualité du service au détriment des objectifs de productivité et d'efficacité. En outre, les rares objectifs de réduction des écarts de coûts entre les caisses n'ont pas été respectés.

Au total, le MINEFI approuve les principales propositions de la Cour des comptes qui consistent à rééquilibrer le contenu des prochaines COG pour faire de l'optimisation de l'organisation des réseaux, de l'efficacité et de la baisse des coûts des objectifs majeurs et à recentrer les COG vers un nombre restreint d'objectifs stratégiques. Comme la Cour des comptes, le MINEFI estime que, dans le contexte des forts déficits des régimes sociaux, il est important que les caisses contribuent, par une maîtrise des coûts de gestion des caisses de sécurité sociale, au redressement structurel de la sécurité sociale.

S'agissant de l'organisation territoriale et fonctionnelle des branches, le MINEFI s'associe au constat de la Cour quant aux défauts d'une organisation qui n'a pas évolué depuis 50 ans. La pertinence de l'organisation géographique actuelle n'est plus avérée et la dispersion des caisses locales augmente la difficulté des caisses nationales à piloter l'ensemble du réseau en même temps qu'elle constitue un frein à la réduction des coûts. Les gains que pourraient procurer la fusion des caisses infra-départementales pour l'ensemble des branches justifient que l'État encourage les branches à s'engager dans cette voie. Il devrait s'agir d'une première étape vers la mise en commun au niveau régional de certaines des fonctions assurées par les caisses de base.

La Cour des comptes recommande notamment de donner aux directeurs de caisses nationales les pouvoirs juridiques de mener une

gestion des ressources humaines de branche intégrant une vraie gestion prévisionnelle des emplois et des carrières. Cette mesure viendrait renforcer les dispositions destinées à améliorer la « gouvernance » des branches qui figurent dans la loi relative à l'assurance maladie et qui visent à renforcer le pilotage de la branche par l'exécutif national. La Cour souhaite également une amélioration des conditions de mise en oeuvre de la politique d'intéressement (perçue aujourd'hui comme une rémunération complémentaire plutôt qu'une prime liée à la réalisation d'objectifs) et notamment un meilleur choix des indicateurs actuellement trop aisés à atteindre. Une telle évolution, également souhaitée par le MINEFI, serait de nature à faire de cette politique un véritable instrument de pilotage au service de la qualité et l'efficacité.

Le MINEFI est conscient des lacunes des outils de productivité, utilisés par les caisses nationales comme instruments de répartition des ressources plus que comme leviers d'amélioration de l'efficacité des réseaux ; il estime, comme la Cour, indispensable d'utiliser les progrès de la dématérialisation des données qui doivent permettre d'améliorer non seulement la relation avec l'usager mais aussi de restructurer l'organisation du travail dans les branches, et les départs à la retraite, afin de mobiliser les gains de productivité latents.

Lors de la renégociation des prochaines conventions d'objectifs et de gestion, le MINEFI tiendra le plus grand compte des recommandations de la Cour pour une amélioration de la mesure de la productivité et l'évaluation de l'impact du progrès technologique et des changements de modes d'organisation sur les dépenses des branches. Cette approche sera retenue pour tous les secteurs, y compris l'action sociale, et constituera un préalable à la fixation d'exigences nouvelles en matière de qualité de service.

La réforme de l'assurance maladie marque des progrès notables sur ces sujets. Ainsi, dans le cadre du plan de redressement de l'assurance maladie à horizon 2007, des économies seront opérées sur la gestion des caisses.

Par ailleurs, au plan institutionnel, le renforcement des compétences confiées à l'assurance maladie s'accompagne d'un nouvel équilibre des responsabilités entre les instances dirigeantes de la CNAM, en distinguant plus clairement le rôle d'orientation stratégique confié au conseil du rôle de mise en oeuvre opérationnelle attribué au directeur de l'établissement. Ainsi, le directeur de la CNAM (également chargé de la direction de la nouvelle union des caisses) sera désormais responsable du pilotage du réseau ; à ce titre, il nommera les directeurs et agents comptables des organismes locaux et régionaux d'assurance maladie et de leurs unions.

S'agissant de l'organisation régionale de la santé, le MINEFI partage les analyses de la Cour des comptes sur la nécessité d'affirmer l'échelon régional au sein du système de santé. La Cour met, à juste titre, en évidence les problèmes d'efficacité d'un dispositif fondé sur un grand nombre d'acteurs aux pouvoirs limités, et aux attributions souvent enchevêtrées.

La réforme de l'assurance maladie adoptée par le Parlement constitue une avancée en faveur de pôles régionaux. Les unions régionales des caisses (URCAM) sont renforcées, d'un triple point de vue : leurs missions sont étendues, leur possibilités de contractualisation élargies et leur gestion facilitée. Par ailleurs, des « missions régionales » de santé seront constituées entre l'agence régionale de l'hospitalisation et l'URCAM afin d'exercer les compétences conjointes à ces deux institutions, dans la perspective de la mise en place d'un pilotage global du système de soins. Enfin, une expérimentation sur la mise en place d'agences régionales de santé sera conduite.

3) Sur les critiques adressées par la Cour à la politique du médicament

La Cour met en évidence certaines limites de la politique du médicament menée en France, en l'absence, selon elle, d'une régulation efficace, d'évaluation fondée sur des critères clairs et mis à jour régulièrement, ni de complète cohérence entre les multiples objectifs.

La Cour propose d'identifier un rôle « d'évaluation temporaire » des médicaments confié à la Commission de la transparence, susceptible d'être révisée, au vu des études post-autorisation de mise sur le marché et, d'autre part, de renforcer ses pouvoirs. La loi portant réforme de l'assurance maladie va dans le sens de la recommandation de la Cour, même si à ce stade, les avis de la Commission resteraient consultatifs.

Par ailleurs, la Cour émet des critiques envers la politique des pouvoirs publics vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique : elle n'est pas toujours orientée vers l'achat au meilleur prix, elle présente des résultats peu probants et instaure un système de taxation, complexe et de faible rendement. L'action des pouvoirs publics sur la prescription et la consommation de produits de santé semble insuffisante, selon la Cour.

Le MINEFI partage, pour l'essentiel, les analyses de la Cour, notamment sur l'opportunité de mettre en oeuvre des mesures d'économies structurelles fondées sur une logique d'efficacité médicale à meilleur coût pour la collectivité (développement des génériques, tarifs forfaitaires par classe thérapeutiques, déremboursement des produits à service médical insuffisant, respect des protocoles de bon usage, etc).

4) Sur les questions de retraite

La Cour note les avancées qui ont été rendues possibles par la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites. La réforme vise à garantir dans la durée la sauvegarde de notre système par répartition, dans un esprit d'équité entre les Français et entre les générations. La prise en compte des gains d'espérance de vie permettra de maintenir le partage actuel entre le temps d'activité moyen et le temps de retraite.

La Cour note cependant la persistance des difficultés pour concilier des réglementations encore souvent différentes entre les régimes (titulaires de petits salaires relevant à la fois du régime général et du régime agricole notamment). La faisabilité des recommandations de la Cour (validation de l'ensemble des périodes cotisées par le régime auquel l'assuré a cotisé le plus longtemps) doit être examinée de manière plus approfondie.

S'agissant des avantages familiaux, le rapport constate des disparités entre régimes et le maintien de certaines dispositions spécifiques aux régimes spéciaux dont le caractère anti-redistributif est bien connu (majorations pour enfants non imposables et proportionnelles à la pension) et le coût fiscal non négligeable (évalué en loi de finances à 350 M€). Dans ce domaine, la possibilité de départ en retraite sans condition d'âge pour les mères de 3 enfants après 15 ans de services ne bénéficie qu'aux femmes fonctionnaires, enseignantes des établissements privés sous contrat et dans les régimes spéciaux. Une évolution de ce dispositif, devenu incompatible avec la jurisprudence communautaire en matière d'égalité homme/femme et avec l'objectif européen de relèvement du taux d'activité des salariés de plus de 50 ans, s'avère nécessaire.

Par ailleurs, la Cour insiste sur les problèmes de principe et les difficultés de gestion, associés à la mise en oeuvre du minimum vieillesse, notamment en ce qui concerne les étrangers non résidents. En application de l'article 15 de la loi n° 2003-591 du 2 juillet 2003 habilitant le Gouvernement à simplifier le droit, une réforme visant à clarifier les dispositifs a été arrêtée, conduisant d'une part à la fusion des différentes prestations du minimum vieillesse sous la forme d'une prestation unique différentielle et d'autre part la création d'une prestation spécifique exportable pour les non-résidents sous condition de durée minimale de résidence préalable en France.

RÉPONSES DES ADMINISTRATIONS

ET DES ORGANISMES

PREMIERE PARTIE

CHAPITRE I

LES DEPENSES DE LA SECURITE SOCIALE

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE

Le rapport annuel de la Cour des Comptes procède à une analyse de l'évolution des dépenses de santé, notamment au regard des objectifs retenus par le Parlement, et en axant davantage ses développements sur les postes de dépenses qui ont connu une augmentation particulièrement marquée.

Une analyse affinée des dépenses de santé

La CNAMTS pour sa part a souhaité également apporter aux parlementaires et au-delà, aux différents acteurs de la santé, un éclairage détaillé sur l'évolution des dépenses de santé et l'analyse des facteurs explicatifs des constats ainsi dressés. Pour la deuxième année, la CNAMTS a ainsi rendu public son « rapport sur l'exécution de l'ONDAM ». Ce faisant, la CNAMTS rend compte de l'utilisation faite des sommes consacrées par la collectivité à l'assurance maladie, propose une mesure de l'impact des actions qu'elle conduit pour une meilleure régulation de la dépense et prolonge l'analyse de l'évolution des dépenses à laquelle elle procède, chaque mois, dans ses « points de conjoncture », à l'occasion de la publication de ses statistiques de dépenses. Elle propose ainsi une synthèse de ses travaux en termes de bilan et de perspective d'action. C'est dans ce cadre qu'une analyse de l'écart entre prévision et réalisation de l'ONDAM peut trouver sa place.

La CNAMTS partage très largement les préoccupations de la Cour au vu de l'évolution des dépenses des quatre secteurs que la Cour a retenus pour des développements plus approfondis (les produits et prestations inscrits sur la LPPR, les arrêts de travail, les transports des malades et les affections de longue durée), complète dans un autre chapitre par l'analyse des dépenses de médicaments.

Ces quatre thèmes figurent d'ailleurs parmi ceux qu'elle a retenus pour mettre en œuvre des plans d'action de régulation et de contrôle, engagés dès le début 2003 pour les arrêts de travail, et autour desquels l'ensemble du réseau de l'assurance maladie a été appelé à se mobiliser et dont on a pu au demeurant percevoir les premiers effets en 2004, notamment par exemple sur les prescriptions d'arrêts de travail.

Les affections de longue durée

S'agissant des ALD, la CNAMTS a été la première à attirer l'attention sur l'importance que cette question revêtait, d'abord en analysant l'augmentation continue du taux de prise en charge des soins (points de conjoncture de septembre 2002 et janvier 2003), puis en analysant spécifiquement ces dépenses particulières (point de conjoncture n° 13, rapport sur l'exécution de l'ONDAM 2002 –octobre 2003, rapport sur l'exécution de l'ONDAM 2003– juin 2004) enfin, en analysant l'impact du vieillissement de la population sur la consommation médicale (points de conjoncture de juillet et novembre 2003). On peut également mentionner les informations détaillées qui ont été fournies par la CNAMTS au Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, fin 2003 sur cette question.

S'agissant de la mention du numéro de l'affection de longue durée dont peut souffrir un patient, la CNAMTS a demandé à la CNIL de l'autoriser à enrichir avec cette information (le numéro de l'ALD et la pathologie codifiée correspondante) l'échantillon d'assurés sociaux (EPAS) qui lui sert au suivi des comportements de consommation médicale. Cette autorisation permettra non seulement de connaître les coûts directs de chaque affection, mais aussi de suivre l'évolution des pratiques médicales correspondantes. Parallèlement, les données du SNIIR-AM qui sont rendues anonymes comporteront cette information et permettront ainsi de mesurer le coût d'un parcours de soins ou d'une pathologie.

En ce qui concerne le « stock » de personnes atteintes d'une ALD dont la Cour mentionne qu'il n'a pas été réexaminé depuis 1994, il faut préciser que le nouvel outil informatique décisionnel du service médical -Hippocrate, en cours de déploiement- permettra à partir du second semestre 2004 d'effectuer et de publier annuellement un état statistique des assurés atteints de l'une des 30 affections de longue durée.

Il est certain que l'impact de certaines de ces actions de régulation était, comme la Cour l'a mentionné, entravé dans leur aboutissement par l'absence de dispositif juridique permettant de sanctionner les professionnels auteurs d'abus ou ne respectant pas les référentiels réglementaires ou médicaux. La loi sur l'assurance maladie qui vient d'être adoptée par le Parlement répond à cette carence qui, dans l'attente, n'avait pas empêché la CNAMTS de mettre en œuvre les leviers d'action dont elle disposait d'ores et déjà.

L'objectif du *plan d'action de l'assurance maladie sur les ALD* est de maîtriser l'évolution de ces dépenses tout en garantissant une prise en charge médicale optimale. Il s'agit notamment de sensibiliser et

responsabiliser, à titre expérimental et pour certaines affections, les malades atteints d'une ALD en leur demandant de signer un document témoignant d'un engagement de leur part à se conformer aux prescriptions de leur médecin, vérifier que les soins prescrits sont conformes aux recommandations médicales existantes et que la réglementation est respectée (seuls les soins liés à l'ALD doivent être inscrits au titre des actes remboursés à 100 %). Pour cela, l'assurance maladie effectuera notamment un contrôle approfondi des protocoles de diagnostic et de soins (PIRES) remplis par le médecin à l'occasion de la demande de prise en charge à 100 % à partir du second semestre 2004.

Les transports sanitaires

Les développements de la Cour (in "des facteurs de hausse incomplètement identifiés") relativisent l'effet de l'augmentation des personnes en ALD et celui du vieillissement de la population sur les dépenses de transports. La CNAM, pour sa part, note que la part des dépenses de transport consacrées à des personnes en ALD est très importante (point de conjoncture de mai 2003).

Les prescriptions hospitalières, et notamment les prescriptions de transports faites par des praticiens hospitaliers, ont fait l'objet chaque année depuis 1998 d'une analyse annuelle établie avec le concours de la DHOS, par catégorie et par région d'établissements (et même par établissement). Ces données sont envoyées par circulaire aux échelons régionaux. On peut regretter que ces analyses rencontrent peu d'échos au plan régional, car c'est d'abord au plan régional que des explications peuvent être trouvées à la progression des prescriptions faites par certains établissements.

Le plan d'action de l'assurance maladie sur les transports sanitaires vise à mieux adapter les prescriptions de transports à l'état de santé du malade, en privilégiant chaque fois que cela est possible les transports assis, moins coûteux. Il a pour objectif de sensibiliser et de responsabiliser d'une part les prescripteurs -et un référentiel de prescription a été élaboré et leur a été diffusé via un accord de bon usage de soins- ; d'autre part les assurés par des actions de communication et enfin les transporteurs via un dispositif de certification et de coordination des soins lors du transfert des patients aux urgences. Outre les contrôles auxquels elle procède, la CNAMTS a signé, comme l'indique la Cour, un Acbus avec les généralistes en septembre 2003 à propos de la prescription de transport, institué une relation personnalisée entre les délégués de l'assurance maladie et les médecins pour les accompagner dans cette démarche.

Une action auprès des professionnels, des établissements de santé, principaux prescripteurs de transports sanitaires, est en cours. La CNAMTS se félicite à cet égard de voir l'une de ses demandes récurrentes aboutir aux termes de la dernière loi relative à l'assurance maladie qui prévoit un dispositif particulier aux établissements hospitaliers des accords de bon usage des soins qu'elle élabore dans le cadre de la médecine de ville. Par ailleurs, l'assurance maladie a engagé dans le cadre de ce plan, des contrôles ciblés renforcés.

Les produits et prestations de la LPPR

En ce qui concerne les éventuelles différences entre le tarif de remboursement et les prix limites de vente de ces produits et prestations, la CNAMTS, par la voix de son Conseil, a demandé de façon constante aux pouvoirs publics d'utiliser la possibilité qu'ils ont de fixer les prix limites de vente par arrêté en sorte de rendre les tarifs de remboursement opposables aux fournisseurs.

Par ailleurs, des études du service médical dont certaines ont fait l'objet d'une publication nationale via l'édition annuelle des « Faits Marquants » mettent en évidence les écarts entre les pratiques de prescriptions de ces produits et les indications de la LPPR. Par ailleurs, l'adoption dans le cadre de la toute récente loi sur l'assurance maladie d'une disposition permettant de rendre les indications médicales « opposables » au prescripteur facilitera l'action de l'assurance maladie.

Dans le cadre du *plan d'action de l'assurance maladie sur les produits et prestations inscrits à la LPPR*, la CNAMTS prévoit de développer des supports de communication d'aide à la prescription des dispositifs médicaux en collaboration avec l'AFSSAPS et les partenaires conventionnels, d'introduire la prescription des produits relevants de la LPPR dans les thèmes de formation médicale conventionnelle…ceci dans l'optique notamment de former et informer le médecin à la prescription précise des dispositifs médicaux implantables. Le but est d'améliorer la qualité des prescriptions, rendues difficiles face à la complexité des produits disponibles (plus de 50 000 produits). Il est prévu de mettre en place les outils d'analyse adaptés à partir du codage de ces produits qui devrait être mis en œuvre à l'automne 2004 et qui permettra d'organiser réellement les contrôles opérés par l'assurance maladie.

Les arrêts de travail

Dans le cadre du *plan d'action de l'assurance maladie sur les arrêts de travail* et pour diminuer le nombre d'arrêts de travail non justifiés médicalement, l'assurance maladie a développé en particulier ses contrôles sur les arrêts de courte durée. Les contrôles se concentrent, en fonction des contextes régionaux et locaux, sur les arrêts de courte durée

et fréquents dont la justification médicale est particulièrement contrôlée, sur ceux de plus de trois mois pour lesquels l'objectif est aussi d'améliorer le suivi des arrêts de travail de longue durée afin notamment de prévenir la désinsertion sociale et professionnelle ou chez les assurés de plus de 55 ans.

La Cour affirme qu'il n' y a pas de procédure nationale automatisée homogène en ce qui concerne les arrêts de longue durée : la CNAMTS a mis en œuvre une enquête visant à optimiser le délai de signalement de ces arrêts et a prévu la mise en place d'une procédure nationale unique de ciblage des arrêts de travail de longue durée dans le cadre de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale. Les résultats seront disponibles au second semestre 2004. A la suite des premiers résultats de cette enquête, le contrôle est désormais effectué de façon systématique à l'issue du deuxième mois.

Au-delà de ces quatre thèmes, les plans d'action portent également sur les analyses de biologie médicale, les médicaments, la chirurgie ambulatoire et le recours contre tiers.

Au fil de son rapport, la Cour met en évidence les limites actuelles des actions de régulation du système de soins et des dépenses de l'assurance maladie. La CNAMTS partage pour une part ce constat même si celui-ci n'a pas été un obstacle à la mise en œuvre d'actions de régulation particulièrement ciblées sur les postes de dépenses dont l'augmentation est préoccupante ni à la recherche d'une implication accrue des professionnels et des assurés dans ces démarches. Les outils et dispositifs inscrits dans la loi relative à l'assurance maladie, reprenant d'ailleurs souvent les expériences ou propositions engagées par l'assurance maladie au cours des dernières années, viennent conforter celle-ci dans ses choix et devraient en accroître notablement les effets

REPONSE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE- HOPITAUX DE PARIS

L'insertion transmise indique que la région d'Ile-de-France bénéficie d'une augmentation de dotation supérieure à celle de la moyenne en métropole et que cela est essentiellement imputable à l'AP-HP « qui a bénéficié en 2003 d'une première tranche de soutien de 35 M€ dans le cadre du plan de retour à l'équilibre, et qui est en outre traditionnellement destinataire d'enveloppes conséquentes au titre des mesures de santé publique et des innovations thérapeutiques ».

Il en est conclu que « la forte progression de dotation dont a bénéficié l'AP-HP en 2003 a très précisément annulé l'effort de péréquation opéré à son détriment entre 2002 et 2002 ».

S'agissant des enveloppes attribuées par le ministère au titre des mesures de santé publique et des innovations thérapeutiques, je tiens tout d'abord à rappeler qu'elles ont pour objet de financer des actions précises pour la mise en œuvre desquelles l'AP-HP ne dispose que de faibles marges de manœuvre.

Par ailleurs lorsque l'AP-HP se voit attribuer une part de ces enveloppes supérieure à son poids relatif dans l'hospitalisation publique en France, c'est toujours en raison des sujétions particulières qui lui incombent en matière de santé publique ou de recherche : la taille et l'implantation géographique de notre établissement amènent en effet l'Etat à nous confier des responsabilités particulières dans ces domaines qui donnent fréquemment lieu à l'attribution d'enveloppes de crédits « fléchés ».

Ces missions d'intérêt général qui incombent à l'Assistance-Publique – Hôpitaux de Paris, donneront d'ailleurs lieu dans le cadre de la tarification à l'activité, à des financements spécifiques.

Concernant le rebasage de 35 M€ dont nous avons bénéficié en 2003 il est souligné qu'il constitué la contrepartie d'un effort d'économie important de l'établissement qui devra réaliser 240 M€ d'économies structurelles entre 2004 et 2007 afin de rétablir l'équilibre de ses comptes.

Cet effort de réduction de nos coûts permettra également à l'AP-HP de se préparer à la montée en puissance de la tarification à l'activité qui réduira chaque année nos recettes de près de 30 M€

Le plan de redressement de l'AP-HP a été entériné par un courrier du 30 septembre 2003 adressé par le ministre en charge de la santé à la directrice générale et fait l'objet d'un suivi par un comité qui se réunit plusieurs fois par an et auquel participent nos administrations de tutelle. Ce comité de suivi a pour mission de veiller à la bonne réalisation des économies prévues, les tranches ultérieures du rebasage envisagé par l'Etat étant conditionnelles.

L'observation selon laquelle la région Ile-de-France aurait bénéficié d'une augmentation de dotation supérieure à celle de la moyenne en métropole ne s'applique qu'à la seule année 2003.

Pour l'ensemble de la période sous revue, l'écart moyen annuel est de 0,82 % au détriment de l'AP-HP par rapport aux régions autres que l'Ile-de-France, soit au total près de 6 % en 7 ans.

CHAPITRE II

LE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE

REPONSE DE LA DIRECTION GENERALE DE LA COMPTABILITE PUBLIQUE

En ce qui concerne les contrôles de l'Etat cotisant, le rapport relève des défaillances dans le versement des cotisations sociales relatives aux agents pluri-actifs, imputables, d'une part à un manque de connaissance des services ordonnateurs des conditions d'emploi de ces personnels, et d'autre part, à une nomenclature budgétaire inadaptée.

Sur la connaissance des situations de cumuls des agents titulaires, la mise en place du régime de retraite additionnel des fonctionnaires va sans doute permettre de faciliter les procédures de consolidation entre les employeurs publics (art 11 du décret n° 2004-569 du 18 juin 2004 relative à la retraite additionnelle de la fonction publique) et rendre plus systématique le contrôle des cumuls par les services gestionnaires.

S'agissant des imputations budgétaires, la mise en œuvre de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) nous impose de revoir d'ici janvier 2006 les nomenclatures budgétaires associées à la paye ainsi que les dispositifs d'imputation. Cette opération va permettre une rationalisation des ventilations budgétaires et devrait faciliter et rendre plus efficace le travail de contrôle des gestionnaires.

En ce qui concerne le respect de la réglementation des cotisations sociales, la question des agents pluri-actifs ou occasionnels est dans le périmètre du groupe de travail installé avec l'ACOSS, la direction de la sécurité sociale et la direction du budget sur le contrôle de l'Etat cotisant public. La Cour des comptes est d'ailleurs invitée à participer à ses travaux.

Ce groupe de travail s'inscrit dans la mise en œuvre des nouvelles dispositions de l'article 74 de la loi de financement pour la sécurité sociale (LFSS) pour 2004. Cet article a élargi le périmètre de contrôle des URSSAF aux services déconcentrés de l'Etat, la Cour des comptes conservant sa compétence pour les administrations centrales.

Ses travaux portent sur trois axes essentiels :

- examen et validation technique des applications de dépenses de personnel (application PAYE) du Trésor public par l'ACOSS, en coordination avec les travaux similaires menés par la Cour des comptes (1ère chambre) dans le cadre de la préparation de la certification des comptes de l'Etat ;

- analyse des procédures déclaratives et normalisation des pièces justificatives (recensement des informations disponibles chez les gestionnaires et chez les comptables) ;

- détermination d'une doctrine et d'une méthodologie des contrôles sur places.

Trois ateliers sont donc constitués à cette fin, associant également des services gestionnaires (ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et ministère du travail, de l'emploi et de la cohésion sociale) et comptables (services liaison rémunération du Trésor public). Deux régions d'expérimentation (Bourgogne et Franche-Comté) sont retenues, avec un début de mise en œuvre envisagée pour le dernier trimestre 2004.

Au-delà de ces remarques d'ordre général, j'indique à la Cour que les éventuelles difficultés concernant les agents contractuels sont de nature et de portée différentes selon les procédures de gestion mises en place. Il convient ainsi de distinguer la procédure de paye sans ordonnancement préalable (PSOP) de celle s'effectuant selon le schéma classique d'ordonnancement (ou de mandatement) préalable.

S'agissant de la procédure de paye sans ordonnancement préalable (PSOP) la liquidation est effectuée par le Trésor public sur la base des informations (ou mouvements de paie) saisies ou communiquées par interface automatisée par les gestionnaires.

Dans le cas d'une procédure en PSOP, les traitements et les contrôles sont automatisés et intégrés à l'application elle-même :

- les traitements conduisent systématiquement à l'établissement des déclarations fiscales ;

- en ce qui concerne les contrôles, l'informatisation des relations entre le gestionnaire et le Trésor public et l'existence d'une transaction de contrôle des doubles prises en charge d'agents limitent les risques d'anomalies en matière de calcul des prélèvements sociaux ;

- sur le détail des versements effectués auprès des URSSAF, le Trésor public adresse, pour les agents non titulaires des bordereaux récapitulatifs de cotisations (BRC) magnétiques dont le détail est conforme aux directives de l'ACOSS fixées par référence au cahier des charges de son application nationale de recouvrement, SNV2.

S'agissant de la procédure de paie après ordonnancement (hors PSOP), les interventions du comptable s'exercent selon des modalités différentes : la liquidation (et donc le calcul des cotisations sociales) est effectué sous la responsabilité de l'ordonnateur ; les contrôles du

comptable s'appuient sur le dossier de mandatement transmis par l'ordonnateur ; les documents justificatifs (déclaration fiscale et état liquidatif des cotisations transmis aux URSSAF) sont établis par les services gestionnaires.

REPONSE DE LA DIRECTION GENERALE DE L'ADMINISTRATION DU MINISTERE DES AFFAIRES ETRANGERES

La Cour relève que « dans certains cas, les déclarations fiscales ne sont pas émises (formateurs et membres de jury) » et que « certaines indemnités versées ne supportent aucun prélèvement social (médecins et infirmiers vacataires) ». Ces éléments appellent de la part du ministère des affaires étrangères les observations suivantes :

- les prélèvements sociaux sont effectués normalement sur les indemnités versées aux médecins et infirmiers vacataires du ministère.

- les indemnités versées aux formateurs et membres de jury qui sont agents publics et dont les indemnités transitent par le système de paye font l'objet de déclarations fiscales émises par le trésorier payeur général pour l'étranger.

- le problème se pose donc pour les personnes qui ne sont pas agents du ministère ni agents publics et est en voie d'être résolu, par catégories d'agents concernés. D'ores et déjà, ce ministère n'a plus de relations directes avec les interprètes de l'OFPRA, mais avec un prestataire des services émettant des factures. Cette même solution est envisagée pour les interprètes auxquels ce ministère fait appel, qui devraient se constituer en entité juridique agissant comme prestataire de services. Le réexamen de la procédure applicable aux formateurs et jurys de concours est engagé sur la base des observations de la Cour.

REPONSE DE LA DIRECTION DE L'ADMINISTRATION GENERALE ET DE L'EQUIPEMENT DU MINISTERE DE LA JUSTICE

Le rapport de la Cour des comptes sur la Sécurité sociale pour 2004 appelle de la part du ministère de la justice les observations suivantes:

S'agissant des collaborateurs occasionnels des services judiciaires, le système de précompte des cotisations sociales a été modifié par un arrêté du 21 juillet 2000 entré en vigueur le 1er août 2000 qui a institué un régime de mensualisation.

A ce jour le décret n'est pas appliqué par les juridictions car la situation de certains collaborateurs visés par ce texte pose difficulté quand il s'agit pour l'Etat de verser des cotisations patronales et de précompter des retenues salariées alors même que pour ces collaborateurs aucune dépense n'est réalisée par l'Etat. C'est le cas des gérants de tutelle qui sont rémunérés directement sur le patrimoine de l'incapable protégé, sur la base d'une ordonnance du magistrat concerné. La réforme du droit des tutelles, qui est actuellement en cours, devrait régler cette difficulté en créant un statut particulier, celui de délégué à la protection des majeurs protégés.

Par ailleurs, ce système de mensualisation est particulièrement difficile à mettre en place pour des actes des collaborateurs occasionnels qui sont par nature individualisés en matière de frais de justice. En effet, les collaborateurs établissent des mémoires et le calcul des cotisations constitue un élément à part entière du mémoire de frais. Il n'est pas possible, dans ces conditions, de reporter à un autre moment que celui de la taxation ou de la certification la liquidation des cotisations patronales ou cotisations salariées, ce qu'implique le système de la mensualisation.

Le cas des experts s'oppose particulièrement au regroupement des mémoires. En matière civile, la consignation à la charge de l'une des parties doit englober la cotisation patronale, le paiement tant de l'expert que des cotisations s'effectuant sur un compte spécifique. L'expert pouvant aussi intervenir sur le plan pénal, l'état actuel de la réglementation en matière de frais de justice ne permet pas d'envisager l'établissement d'un bordereau récapitulatif mensuel.

De plus, le dispositif détaillé par l'arrêté du 21 juillet 2000 est complexe en raison du grand nombre de situations qu'il envisage puisque les régimes de cotisations sont différents selon la catégorie du collaborateur (régime de cotisations forfaitaires ou d'assiettes forfaitaires calculées à partir de tranches multiples).

Ainsi, il apparaît que le système du prélèvement des cotisations à l'acte est simple du point de vue de la pratique et efficace d'autant qu' aucune disposition n'oblige les collaborateurs occasionnels à effectuer des regroupements mensuels des mémoires par juridiction.

Enfin, il est à préciser que la direction des services judiciaires a demandé en septembre 2002 au ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, qui a donné son accord de principe le 27 février 2003, de procéder à une modification du régime de précompte des cotisations des collaborateurs occasionnels en substituant au régime de mensualisation actuellement en vigueur un prélèvement à l'acte, seul

système compatible avec le régime actuel du paiement des frais de justice.

Par ailleurs, le ministère continue de suivre en interne ce dossier. Toutefois, la question semble sans objet pour les services de la protection judiciaire de la jeunesse, ainsi que pour le Conseil d'Etat qui n'a aucune observation à formuler au sujet de votre rapport.

REPONSE DE LA DIRECTON DE L'ADMINISTRATION GENERALE DU MINISTERE DE LA CULTURE

Les observations suivantes sont à faire en ce qui concerne :

- les agents pluri-actifs.

S'agissant des erreurs relevées par la Cour dans le versement des cotisations sociales des agents pluri-actifs, le ministère de la culture ne conteste pas les défaillances constatées et le caractère perfectible des procédures mises en œuvre au ministère. Ces erreurs ne sont pas dues à la méconnaissance de l'assiette des cotisations applicables, mais au défaut d'informations sur le statut exact des agents recrutés (en particulier pour les personnels étrangers). Les différents services utilisateurs (en particulier les services organisant des certificats d'aptitude ou des diplômes d'Etat) ont été sensibilisés pour qu'ils transmettent ces informations aux services payeurs.

- les personnels occasionnels

Pour les vacataires du ministère de la culture, la Cour a relevé à juste titre que leur nombre était mal connu. le système informatique dédié aux ressources humaines que le ministère utilise (système VIVALDI) ne permet pas en effet de les comptabiliser. Ce défaut sera corrigé dans le nouveau système que le ministère met actuellement en place (système RHAPSODIE). De plus, la mise à disposition du système INDIA EMPLOI en août 2004 par le ministère des finances permet d'ores et déjà de comptabiliser ces emplois a posteriori.

Par ailleurs, le paiement de vacataires par ordonnances directes sur certaines lignes de dépenses contribue aux défaillances constatées sur le calcul des cotisations qui leur sont applicables. Le ministère cherche à étendre leur prise en charge par l'utilisation du système GIRAFE, afin d'obtenir le même encadrement de gestion que celui dont bénéficient les payes de la plupart des agents titulaires ou non titulaires.

CHAPITRE III

L'ORGANISATION COMPTABLE ET LES COMPTES

REPONSE DE LA DIRECTION GENERALE DE LA COMPTABILITE PUBLIQUE

Je tiens à souligner que je partage complètement le souci de la Cour d'améliorer le pilotage de la qualité comptable des organismes de sécurité sociale, en renforçant le rôle des organismes « têtes de réseaux » et de réexaminer simultanément en profondeur les procédures COREC d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale.

La Cour fait observer que les organismes du régime général auraient dû constater un résultat exceptionnel s'agissant du remboursement par la CADES de 50 % des créances provisionnées en 2001. Or, cette opération a été comptabilisé »e par les organismes à un compte de reprise de provision. Cette écriture est bien conforme aux prescriptions du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale.

S'agissante de l'absence de provision constituée par l'ACOSS pour les créances sur l'Etat figurant dans ses comptes, compte tenu de la nature des opérations et des conséquences sur les résultats comptables des branches, il a été effectivement demandé à l'ACOSS de ne procéder à aucun traitement comptable particulier sans accord préalable. Ce dossier devrait être examiné au niveau interministériel, dans le cadre du passage (au 1er janvier 2006) à la comptabilité d'exercice pour l'Etat.

Enfin, je partage tout à fait les observations de la Cour des comptes sur l'absence de provisions de la CNAF et de la CNAV pour els rappels ou indus sur prestations. Une demande en ce sens a été faite à plusieurs reprises par la direction de la sécurité sociale aux organismes concernés, et notamment le 28 octobre 1998 à l'issue de deux années de mise en œuvre de la comptabilité des droits constatés par les régimes, et plus particulièrement pour la CNAF le 30 octobre 2000. Cette dernière lettre demandait que des évaluations soient effectuées au titre des exercices 2001 et 2002 pour mesurer l'impact des provisions sur les comptes de la branche.

CHAPITRE IV

LES ACTIONS DE CONTRÔLE DES COMITES REGIONAUX D'EXAMEN DES COMPTES DES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE (COREC)

I – Les contrôles des COREC en 2003

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES

Dans le cadre du rapport de synthèse concernant les contrôles effectués par les COREC, il est indiqué que la CPAM de la Dordogne a fait l'objet d'un avis défavorable en raison du dépassement des dotations allouées pour le *financement des prestations à caractère obligatoire "articles 71-4 et 71-4-1 du RICP" et "cures thermales" prises en charge dans le cadre du budget d'action sanitaire et sociale* de la CPAM. En effet, une partie des dépenses a été comptabilisée dans des comptes d'attente, enfreignant ainsi les règles comptables.

Ce constat ne concerne pas que la seule CPAM de Dordogne et met en évidence la situation paradoxale dans laquelle se trouvent toutes les caisses primaires d'assurance maladie de verser, sans limitation, ces prestations qui ont un caractère obligatoire alors même que les budgets sur lesquels elles sont imputées ont un caractère limitatif.

A tout le moins, faute d'un transfert de ces dépenses sur le risque maladie, il convient de donner à ces crédits d'action sanitaire et sociale un caractère évaluatif dans le budget du FNASS ; à défaut, le problème du financement des dépenses 2004 et des exercices suivants se posera dans les mêmes termes, compte tenu du rythme très élevé d'évolution des dépenses correspondantes, constaté, année après année.

REPONSE DE LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE LA DORDOGNE

Le COREC a fait observer que la Caisse passait à tort les écritures comptables à réception du règlement définitif et non dès l'ouverture du dossier par le service contentieux.

Il s'agit là d'une position prise par le comité régional, les règles de comptabilisation de ces créances n'étant fixées ni par un texte légal, ni par des instructions de la caisse nationale d'assurance maladie. A contrario, le mémento pratique Francis Lefèbvre (§ 501) précise que "la créance incertaine ne doit pas être comptabilisée", et que "la créance devient certaine quant à son principe lors de l'échange des consentements". Cet

échange de consentement, rendant la créance certaine, se concrétise, dans le cas des recours contre Tiers, par le règlement partiel ou total.

S'agissant d'une recommandation impérative du COREC, la caisse primaire d'assurance maladie modifiera cependant sa pratique de comptabilisation dans le courant du présent exercice.

II - Sur les dépassements budgétaires en action sanitaire et sociale

Comme pour les autres caisses primaires de France, la caisse primaire d'assurance maladie de la Dordogne applique strictement les consignes reçues de la part de la CNAM, qui a donné pour instruction, faute de financement obtenu du Ministère, de comptabiliser en classe 4 ces dépenses obligatoires.

La solution, soit d'un financement complémentaire, soit d'un transfert de ces dépenses sur le risque, n'est à notre connaissance pas encore arrêtée.

Le ministère de la santé lui-même a expressément validé les consignes données par la CNAM.

REPONSE DU COMITE DE COORDINATION DES CAISSES MUTUELLES COMPLEMENTAIRES ET D'ACTIVITE SOCIALE

Au-delà des progrès généraux pointés par le rapport 2003, le comité de coordination des CMCAS a achevé la mise en œuvre d'une séparation comptable entre les « activités » et les « prestations », nous permettant, à partir de l'exercice 2002/2003, d'obtenir pour le suivi de notre régime mutualiste une attestation d'un commissaire aux comptes.

D'autre part, les opérations de clôture des comptes des CMCAS font l'objet d'un suivi particulier du comité de coordination des CMCAS, afin d'améliorer la cohérence du traitement comptable et les délais de production des comptes de chaque exercice.

Pour guider au mieux les CMCAS, il a été émis une grille méthodologique, support des travaux de fin d'exercice, qui sera contrôlée par le comité de coordination des CMCAS.

Concernant les difficultés signalées pour certaines CMCAS et les quelques sursis à statuer qui subsistent, le comité de coordination des CMCAS effectue des contrôles et rappels mais ne peut se substituer à chaque CMCAS.

REPONSE DE LA CAISSE MUTUELLE COMPLEMENTAIRE ET D'ACTION SOCIALE DE PAU

Sans contester les observations mentionnées, nous tenons à préciser que la CMCAS de Pau s'est engagée depuis début 2002 dans un changement d'organisation visant à la fois à améliorer le service aux bénéficiaires, réaliser des économies de gestion sur les charges administratives et redéfinir les fonctions de chaque agent pour assurer nos missions et obligations.

Depuis le 1er janvier 2004, le nouveau tableau hiérarchique est en place avec la nomination d'un assistant plus particulièrement chargé de l'application des actions correctives liées aux observations formulées dans le rapport du COREC.

Par ailleurs, notre responsable de service assure le suivi de l'ensemble des mesures mises en œuvre depuis octobre 2003 visant à retrouver une conformité dans notre gestion.

Enfin, nous tenons à préciser que les dysfonctionnements constatés concernent des manques de procédure et de formalisation mais en aucun cas il ne s'agit de fraudes financières.

REPONSE DE L'ORGANIC DU PAS-DE-CALAIS

Les écarts comptables observés résultent de la mise en œuvre, dans le régime ORGANIC, du logiciel adhésion-recouvrement-carrières (ACR).

La montée en charge de ce programme informatique a provoqué des discordances sur les comptes cotisants de l'ensemble des organismes de base de notre régime, discordances qui ont depuis fait l'objet de procédures de régularisation initiées et pilotées par la caisse nationale ORGANIC.

Les écarts comptables sur les exercices 2001 et 2002 pour la caisse ORGANIC du Pas-de-Calais ont été ramenés au 31 décembre 2003 à 1 401,13 euros et les dossiers correspondants ont fait l'objet d'un listing actuellement traité au cas par cas par notre centre informatique national.

Depuis le 1er janvier 2003, plus aucune distorsion comptable n'est à relever.

REPONSE DE LA MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE DU CHER

Nous avons prouvé, chiffres à l'appui, que la qualité du service aux usagers n'avait pas cessé de s'améliorer, dans toutes les branches de sécurité sociale que nous gérons, depuis 1999. Nous venons d'ailleurs de créer :

Un nouveau service de conseillers en protection sociale, mis à la disposition permanente de nos adhérents pour les aider à faire valoir leurs droits à prestations.

Un service chargé du contrôle interne, qui vérifie notamment l'efficacité de nos procédures de travail. Dès le mois de septembre, ce service bénéficiera de compétences nouvelles pour assurer une mission de contrôle de gestion.

Nous apportons un soin particulier à tenir notre tutelle informée de toutes les difficultés que nous rencontrons, et de tous les projets que nous menons. Lorsque, très exceptionnellement, des instructions ne peuvent être immédiatement suivies d'effet, nous contactons téléphoniquement le tuteur pour lui en expliquer les raisons.

II – Le contrôle interne dans les CRAM

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE

S'agissant du contrôle interne dans les caisses, la CNAMTS a renforcé son implication dans ce domaine et relancé les travaux.

Elle a engagé courant 2003 une réflexion sur la définition d'une méthodologie commune de maîtrise des processus, fondé sur la certification et le contrôle interne : définition des processus de production et des processus support, analyse des risques, définition des objectifs liés au processus et au service ou produit lié à ce processus, élaboration d'indicateurs de suivi, mise en place d'un "plan de maîtrise socle" et dont le respect est obligatoire pour tous les organismes (lesquels peuvent l'enrichir selon leurs spécificités). Chaque plan de maîtrise socle comprend une analyse des risques, la définition des risques prioritaires et nationaux et les moyens de maîtrise et de suivi de ceux-ci (bonnes pratiques, indicateurs, contrôles obligatoires, contrôles facultatifs, outils, compétences utiles). Dans l'attente de la mise au point de ces "plans de maîtrise socles", les caisses doivent élaborer des plans locaux de maîtrise par processus. Des instructions en ce sens ont été diffusées au réseau.

La CNAMTS s'est concentrée en 2003/2004 d'abord sur le domaine de la production compte tenu de l'importance des flux, de leur incidence financière et de la montée de la dématérialisation des échanges.

Elle a fourni aux caisses locales des éléments de réflexion et des outils de travail. Parmi eux on peut rappeler :

- une cartographie nationale des "macro processus" élaborée en concertation avec le réseau durant l'été 2003 et mise à sa disposition courant décembre 2003 ;

- une méthodologie de travail commune "certification et contrôle interne", s'appuyant sur l'analyse des processus de production ou de service ;

- une mise à jour de la circulaire de 1994 relative au contrôle interne: des méthodes de contrôle ont été élaborées courant 2002 /2003 et transmises à la tutelle. Celles-ci prévoyaient des principes de contrôles par processus, ciblés en privilégiant les contrôles après paiements, ainsi qu'une première liste des contrôles nationaux obligatoires. Le ministère ne s'est pas encore prononcé sur ce point ;

- des outils mis à disposition des caisses en 2003 portant notamment sur la détection des doubles paiements (sur les FSE) avant paiement. Celle-ci se faisait essentiellement après paiement à l'aide d'un applicatif dit "paiement multiple" qui continue à exister, l'optimisation de l'utilisation des rejets, la définition d'une liste nationale des rejets portant sur les prestations en nature qui s'imposent aux caisses. La définition d'indicateurs de fiabilité participe aussi à cette démarche. Des guides de bonnes pratiques ont été élaborés : accueil téléphonique et risques maîtrisables, CMU (en cours de finalisation) ;

- enfin des formations à l'élaboration de plans de maîtrise ont été réalisés avec le CNESSS à l'attention des dirigeants et cadres supérieurs des caisses. Elles se poursuivent en 2004.

En ce qui concerne les activités des CRAM et plus particulièrement celles relevant de la branche accidents du travail, la CNAMTS a mis en priorité pour 2004 l'étude des moyens de maîtrise des processus des rentes accident du travail et de la gestion du FCAATA.

Des groupes de travail sont en cours de constitution pilotés par la CNAMTS : ils doivent élaborer un plan de maîtrise socle de ces deux processus d'ici la fin de l'année 2004.

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE

L'ordonnateur de l'établissement public national considère pour sa part, que si des progrès indéniables ont été réalisés au cours des années passées en matière de contrôle et de contrôle interne –ce dont convient

d'ailleurs le rapport- il n'en demeure pas moins que des aménagements et des améliorations doivent être opérées par la caisse nationale sur différents points, rejoignant là aussi les analyses figurant dans le rapport ; ceci concerne à la fois les outils, les procédures et les indicateurs de suivi en matière de contrôle, mais doit aller au-delà pour revisiter certaines des approches qui jusqu'à présent ont été retenues afin de repenser, si nécessaire, certains dispositifs et instruments qui concernent tout autant l'ordonnateur que l'agent comptable. Tel est le cas tant pour l'action sociale que pour la liquidation des prestations de retraites.

Plusieurs chantiers sont actuellement conduits par la caisse nationale qui devraient permettre de remédier à ces insuffisances que ce soit dans le contexte de l'évolution de nos outils informatiques (réaménagement de la fonction contrôle au regard du nouvel applicatif de liquidation de retraite dénommé « outil retraite » - déploiement de l'outil de maîtrise du risque financier) que de l'adaptation de notre politique d'action sociale au regard notamment de l'évolution du cadre législatif environnant.

Ces travaux son menés dans le souci que les aménagements et évolutions à envisager, intéressant les fonctions liquidation-contrôle et la contrôle interne de la branche retraite puissent être, au mieux, pris en compte pour les années à venir, alors que la caisse nationale est en train de préparer sa nouvelle convention d'objectifs et de gestion 2005-2008.

IV – Les créances prescrites

REPONSE DE LA DIRECTION GENERALE DE LA FORET ET DES AFFAIRES RURALES DU MINISTERE DE L'AGRICULTURE

Le chapitre IV relatif aux actions de contrôle des comités régionaux d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale comporte un développement relatif aux créances prescrites qui appelle les observations suivantes.

La Cour considère que faute d'une réglementation adéquate prévoyant l'apurement des créances prescrites, celles-ci se sont accumulées dans les comptes des organismes de sécurité sociale. Elle recommande pour l'avenir, afin d'éviter que ne se reconstituent des créances prescrites, pour des montants significatifs de clarifier et simplifier les règles relatives à la prescription en intégrant cette préoccupation dans les plans de contrôle interne, en rendant les applications informatiques plus opérationnelles, en réexaminant les règles relatives aux responsabilités respectives des directeurs et des agents comptables, en ce qui concerne le recouvrement et pour le passé, de

fonder les décisions d'apurement à intervenir sur des textes de niveau juridique suffisant.

Le ministre de l'agriculture, de l'alimentation de la pêche et des affaires rurales constate tout d'abord, que les créances prescrites se sont accumulées en raison de défaillances dans la mise en œuvre des actes interruptifs de prescription et non pas faute d'une réglementation en prévoyant l'apurement.

C'est ce constat qui a conduit le comité de pilotage des COREC du 17 juin 2002 à décider d'un thème de contrôle ayant pour objet d'organiser l'apurement exceptionnel de ces créances prescrites déjà provisionnées dans la plupart des organismes après que les auditeurs aient vérifiés la mise en œuvre des diligences garantissant pour l'avenir le non renouvellement des créances prescrites grâce notamment à des procédures informatisées suffisamment sécurisées et une plus grande maîtrise des risques financiers.

Ce thème de contrôle était de nature à aider les autorités de tutelle dans les prises de décisions d'apurement exceptionnel des sommes déjà provisionnées à ce titre, décisions qui ne pouvaient intervenir qu'avec l'avis favorable sans réserve des COREC concernés.

Cette méthode qui avait fait l'objet d'un consensus des partenaires du comité de pilotage des COREC permettait de concilier une triple exigence : clarifier les comptes des organismes de sécurité sociale, donner un caractère exceptionnel à l'apurement et éviter, pour l'avenir, la reconstitution de créances prescrites.

Le ministre de l'agriculture, de l'alimentation de la pêche et des affaires rurales estime que l'instauration d'un dispositif banalisant l'apurement des créances prescrites risquerait d'être de nature à alléger la contrainte qui pèse sur les directeurs des organismes chargés en application de la réglementation de procéder au recouvrement des créances, tant en phase amiable que contentieuse, alors qu'il est au contraire nécessaire de maintenir cette pression.

Pour éviter la reconstitution des créances prescrites, il est préférable, comme le suggère la Cour, de vivement inciter les caisses à parfaire leur dispositif de contrôle interne et à procéder aux développements informatiques de manière à prévenir les cas de prescription par des éditions automatisées des actes interruptifs.

Le réexamen des répartitions des compétences entre directeurs et agents comptables afin d'octroyer à ces derniers des responsabilités nouvelles en matière de recouvrement, responsabilités dont le défaut de mise en œuvre engagerait la responsabilité personnelle et pécuniaire des

comptables, entraîne des conséquences importantes dans l'organisation de la sécurité sociale principalement dans les organismes chargés de concourir à leur financement. Une réflexion devrait être engagée au préalable afin d'en mesurer les effets et d'en comparer les avantages et les inconvénients.

VI – L'examen des effets dans les organismes de sécurité sociale de l'application de la loi d'orientation pour l'outre-mer (LOOM)

REPONSE DE L'ORGANIC /CARBOF/CAVICORG

La CARBOF CAVICORG présente les réponses suivantes aux observations du COREC :

1. Le taux de recouvrement au titre de l'année en cours a atteint 17,3 % en 2003 : cette progression est notamment due au suivi des plans de règlement accordés dans le cadre de la loi d'orientation du 13 décembre 2000 ; en effet, les cotisations en cours doivent être impérativement réglées pour bénéficier des conditions de remise de dettes.

2. Du fait des particularités liées à la gestion des DOM (absence de recouvrement obligatoire jusqu'en 1997 et mise en application à compter de cette date des dispositions du code de la sécurité sociale amenant progressivement à une normalisation du recouvrement), l'analyse du recouvrement passe plus par le montant des cotisations encaissées que par les taux de recouvrement. A cet égard, la progression des encaissements tous exercices confondus est relativement forte en 2003, et déjà supérieure aux objectifs du CPG pour 2005 (9 000 000 €).

Exercices	2001	2002	2003
Encaissements	8 534 027€	7 592 396 €	10 477 508 €

Ce résultat est le fruit de la reprise du contentieux en 2003 (après la suspension opérée dans le cadre de la loi d'orientation), de l'utilisation de moyens informatiques devenus plus adaptés à la gestion des DOM et de la politique de recouvrement amiable et de communication de la caisse, basée sur l'accueil du nouveau cotisant, le pré-contentieux et l'information relative aux acquis découlant de la loi d'orientation.

3. Les encaissements contentieux ont également très fortement évolué.

2001	2002	2003
266 719,45€	156 076,68 €	331 501,58 €

L'augmentation des encaissements par les huissiers (112 % en 2003) est le résultat de la reprise de poursuites, de la généralisation des saisies-attribution dans les DOM et de l'envoi de nouvelles contraintes.

4. Le plan d'action contentieux 2004 induit une très forte montée en charge de cette activité.

Il prévoit l'envoi en masse aux huissiers à partir du mois de juin des dossiers débiteurs sur le 1er semestre 2004 et, le cas échéant, des périodes antérieures.

A ce titre, 6 102 contraintes auront été transmises pendant le 1er semestres 2004 (+515 % par rapport à 2003) pour un montant total de 10 587 006 €.

Cela ne tient pas compte des actions du même type qui seront engagées au cours du 2ème semestre 2004.

La caisse est donc dorénavant engagée dans un processus effectif de recouvrement contentieux.

REPONSE DE LA CAISSE MARITIME DES ALLOCATIONS FAMILIALES (CMAF)

La situation géographique (la CMAF étant implantée à la Rochelle) n'est en rien dans les résultats de recouvrement de la CMAF. Ceux-ci sont au contraire la conséquence d'une absence de recouvrement constatée au moment du transfert des CGSS vers la CMAF, additionnée à une difficulté évidente pour trouver l'adéquation entre la prise en compte des réelles difficultés de ces professionnels de la pêche et l'application de la LOOM

REPONSE DE LA CANCAVA

S'agissant des effets de la loi d'orientation pour l'outre mer, le rapport observe que la diversité des organismes de sécurité sociale explique les résultats contrastés dans la mise en œuvre de cette loi, et observe que le recouvrement est limité.

A cet égard, la CANCAVA est pleinement consciente de la nécessité d'une amélioration du recouvrement des cotisations dans les DOM. A cet effet, elle a négocié au titre de la convention d'objectifs et de gestion 2002-2005 l'octroi de moyens budgétaires, en vue de mettre en place les procédures de recouvrement amiable et contentieux et de développer son implantation effective dans les DOM.

Il est rappelé que les assurés des DOM ne sont pas gérés par une Caisse AVA de base, mais directement par la caisse nationale via une section spécialisée (article 6 des statuts de la CANCAVA).

Sur place la présence des AVA est effective depuis 1997 sous forme de délégations départementales communes ORGANIC/ CANCAVA, suite à un accord conventionnel conclu entre la caisse CARBOF-CAVICORG de l'ORGANIC et la CANCAVA (convention du 1er octobre 2001). Dans ces délégations, des agents ont pour mission de gérer la relation au quotidien avec les assurés ressortissants des deux régimes et d'assurer la représentation locale des Institutions (chambres professionnelles, tribunaux…). Le partenariat établi avec la caisse CARBOF CAVICORG permet de mutualiser les moyens permettant d'optimiser la présence sur place des deux régimes.

La CANCAVA, par ailleurs, a défini un plan d'action en vue de régulariser à compter de 2004 la situation des assurés des départements d'outre-mer en termes de recouvrement. Ce plan envisage l'engagement du recouvrement forcé mais prévoit également que les artisans qui le souhaitant pourront régulariser amiablement leur situation dans le cadre d'un échéancier négocié et adapté à leur situation, pour autant que les cotisations de l'année seront acquittées.

L'objectif de la CANCAVA est d'assurer le recouvrement des risques obligatoires. En conséquence, elle s'est préparée à traiter en 2004 des flux d'activité importants en accroissant les moyens dédiés à cette mission, avec embauche de personnel et réorganisation du travail. Dans un souci d'efficacité, le recouvrement contentieux a été confié au service national de Paris, déjà organisé pour ces opérations.

DEUXIEME PARTIE

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES

Le rapport de la Cour s'interroge à plusieurs reprises sur la contribution, qu'elle juge globalement insuffisante, des dépenses de gestion administrative à la résorption du déficit de l'assurance maladie. La CNAMTS estime toutefois que l'importance des gains de productivité

dégagés au sein des activités de production et de remboursement est globalement sous-estimée par la Cour, dans un contexte où la forte croissance des dépenses de soins se traduit aussi par une croissance de l'activité des caisses (+ 5 % par an depuis 2000). En effet, alors même que son activité augmente annuellement de 5 % du seul fait de l'augmentation des prestations et du nombre de bénéficiaires - d'où des effets structurels lourds d'augmentation des coûts - des économies de gestion ont été réalisées. C'est ainsi que le coût de gestion par personne assurée a baissé de 5,1 % en euro constant entre 1999 et 2003.

Par ailleurs, la performance de la gestion s'apprécie aussi à travers la garantie d'un service de base de qualité dont la maîtrise des délais de remboursement ou le développement de la télétransmission des feuilles de soins permettent de prendre la mesure.

Il est toutefois exact que la CNAMTS a préféré, dans un premier temps, privilégier le redéploiement de personnels vers des missions en devenir - comme l'amélioration de la qualité du service rendu aux publics de l'assurance maladie ou le renforcement des outils de la gestion du risque maladie - plutôt que la baisse des effectifs du fait, notamment, du nombre limité de départs en retraite. La Cour reconnaît d'ailleurs elle-même dans son rapport, les progrès accomplis par le réseau maladie du point de vue de la qualité de service rendu à la population, de l'accélération des délais de remboursement de soins, de l'amélioration de l'accueil téléphonique et de l'accueil physique dans les caisses d'assurance maladie. L'avenant de prolongation de la COG qui vient d'être conclu, permet, en garantissant les acquis, de traduire en termes d'orientation les gains de productivité obtenus.

Il n'est pas inutile de rappeler également que 95 % des dépenses de la CNAMTS concernent les dépenses de soins qui constitue au demeurant l'enjeu essentiel de l'actuelle réforme de l'assurance maladie. Les gisements de gains de productivité sont par conséquent plus importants en matière de régulation qu'au regard de ses dépenses de gestion qui ne représentent qu'à peine 5 % de ses dépenses totales (4 % pour la seule branche maladie). Les sommes en cause sont en effet sans commune mesure : les dépenses de gestion de l'assurance maladie s'élèvent en 2003 à 5,955 milliards d'euros, chiffre qui peut utilement être rapproché des 5 à 6 milliards d'euros d'économies potentielles qui pourraient, selon une estimation de la CNAMTS, résulter d'actions de promotion du bon usage des soins, du respect du périmètre actuel des soins remboursables et de la limitation des dépenses inutiles.

C'est au regard de ces enjeux et de leur poids relatif qu'il est infondé -et par ailleurs inexact- de reprocher aux travaux du conseil d'administration de méconnaître les questions relatives aux coûts de

gestion. Compte tenu de l'ampleur des actions à mener en matière de régulation des dépenses et de l'enjeu des partenariats à construire à cette fin, il est normal que le conseil d'administration ait été saisi de ces questions en priorité. Pour autant, il a eu aussi à connaître des orientations de la politique de gestion qui concilie des objectifs d'économies de gestion et l'anticipation des organisations et compétences nécessaires à moyen terme pour une régulation efficace du système de soins.

L'engagement du chantier de longue haleine sur la reconfiguration du réseau, auquel l'ensemble des conseils d'administration a été associé, montre s'il en était besoin que les problématiques liées à l'organisation et la structuration du réseau de l'assurance maladie, n'ont pas été ignorées.

I – Le pilotage de l'assurance maladie doit prendre en compte l'existence de contraintes multiples (budgétaires, juridiques et organisationnelles)

Le conseil d'administration de la CNAMTS a adopté ses orientations stratégiques en décembre 2003. Elles ont été prolongées en mai 2004 par le "projet d'entreprise de l'assurance maladie". Elles ont été reprises pour une première part dans l'avenant de prolongation de la convention d'objectifs et de gestion qui couvrira au plus les années 2004 et 2005 et devraient trouver leur traduction, avec la mise en œuvre de la réforme dans la prochaine convention d'objectifs et de gestion. Ont ainsi été définis des objectifs de l'assurance maladie dont la politique de service vient désormais appuyer sa fonction de régulateur du système de soins. Ils prennent nécessairement en compte tant les contraintes budgétaires que le contexte juridique qui encadrent son organisation.

A cet égard, comme le rappelle utilement la Cour, la CNAMTS ne dispose pas de tous les instruments nécessaires pour mener à bien certains chantiers lourds tels que l'organisation et la structuration du réseau de l'assurance maladie[79]. Ces questions sont d'autant plus complexes pour la CNAMTS qu'on peut noter qu'elle est la seule caisse nationale de sécurité sociale, responsable d'un réseau composé de plusieurs types d'organismes dont les fonctions diffèrent (URCAM, CRAM, CPAM, UGECAM…) et qui déploient des activités très hétérogènes. Il en résulte

79 Cependant, elle a mis en place en 2003 une direction des ressources humaines « réseau » pour définir et coordonner la politique des ressources humaines de l'ensemble de l'assurance maladie, en laissant subsister une DRH « établissement public » (DRHEP) pour la gestion des personnels de l'établissement public. Cette dualité limitée, puisque la DRHEP gère les personnels de l'établissement public dans le cadre de la politique définie par la branche, correspond bien à une pluralité des missions de la CNAMTS : le pilotage du réseau et une fonction classique d'employeur d'un établissement public dont le statut juridique est particulier.

intrinsèquement des difficultés accrues, notamment en termes d'évaluation et de définition d'indicateurs pertinents pour suivre la gestion de l'ensemble des organismes qui composent l'assurance maladie. Pour autant un certain nombre d'outils de mesure ont été mis en œuvre dans les différentes structures, et cet effet sera poursuivi.

Ainsi, les CPAM, les CRAM et les CTI disposent de systèmes de comptabilité analytique adaptés à leur activité qui permet de mesurer le niveau et l'évolution de la production et des effectifs y concourrant et donc de mesurer le niveau et l'évolution de la productivité.

Les DRSM disposent également d'un système de comptabilité analytique qui permet de mesurer les effectifs affectés par nature d'activité.

Seules les UGECAM, les CGSS et les URCAM sont aujourd'hui dépourvues de tels systèmes de comptabilité analytique. Pour ces deux dernières structures, doivent être élaborés dans le cadre de la prochaine période conventionnelle, des systèmes adaptés à leurs besoins. Les UGECAM, compte tenu de la spécificité de leur activité, relèvent d'autres systèmes qui seront mis en place dans le cadre de la stratégie adoptée en 2003.

Face à l'inexistence d'un indicateur synthétique de productivité pour l'ensemble de l'assurance maladie, la Cour a construit un tel indicateur à partir duquel elle tire des enseignements.

L'indicateur de productivité suscite quelques remarques.

D'une part la Cour a choisi de produire un tableau reflétant l'évolution du coût du bénéficiaire actif pondéré en euro courant, sur une période de sept ans au cours de laquelle, l'indice des prix INSEE a progressé de 8,58 %.

D'autre part, le nombre de bénéficiaires actifs pondérés reflète la répartition de la charge de travail entre les CPAM. Il n'est en rien représentatif du volume d'activité des UGECAM. Son lien avec l'activité des CRAM, des URCAM, des CTI et dans une moindre mesure des CGSS est très indirect.

Enfin, l'enchevêtrement des compétences avec l'Etat, au niveau national et local, n'a pas favorisé la détermination précise des frontières qui délimitent le champ d'activité de la CNAMTS sur lequel son activité propre peut être facilement évaluée. Il suffit de se référer par exemple au champ de la politique du médicament, qui est évoqué ci après : l'assurance maladie peut influer sur les comportements de prescription par la négociation conventionnelle ou la diffusion de recommandations de bonnes pratiques. Son influence est beaucoup plus diffuse sur la fixation

des prix, la mise sur le marché, etc. Bien plus, cet environnement complexe favorise le jeu des acteurs (professionnels de santé, industrie du médicament…) qui s'efforcent d'utiliser à leur profit toute faille ou dissension entre les décideurs.

1.1 L'assurance maladie et ses relations contractuelles avec l'Etat

A plusieurs reprises, le président du conseil et le directeur de la CNAMTS ont attiré l'attention des pouvoirs publics en 2003 et au début 2004 sur la nécessité d'une conclusion rapide de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion (COG) pour garantir la continuité des missions de l'assurance maladie dans les 200 organismes qui la composent et donner à ces derniers la visibilité nécessaire à l'exercice de leurs missions. Les pouvoirs publics n'ont finalement pas souhaité, malgré les possibilités d'ajustement qui restaient possibles, signer une telle convention à la veille des travaux relatifs à la réforme de l'assurance maladie. Ce contexte particulier fait qu'il est difficile, comme le fait la Cour, de mettre en cause l'absence de signature en temps et heure d'une COG de plein exercice pour la période 2004-2007.

En revanche, pour éviter que ce type de difficulté ne se renouvelle, la CNAMTS, par la voix de son conseil, a souhaité que la loi précise l'obligation d'engager des négociations en vue d'une nouvelle COG six mois au moins avant la venue à échéance de celle en cours de validité. Cette proposition est motivée par le souci d'éviter toute discontinuité contractuelle. Il est souhaitable aussi, comme le suggère la Cour de prolonger à 5 ans la durée de la convention, pour limiter la fréquence des risques inhérents à son renouvellement.

La Cour suggère elle-même une autre voie dans son rapport, lorsqu'elle suggère de distinguer explicitement deux exercices :

- la définition des engagements et orientations que les branches se fixent à elles mêmes, et qui relèveraient d'un "projet de branche" ; outil dont la CNAMTS s'est d'ores et déjà dotée, (cf. ci-dessus) au travers du projet d'entreprise ;

- la COG proprement dite, recentrée sur les seuls enjeux stratégiques, relevant de la responsabilité de l'Etat et formalisant ceux de la délégation confiée à l'assurance maladie.

La CNAMTS approuve cette recommandation qui participe d'une clarification des compétences respectives de l'Etat et de l'assurance maladie ; c'est d'ailleurs dans cette démarche de responsabilité que la CNAMTS s'est dotée en 2004 d'un projet d'entreprise qui a pris la suite du premier projet de branche adopté pour la période 2000-2003.

S'agissant de la branche maladie**,** pour 2004 et 2005**,** une solution a été trouvée par la signature d'un avenant de prolongation de la convention d'objectifs et de gestion venue à échéance fin 2003. Il permet d'assurer les conditions de continuité du service public, de donner aux organismes la visibilité budgétaire nécessaire et d'engager les inflexions utiles sans préjuger des résultats de la phase de réforme. Il reprend trois axes prioritaires :

- l'accroissement de l'efficacité de la gestion et l'obtention d'économies dans la gestion du service public ;

- le développement des fonctions stratégiques pour l'avenir en développant, d'une part, le champ des fonctions de régulation de la dépense et de celles attachées au renforcement de la prévention des risques et, d'autre part, en poursuivant l'amélioration de la qualité du service ;

- le renforcement de l'effort d'investissements concernant en priorité l'évolution du système d'information, la gestion de l'immobilier des caisses et la modernisation des établissements de l'assurance maladie.

La CNAMTS s'est par ailleurs organisée pour que les contrats d'engagements avec les organismes puissent -pour le plus grand nombre- être conclus dans les trois mois suivant la signature de l'avenant à la COG. Ainsi que le préconise la Cour, en matière de gestion, la contrainte budgétaire y sera "affinée et resserrée" et intègre pour chacune des années 2004 et 2005 -période de l'avenant- une économie de gestion de 60 millions d'euros. Cette économie ne pourra être réalisée qu'au prix d'un resserrement significatif des coûts de gestion des organismes du réseau. Pour satisfaire à cette contrainte, le réseau de l'assurance maladie tout entier s'impose donc une obligation d'optimisation de son organisation et de développement de la mutualisation des tâches entre les organismes.

En outre, les contrats d'engagements retiennent un nombre limité d'indicateurs portant sur les missions stratégiques de l'assurance maladie (régulation et service) ainsi qu'en matière de management et de pilotage en valorisant la réussite des caisses sur leurs gains de productivité et sur leur performance en matière d'affectation prévisionnelle des effectifs.

De façon générale, les COG et les contrats pluriannuels de gestion (CPG) constituent un levier précieux pour développer des objectifs de productivité et de maîtrise des coûts de fonctionnement. La Cour des comptes reconnaît l'importance des progrès accomplis ces dernières années par le réseau de l'assurance maladie dans l'élaboration d'outils de pilotage et de stratégies de gestion plus performantes. Elle met en cause toutefois les insuffisances de l'outil COG sur la mobilisation des gains de productivité dans la gestion du réseau et son organisation.

Depuis 2000, le volet budgétaire de la COG et des CPG a été marqué par une réelle mise sous tension en dépit du nombre limité de départs en retraite. S'agissant des CPG, il a d'ailleurs été décidé de fixer des contraintes budgétaires et non des objectifs de maîtrise des dépenses de fonctionnement. Ces contraintes budgétaires ont été différenciées en fonction des coûts unitaires de chacun des organismes. Ainsi, plus le coût unitaire était élevé, plus la contrainte budgétaire fixée a été forte.

Lors de la formulation des CPG des caisses primaires, une contrainte significative a été appliquée au taux de remplacement de tous les départs déclarés de 30 % (hors ARTT), ce taux de remplacement étant modulé en fonction du classement de l'organisme (de 100 % à 0 %). Ainsi, le taux de remplacement autorisé a traduit l'effort demandé à chaque organisme ; celui-ci étant, pour l'essentiel, d'autant plus élevé que le coût du BAP était important.

Par ailleurs, il convient de souligner que contrairement à la précédente convention d'objectifs et de gestion, les différentes revalorisations de la valeur du point UCANSS n'ont fait l'objet d'aucune actualisation des dépenses de personnel du FNGA ce qui a ainsi nécessité une gestion prévisionnelle des crédits plus contraignante.

Cette réalité de contrainte budgétaire se confirme par l'étude des résultats comptables des exercices 1999 à 2003. Il est donc excessif d'affirmer qu'il n'y a eu aucune mise sous tension des dépenses de gestion dès la convention d'objectifs et de gestion 2000 - 2003. L'avenant de prolongation de la COG 2000-2003 confirme et accroît les efforts précédemment engagés sur ce plan, notamment en matière de remplacement des départs.

Dans le même esprit, l'amélioration de la productivité a été recherchée en intégrant un objectif stratégique de développement de la dématérialisation des feuilles de soins. Nonobstant le retard observé par rapport à l'objectif initial de 80 % de feuilles de soins électroniques (FSE) au 31 décembre 2003, la montée en charge des FSE a été conséquente. Le taux de FSE est ainsi passé de 7,09 % au 4ème trimestre 2000 à 53,83 % au 4ème trimestre 2003. Il a permis de réduire de 7,6 millions le nombre d'heures de travail dans le seul pôle de production des CPAM.

Enfin, les objectifs de qualité - notamment en termes de proximité et de configuration des accueils - font l'objet d'études approfondies pour en mesurer les coûts et vérifier qu'ils correspondent bien aux attentes des assurés. C'est ainsi que tout en consolidant et en renforçant l'accessibilité aux services, la CNAMTS s'efforce de développer des services plus individualisés. Préalablement, elle effectue des études de volumétrie,

d'adéquation des moyens et d'organisation garante de performance. En amont, elle procède à des enquêtes permettant d'évaluer la performance de ces dispositifs, donc les résultats ont permis de mesurer l'efficacité de cette politique.

1.2 La politique de reconfiguration du réseau de la CNAMTS

La politique de reconfiguration engagée en 2002 se poursuit aujourd'hui par la voie d'actions pilotes régionales. Il convient de noter que l'ensemble des organismes du réseau, dans la diversité de ses composantes a été associé à une vaste réflexion, ouverte et productive, sur l'optimisation de son organisation et de son fonctionnement, fondée sur des options validées par l'expérience.

C'est la raison du lancement des actions pilotes régionales conduites par les acteurs locaux et régionaux, qui permettront de dégager les organisations les plus pertinentes à partir de travaux portant respectivement sur le service, la régulation de la dépense de santé et les risques professionnels.

Cependant, il importe de rappeler que le réseau est composé d'organismes qui disposent d'une autonomie de gestion. Jusqu'à présent, cette démarche et en particulier la mutualisation des actions ne peut progresser que dès lors qu'elles peuvent être menées à bien dans un cadre contractuel avec les organismes du réseau et en s'appuyant sur leur implication et leur collaboration. Elles reposent en effet sur le volontariat des caisses à mettre des moyens en commun pour réaliser des économies d'échelle. Elles supposent en outre souvent -à l'exemple de la mise en place du service national de l'informatique de l'assurance maladie (SNIAM)- de modifier le corpus réglementaire sur lequel repose le fonctionnement des organismes locaux. Le pouvoir d'impulser de la CNAMTS dans ce domaine rencontre aussi des résistances, y compris dans l'environnement interne de l'assurance maladie qui prennent appui sur une confusion entretenue entre la proximité nécessaire à l'accueil des assurés et la proximité du siège de la caisse.

C'est pourquoi la CNAMTS se félicite les compétences nouvelles qui lui sont accordées aux termes de la loi relative à l'assurance maladie qui vient d'être adoptée.

Au demeurant estimer, comme le fait la Cour, que la suppression de 32 organismes pourrait générer des économies évaluées entre 64 et 96 millions d'euros est un calcul purement théorique qui risque d'être invalidé par les faits.

La réduction des surfaces, donc du nombre d'immeubles ne peut être envisagée que dans le cadre de la politique de service qui a

notamment pour objet de valoriser le lien de proximité avec les différents publics de l'assurance maladie. Considérant que dans les locaux des sièges des caisses dont la Cour propose l'intégration, sont installés des espaces d'accueil du public, la réduction des surfaces serait toute relative. C'est aussi ne pas tenir compte des contraintes liées à la mobilité géographique.

Pour autant, la CNAMTS partage le point de vue de la Cour sur la nécessité de rationaliser le réseau des CPAM. Jusqu'alors, à chaque fois que l'opportunité se présente à l'occasion du départ d'un directeur ou d'un agent comptable, la direction de la CNAMTS a proposé au conseil d'administration des caisses concernées un rapprochement des directions ou agences comptables au sein d'un même département. Il est vrai que ces démarches n'ont connu jusqu'alors qu'un succès timide.

En conclusion sur ce point, la CNAMTS souligne qu'il n'apparaît nullement aussi évident que la Cour le soutient, que la COG Etat/CNAMTS soit le seul et unique levier pour préconiser et mettre en œuvre des évolutions dans la structuration du réseau. Avec la création des UGECAM en 1997 /1999, la CNAMTS a montré sa capacité d'innover et de mener à bien une réforme d'ampleur que nul ne souhaite remettre en cause aujourd'hui et qui sera poursuivie.

Le déploiement des plates-formes de services constitue un autre exemple des capacités d'action et d'impulsion de la CNAMTS. La CNAMTS a prévu la création d'une seule plate-forme par département et le respect de tailles critiques.

La difficulté de gérer des projets de mutualisation de cette ampleur, avec les impacts sociaux et budgétaires qui sont liés, expliquent que les premières mises en œuvre aient concerné d'abord les plates-formes mono-plateau dans un cadre départemental, les projets mutualisés venant à maturation plus tard.

La proportion de plates-formes mutualisées s'accroît significativement et le nombre des bénéficiaires actifs concernés représente 84 % du nombre total de bénéficiaires.

Dans de nombreux organismes, la gestion de plates-formes arrive à une phase de maturité et on peut observer certaines tendances fortes d'évolution des organisations :

- l'élargissement du type d'activités prises en charge par les plates-formes ;

- le développement de démarches pro-actives : proposition systéma-tique de "services plus" aux appelants, campagnes d'appels sortants ;

- la mise en place d'outils de "gestion de la relation au public" (GRC) sur les plates-formes. Ils permettent de connaître l'historique du dossier et d'aider le téléconseiller à gérer les appels à l'aide des modes opératoires. L'offre nationale (Medialog) est en cours de déploiement ;

- la mutualisation des plates-formes au niveau régional : toutes les CPAM de la région Centre sont par exemple en train de se mutualiser. Actuellement, 6 régions ont une plate-forme régionalisée ou en cours de régionalisation : Alsace, Franche-Comté, Limousin, Poitou-Charentes, Centre, Picardie. Ces projets présentent le double avantage d'une économie de moyen et d'une amélioration du service, que ce soit par l'augmentation des amplitudes horaires ou l'homogénéisation des pratiques et modes opératoires;

- l'apparition de plates-formes dédiées à certains publics. Ainsi, les organismes de la région pilote Auvergne ont-ils adopté le principe de la constitution de plates-formes assurés, professionnels de santé et employeurs dans leur région.

L'évolution de ce projet montre que les questions de mutualisation, complexes et sensibles, nécessitent un délai d'expérimentation et de mise en œuvre, garant de leur réussite. Cette politique de mutualisation des moyens est clairement affirmée dans l'avenant de prolongation à la COG.

2- La place de l'assurance maladie dans l'organisation régionale de la santé

La loi relative à l'assurance maladie vient de confirmer le rôle des régimes d'assurance maladie dans l'organisation et la coordination du système de soins et leur mission de régulateur. Cette confirmation vient prolonger les réformes précédentes notamment les ordonnances de 1996 ou plus récemment la loi du 6 mars 2002, qui a étendu les thématiques susceptibles d'être abordées dans les conventions avec les professions de santé et confirmé en particulier l'intervention des partenaires conventionnels sur le champ de l'organisation des soins.

Le rapport du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a d'ailleurs fort opportunément affirmé le caractère indissociable de l'activité de remboursement, de celle qui consiste à peser sur l'organisation des soins : « l'assurance maladie ne peut plus se contenter d'être un simple dispositif de paiement pour des soins qui s'organiseraient seuls. Pour être efficaces, les politiques d'Assurance Maladie doivent nécessairement porter aussi, en concertation avec tous ses intervenants, sur l'organisation des soins ». Dans cet esprit, la CNAMTS ne revendique pas de compétence exclusive. Elle souhaite néanmoins assumer pleinement le rôle d'opérateur de référence pour la

régulation du système de soins et remplir les missions qui ont été confiées par le législateur.

Il semble essentiel à cet égard que les conventions aient et conservent une fonction incitative, pour les assurés comme les professionnels, à une bonne utilisation du système de soins, à la coordination des soins entre professionnels, dont la portée dépasse la seule fonction de fixation des tarifs de remboursement.

Eu égard à l'importance des sommes versées, soit les remboursements aux assurés, soit aux professionnels ou aux structures de soins en cas de tiers payant, l'assurance maladie est en droit de réguler non seulement le tarif des actes qu'elle solvabilise, mais aussi de le faire en fonction de l'utilité médicale des prestations qu'elle rémunère, voire de la pertinence de la prise en charge par la collectivité du recours aux soins. C'est ainsi par exemple que le service médical de l'assurance maladie joue dans le cadre de ses activités courantes, en prenant appui sur le système d'information et le traitement des données issues de la liquidation, un rôle tout à fait irremplaçable dans l'identification des pratiques déviantes au regard des référentiels médicaux, permettant ainsi de prendre la mesure de la non-qualité dans le système de soins et de concourir à l'évaluation de la qualité des soins.

L'assurance maladie souhaite effectivement comme la Cour, une clarification aussi précise que possible des champs de compétence respectifs de l'Etat et de l'assurance maladie. Cela ne met nullement en cause la responsabilité éminente de l'Etat dans la définition de la politique de santé et de ses objectifs comme dans l'évaluation des politiques conduites, au regard du droit constitutionnel à la protection de la santé. L'assurance maladie revendique en revanche toute sa place, dans la mise en oeuvre des politiques de santé et d'assurance maladie, et notamment de maîtrise de la dépense.

Sur le sujet proprement dit de l'organisation régionale, la CNAMTS partage assez largement les constats de la Cour sur l'empilement des structures et l'imbrication de leurs responsabilités. En revanche, la CNAMTS ne partage pas l'affirmation selon laquelle la forme juridique des ARH –le GIP- aurait été choisie pour faciliter l'adhésion de l'assurance maladie à la réforme. Ce choix illustre seulement la volonté d'organiser la complémentarité entre les services de l'Etat et l'assurance maladie qui, continue, au demeurant d'être le financeur des établissements de santé.

La réforme de 1996 a constitué une étape importante dans l'émergence de la région comme échelon majeur du système de santé français, confirmée ultérieurement par nombre d'évolutions sur les plans

législatif et réglementaire. Elle a laissé toutefois la pratique institutionnelle définir, de proche en proche, la nature des liens entre les instances décisionnelles régionales (ARH, URCAM) et le niveau national. De façon délibérée, l'ordonnance de 1996 n'a pas modifié les structures du régime général, bien qu'une part de la compétence des CRAM dans le domaine de l'hospitalisation soit désormais exercée au sein des ARH et que l'ensemble des caisses des différents régimes constitue l'URCAM, sans que le régime général en tant que tel, soit organisé en son sein (sur le modèle de l'ARCMSA). Les réflexions conduites dans le cadre des actions pilotes régionales de l'assurance maladie devraient permettre de faire évoluer le dispositif en ce sens.

Les conditions de mise en place n'ont pas facilité à l'origine les relations entre les caisses locales et les URCAM, d'autant plus que les moyens humains et opérationnels dédiés à la gestion du risque des l'URCAM sont pour l'essentiel les moyens des caisses qui la composent et du service médical. Les caisses nationales pour leur part, ont sans doute tardé à jouer clairement un rôle de pilotage des URCAM, qui ne leur était pas explicitement imparti par les textes.

Une étape décisive a toutefois été franchie avec les programmes régionaux de l'assurance maladie, élaborés selon une méthodologie nationale, sous la responsabilité de l'URCAM et dans la concertation inter-régimes en région. Les programmes nationaux comportent des méthodologies et des actions appliquées de la même manière et en même temps sur tout le territoire : la marge de manœuvre des régions est en effet réduite sur la conduite de ces programmes dans un souci d'harmonisation et surtout d'efficacité. Ces programmes nationaux ont très souvent fait l'objet d'extensions locales ou régionales complémentaires qui ont permis d'en démultiplier les effets.

Le jugement sévère porté par la Cour sur le bilan des activités des URCAM doit donc être nuancé. Dans le contexte décrit plus haut, les URCAM ont le plus souvent su jouer leur rôle de fédérateur des activités des caisses et des échelons locaux et régionaux du service médical. Les difficultés rencontrées tiennent davantage dans leur capacité à mobiliser les moyens et à concentrer leur action du fait d'un fonctionnement en mode consensuel.

Pour asseoir leur légitimité et leur reconnaissance sur le territoire régional, les URCAM se sont fortement investies dans la réalisation d'études en s'appuyant sur le concours des services médicaux et des services administratifs des caisses. Ces études s'inscrivent dans la mission qui consiste à analyser et agir sur le système de santé dans la région. Les études régionales conduites par les URCAM ont apporté à l'assurance maladie et à ses partenaires une meilleure connaissance de la

situation sanitaire dans la région. Toutefois, plusieurs points faibles peuvent être relevés :

- il est certain que la coordination nationale doit être améliorée : faute de coordination inter-régionale suffisante, il n'est pas rare que les résultats d'études similaires ne puissent être agrégés ;

- par ailleurs, les études conduites sont encore trop peu tendues vers l'adoption de mesures correctrices : si elles mettent en évidence bien des dysfonctionnements, les actions conduites pour y remédier ont souvent une portée limitée ;

- comme le souligne la Cour, la CNAM souhaite que les URCAM orientent désormais leur mission d'étude davantage qu'elles ne l'ont fait jusqu'à présent, vers la régulation des dépenses plutôt que vers des actions de santé publique.

Pour la CNAMTS, les URCAM s'impliquent dans le développement des réseaux de santé avec le support, soit du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), soit de la dotation régionale de développement des réseaux (DRDR).

Il faut, à ce propos, souligner que les URCAM se sont attachées à faciliter les démarches des promoteurs de réseaux.

En effet, à la suite de la mise en place de la DRDR, les ARH et les URCAM ont mis en place dans de nombreuses régions des guichets uniques des réseaux ou des cellules d'appui aux réseaux. Point d'entrée unique pour une demande de financement, ces cellules offrent aux promoteurs une assistance pour le montage des projets, la rédaction des demandes de financement et permettent une orientation vers le mode de financement le plus approprié.

Un secrétariat technique, commun à l'ARH et à l'URCAM, permet d'assurer une instruction coordonnée avec les autres financeurs publics. Il permet également d'apporter, le cas échéant, un appui méthodologique. Le secrétariat permet d'effectuer une analyse conjointe des diverses institutions de l'assurance maladie et des services de l'Etat, ainsi que les représentants des collectivités territoriales lorsqu'elles sont associées au financement. Il est donc rapide et réducteur de qualifier, comme le fait la Cour, le fonctionnement des secrétariats techniques de « complexe ».

Si le bilan du fonctionnement des URCAM fait apparaître de nettes marges d'amélioration sur certains points, cela tient avant tout aux ambiguïtés qui ont présidé à leur création, que les caisses nationales se sont attachées à pallier dans la dernière période, en affirmant une volonté plus nette d'assurer leur pilotage.

Elles ont également donné l'occasion aux URCAM de prendre une place nouvelle dans le dispositif de relations conventionnelles avec les professions de santé et les médecins au premier chef. C'est ainsi que les modalités de mise en œuvre d'accords conventionnels relèvent désormais d'accords négociés et conclus par les URCAM au plan régional dont le premier exemple a concerné la réforme de la prise en charge des visites à domicile et se poursuit notamment sur la question de la permanence des soins.

Enfin, la caisse nationale a demandé aux URCAM de constituer des comités de liaisons régionaux pour pallier les difficultés liées à l'empilement des structures de l'assurance maladie. C'est dans le cadre de ces comités de liaisons régionaux, en s'appuyant sur la mission de coordination des URCAM, qui sont actuellement en cours de déclinaison, que les plans d'actions de régulation et de contrôle évoqués ci-dessus.

La CNAMTS estime enfin, comme la Cour des comptes, qu'une réflexion stratégique s'impose sur le devenir des CRAM dont les activités s'exercent au service de trois branches : maladie, AT/MP et vieillesse. La CNAMTS s'attachera pour ce qui concerne les deux branches qu'elle gère, à proposer, en concertation avec la branche vieillesse, aux pouvoirs publics des scénarios d'évolution qui s'inscrivent dans la perspective d'une réorganisation du réseau de l'assurance maladie et les AT/MP sur le territoire régional, en mettant davantage en exergue les missions des CRAM dans ce domaine.

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES

En portant votre analyse de la productivité de la branche famille sur la période 1995-2002, le cycle de la performance n'est pas perçu dans son intégralité. Dès 1990, en absorbant sans personnel supplémentaire, la charge de la gestion du RMI, pour un effectif supérieur à trois fois la prévision établie, la branche famille a accompli des progrès de productivité considérables, au point de compromettre la qualité du service rendu aux usagers.

L'effort nécessaire pour assurer une qualité conforme aux attentes de notre époque dégrade, il est vrai, depuis 1997 la productivité apparente des caisses d'allocations familiales.

Il me paraîtrait à tout le moins équitable de mentionner que les à-coups dans l'affectation des moyens justifient de retenir un cadre temporel long pour apprécier la productivité d'un organisme. De même la très nette amélioration de la qualité du service est attestée par le fait que la quasi-

totalité des Caf remplira fin 2004 les engagements de service souscrits dans la convention d'objectifs et de gestion. Ainsi le pourcentage de courrier traité en moins de 21 jours s'établit fin 2003 à 95,7 % et le pourcentage de visites précédées d'un temps d'attente inférieur à 30 minutes s'élève à 96,5 %.

Pour l'avenir, s'il importe de veiller à ce que tout progrès nouveau de qualité n'ait pas de coût disproportionné, on ne peut négliger le risque de dysfonctionnement qui résulterait d'une compression excessive des frais de gestion.

Ainsi un stock trop important de dossiers –qui résulterait d'une moindre exigence de qualité sur le délai de réponse– provoque visites aux guichets, courriers ou appels au téléphone.

Productivité et qualité ont parties liées et les gains de qualité sont aussi des gains de productivité.

Si je ne peux souscrire qu'à la nécessité de rendre à l'allocataire le meilleur service au coût le plus mesuré, j'émets aussi le vœu qu'une moindre instabilité, législative et réglementaire, permette de mieux amortir la charge du travail d'adaptation du système d'information. De même je souhaite qu'un calendrier plus strict des décisions de revalorisation des prestations évite des travaux, lourds et sans utilité finale, de calcul de rappels et d'indus.

REPONSE DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE

L'agence centrale et le réseau des URSSAF ont placé au centre de leurs préoccupations la recherche d'une meilleure qualité et d'une plus grande efficience du service public du recouvrement.

La modernisation du réseau et le renforcement de l'efficacité collective, en cours, reposent sur trois axes essentiels.

Un premier axe concerne l'organisation et le fonctionnement de l'établissement public afin de renforcer son efficacité pour accroître sa capacité de pilotage d'un réseau de plus de 100 organismes de base. La mise en place et le développement d'une direction nationale de l'audit permettra à l'agence centrale de disposer d'une meilleure connaissance de son réseau tout en veillant à l'harmonisation des données transmises. Outre cette création, un effort tout particulier est actuellement fait pour formaliser les processus de travail et pour mieux définir les missions de chacun dans le souci de faciliter les travaux inter-directions.

Un deuxième axe porte sur la modernisation des modes de travail avec le réseau. Afin de développer la capacité de la branche à définir des politiques, à les mettre en oeuvre et à évaluer leurs effets, plusieurs instances stratégiques ont été créées. Une première porte sur l'offre de service selon une organisation innovante privilégiant l'approche centrée client, une autre sur les systèmes d'information, une dernière sur les ressources humaines. Une charte des expérimentations complètera le dispositif pour préserver la capacité d'innovation de la branche tout en optimisant les conditions de leur généralisation dans le cadre d'un référentiel précis. La modernisation des modes de travail passe aussi par le déploiement d'outils de gestion (work-flow, comptabilité analytique, tableau de bord) qui constitueront la base d'un dialogue renouvelé fondé sur une approche liant les objectifs, les moyens, et les résultats. La mise en place d'un système d'intéressement des personnels vient compléter le dispositif en permettant d'offrir une traduction financière aux efforts déployés. La finalisation des processus de branche en ce qu'elle offre un cadre de fonctionnement clair aux organismes de base constitue enfin une étape importante dans leur responsabilisation.

Un troisième axe concerne l'accroissement des compétences de l'agence centrale. Cette évolution est essentielle notamment dans le domaine de la statistique. En capitalisant les travaux ayant permis de renforcer la qualité des données, l'ACOSS a pu fiabiliser le calcul des indicateurs nécessaires à la démarche contractuelle et accroître son

rôle de fournisseur de données issues des évolutions de la masse salariale. La création d'entrepôts de données (Pléïade au niveau national ; Galaxie au plan local) permet enfin un pilotage plus précis de la performance du réseau. La mise en place de l'observatoire des cotisants suit la même logique. Cette instance permettra de mieux cibler les politiques de recouvrement et de contrôle, et de proposer des services adaptés aux différentes catégories de cotisants.

L'agence centrale est consciente que la recherche de la qualité et de l'efficience passe aussi par une bonne gestion prévisionnelle des emplois et des compétences comme le souligne la Cour. Elle considère qu'il convient de faire évoluer la gestion des ressources humaines, en privilégiant la reconnaissance des compétences et des résultats obtenus (mise en place d'une nouvelle classification) ainsi que l'incitation à la mobilité. Les nombreux départs à la retraite pour les années à venir sont un défi important pour l'ACOSS et pour la branche mais ils constituent également une opportunité pour mener à bien les évolutions dans ce domaine.

L'Agence Centrale partage les recommandations de la Cour quand elle considère que l'approche territoriale n'est plus suffisante et qu'elle doit être complétée par une approche par segments de cotisants et offres de service. L'organisation retenue pour le chèque emploi service (CES), la prestation allocation jeune enfant (PAJE) ou le chèque emploi associatif (CEA) marquent la volonté de l'agence de s'inscrire dans cette logique

La Cour recommande d'intégrer dans les projets et les évolutions futures une dimension économique plus marquée avec notamment une meilleure appréciation des gains de productivité. Elle souhaite aussi une adaptation de l'outil budgétaire pour en faire un véritable levier d'une politique au service de la performance et de la maîtrise des coûts en lien avec les contrats pluriannuels de gestion. Elle insiste enfin sur l'importance d'optimiser et de rationaliser les ressources dédiées au niveau régional dans le cadre d'une politique plus affirmée de la part de l'agence centrale. L'agence centrale ne peut que partager ces orientations. La modernisation de l'allocation des moyens au réseau qui vient d'être initiée est le support naturel pour permettre la prise en compte de ces paramètres.

L'agence centrale prend acte du souhait de la Cour de promouvoir, faciliter et accompagner davantage les initiatives visant à mutualiser la gestion d'activité dans le domaine du coeur de métier (encaissement des chèques, réponses téléphoniques, déclaration unique d'embauche) comme dans celui des fonctions support (paye,

achat, documentation). Ces thèmes devront faire l'objet de discussions approfondies avec les organismes du réseau.

La Cour fait du développement de la coproduction de services avec les usagers, notamment au moyen de la dématérialisation de la déclaration et du paiement des cotisations, une priorité. L'agence centrale adhère à cette orientation. Elle s'est engagée dans cette politique en menant des actions de promotion des offres dématérialisées existantes pour le chèque emploi service ou la PAJE. Elle poursuit par ailleurs le développement de nouvelles offres dématérialisées comme en témoigne le déploiement en cours du dossier cotisant en ligne.

La Cour recommande de continuer à saisir les opportunités pour renforcer les directions d'organismes en privilégiant le partage des fonctions de directeurs et d'agents comptables au sein de la branche, de préférence à des cadres dirigeants partagés avec d'autres branches. L'agence centrale partage cette analyse et considère que la gestion des cadres dirigeants du réseau constitue une priorité. Elle note toutefois qu'en la matière, son action est fortement encadrée par le dispositif juridique en vigueur.

L'agence centrale note enfin que l'ensemble des pistes d'évolution évoquées par la Cour sont au coeur de la réflexion stratégique que doit mener le recouvrement afin de définir son évolution souhaitable à moyen terme. Au terme de cette réflexion, les grandes orientations devront être déclinées dans la convention d'objectif et de gestion qui est le support légitime de toute évolution structurelle du réseau.

CHAPITRE VII

L'ORGANISATION TERRITORIALE ET FONCTIONNELLE DES BRANCHES

REPONSE DE LA CAISSE REGIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE D'ALSACE-MOSELLE

Adhérant totalement à la stratégie nationale, la CRAV d'Alsace-Moselle s'est résolument engagée dans la politique de proximité dès avant les années 2000 : création du CIR de Mulhouse en 1994, de Colmar en 1996, transformation du point d'accueil de Thionville en CIR en 1999.

L'extension du nombre de points d'accueil permanent s'est poursuivie avec la création d'un CIR à Forbach (novembre 2002), le transfert dans de nouveaux locaux plus adaptés aux nouvelles missions à Mulhouse (prévu en juin 2004) et à Metz (fin 2004). Parallèlement la création de nouveaux CIR est engagée à Haguenau (prévision d'ouverture

fin 2004) ainsi qu'à Sélestat et Sarrebourg (prévision d'ouverture début 2005).

Cette montée en charge de la proximité à la CRAV d'Alsace-Moselle doit cependant se réaliser de manière progressive notamment du fait de la prise en compte d'une situation particulière en termes de procédures informatiques due à l'existence du régime local d'assurance vieillesse.

Le dispositif de proximité, et plus particulièrement l'élargissement des services offerts, est donc mis en œuvre au fil de la livraison des lots de procédure de l'Outil Retraite National que l'organisme, abandonnant son propre produit, est en train d'intégrer, ceci tout particulièrement pour garantir la qualité du service rendu, en limitant les opérations de formation et d'adaptation du personnel d'accueil à un seul nouvel outil d'application proche.

REPONSE DE LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE LYON

Il me paraît en effet essentiel de vous préciser que la caisse primaire d'assurance maladie de Lyon a toujours affiché sa volonté de s'inscrire dans le processus de mutualisation, afin de construire un réseau efficace, efficient et performant.

C'est ainsi que, dès la création de la plate-forme téléphonique de la caisse de Lyon en juin 2001, notre ambition avec la caisse primaire de Villefranche-sur-Saône, était de mettre en place une plate-forme mutualisée et mono-site.

Cette volonté commune ne s'est malheureusement pas concrétisée, eu égard aux contraintes techniques qui s'imposaient à nous.

En effet, en juin 2001, la caisse de Lyon adhérait au centre de convergence informatique Rhône-Alpes, sous environnement IBM, et la caisse de Villefranche était rattachée au centre de traitement informatique Rhône-Alpes-Auvergne, sis à Saint-Etienne, avec une solution BULL.

Dans ce contexte, il n'existait aucune solution nationale permettant une consultation en multienvironnement du fichier des bénéficiaires.

CHAPITRE X

L'ORGANISATION REGIONALE DE LA SANTE ET DE L'ASSURANCE MALADIE

REPONSE DE LA DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

En matière d'observation de la santé, la DGS partage le constat. En revanche, les outils d'observation de la santé ne se limitant pas aux ORS, il n'était pas souhaitable de privilégier ces derniers en les intégrant au GRSP.

Pour la DGS une des missions importantes du GRSP est de mettre en œuvre le programme d'études et de statistiques, intégré au PRSP, donc une coordination de l'observation de la santé en région. Le GRSP favorise le rapprochement des acteurs régionaux de l'observation et leur organisation sous la forme, par exemple, d'une plate forme d'observation sanitaire et sociale. Le GRSP, financeur central de la santé publique, garantit la cohérence d'ensemble des actions d'observation du PRSP. Seule un telle coordination permet l'évaluation des actions du PRSP.

Pour ce qui est de l'InVS, représenté au CA du GRSP par le coordonnateur de sa cellule inter régionale (CIRE), il y apportera son expertise et des financements d'études régionales de ses programmes nationaux.

Pour la DGS, la distinction, contenue dans le projet de loi relatif à la politique de santé publique, entre élaboration du PRSP et sa mise en œuvre par le GRSP devrait limiter la compétition entre organismes :

- il reviendra au pôle régional de santé publique, sous l'autorité du préfet de région, de structurer la réflexion de l'Etat, celle de l'assurance maladie et celle de tous les partenaires, professionnels ou associatifs, pour élaborer le PRSP. Les instances de concertation faciliteront la conception de la politique régionale.

- le GRSP est maître d'œuvre de ce plan régional et organise la programmation des actions en mobilisant les financements des différents partenaires du groupement d'intérêt public (GIP). Le groupement mutualisera la décision de réalisation des actions du plan et l'engagement des crédits correspondants. Le choix des prestataires sera fonction des compétences nécessaires à chaque action considérée. Un acteur de terrain, porteur d'une ou plusieurs actions du PRSP, aura un seul financeur, le GRSP.

La DGS partage l'analyse de la pluralité d'instances décisionnelles et a commencé à élaborer les outils propres à y remédier dans le cadre de la loi relative à la politique de santé publique :

- les PRSP dans leur première version seront prêts pour la fin de l'année 2004. Ils rassembleront et rendront cohérent tout ce qui est financé aujourd'hui en matière de prévention et permettront une déclinaison des programmes stratégiques nationaux. Une circulaire ministérielle définira l'économie générale de ces plans pour permettre aux acteurs en région d'en organiser l'élaboration.

- le calendrier d'élaboration des premiers PRSP est lié à celui des SROS de troisième génération. Schéma et plan articuleront leurs thématiques communes. Un volet prévention, en phase avec les objectifs du PRSP, sera intégré au contrat Etat ARH.

- l'ARH, membre fondateur du GRSP, met en œuvre les actions de prévention dans le cadre de l'offre de soins en fonction de la programmation arrêtée par le GRSP.

Pour la place de l'URML, d'une part, il est important qu'elle soit force de proposition au moment de l'élaboration du PRSP. D'autre part, étant financeur et forte de son expertise elle est parfaitement fondée à être membre constitutif du GRSP, comme tous les acteurs importants de la santé non membres de droit.

La DGS soutient l'idée d'un GRSP fort grâce à la mutualisation en son sein des décisions et de l'affectation des crédits de santé publique, opérationnel en 2005 :

- aujourd'hui, les actions de santé publique sont menées en ordre dispersé sans concertation, sans évaluation, sans consolidation des crédits dépensés. Le GRSP permettra d'avoir cette vision d'ensemble qui fait défaut. Sa constitution, sera l'occasion, dans les mois à venir, de redéfinir les rôles respectifs de l'Etat et de l'assurance maladie en matière de santé publique au niveau régional.

- le conseil d'administration du GRSP, présidé par le préfet de région, rassemble les financeurs, prévus par la loi ou volontaires. Ce conseil décide de l'attribution des crédits aux différentes actions du PRSP et choisit, en fonctions de leurs compétences, les prestataires chargés de réaliser chaque action.

Cela seul permet la simplification des procédures budgétaires, l'harmonisation du calendrier de paiement aux prestataires et une vision claire des fonds dépensés pour chaque action du PRSP. Le groupement suit l'exécution de la programmation et le rapport coût efficacité des actions de santé publique portées par ses membres.

Il est important de laisser aux collectivités territoriales qui rejoignent le GRSP la faculté soit de contracter avec lui soit d'en devenir membre à part entière.

La DGS conçoit pour le GRSP une mission de coordination de l'ensemble des actions de santé publique pour permettre au PRSP de dépasser les faiblesses du PRS et du PRAPS :

- le représentant de l'Etat territorialement compétent s'assurera que l'ensemble des services déconcentrés, placés sous sa responsabilité et qui mènent des actions de santé publique, participent au conseil d'administration (CA) du GRSP. Sans déposséder de leurs prérogatives les ministères concernés, les moyens de ces actions sont alors consolidés au sein du GRSP. Le poids financier et d'expertise ainsi mis en lumière confèrera à l'Etat, au sein du GRSP, une place et une autorité vis à vis de ses partenaires assurance maladie et collectivités territoriales que le seul ministère de la santé ne peut revendiquer.

- symétriquement, l'URCAM, pour les caisses des régimes général, agricole et des indépendants, d'une part, la CRAM, spécialement pour la branche accidents du travail maladies professionnelles (ATMP), d'autre part, s'assureront de la participation de l'ensemble des régimes et branches au CA du GRSP.

- les prestataires extérieurs qui réalisent des actions dans le domaine de la santé publique auront alors un seul donneur d'ordre le GRSP.

- Pour la DGS :

- la force du GRSP viendra, d'une part, de la mutualisation des crédits et des décisions pour l'exécution des actions du PRSP, d'autre part, de l'affectation aux GRSP, lors des négociations de la COG, des crédits assurance maladie relatifs à la santé publique dont la gestion régionale serait plus pertinente qu'au niveau national.

- la forme temporaire du GRSP rappelle que la réorganisation de la santé n'est pas achevée avec la constitution de celui-ci. Par ailleurs, l'ARH, aujourd'hui absorbée par la réorganisation du système de soins entre la ville et les établissements de santé, ne pourrait mener le nécessaire développement de la santé publique qui doit permettre à terme de rééquilibrer prévention et soin.

S'agissant de la recommandation n° 37, la DGS considère l'assurance maladie comme un partenaire incontournable de l'Etat en matière de santé publique au travers de son réseau, spécialement du contrôle médical du régime général.

La DGS est d'accord avec recommandation n° 38 de la Cour.

REPONSE DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES

La Cour souligne à juste titre la fragilité des observatoires régionaux de santé, notamment la faiblesse de leurs moyens humains. La DREES souhaite souligner à cet égard qu'il ne s'agit pas uniquement d'un problème financier mais parfois également d'un problème de disponibilité de compétences spécifiques dans certaines régions. Dans ce contexte, la création de la FNORS a puissamment contribué à améliorer la coordination des ORS, mais également à relever le niveau technique des plus petits d'entre eux.

REPONSE DE LA CAISSE CENTRALE DE LA MUTUALITE SOCIALE

La Cour rappelle que l'ARH est un GIP dépendant des moyens fournis par l'Etat et l'assurance maladie et que le cadre juridique retenu a pour objectif de faciliter l'adhésion de l'assurance maladie. La CCMSA considère que c'est probablement également parce que l'ARH a repris un certain nombre de compétences et de missions dévolues à l'assurance maladie mais aussi à l'Etat (DRASS, DDASS). Il fallait donc ainsi un système souple permettant un partenariat entre les différents acteurs. Le caractère collégial du GIP le favorise.

La Cour précise par ailleurs que le personnel propre de l'ARH étant en nombre réduit, son fonctionnement repose sur des mises à disposition sur lesquelles elle n'a (concernant l'assurance maladie) aucun pouvoir hiérarchique. La CCMSA souhaite ajouter qu'aux côtés de la CRAM et de l'ERSM, la MSA et la CMR y participent également.

Concernant la mise à disposition du GIP, d'effectifs ETP et non d'agents désignés, la CCMSA précise que, du fait des mutations et mobilités diverses, il semble difficile de désigner nominativement les agents. Cependant, dans le programme de travail de l'ARH, les chefferies de projet des différents thèmes sont le plus souvent nominatives.

Concernant les missions de l'URCAM dans le domaine de la prévention, la MSA a fait le choix politique de conduire certaines actions au niveau régional et départemental hors des URCAM en raison des besoins spécifiques de la population agricole.

En revanche, elle participe à un certain nombre d'actions régionales pilotées par l'Etat dans le cadre des PRS ou PRAPS.

La CCMSA s'est d'ailleurs dotée dès 1996 d'instances régionales de coordination, les AROMSA (associations régionales des organismes

de mutualité sociale agricole), ce qui permet une représentation par un seul organisme. Ainsi, l'AROMSA représente l'ensemble des caisses MSA au sein de chacun des comités techniques d'URCAM. Au demeurant, c'est parce que les CPAM n'ont pas de structure de coordination équivalente qu'elles sont toutes présentes au comité technique des URCAM.

La Cour relève ensuite que : « La contribution opérationnelle des autres régimes étant faible, les URCAM présentent les inconvénients d'un système inter-régimes, notamment sa lourdeur, sans en retirer d'avantage notable, tandis que le régime général y joue un rôle prépondérant, sans pouvoir pleinement les utiliser comme son échelon régional »

La contribution des autres régimes ne peut être considérée comme faible. Il est vrai que la contribution du régime général est naturellement prépondérante mais les autres régimes, et notamment la MSA, participent largement à l'ensemble des actions mises en place par les URCAM et en sont même, pour certaines, le chef de projet.

Par ailleurs, la lourdeur d'un système inter-régimes ne peut être synonyme d'inconvénient, sauf à remettre en cause l'inter-régimes lui-même. Ainsi, la MSA ayant su s'organiser au niveau régime, la « lourdeur » ne devrait pas être attribuée à l'association de plusieurs régimes. Au contraire, cette dernière et la pluralité d'expériences des organismes participants ainsi que leurs caractéristiques propres (guichet unique et caractère mutualiste pour la MSA) permettent des apports qui ne sont pas proportionnels aux effectifs présents dans le système. Ainsi, par exemple, dans le Limousin, une action de sensibilisation à la maladie de Lyme, pilotée par l'ERSM dont la cible était la population fréquentant les zones forestières (randonneurs, chasseurs, cueilleurs de champignons). Or, cette maladie est inscrite au tableau des maladies professionnelles des agriculteurs et des forestiers et donc bien connue de la MSA.

L'URCAM, dispositif inter-régimes, ne peut pas être l'échelon régional du régime général. La CCMSA considère en revanche que la mise en place d'un véritable échelon régional du régime général ne serait pas de nature à nuire à la coordination inter-régimes.

La MSA serait en effet favorable, dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie, à la mise en place d'un directeur régional du régime général qui permettrait ainsi à l'organisation inter-régimes régionale d'être composé d'un nombre de membres réduit par rapport à la situation actuelle.

La Cour relève que, s'agissant de la seconde mission des URCAM (qui selon la loi est celle de coordonner l'activité des contrôles médicaux), elle est largement théorique en raison de la faiblesse des

effectifs des services médicaux de la MSA et plus encore du régime des indépendants et par le caractère assez centralisé du service médical du régime général.

S'il est vrai que les URCAM n'ont pas exercé véritablement jusqu'à ce jour cette mission, pour la CCMSA, il semble que ce soit plutôt dû au caractère centralisé du contrôle médical du régime général qu'aux faibles effectifs des autres régimes.

La CCMSA précise que les PRAM ne sont pas seulement conçus par les URCAM avec les CPAM, ni l'addition des programmes de régime général, mais des programmes établis avec l'ensemble des caisses de tous les régimes.

Au demeurant, la CCMSA partage le constat de la Cour sur la multiplicité des plans au niveau régional et les très nombreux maîtres d'œuvre et indique qu'il est tout à fait possible de renforcer la coordination afin que la taille des régimes ne soit pas l'unique critère de qualité des projets.

S'agissant de la composition des GRSP, les pouvoirs publics ont déjà corrigé la situation relevée par la Cour puisqu'il est maintenant prévu que l'URML soit intégrée dans le GRSP, selon des modalités qui restent à définir. En revanche, la CCMSA rappelle que la MSA, qui n'a pas obtenu de représentation dans les GRSP, est un acteur reconnu de l'éducation en santé en milieu rural et a en charge la prévention des risques professionnels en agriculture (salariés et non salariés) qui sont, pour bon nombre d'entre eux, comme cela a déjà été indiqué, spécifiques.

Sur le financement des programmes de santé, la CCMSA, souhaite préciser d'une part, que la MSA a prévu d'y consacrer en 2004, 1,8 million d'euros et, d'autre part, que le régime agricole est prêt à s'inscrire dans une démarche de santé publique régionale, pilotée par l'Etat dans le cadre de la nouvelle loi, dès lors que des moyens financiers lui seront affectés. Enfin, le secrétariat des réseaux comprend, non seulement des membres des ARH, URCAM, CRAM, CPAM, DRASS et DDASS comme l'indique la Cour, mais aussi des membres des autres régimes. Ainsi par exemple, en Lorraine, le secrétariat des réseaux est assuré par la MSA.

Observant les programmes de santé publique et la mise en place des actions, la Cour relève que celles-ci sont essentiellement confiées à des structures disposant de moyens humains et que « l'opérationnalité » des actions est un facteur déterminant de leur mise en place. Ainsi, souligne t-elle, dans bien des cas, ces actions ne répondent pas aux véritables besoins de santé qui restent au second plan. La MSA partage le

souhait de la Cour, d'utiliser les acteurs de terrain pour la prévention et l'éducation en santé.

Eu égard à son organisation, son expérience et les actions reconnues qu'elle a conduites jusqu'alors en milieu rural, la MSA, organisme mutualiste et décentralisé, appuyée sur un vaste réseau de délégués locaux, peut être un des acteurs de la politique de prévention en santé.

Pour les URCAM, la conduite de leurs missions est particulièrement délicate, en raison de la faiblesse des données disponibles lors de leur création, et surtout de la difficulté à organiser la médecine de ville. Ainsi, malgré les difficultés analysées par la Cour, leur mise en place a permis l'amorce d'un véritable dialogue et travail en commun de l'ensemble des régimes, susceptible de répondre à l'objectif assigné par les ordonnances de 1996.

REPONSE DE L'INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE

L'institut de veille sanitaire (InVS), avec la loi sur la santé publique, voit ses missions précisées et élargies : la surveillance et l'observation permanente de l'état de santé de la population, la veille et la vigilance sanitaires, l'alerte sanitaire, la recommandation de mesures appropriées pour prévenir ou atténuer l'impact des menaces, une contribution à la gestion des situations d'urgence sanitaire.

Les cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE) relayent l'action de l'InVS au plan local et déclinent localement son savoir-faire. La qualité de leurs travaux scientifiques et leur expertise sont sous la responsabilité de l'InVS qui les valident.

L'activité des CIRE se partage effectivement entre la réponse rapide à l'alerte sanitaire (analyse du signal, investigation et évaluation du risque et proposition de réponse) et des études programmées. Le programme d'activité annuel est défini par un comité de pilotage associant la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS), l'InVS et l'ensemble des services déconcentrés. Le programme annuel de travail des CIRE (environ une centaine d'études en 2003) reprend les thématiques de l'ensemble des départements de l'InVS, pas seulement dans le champs des maladies infectieuses ou des risques liés à l'environnement.

Le développement à venir de l'InVS nécessite de renforcer le réseau des CIRE. La région s'impose désormais comme un bon niveau de décision et de coordination en santé publique (Agence régionale d'hospitalisation (ARH), union régionale des caisses d'assurance maladie

(URCAM) et demain groupement régional de santé publique (GRSP)). Le dispositif régional de l'InVS est encore incomplet. Il comprend actuellement 16 CIRE et 71 scientifiques. Certains postes sont aujourd'hui vacants (12). Cependant, des épidémiologistes ont été recrutés et complètent progressivement les équipes.

La Cour fait état des difficultés de recrutement : elles tiennent principalement aux exigences de l'InVS qui souhaite maintenir et toujours faire progresser la capacité technique des CIRE, au prix d'une exigence en matière de sélection du personnel scientifique. A l'avenir, les recrutements devraient être facilités par l'arrivée d'épidémiologistes spécialement formés à l'épidémiologie de terrain, par l'InVS (programme « Profet », tutorat long de deux ans, sortie de la première promotion en septembre 2004), pour répondre à ses besoins.

Avec la création des GRSP, l'enjeu pour l'InVS est donc tout à la fois de maintenir au travers des CIRE et dans chaque région l'exercice de sa mission prioritaire de veille sanitaire et d'alerte, mais également de participer pleinement à la mise en œuvre des plans régionaux de santé publique. Face à ce changement, le dispositif régional de l'InVS devra être très rapidement renforcé, sans nécessairement conduire à une CIRE par région. La reconnaissance réglementaire des CIRE doit être envisagée.

REPONSE DE L'ORDRE NATIONAL DES MEDECINS

La Cour constate qu'en l'absence de décret d'application prévu par la loi du 4 mars 2002 le conseil régional administratif de l'ordre des médecins n'est pas mis en place et que les finalités de sa création demeurent imprécises.

C'est la carence du Gouvernement à publier ce décret d'application, qui conduit aujourd'hui l'ordre des médecins à ne pouvoir exercer au niveau régional ses missions, dans le cadre que la loi a défini.

C'est ainsi qu'au niveau régional, le conseil régional aurait toute sa place au niveau de l'élaboration du SROS, ou encore dans le projet de loi de réforme de l'assurance maladie pour tout ce qui concerne les dispositions relatives à la régionalisation du système de soins.

REPONSE DE LA CONFERENCE NATIONALE DES PRESIDENTS D'URML

La conférence des présidents d'URML souscrit aux conclusions de la Cour. Un cadre institutionnel de collaboration entre les URCAM et les

URML doit être défini et les récents propos du ministre de la anté sur l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire dans le domaine de la médecine libérale qui, selon le souhait du ministre doivent être effectués conjointement par les URCAM et les URML, est un exemple qui, selon les unions, va dans le bon sens. L'axe de travail URCAM/URML doit être renforcé par une institutionnalisation de la place des URML au niveau régional. L'hétérogénéité des niveaux de décision au niveau régional tant dans les champs de compétence des ARH que des DRASS et des URCAM est un élément négatif vécu par les URML; les URCAM apparaissent à l'évidence pour les URML comme étant leur interlocuteur privilégié au niveau régional.

L'extension de la compétence des ARH au niveau de la médecine libérale ne peut s'exercer que par une reconnaissance en miroir du rôle des URML. La Conférence des Présidents souscrit entièrement aux remarques de la Cour considérant que l'ampleur de la contribution des URML à la politique régionale de santé paraît étroitement liée au stade d'élaboration de celle-ci auquel elles sont sollicitées.

La participation des URML est effectivement plus active lorsqu'elles ont été considérées comme des partenaires à part entière dès la définition des objectifs et des actions que lorsqu'il leur est simplement demandé à posteriori de mettre en œuvre des actions déjà décidées.

La conférence des présidents observe une forme de rejet de la part de nombre d'unions régionales lorsque ces dernières sont considérées comme simple caution servant à valider un projet ou une action défini en amont sans concertation avec ces dernières.

Cette dimension de confiance à priori de la part des institutions régionales permettrait d'éviter un certain nombre de malentendus et optimiserait l'efficience des messages transmis à la profession.

Les unions régionales ne sont pas en reconnaissance de légitimité pour elles-mêmes mais pour l'ensemble des médecins libéraux afin d'optimiser la lisibilité de leur message.

Les URML revendiquent une légitimité à garantir l'indépendance de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Les URML, conformément au décret de 1999, organisent et mettent en œuvre en collaboration avec l'ANAES, l'évaluation des pratiques professionnelles. Cette garantie d'indépendance de la profession est la condition sine qua non du succès et de la pérennisation du concept d'évaluation des pratiques professionnelles au sein de la profession. Les rôles respectifs de l'ordre des médecins et des URML doivent être effectivement précisés, l'ordre des médecins intervenant pour garantir aux

URML cette indépendance et sanctionner les manquements éventuels à cette obligation d'évaluation de la part des médecins. Ces missions d'évaluation et plus généralement l'ensemble de la démarche qualité vont demander aux unions des moyens financiers qui dépassent actuellement leur dotation budgétaire, ceci suppose donc des financements dédiés à ces missions.

Cette remarque est également valable pour les missions qui concernent la transmission des données et plus généralement le rôle des URML dans ce qu'il est convenu d'appeler la gestion du risque au sens général du terme.

L'exemple du décret portant constitution du conseil national de formation médicale continue, de ses attributions et du décret de 1999 portant sur l'évaluation des pratiques professionnelles entretient une confusion entre les rôles des différents acteurs. Il appartient à la profession et la conférence des présidents d'URML entend s'y attacher, en partenariat et en concertation avec le conseil national de formation médicale continue, de définir les rôles de chacun des acteurs afin d'optimiser la lisibilité du système.

Le législateur n'a pas retenu la participation de la conférence des présidents au conseil national de formation médicale continue ce qui est vivement regretté, la participation des unions régionales aux conseils régionaux de formation médicale continue paraît une nécessité pour préserver la cohérence du système.

De façon plus générale la conférence des présidents, on le voit à l'évidence, ne formule pas d'observations majeures au rapport de la Cour qui lui a été soumis. La conférence des présidents tient à souligner son souhait de voir renforcée et institutionnalisée une collaboration entre les acteurs régionaux et tout particulièrement entre les unions régionales des caisses d'assurance maladie et les unions régionales de médecins libéraux.

TROISIEME PARTIE

CHAPITRE XI
LA POLITIQUE DU MEDICAMENT

REPONSE DE LA DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

I – L'action de la commission de la transparence

Les crédits de la commission doivent faire l'objet d'un budget propre clairement identifiable. La DGS veillera, pour l'avenir, à ce que cette identification soit possible dans le contexte nouveau que va engendrer la création de la haute autorité de santé mise en place par la loi réformant l'assurance maladie obligatoire.

III – L'action sur la prescription et la consommation

La DGS partage le constat. Sur ce qui relève de la compétence propre de l'AFSSAPS, la DGS espère que le nouveau directeur dénéral fera aboutir l'ensemble des projets liés à la base @amm et à l'information des prescripteurs. Sur les projets plus ambitieux, la DGS veillera à ce que les études décidées par le comité d'orientation du FOPIM soient prises en compte en phase de réalisation dans le cadre nouveau de la création de la haute autorité de santé.

S'agissant de la CNAMTS, la DGS partage l'analyse de la Cour.

IV – Les économies potentielles en matière de dépenses pharmaceutiques

La Cour déplore semble-t-il la multiplicité des objectifs de la politique du médicament. La DGS tient à signaler que parmi les objectifs de la politique du médicament figure le développement de l'évaluation systémique de ces produits. Le ministère de la santé a utilisé le vecteur conventionnel pour obtenir de la part des laboratoires des études observationnelles dont les résultats permettront de vérifier l'effectivité du service rendu potentiel évalué par la commission de la transparence.

REPONSE DE LA DIRECTION GENERALE DE L'INDUSTRIE, DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DES POSTES

Je souhaite par ailleurs faire part à la Cour de la problématique spécifique de l'industrie pharmaceutique en France. Nous essayons d'œuvrer pour le maintien et le développement d'une présence industrielle forte sur le territoire national, tant en terme d'usines de production qu'en terme de centres de recherche et développement.

A cet égard, deux rapports récents, apportent des éclairages complémentaires sur les problèmes que rencontre la France en matière d'attractivité pour les industries de biens de santé et tout particulièrement pour l'industrie pharmaceutique ainsi que sur les voies de progrès nécessaires.

En effet, certains signaux, comme par exemple le « décrochage » de la France en matière de dépenses de recherche et de développement entreprises pharmaceutiques, ne laissent pas d'être inquiétants (entre 1995 et 2001, ces dépenses ont crû de 80 % au niveau mondial et seulement de 20 % en France), annonciateurs qu'ils pourraient être, si rien n'est fait pour redresser la situation, d'un déclin de la France dans le domaine d'une industrie technologique en croissance au niveau mondial.

La politique du médicament, si elle ne constitue pas à proprement parler un outil de politique industrielle, doit veiller à ne pas contribuer à la perte d'attractivité de la France (notamment par son imprévisibilité, par ses délais, par son manque d'analyse des phénomènes de report).

REPONSE DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUE

Le rapport de la Cour des Comptes met en évidence la difficulté de quantifier de façon précise les économies réalisables suite au déremboursement des médicaments à SMR insuffisant. Il précise que les transferts de prescription risquent d'être non négligeables et de réduire le gain effectif.

Une première étude rapide est en cours de finalisation au sein de la DREES sur l'évolution des ventes de médicaments suite au changement de leurs conditions de remboursement. Elle s'emploie à vérifier sur un nombre limité de classes thérapeutiques concernées par des déremboursements ou des déclassements, si les effets économiques attendus (sur l'offre ou sur la demande) s'observent effectivement. Elle ne cherche pas à quantifier les économies potentielles liées au déremboursement de certains médicaments dans la mesure où il est difficile d'identifier précisément les phénomènes de substitution intervenus. Cette étude tient compte néanmoins des possibilités de substitution intra classes mais pas des substitutions interclasses. En effet,

comme l'indique le rapport de la Cour des Comptes, aucune étude ni simulation n'est directement disponible sur le sujet (toutefois, quelques éléments dans l'étude de l'IRDES « La prescription de médicaments à SMR insuffisant en 2001 », juin 2004).

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES

En matière de médicament, la consommation française se révèle atypique par rapport aux autres pays européens sur le plan des volumes. Le poste «médicaments» se situe à la première place de la consommation médicale ambulatoire, c'est aussi celui dont la progression à coûts constants est la plus forte en termes de consommation médicale totale. Cette forte consommation n'est de plus pas sans risque pour la santé publique en raison des effets secondaires de certains médicaments, des résistances bactériennes aux antibiotiques et des risques d'interactions médicamenteuses qui génèrent chaque année environ 11 000 décès et 128 000 hospitalisations. Le médicament constitue donc un domaine d'intervention majeur pour l'assurance maladie. Si la place institutionnelle qu'elle y occupe aujourd'hui peut être considérée comme faible elle est destinée à s'accroître.

L'assurance maladie, interface entre l'offre de soins et les assurés sociaux, veut faire prévaloir l'utilité médicale comme critère déterminant de la prise en charge des médicaments par la collectivité et contribuer ainsi à l'utilisation optimale des ressources qui lui sont confiées.

Cette politique, qu'elle a contribué à initier en soutenant la prescription des médicaments génériques avec les médecins généralistes, en encourageant le bon usage du médicament, en visant à modifier les pratiques médicales et en mettant en œuvre les mesures de baisse du taux de remboursement pour les médicaments à service médical rendu faible. L'accord du 5 juin 2002 conclu avec les médecins a été la première manifestation la plus visible de cette stratégie ; il comportait pour la première année un engagement des médecins à prescrire en dénomination commune ou en génériques et a eu un impact décisif dans le développement de la diffusion des produits génériques en France.

Après avoir souligné la légitimité de l'action de l'assurance maladie en matière d'évaluation des pratiques, la Cour reconnaît le développement considérable des études menées en ce domaine par l'assurance maladie pilotées par la CNAMTS et réalisées sur le terrain par les URCAM et les services médicaux mais elle déplore qu'elle n'en tire pas toutes les conséquences en termes d'action sur la prescription et la consommation.

C'est pourtant sur cette base que l'assurance maladie mène à plusieurs niveaux, local et national, des actions de promotion du bon usage du médicament qui ont pour objectif de modifier le comportement des prescripteurs mais aussi et simultanément celui des assurés.

Ainsi, plus de 13 000 échanges confraternels ont été réalisés par les médecins conseils avec les généralistes les plus prescripteurs d'antibiotiques chez les enfants, 23 000 médecins ont été formés à l'antibiothérapie. Les délégués de l'assurance maladie ont mené fin 2003 une campagne d'information qui englobait l'accord de bon usage des soins sur la prescription d'antibiotiques et attirait l'attention des prescripteurs sur les risques attachés à la polymédication notamment pour les personnes âgées. De même, vis-à-vis des assurés, des outils pédagogiques sur les antibiotiques ont été distribués aux parents via les crèches, les maternelles et les centres de protection maternelle infantile.

Ces actions sont complémentaires des accords de bon usage des soins que la Cour estime néanmoins insuffisamment développés, ce que la CNAMTS déplore aussi, même s'il est légitime que ces nouveaux outils conventionnels connaissent un déploiement progressif auprès des différentes professions de santé. En outre, la principale difficulté réside dans l'absence ou l'obsolescence rapide des référentiels sur l'usage des médicaments. Les firmes pharmaceutiques, compte tenu des coûts de développement des molécules, essaient d'obtenir des élargissements progressifs des indications de l'AMM qui rendent largement inopérant le processus actuel des recommandations de l'AFSSAPS rapidement remises en cause. Or, sans référentiel, il ne peut y avoir d'accord de bon usage des soins. Le cas des statines et des anti-agrégants plaquettaires est de ce point de vue démonstratif.

De même, lorsque la balance bénéfices/risques d'une classe thérapeutique se révèle moins positive que celle mise en avant lors de la mise sur le marché (cas des anticox-2), l'absence de réévaluation par l'AFSSAPS rend le dispositif des Acbus inopérant.

La Cour déplore aussi l'insuffisance d'une information indépendante sur le médicament en direction des médecins généralistes.

La CNAMTS a créé le 1er janvier 2004 un groupement d'intérêt économique intitulé GIE SIPS (système d'information sur les produits de santé) entre les trois caisses nationales (CNAMTS, CCMSA, CANAM) et le centre national hospitalier de l'information sur le médicament (base Thériaque) dont l'objectif est non seulement de continuer à enrichir et gérer une base de données indispensable à la liquidation des prestations et à la gestion des risques mais qui pourrait être intégrée à terme dans des logiciels d'aide à la prescription destinés aux médecins. Il est prévu que

ce GIE puisse évoluer vers une structure de type GIP fédérant une base publique sur le médicament et les produits de santé.

Sur l'insuffisance de l'évaluation du médicament, la création le 3 août 2004 d'un groupement d'intérêt scientifique intitulé GIS EEPS (évaluation épidémiologique des produits de santé) entre la CNAMTS, la DGS, la DSS et l'INSERM permettra de développer des études médico-épidémiologiques afin de mieux cerner les effets des médicaments et produits de santé en situation réelle d'utilisation. Cette évaluation post AMM permettra de rectifier, si besoin est, les schémas thérapeutiques et les conditions économiques de commercialisation.

Sur la politique des remises par produit résultant de clauses particulières touchant des produits pour lesquels existent des risques de mésusage ou un dépassement important du volume des ventes, la CNAMTS partage le regret de la Cour qui préfèrerait que soient appliquées des baisses de prix plutôt que des remises lorsque le contrat n'a pas été respecté, ou qu'à tout le moins, les remises soient au moins équivalentes au chiffre d'affaires excédentaire constaté.

En outre, les dépenses de médicaments sont fortement impactées par l'effet prix/volume. Le système de remises conventionnelles et l'absence de sanctions sur les volumes favorisent les dépassements. A cet égard, la CNAMTS regrette qu'il n'y ait pas un système de régulation qui permette un réel respect de leurs engagements par les laboratoires pharmaceutiques.

REPONSE DE LA CAISSE CENTRALE DE LA MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE

I – L'action de la commission de la transparence

I - 2- La réforme en cours

La CCMSA partage l'avis de la Cour sur la nécessité d'un renforcement de la capacité d'expertise médico-économique de la commission de transparence, au demeurant indispensable dans sa mission d'évaluation en vue de l'admission au remboursement.

Cependant, si la commission de transparence est renforcée par des économistes (comme cela était le cas, il y a quelques années) une nécessaire articulation avec le CEPS doit être prévue.

La CCMSA partage également l'observation de la Cour, selon laquelle, les publications des rapports réalisés et des synthèses des débats de la Commission, seraient de nature à renforcer la transparence des délibérations.

II – La politique des pouvoirs publics vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique

A – La politique des prix

Dans son analyse, la Cour souligne que la politique des prix n'est pas orientée vers l'achat au meilleur prix et relève certains dysfonctionnements du CEPS. La CCMSA suggère qu'une place de l'AMO (assurance maladie obligatoire) renforcée, au sein du CEPS favoriserait une meilleure prise en compte des contraintes des gestionnaires.

III – L'action sur la prescription et la consommation

A – L'information des prescripteurs

La Cour observe, sur la base de plusieurs exemples, que l'AFSSAPS remplit insuffisamment sa mission d'information des prescripteurs, regrette l'absence de stratégie d'ensemble sur cette question et relève le positionnement incertain du FOPIM. La Cour rappelle également que la LFSS, pour 2001, prévoyait la mise en place d'une base de données sur les médicaments et les dispositifs médicaux.

La CCMSA ne peut que partager cet avis et regretter, en effet, le manque d'information des prescripteurs par la puissance publique (l'AFSSAPS) qui permettrait d'améliorer le bon usage du médicament. La CCMSA agit actuellement pour que le FOPIM diffuse plusieurs fiches avant l'été.

B – Une action encore faible de l'assurance maladie

La Cour souligne le manque de campagne d'information grand public et cite seulement celle relative aux antibiotiques. La campagne sur les génériques a également eu de bons résultats. S'agissant du faible nombre d'AcBUS consacré aux médicaments (sur les 54 AcBUS publiés en 5 ans, seuls 3 sont relatifs aux médicaments) la Cour s'interroge sur la capacité de ces dispositifs pour réduire la consommation globale des médicaments et examine un autre levier, celui du développement d'actions de sensibilisation (individuelles et collectives) via un retour personnalisé d'informations aux professionnels de santé.

La CCMSA partage l'intérêt de la Cour quant au développement d'action de sensibilisation et participe actuellement à l'élaboration d'un projet sur l'ALD 13 (insuffisance coronarienne). En outre, le régime agricole effectue depuis 2003, à travers son action « séniors, soyez acteurs de votre santé », une sensibilisation des personnes âgées à l'usage du médicament. Des réunions d'information et l'utilisation d'un agenda

sont les points de référence de cette action qui a déjà touchée plus de 15000 séniors.

Par contre, s'agissant du retour personnalisé d'informations aux professionnels de santé, la CCMSA s'étonne du constat fait par la Cour « de la quasi-généralisation du dispositif ».

La Cour relève par ailleurs, que l'AMO ne dispose pas de moyens coercitifs en cas de mauvais usage des médicaments, notamment en cas de prescriptions hors AMM. La CCMSA partage ce constat et considère, qu'effectivement il faudrait pouvoir mettre en place des moyens de contrôle et de détection. Actuellement, l'apposition du sigle « NR. non remboursable » sur les ordonnances n'est pas fait et n'est pas contrôlable avec les systèmes informatisés et la télétransmission.

La CCMSA soutient par ailleurs la proposition de la Cour visant à rendre opposable au remboursement les posologies, la durée de traitement, les contre-indications, les interactions médicamenteuses (actuellement seules les indications sont opposables) ainsi que certaines préconisations de la commission de transparence.

REPONSE DU COMITE ECONOMIQUE DES PRODUITS DE SANTE

Le Comité économique des produits de santé souhaite présenter les observations suivantes sur trois des thèmes traités par la Cour dans le chapitre consacré à la politique du médicament, qui concernent respectivement le rôle du comité, les tarifs forfaitaires de responsabilité (TFR) et les relations conventionnelles avec les entreprises pharmaceutiques.

Sur le rôle du comité, la Cour présente la politique des prix comme une politique d'achat, pour constater que cette politique ne serait pas orientée vers l'achat au meilleur prix. Le comité ne considère pas que sa mission, telle que la définit la loi, fasse de lui un acheteur, mais bien un régulateur. Aucun système, passé ou présent, d'administration des prix par l'Etat n'a d'ailleurs jamais confondu les deux rôles. Comme régulateur, le comité a certes pour mission de veiller à ce que le niveau général des prix qu'il détermine n'entraîne pas, par lui même, de dépenses injustifiées, mais il doit également respecter d'autres contraintes, tenant notamment à l'insertion du marché français dans le marché européen ainsi qu'à l'égalité de traitement entre entreprises – et donc à l'équilibre des prix relatifs en France. L'obtention, produit par produit, du prix mondial le plus bas ne saurait constituer le critère de l'accomplissement de sa mission par le comité. La politique des prix n'a

au demeurant pas vocation à constituer le fondement principal de la politique du médicament, pas plus que le niveau des prix ne constitue la principale explication de la croissance des dépenses. La Cour à cet égard surestime fortement le rôle des prix, parfois effectivement très élevés, des médicaments récents dans ce qu'on appelle l'effet structure. Celui-ci reste alimenté par la progression de classes (statines, IPP) ou de médicaments assez anciens et si, comme la Cour le souhaite par ailleurs, tous les médicaments dont la Commission de la transparence a jugé le service médical rendu insuffisant étaient déremboursés, on constaterait aussitôt un effet structure positif massif.

La création des TFR est présentée par la Cour comme un moyen de promotion des génériques. Ce n'est pas le cas. Ils ont été institués avec le seul objet de réaliser rapidement les économies que la substitution ne permettait pas d'apporter et constituent plutôt, de ce point de vue, une alternative. Le comité a cependant, dans les propositions qu'il a formulées pour leur mise en œuvre, et dans une perspective de plus long terme, pris le plus grand soin de préserver la dynamique du marché générique.

Sur les relations conventionnelles avec l'industrie, décrites par la Cour avec exactitude, le comité ne partage cependant pas certaines conclusions. Il souligne d'abord que la complexité du système, au demeurant parfaitement compris par les entreprises, reflète exclusivement la nécessité d'ajuster, à rendement égal, les prélèvements aux orientations de la politique du médicament. Il remarque, en second lieu, que la baisse du ratio remises sur dépenses de médicaments correspond très strictement à la baisse du dépassement global des ventes par rapport au taux fixé par le Parlement et qu'il n'y a pas lieu de la déplorer ; l'objectif est que ce taux ne soit pas dépassé et qu'il n'y ait donc pas de remises du tout. Il marque enfin un désaccord formel avec l'opinion de la Cour sur la mutualisation des remises. Ce mécanisme est en effet le seul qui permette, dans les classes où plusieurs entreprises sont en concurrence, de sanctionner une croissance injustifiée des volumes sans prendre parti sur les parts de marché des concurrents.

REPONSE DE L'AGENCE FRANCAISE DE SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTE

I – L'action de la commission de la transparence

1/ L'évaluation des médicaments :

La mission d'évaluation de la commission de la transparence :

La mission de la commission de la transparence est d'évaluer les médicaments en vue de leur prise en charge (inscription sur la liste des spécialités remboursables et/ou la liste des médicaments admis aux collectivités) ou du maintien de celle-ci (réinscription, réévaluation des médicaments). Dans le cadre de cette mission, elle a rendu, 311 avis pour des demandes d'inscription (inscription initiale ou extension en 2002 d'indication). En 2003 elle a rendu 267 avis pour des demandes d'inscription et a également rendu 138 avis de réévaluation en vue de la baisse de taux (72 avis) ou du déremboursement (66 avis) de médicaments déjà inscrits. Sur la base de cette réévaluation, qui complétait celle effectuée entre 1999 et 2001, le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées a décidé une baisse de taux de remboursement de 65 % à 35 % pour plus de 600 présentations de médicaments (JO du 19 avril 2003), et 84 spécialités ont été déremboursées.

L'expression du service médical rendu (SMR), si elle comprend bien cinq niveaux, n'est volontairement pas exprimée par des chiffres pour éviter tout risque de confusion avec l'ASMR. Par ailleurs le SMR n'est pas le seul élément déterminant le taux de remboursement, puisque la gravité de la pathologie, bien qu'elle soit prise en compte dans l'évaluation du SMR, intervient à nouveau dans cette détermination.

La mission d'information de la commission de la transparence :

En matière d'information, les textes actuels ne confient pas de mission d'information à la commission. Ils précisent seulement (article R. 163-20 du code de la sécurité sociale) qu'elle donne un avis sur des documents d'information, notamment les documents d'information à l'usage des praticiens portant sur la comparaison des médicaments de la même classe pharmaco-thérapeutique ou à même visée thérapeutique (il s'agit des fiches de transparence), les fiches d'information thérapeutique, des recommandations de bonne pratique et les références médicales établies par l'AFSSAPS.

Malgré cette absence de fonction d'information, la commission de la transparence a néanmoins pris l'initiative de rendre publics ses avis sur Internet depuis 2001.

En ce qui concerne les fiches d'information thérapeutique, il est à noter que celles ci découlent du choix de la direction générale de la santé et de la direction de la sécurité sociale de placer un médicament sous statut de médicament d'exception. Dans ce cas une fiche d'information thérapeutique doit être élaborée et validée par la Commission de la transparence. Leur nombre n'est donc en aucun cas un indicateur d'activité en matière d'information.

En ce qui concerne les fiches de transparence, l'activité a été récemment relancée avec la parution prévue d'ici septembre d'un recueil sur l'antibiothérapie et les autres traitements anti-infectieux. Ce recueil, intitulé « fiches de transparence en pathologie infectieuse communautaire » rassemble 18 fiches de transparence: 16 fiches traitant chacune d'une classe d'antibiotiques, une fiche sur les antiparasitaires, une sur les antifongiques systémiques, et une fiche sur les traitements de l'herpès et du zona chez les sujets immunocompétents.

Enfin, l'évaluation indication par indication est indispensable, tant pour le SMR que pour l'ASMR, pour plusieurs raisons : le rapport efficacité/effets indésirables varie selon les indications, ainsi que les stratégies thérapeutiques, les populations cibles. Les autres médicaments disponibles peuvent également être de nombre et de performance variable selon l'indication. Les performances intrinsèques du produit, la gravité de la pathologie traitée et le niveau de la couverture thérapeutique existante sont donc variables selon les indications. Ceci permet par la suite à la négociation de prix d'être conduite de façon éclairée.

2/ La réforme en cours :

L'insertion indique que la réforme de la commission permet le renforcement de ses missions d'information. Là encore il est à noter que la commission n'a pour l'instant pas de mission d'information.

A) Un poids plus important des scientifiques :

La commission n'a aucune mission d'ordre médico-économique. Sa vocation est en effet d'évaluer sur des critères scientifiques le service médical rendu et l'amélioration du service médical rendu des médicaments. Cette mission est un préambule à l'admission au remboursement, dissociée de l'analyse médico-économique. L'intégration de compétences économiques en son sein est donc sans fondement, et elle a été logiquement supprimée par le décret du 26 septembre 2003.

B) Un renforcement des moyens de fonctionnement :

L'arrêté du 20 novembre 2003 prévoit simplement la nomination du secrétaire général de la commission de la transparence. La refonte de l'organisation interne a été faite début 2004 à l'initiative de l'Afssaps, après accord du comité d'orientation du FOPIM. Le secrétariat de la commission de la transparence comptera, une fois achevés les recrutements en cours, 48 emplois dont 16 financés par le FOPIM ainsi que 16 emplois au secrétariat de la CEPP, soit un total de 64 par les deux secrétariats (contre 34 précédemment).

C) Des procédures mieux définies :

La gestion des conflits d'intérêt fait l'objet d'une réflexion globale à l'AFSSAPS pour systématiser le dépôt des déclarations d'intérêt complétées avant intervention des rapporteurs et préciser la doctrine de gestion de ces conflits. Cette réflexion est approfondie au secrétariat de la commission de la transparence, avec le recrutement d'un juriste dont une des missions est, en liaison avec la cellule veille déontologique de l'AFSSAPS, de veiller au bon recueil et traitement de l'information reçue des experts sur leurs intérêts.

Par ailleurs, la procédure d'adoption des avis a toujours été contradictoire. L'article R. 163-16 du code de la sécurité sociale précise que l'entreprise peut, dans les huit jours suivant la réception de l'avis de la commission, « demander à être entendue par la commission ou présenter ses observations écrites. La commission peut modifier son avis compte tenu des observations présentées ».

D) La réforme des critères d'admission au remboursement :

Le renouvellement d'inscription au remboursement n'est en aucun cas l'occasion de mesurer ex post le rapport bénéfice/risque réel, ce qui est de la responsabilité de la commission d'AMM et de la commission de la pharmacovigilance tout au long de la vie du médicament après sa mise sur le marché. La Commission de la transparence aura en revanche à évaluer la réalité du SMR et, le cas échéant, de l'ASMR, en fonction des nouvelles données disponibles et notamment du résultat des études post inscription qu'elle aura demandées et qui auront fait l'objet d'un accord du laboratoire traduit par un avenant à la convention qu'il signe avec le CEPS. Ces études peuvent être descriptives des conditions de prescription et d'utilisation, permettant de repérer d'éventuels mésusages du médicament, ou des études d'impact permettant de vérifier que le médicament apporte, en situation réelle, un service médical conforme à l'évaluation initiale faite sur la base des essais cliniques.

Il est également à signaler que la commission de la transparence indique dans son avis, lorsqu'elle le juge nécessaire, la nécessité d'une réévaluation du médicament et de son ASMR au vu de données complémentaires à soumettre dans un délai qu'elle fixe. Ceci peut être notamment le cas pour des médicaments ayant obtenu une AMM communautaire sous circonstances exceptionnelles, le niveau d'ASMR accordé devient ainsi, comme l'AMM, conditionnel, la firme s'engageant à fournir annuellement de nouvelles données. Ceci répond à la remarque de la Cour sur la nécessité d'une évaluation temporaire.

III – L'action sur la prescription et la consommation

A) Les lacunes de la mission d'information de l'AFSSAPS

La cour centre son analyse sur trois points : la mise en place d'une base de données sur les AMM, le FOPIM et l'observatoire des prescriptions, qui pour les deux derniers sont exercés pour le compte du ministre et pour lesquels l'agence n'est pas décisionnaire. En fait, l'AFSSAPS a développé de nombreux autres outils d'information des prescripteurs.

L'AFSSAPS a comme mission propre d'informer les prescripteurs sur l'évaluation du rapport bénéfice / risque du médicament et son bon usage. Le bilan de son action, tel qu'il figure dans son rapport annuel 2003, est consultable en ligne (www.afssaps.sante.fr). Il mentionne les différents documents d'information produits (21 lettres aux prescripteurs, 4 mises au point, 15 recommandations de bonnes pratiques), la coordination mise en place avec l'ANAES (13 recommandations de bonnes pratiques co-produites), et l'activité d'émission des bulletins des vigilances. Ce bilan mentionne également les relations avec la presse, vecteur d'information des professionnels et détaille les évolutions du site internet, dont la fréquentation a été multipliée par 7 depuis 2000 pour atteindre 7000 visiteurs / jours et 10 000 abonnés à la liste de diffusion. Certains documents d'information atteignent 50 000 téléchargements par an, témoignant de la possibilité d'atteindre, par cette mise à disposition d'une information pertinente sur Internet, une proportion notable des prescripteurs. Cette partie de l'activité de l'AFSSAPS n'a pas fait l'objet du contrôle de la Cour et n'apparaît pas dans l'insertion.

1/ La base de données médicament :

Le projet AMM est, comme l'indique le rapport, en cours de développement, avec la reprise des AMM depuis 1999 prévue d'ici la fin 2004, ce qui conduira à avoir 5 000 AMM dans la base à cette échéance. La reprise du reste du stock est difficile à conduire pour des raisons techniques et l'étude est en cours pour définir la meilleure conduite de projet possible.

En ce qui concerne les avis de la transparence, la reprise du stock n'a pas été décidée à ce jour car elle n'apparaît pas prioritaire. Les avis sont en effet datés car retraçant un état comparatif à un moment donné qui devient ensuite obsolète. L'effort a porté sur l'amélioration de la rédaction des nouveaux avis. A moyen terme l'intégration des avis de la transparence dans la base AMM est prévue.

L'agence a entrepris de se doter d'un schéma directeur des systèmes d'information, qui fixera parmi ses priorités l'exhaustivité de la base de données sur les AMM ainsi que l'interconnexion de cette base avec les autres informations disponibles sur le médicament (avis de la transparence et répertoire des génériques), en y affectant les ressources

nécessaires. L'agence a d'ores et déjà publié mi juillet un appel d'offres pour la simple reprise informatique en vue d'intégration dans la base de 600 AMM antérieures à 1999 dans le cadre de l'application du nouveau décret sur la rétrocession hospitalière. Cet appel d'offres se révèle infructueux à ce jour, ce qui montre la difficulté technique du sujet.

Plus globalement, la possibilité de sous-traiter l'élaboration de la "banque indépendante des produits de santé" fait l'objet d'une étude de faisabilité dont l'appel d'offres a également été lancé courant juillet. C'est un sujet complexe au plan technique qui suppose que la base AMM de l'AFSSAPS ait pu être complétée. La faisabilité juridique d'une base de ce type financée sur fonds publics doit également être explorée compte tenu du principe constitutionnel de la liberté du commerce et de l'industrie.

2/ Le FOPIM :

Le secrétariat du FOPIM a répondu aux commandes du comité d'orientation en proposant différents outils de communication et de projets. Les arbitrages finalement rendus par le ministère de la santé n'ont pas conduit à retenir ces projets.

Les premières fiches produits seront mises en ligne avant l'été, et les fiches de transparence diffusées en septembre. Les fonds des deux appels à projets sur les revues et les projets innovants seront versés dans les trois mois. En outre le FOPIM, en 2002, a financé une campagne d'information sur les médicaments génériques.

Enfin la diffusion d'informations de bon usage des produits de santé a déjà fait l'objet de coordination entre institutions, que ce soit pour le bon usage des antibiotiques (DGS/CNAM/AFSSAPS), pour la canicule (DGS / INPES / INVS / AFSSAPS), et très récemment avec l'ANAES sur les traitements hormonaux de substitution.

3/ L'observatoire des prescriptions :

Sur le travail de l'observatoire national des prescriptions et consommations des médicaments et les moyens mis à sa disposition par l'AFSSAPS, il convient d'observer :

- qu'une équipe de 6 personnes temps plein, 2 secrétaires et un interne de santé publique étaient mis à la disposition de l'observatoire par l'AFSSAPS.

- que le programme de travail de l'observatoire a été fixé dans la lettre de mission signée par les ministres en juin 2001 et comportait principalement : le suivi de la chimiothérapie des cancers du sein, l'analyse de la classe des anti-ulcéreux, la création d'un répertoire des études et des sources d'information, la validation des protocoles des

études "post-AMM" à la demande de la commission de la transparence et du CEPS.

L'observatoire a travaillé sur l'ensemble de ces sujets, et si certains projets n'ont pas abouti, les causes ont été extérieures. Le bilan de son activité fait ainsi apparaître les travaux suivants :

- rapport sur l'étude de la prescription des antiulcéreux en ambulatoire (en cours de finalisation). L'Afssaps a pris en charge les frais d'achats des données nécessaires au rapport pour un total de 33 500 €.

- rapport sur les prescriptions et les consommations d'antiasthmatiques en France- juin 2001- (finalisation du travail du premier mandat).

- étude sur les traitements médicamenteux du cancer du sein en France : Un protocole a été élaboré avec l'aide d'un comité scientifique d'experts cliniciens. Il s'est avéré qu'une étude similaire a été débutée par la CNAM en 2003. Le projet de l'observatoire a donc été suspendu, pour ne pas être redondant.

- étude sur les déterminants de la prescription des antidépresseurs au long cours France (poursuite du travail du premier mandat). Le conseil scientifique et le conseil d'Administration de l'Afssaps avaient donné leur accord pour une participation de 200 000 F (30 000 €) dans le cadre d'un financement tripartite avec le PHRC (programme hospitalier de recherche clinique) et la FRM (fondation pour la recherche médicale). C'est l'absence d'accord de financement de ces deux organismes qui a contraint l'Observatoire à annuler le projet et non l'absence de financement de la part de l'Afssaps.

- constitution d'un « répertoire des études et des sources de données sur l'utilisation et la consommation des médicaments », pour lequel l'Afssaps a pris en charge toute la logistique de mise au point du projet et du dossier CNIL ainsi que l'ensemble des frais de mailing pour l'envoi des 4 800 questionnaires.

CHAPITRE XII

LES QUESTIONS DE RETRAITE

II – Les dispositifs de solidarité au sein des régimes de retraite

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DE RETRAITE DES AGENTS DES COLLECTIVITES LOCALES

Vous précisez que l'administration fait maintenant droit à chaque demande de pension à jouissance immédiate pour quinze ans de services et trois enfants déposée par un fonctionnaire masculin.

Je tiens, sur ce point, à signaler que le service gestionnaire de la CNRACL rejette systématiquement les demandes de cette nature, conformément à la réglementation et aux instructions qu'il a reçues des ministères de tutelle du régime. Lorsque le requérant utilise la procédure du recours contentieux, le service gestionnaire exécute les décisions des tribunaux administratifs, favorables aux intéressés et ne se pourvoit pas en appel.

GLOSSAIRE

AAH	Allocation aux adultes handicapés
ACBUS	Accord de bon usage des soins
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 agrée
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AHI	Accueil – hébergement - insertion
AGIRC	Association générale des institutions de retraite des cadres
API	Autorisation de programme individualisée
ALD	Affection de longue durée
ALS	Allocation de logement à caractère social
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
ARRCO	Association des régimes de retraite complémentaire
ASMR	Amélioration du service médical rendu
ASV	Avantage social vieillesse
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
BMAF	Base mensuelle des allocations familiales
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
CAVICORG	Caisse interprofessionnelle d'assurance vieillesse des industriels et commerçants d'outre mer et français à l'étranger
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
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
CMU	Couverture maladie universelle
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNAM	Caisse nationale de l'assurance maladie
CNAVPL	Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales
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
CNPS	Centre national des professions de santé
CNRACL	Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
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
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
CRFPP	Centres régionaux de formation et de perfectionnement professionnels
CRPCEN	Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires
CSG	Cotisation sociale généralisée
CSS	Code de la sécurité sociale
CTRI	Comité technique régional et inter-départemental
C3S	Contribution sociale de solidarité des sociétés
DADS	Déclarations annuelles de données sociales
DCI	Dénomination commune internationale
DGCP	Direction générale de la comptabilité publique
DGI	Direction générale des impôts
DGS	Direction générale de la santé
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
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	Echange de données informatisées
EIC	Echantillon inter-régimes de cotisants
EIR	Echantillon inter-régimes des retraités
EHPAD	Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
EMEA	European medicines evaluation agency
EMI	Entraide médicale internationale
ENIM	Etablissement national des invalides de la marine
ENSM	Echelon national du service médical
ENSP	Ecole nationale de la santé publique
EPAS	Echantillon permanent des assurés sociaux
ERSM	Echelon régional du service médical
ETI	Employeurs travailleurs indépendants (cotisants)
ETP	Equivalent 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

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
FNORS	Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé
FNPEIS	Fonds national de prévention, d'éducation et d'informations sanitaires
FOPIM	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
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
GERS	Groupement d'études et de recherche sur la santé
GIP	Groupement d'intérêt public

GPEC	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (ou des carrières)
GRPS	Groupement régional de santé publique
GVT	Glissement-vieillesse-technicité
HAD	Hospitalisation à domicile
IJ	Indemnités journalières
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
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
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
LOOM	Loi d'orientation relative à l'outre-mer
LPPR	Liste des produits et prestations remboursables
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MDA	Majoration de la durée d'assurance
MIRCOSS	Mission interministérielle de réforme de la comptabilité des organismes de sécurité sociale
MSA	Mutualité sociale agricole
OC	Organisme conventionné

ODD	Objectif de dépenses déléguées
ODAC	Organismes divers d'administration centrale
ODASS	Organismes dépendant des assurances sociales
OMRF	Outil de maîtrise du risque financier
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
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
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
RMA	Revenu minimum d'activité

RMI	Revenu minimum d'insertion
RMO	Références médicales opposables
RSA	Résumé de sortie anonymisé
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
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
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
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
UNAFORMEC	Union nationale pour la formation médicale continue
UGECAM	Union pour la gestion des établissements de caisse d'assurance maladie
UNEDIC	Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce
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