

COUR DES COMPTES

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.

septembre 2001

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

Le présent rapport répond à cette obligation législative : c'est le quatrième à s'inscrire dans ce cadre, même si la Cour avait diffusé, auparavant, suite à la loi du 25 juillet 1994, trois rapports sur la sécurité sociale qui avaient déjà des objectifs voisins. Le rapport a pour ambition, comme ses prédécesseurs, d'apporter au Parlement des informations et analyses propres à éclairer les débats sur la sécurité sociale et de formuler des recommandations destinées à l'administration et aux organismes de sécurité sociale*.

Il comprend quatre parties :

- la première partie examine, de façon approfondie, l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 et les comptes de la sécurité sociale pour cette même année ; y sont examinés successivement les ressources, les dépenses, les soldes et leur financement ainsi que la qualité des outils - études et comptes - qui sont à la base de ces diagnostics ;
- la deuxième partie étudie un thème majeur, qui cette année est le financement de la sécurité sociale et ses relations financières avec l'Etat ; l'évolution de la structure des recettes et ses conséquences, avec en particulier la montée en puissance des impôts (de la CSG notamment) ; les relations financières complexes entre la sécurité sociale et l'Etat en tant que puissance publique, avec en particulier l'analyse de la place des dépenses fiscales dans la politique sociale ; enfin le recouvrement des recettes, avec notamment des questions tenant au rôle, au sein de la branche du recouvrement, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) ; tels sont les sujets principaux traités dans cette deuxième partie ;

* Pour une description du champ et des principales caractéristiques de l'organisation de la sécurité sociale, on se reportera à l'introduction du rapport de la Cour sur le financement de la sécurité sociale de septembre 2000.

- la troisième partie est, comme d'habitude, consacrée à la gestion des risques et à l'administration des organismes ; au titre de la gestion des risques, sont examinées en particulier l'assurance maladie et la retraite des non salariés non agricoles, les conditions de la mise en œuvre de la couverture maladie universelle (CMU), et les prestations familiales sous condition de ressources ; au titre de l'administration des organismes, on étudie la passation des marchés dans les organismes de base, et le fonctionnement des caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) ;
- enfin, la quatrième partie fait la synthèse de l'activité des comités régionaux et départementaux d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale (COREC et CODEC).

Au seuil du rapport, en préambule, figure un examen des suites qui ont été données à certaines recommandations que la Cour a émises ces dernières années. En raison du thème majeur du rapport, ces recommandations concernent deux sujets : le recouvrement des cotisations sociales et la gestion de l'ACOSS.

Sur tous les thèmes étudiés dans le rapport, la Cour a émis des recommandations. Le plan du rapport et le libellé des 107 recommandations figurent en annexe de cette synthèse.



Les conclusions générales du rapport sont regroupées dans cette synthèse sous six grandes rubriques. Certaines rejoignent, en les renforçant ou les complétant, les observations que la Cour a formulées les années précédentes, d'autres sont nouvelles, issues des sujets particulièrement étudiés cette année.

Les comptes

La première conclusion a encore trait aux **comptes**. La réforme visant à obtenir, plus rapidement, des comptes plus fiables et en droits constatés, est bien engagée mais doit être menée à son terme dans les plus brefs délais. La loi de financement de la sécurité sociale et la présentation des comptes consolidés doivent faire apparaître clairement l'intégralité des contributions publiques et des impôts et taxes affectés à la prise en charge de prestations et d'exonérations de cotisations dans une

nomenclature identique à celle utilisée dans le document sur les relations entre l'Etat et la sécurité sociale annexé à la loi de finances initiale. La Cour recommande la production d'une annexe commune aux deux lois.

C'est la première priorité, sur laquelle la Cour attire à nouveau l'attention avec la plus grande vigueur. Dans la situation actuelle, il n'est encore pas possible d'asseoir un diagnostic certain sur l'état des comptes. Il faut donc que l'application des recommandations de la MIRCOSS soit considérée par les différentes parties prenantes, les organismes de base, les caisses nationales, les pouvoirs publics, comme une priorité de très haut rang. Il est nécessaire en particulier que les comptes de 2001 soient bien établis, comme prévu, en droits constatés en **portant une attention toute particulière à l'estimation des provisions**.

L'imprécision des comptes ne modifie toutefois pas le constat selon lequel après avoir été équilibré l'an dernier, le régime général est **excédentaire en encaissement-décaissement** pour la première fois depuis onze ans. Cette amélioration tient pour l'essentiel à la bonne situation de l'emploi.

Grâce à elle, en effet, les ressources de **l'ensemble** des régimes de base (ensemble plus large que le régime général) se sont élevées à 1 886,3 MdF (287,6 Md€) en 2000, en croissance de 4,3 % sur 1999. De leur côté, les dépenses des régimes concernés par la loi (ce sont les régimes de plus de 20 000 cotisants ou ayant-droits) se sont élevées à 1 865,9 MdF (284,5 Md€), en croissance modérée pour la famille (+ 1,3 %), la vieillesse (+2,3 %), les accidents du travail et maladies professionnelles (+0,6 %), mais très vive pour la maladie (+6,1 %).

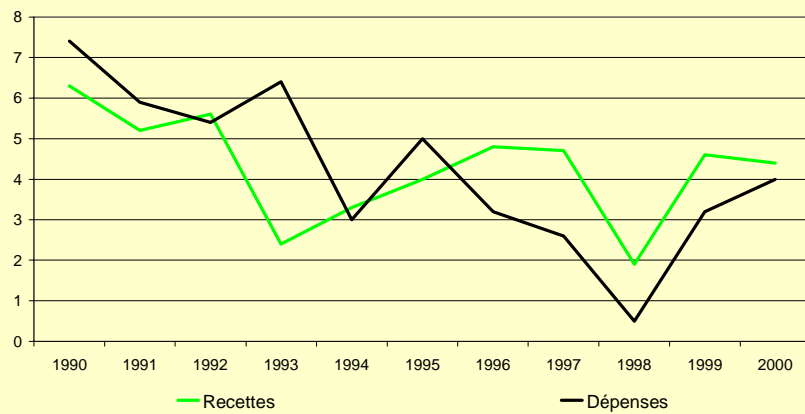
Cela étant, l'évaluation du résultat reste affectée d'une grande incertitude. Les difficultés liées au FOREC (qui regroupe et finance diverses exonérations de charges sociales, notamment celles liées à la réduction de la durée du travail), et surtout le fait que l'établissement chargé de sa gestion n'ait pas encore été créé, ont obscurci la signification des comptes pour 2000. Compte tenu de la décision du gouvernement de ne pas faire couvrir par l'Etat le déficit du FOREC, contrairement aux choix initiaux, celui-ci doit être considéré comme définitivement à la charge des régimes sociaux. Cette décision n'affecte pas le résultat en encaissement-décaissement puisque ne sont comptabilisées que les ressources effectivement reçues par les organismes de sécurité sociale. En revanche, l'excédent en droits constatés qui figure dans le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2001 n'est obtenu que parce que cette insuffisance de ressources est traitée dans les comptes comme une créance à recevoir de l'Etat. Si l'on considère qu'elle restera en fait à la charge de la sécurité sociale, le résultat du régime général en **droits constatés** devient **légèrement déficitaire** en 2000 : selon les

Solde annuel du régime général de la sécurité sociale depuis 1989



Source : Commission des comptes de la sécurité sociale . En droits constatés , les soldes pour 1999 et 2000 sont corrigés des observations de la Cour .

Taux de croissance annuel des recettes et des dépenses consolidées du régime général depuis 1990 (%)



Source : Commission des comptes de la sécurité sociale

Lecture : La hausse des recettes du régime général a été en 2000 de 4,4 % ; celle des dépenses de 4 % .

corrections de la Cour, il s'établit à -0,9 MdF (-0,1 Md€) (graphique ci-avant).

Depuis le dernier apurement des déficits des années 1996 et 1997, les résultats des exercices 1998-1999-2000 font apparaître, malgré l'amélioration de 1999 et de 2000, un déficit cumulé de 10,3 MdF (1,6 Md€) en encaissement-décaissement et de 12,0 MdF (1,8 Md€) en droits constatés, dès lors que le déficit 2000 du FOREC reste à la charge du régime général. Ces résultats ont été réalisés alors que la croissance économique de ces trois années a été excellente et que la progression des charges de retraite a été, notamment pour des raisons démographiques, faible. Cela montre bien que l'équilibre des comptes reste à conforter.

La production d'un bilan du régime général et d'un état des variations de sa trésorerie contribuerait utilement à clarifier le débat sur l'évaluation des résultats.

Cette clarification doit aussi permettre de mieux comprendre les diverses approches légitimes qui permettent d'appréhender le déficit ou l'excédent de la sécurité sociale : celle des comptes de la sécurité sociale, celle des comptes de la Nation, celle du compte de la protection sociale. La Cour recommande l'établissement et la publication de tableaux de passage entre les trois soldes dégagés dans chacune de ces comptabilités.

Le financement

Depuis vingt ans, le financement de la sécurité sociale s'est profondément diversifié (graphique ci-après). Le double mouvement de montée en puissance des contributions (notamment de la CSG) et de baisse des cotisations a constitué une évolution positive. Mais les changements dans les sources de financement et leur affectation, changements incessants dont la justification n'est pas évidente, rendent le financement complexe, opaque et peu compréhensible. Il est donc essentiel de **simplifier en les restructurant les relations financières entre Etat et sécurité sociale** et, une fois cette simplification faite, de ne plus les modifier tous les ans au gré des besoins de financement.

La création de **fonds** isolant soit des dépenses soit des recettes peut contribuer à cette transparence, mais à condition que leur champ soit bien défini et que leur financement soit adapté à leur mission, stable dans le temps, et assure leur équilibre. Les fonds actuels ne remplissent pas, pour la plupart, ces conditions et sont donc, au contraire, un élément supplémentaire de complexité. D'ailleurs, ils sont trop nombreux et

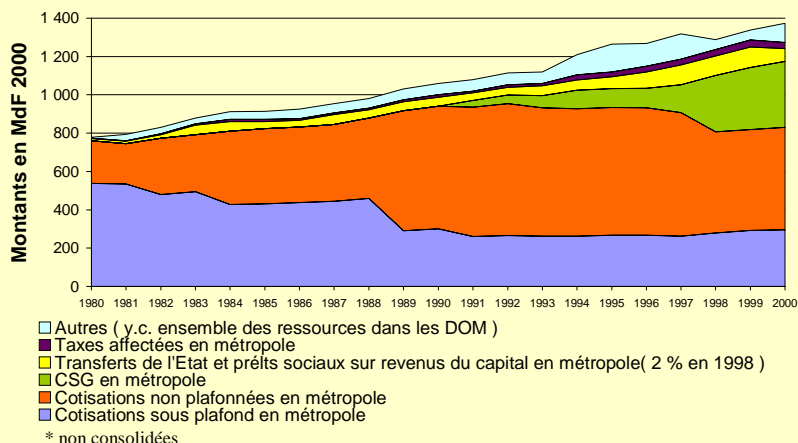
Evolution des ressources* de la sécurité sociale 1980 - 2000

en MdF (Md€) et en %

	1980		2000	Taux d'évolution annuel moyen de 1980 à 2000	
	Francs courants	Francs 2000		en valeur**	réel***
Régimes de base	572,9	1234,6	1993,6	6,4	2,6
<i>dont régime général</i>	<i>361,9</i>	<i>779,9</i>	<i>1373,7</i>	<i>6,9</i>	<i>2,9</i>
Régimes complémentaires	63,3	136,5	328,3	8,6	4,5
FSV			93,4		
Total sécurité sociale	636,2	1 371,1	2415,3	6,9	2,9

* non consolidées, ce qui explique, pour les régimes de base et le régime général, les écarts en 2000 avec le texte de cette synthèse et les tableaux du chapitre 1 du rapport. ** c'est-à-dire en francs courants. *** c'est-à-dire en francs constants. Les estimations en francs 2000 ont été obtenues à partir de l'indice des prix de détail de la consommation des ménages hors tabac.

Evolution des ressources* du régime général entre 1980 et 2000



disparates : il faudrait réserver le nom et la technique aux seules entités dotées de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

Par ailleurs, la Cour insiste sur la nécessité de favoriser la réalisation du plan de marche prévu du **fonds de réserve des retraites** de façon à le mettre en mesure, le moment venu, de jouer son rôle. Il conviendrait d'une part de préciser et stabiliser le financement du fonds (il doit passer de 20 MdF (3,1 Md€) actuellement à 1 000 MdF (152,5 Md€) en 2020) et d'autre part de préciser sa politique de placement financier.

Enfin, l'absence de logique qui préside aux modes de rémunération des services réciproques que se rendent, dans le domaine social, l'Etat et la sécurité sociale, notamment la branche famille, est frappante. Quand ils le sont, ces services sont facturés de façon très variable, sans réel fondement. Une réorganisation, fondée sur **des principes homogènes et de vraies comptabilités analytiques**, s'impose.

Le recouvrement

Les organismes chargés du recouvrement doivent développer les **contrôles d'assiette**, aussi bien le régime général, c'est-à-dire l'ACOSS et les URSSAF, que les régimes complémentaires et de professions indépendantes. Dans un esprit voisin, la connaissance et la gestion des exonérations de cotisations sociales doivent être plus précises, ne serait-ce que pour connaître avec exactitude la dette de l'Etat et du FOREC au titre du remboursement de ces exonérations. Le dispositif d'exonérations est d'ailleurs très complexe et il faut sans doute s'efforcer de le simplifier. D'une façon générale, l'assiette des cotisations sociales – son périmètre et son évolution dans le temps – est trop peu connue et étudiée. Aussi la Cour reviendra-t-elle sur cette question ultérieurement.

Le **rôle de l'ACOSS**, pour centraliser et agréger les comptes, et pour que soient produites les informations nécessaires à la connaissance et au pilotage du recouvrement, doit profondément évoluer. L'autonomie des URSSAF ne s'oppose pas à la nécessité d'améliorer, grâce à ces évolutions, les comptes et la politique du recouvrement. Il faut renforcer le rôle de tête de réseau de l'agence centrale. Cela suppose de prendre les dispositions et textes nécessaires, et d'accroître les compétences techniques des agents de l'ACOSS.

Les « dépenses fiscales » dans le domaine social

L'analyse conduite dans le rapport sur les « **dépenses fiscales** », c'est-à-dire les exonérations et allègements fiscaux, dans le domaine

social conduit à plusieurs observations. Leur raison d'être, leur estimation, leur impact, direct et indirect, sont trop peu connus, trop peu étudiés. Il en résulte un réel biais dans l'appréciation de notre politique sociale : elle est, si l'on agrège exonérations fiscales diverses et prestations, très différente dans son ampleur et dans ses effets (sur les divers groupes de bénéficiaires) de ce qu'on croit communément en ignorant les dépenses fiscales. Il conviendrait de consacrer des moyens accrus à l'étude et à la diffusion d'analyses permettant, dans un premier temps une meilleure compréhension et une clarification de la situation, dans un second une réorganisation, au moins par « blocs », de l'aide publique dans le domaine social, pour qu'elle soit à la fois plus efficace et plus équitable.

La maîtrise des dépenses d'assurance maladie

L'évolution des dépenses d'assurance maladie en 2000 et les conditions d'application de la loi de financement de la sécurité sociale illustrent la difficulté persistante que rencontre la maîtrise des dépenses de santé.

La recherche d'une meilleure maîtrise pourrait être facilitée à moyen terme par l'engagement de programmes d'actions venant compléter le dispositif existant :

- un **programme d'études et de recherches** destiné à mieux connaître et faire connaître les déterminants du système de santé et son articulation avec l'état sanitaire général ;
- un effort pour **placer la loi de financement dans le cadre d'objectifs plus larges**, et à caractère pluriannuel, de santé publique, qui relie mieux les dépenses de soins aux actions en matière d'hygiène et de comportements alimentaires d'un côté, aux politiques de prévention de l'autre ; cela suppose de donner un contenu plus précis et plus efficace à l'article 1 de la loi, au prix d'une sélectivité et d'une stabilité plus grandes dans le choix et la conduite des programmes prioritaires.

Se dégagent, en outre, des analyses conduites par la Cour cette année, deux conclusions précises.

D'abord, le **nouveau mode de régulation** instauré par la loi de financement pour 2000 n'a pas fait ses preuves : d'une part, la délégation à la CNAMTS de la gestion d'un objectif de dépenses de ville, avec trois rapports d'équilibre en cours d'année, n'a pas donné les résultats escomptés et pose des problèmes de fond ; d'autre part, les autres mesures de régulation n'ont pas été mises en œuvre, ou trop peu. Cette

insuffisance des outils destinés à assurer le respect de l'objectif fixé par la loi – et cela vaut aussi pour les dépenses de médicament – est devenu patente dès lors que l'irréalisme de cet objectif a conduit les pouvoirs publics à retenir la dépense probable de 2000 comme base de l'objectif 2001 figurant dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.

Ensuite, **la politique du médicament** doit être profondément modifiée. La réactivité du dispositif devrait être accrue : en particulier le service rendu par chaque médicament, son prix, son efficacité devraient être réexaminés beaucoup plus fréquemment. Par ailleurs, il est regrettable que les institutions publiques en charge d'analyser les propriétés thérapeutiques des médicaments, de mesurer le service médical qu'ils rendent et d'autoriser leur mise sur le marché ne puissent fournir au corps médical l'ensemble des informations objectives qu'elles rassemblent à l'occasion de l'exercice de leurs missions. De ce fait, l'information des prescripteurs est quasiment abandonnée à la seule industrie pharmaceutique. L'Etat, en liaison avec les universités et l'assurance maladie, devrait développer une expertise médicocientifique autonome. Enfin, une amélioration des conditions dans lesquelles fonctionne la commission de la transparence est indispensable car les évaluations et réévaluations faites à ce stade déterminent largement les décisions prises en aval et l'évolution des dépenses de remboursement.

Mettre en œuvre ces trois priorités – réactivité, diffusion d'informations indépendantes, amélioration du fonctionnement au stade de l'évaluation du service médical rendu et de son amélioration par les nouveaux produits – permettrait au marché du médicament de ne plus être, comme actuellement, un marché où l'offre influence trop fortement la demande.

Ces remarques sont d'autant plus importantes que l'accélération de la croissance des dépenses de médicaments fait de la maîtrise de cette évolution un élément déterminant pour la régulation d'ensemble des dépenses d'assurance maladie.

Si l'on y ajoute le constat, toujours actuel, que la Cour avait dressé dans son précédent rapport, de la nécessité d'une réforme de la politique conventionnelle entre l'assurance maladie et les professions de santé, et celui fait dans le présent rapport des limites qu'a rencontrées en 2000 l'encadrement des dépenses d'hospitalisation, il apparaît que c'est une réflexion sur les modes de régulation de chacun des principaux postes des dépenses d'assurance maladie qui est aujourd'hui indispensable.

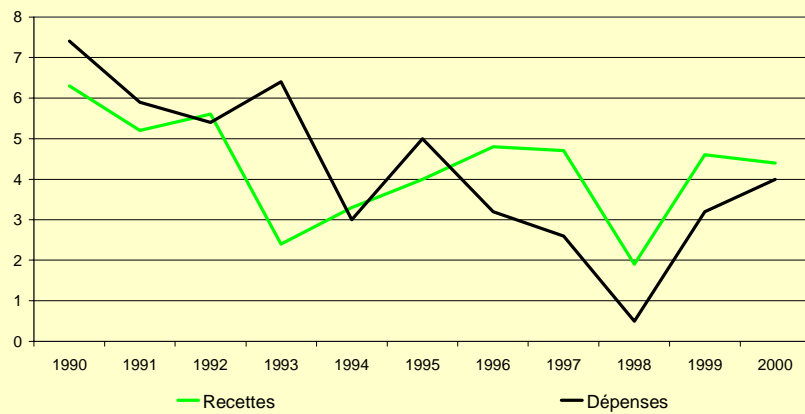


Solde annuel du régime général de la sécurité sociale depuis 1989



Source : Commission des comptes de la sécurité sociale . En droits constatés , les soldes pour 1999 et 2000 sont corrigés des observations de la Cour .

Taux de croissance annuel des recettes et des dépenses consolidées du régime général depuis 1990 (%)



Source : Commission des comptes de la sécurité sociale

Lecture : La hausse des recettes du régime général a été en 2000 de 4,4 % ; celle des dépenses de 4 % .

SOMMAIRE ET RECOMMANDATIONS DU RAPPORT

Introduction

CHAPITRE PRELIMINAIRE

LES SUITES DONNEES AUX RECOMMANDATIONS PRECEDENTES DE LA COUR

- I - Cotisations et recouvrement
- II - L'ACOSS

Première partie – Le financement et les comptes

CHAPITRE I

LES RESSOURCES DE LA SECURITE SOCIALE EN 2000

- I - La prise en charge des exonérations de cotisations sociales
- II - Les ressources des régimes
- III - Les autres dispositions de la loi de financement ayant une incidence sur les ressources de la sécurité sociale

Recommandation

Imputer comptablement les cotisations prises en charge par l'Etat en contributions publiques, celles prises en charge par le FOREC étant traitées comptablement comme des transferts et établir un compte consolidé du FOREC avec les organismes de sécurité sociale.

CHAPITRE II

LES DEPENSES DE LA SECURITE SOCIALE EN 2000

- I - Les objectifs de dépenses
- II - Les dépenses de la branche famille
- III - Les dépenses de la branche vieillesse
- IV - Les dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles
- V - Les dépenses d'assurance maladie
- VI - Les enveloppes budgétaires des établissements de santé
- VII - Les dépenses de médicament en ville

Annexe : Mesures en matière de politique du médicament

Recommandations

VI

Effectuer un bilan de l'emploi du crédit de 2 000 MF (304,9 M€) accordé en 2000 sur le budget de l'Etat pour financer le remplacement des personnels hospitaliers absents : nombre d'agents embauchés, modalités de recrutement.

Prévoir les crédits budgétaires nécessaires au financement en 2001 des personnels de remplacement, faute de quoi ces dépenses seront à la charge de l'assurance maladie dans des conditions non prévues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.

Réintégrer les dépenses de personnels de remplacement dans les dépenses hospitalières encadrées et dans l'ONDAM, comme la Cour l'a déjà demandé en 2000.

Mettre en place le bilan des crédits fléchés, tout en limitant le nombre des enveloppes régionales affectées.

Recenser le montant des engagements pluriannuels pris par les ARH dans les contrats d'objectifs et de moyens signés avec les établissements publics et privés.

VII

Développer la formation initiale et continue sur la prescription, ainsi qu'une information objective. En particulier, publier les avis de la

commission d'AMM et de la commission de la transparence, ainsi que les fiches de transparence, au plus tard en même temps que la décision d'admission au remboursement. Par ailleurs, l'élaboration et la diffusion aux prescripteurs de « recommandations de bonne pratique » en matière de prescription de médicaments devraient se développer.

Accorder une place plus large, dans la régulation financière, à la variation des prix, plutôt qu'à un système de remises en fin d'année. Les prix devraient être réexaminés régulièrement et fréquemment, en fonction de l'arrivée de nouvelles molécules, de l'élargissement des indications et de la progression des volumes vendus.

Mener une réflexion spécifique sur les médicaments et classes les plus coûteux.

Elle devrait porter sur leur efficacité, c'est-à-dire sur le rapport entre leur coût et leur efficacité, la réévaluation du SMR n'ayant en réalité porté que sur l'aspect de l'efficacité, et n'ayant donc pas eu de portée pour ces médicaments généralement innovants ; cette réflexion devrait être menée en termes de santé publique. Elle devrait aussi permettre des révisions de prix suivant de manière suffisamment réactive l'évolution, aujourd'hui beaucoup plus rapide, du marché.

Compléter, comme l'a annoncé le 11 juin 2001 la ministre de l'emploi et de la solidarité, le dispositif en faveur des médicaments génériques par deux mesures :

- actualiser mensuellement et publier sans délai le répertoire des génériques, fondement du droit de substitution ;

- modifier l'article R.5000 du code de la santé publique pour autoriser la prescription en dénomination commune internationale (DCI).

Tirer les conséquences de l'exercice de réévaluation :

- donner des suites effectives à l'exercice de réévaluation du SMR des médicaments, au-delà des mesures limitées déjà prises ;

- rendre obligatoire une réévaluation périodique par classe ou par catégorie de médicaments à même visée thérapeutique.

Améliorer les conditions et la qualité du travail des différentes commissions intervenant dans la régulation du médicament :

- compléter les dispositions déjà prises pour favoriser l'indépendance des experts intervenant pour les deux commissions ;

- revoir les moyens de la commission de la transparence, afin qu'ils soient proportionnés au rôle central de cette instance et notamment à son rôle de réévaluation permanente des médicaments par classe thérapeutique ;

- établir et publier un règlement intérieur de cette commission ;

- mettre en place une intervention de la commission d'AMM nettement en amont de la demande d'AMM pour contribuer à définir les études et essais à mener.

- mettre en place une évaluation post-AMM périodique des médicaments, au vu de leurs conditions réelles d'utilisation.

CHAPITRE III

LES SOLDES ET LEUR FINANCEMENT EN 2000

I - Les soldes globaux des comptes

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

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

III - Les transferts entre régimes de sécurité sociale

Recommandations

I

Présenter les prévisions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 exclusivement en droits constatés, en rappelant les données correspondantes pour 2000 et 2001.

Tenir compte dans les comptes en droits constatés des décisions définitives relatives au FOREC.

Accélérer l'abandon de la présentation par les caisses nationales de leurs comptes en encaissement-décaissement . Cette présentation n'a en effet plus de signification économique, dès lors que le passage au système des droits constatés est devenu effectif depuis 1997-1998 et même si des progrès importants restent à réaliser en matière de calcul des produits à recevoir, charges à payer et provisions pour charges.

La généralisation à toutes les caisses du régime général du plan comptable unique, à compter du 1^{er} janvier 2002, pourra donc être mise à profit pour accélérer l'abandon de cette présentation.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 devant être présentée en droits constatés, la commission des comptes de la sécurité sociale présentera ses commentaires à partir de l'exercice 2002 exclusivement en droits constatés.

Retenir une approche uniforme, entre les caisses nationales et l'administration, pour la définition du résultat net.

Définir rapidement à la fois les mécanismes et les procédures selon lesquels seront préparés à l'avenir les comptes consolidés du régime général et l'autorité en assurant la supervision et chargée de les arrêter.

Dans cette perspective, il conviendra de mener des réflexions complémentaires entre les parties concernées, et avec le Parlement pour définir les objectifs recherchés, en fixer le cadre juridique et prévoir les conditions de réalisation. La Cour pourra alors exercer dans de meilleures conditions son pouvoir d'appréciation des comptes du régime général.

CHAPITRE IV

L'ETAT DES COMPTES ET DES ETUDES

- I - Les conséquences des recommandations de la Mission interministérielle de réforme de la comptabilité des organismes de sécurité sociale
- II - La mise en œuvre des nouvelles règles comptables : leur portée et leurs limites actuelles
- III - Les résultats de la sécurité sociale dans les comptes de la sécurité sociale, dans la comptabilité nationale et dans le compte de la protection sociale

IV - Les études et la recherche dans le domaine de l'assurance maladie

Recommandations

I

Mettre en place sans tarder les deux structures - mission comptable permanente et Haut conseil de la comptabilité des organismes de sécurité sociale.

Poursuivre, au sein des deux structures précédentes, les réflexions nécessaires en vue de parvenir à une harmonisation des procédures comptables de l'ensemble des organismes entrant dans le champ de la protection sociale, comme l'a recommandé la MIRCROSS.

Disposer dès 2002 des outils permettant d'élaborer des comptes infra-annuels.

III

Compléter le solde actuel du compte de la protection par un solde décrivant une capacité ou un besoin de financement.

Unifier au sein des administrations - la direction générale de la comptabilité publique et la direction de la sécurité sociale - les modalités d'estimation et d'arbitrage entre sources divergentes de façon à ce que les comptes produits au sein de l'Etat soient identiques, dès lors qu'ils portent sur le même champ et ont trait au même concept.

Etablir des tableaux de passage, avant comme après avoir satisfait aux deux recommandations précédentes, entre les trois soldes, et les publier dans le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, dans les comptes de la Nation et en annexe du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

IV

Faire un compte précis de l'effort de recherche et d'études dans le domaine de l'assurance maladie.

Approfondir les dispositifs de coopération entre les organismes publics de statistiques, d'études et de recherche, que ce soit pour leur activité propre ou dans leurs relations avec les équipes de recherche académiques en socio-économie de la santé et de l'assurance maladie, notamment sous la forme d'appels d'offres conjoints.

Améliorer les conditions de l'accès des chercheurs aux bases de données statistiques et administratives, tout particulièrement en ce qui concerne le SNIIRAM mis en œuvre par la CNAMTS.

Mieux articuler les enquêtes ponctuelles à caractère sociologique et les enquêtes statistiques représentatives de l'ensemble de la population ou des professionnels de la santé ; mettre en place des analyses longitudinales fondées sur le suivi de cohortes de patients et de professionnels.

Viser à mieux couvrir, dans l'analyse des thérapies effectives, les pathologies les plus importantes, en y approfondissant l'étude des comportements des professionnels de santé et des patients ; veiller à ce qu'une synthèse de ces travaux soit effectuée et articulée avec l'évolution globale des dépenses d'assurance maladie.

Développer les études micro-économiques à l'hôpital, en ce qui concerne en particulier la variabilité des pratiques de soins et des coûts induits.

Evaluer les expérimentations en cours en matière d'assurance maladie, et en initier d'autres.

Deuxième partie – Le financement de la sécurité sociale

CHAPITRE V

LE SYSTEME DE RESSOURCES DE LA SECURITE SOCIALE

- I - L'évolution générale des ressources : panorama général 1980-2000
- II - La pertinence des ressources au regard de la nature des dépenses
Annexe : Classement des différentes dépenses du régime général existantes en 1980 et 2000
- III - L'efficacité des taxes affectées à l'assurance maladie

Recommandations

III

Conduire régulièrement une étude sur le coût des accidents de la route pour l'assurance maladie afin d'ajuster, le cas échéant, le taux de la cotisation appliquée aux primes d'assurance automobile.

Développer les évaluations des effets des politiques de prix et de taxation des boissons alcoolisées et du tabac et les études de coût des pathologies générées par la consommation de ces produits.

Exiger de l'ACOSS qu'elle renforce ses contrôles en matière de recouvrement des taxes sur les laboratoires pharmaceutiques et sur les sociétés d'assurance, comme prévu dans sa convention d'objectifs et de gestion avec l'Etat.

CHAPITRE VI

LES RELATIONS FINANCIERES ENTRE L'ETAT ET LA SECURITE SOCIALE

- I - Le cadre général
- II - Flux de trésorerie et état des créances entre l'Etat et les régimes sociaux
- III - Les fonds institués dans le périmètre de la sécurité sociale
- IV - La CADES
- V - La facturation des coûts de gestion entre l'Etat et la sécurité sociale
Annexe : Les frais de gestion au 1^{er} janvier 2001

Recommandations

I

Créer un tableau unique, au sein des annexes aux projets de loi de finances et de loi de financement de la sécurité sociale, qui retrace les engagements sociaux de l'Etat, les charges nettes du budget qui en découlent et les recettes budgétaires et fiscales affectées aux régimes sociaux, en résultats pour l'exercice clos, et en prévisions pour l'exercice en cours et à venir.

II

Apurer la dette de l'Etat auprès de l'ACOSS sur le dispositif de réduction dégressive des charges sociales sur bas salaires pour les entreprises secteur textile-habillement-cuir-chaussure.

Veiller à ce que les versements de l'Etat au titre du remboursement des prestations ou des cotisations exonérées soient plus réguliers en

cours d'année et que le reste à recouvrer sur l'Etat au titre du RMI soit significativement réduit.

Inclure dans les avenants à venir de la convention financière entre l'Etat et l'ACOSS la prise en charge par l'Etat des dépenses en faveur des cinquante premiers salariés de l'entreprise en zone franche urbaine, et des exonérations dans les DOM.

III

Réserver la dénomination de « fonds » à des entités dotées de la personnalité morale ou de l'autonomie financière.

IV

Mieux connaître et contrôler l'assiette et le recouvrement de la CRDS, tant du côté de l'ACOSS que des services fiscaux.

Ne plus modifier le dispositif de la CADES (existence et durée de vie de la caisse, assiette de la CRDS, ...).

Tirer les enseignements de l'organisation du contrôle au sein de la CADES :

- pour les contrôles interne et externe des organismes de sécurité sociale ;

- pour l'organisation du contrôle des activités de placement des caisses de sécurité sociale des professions indépendantes non agricoles.

V

Pour l'Etat

Etendre les outils de mesure du coût de gestion des différentes composantes de la fiscalité aux impôts et taxes reversés aux organismes de protection sociale pour évaluer de façon plus précise et périodique les coûts de ces derniers.

Revoir les modalités de fixation des frais d'assiette et de recouvrement, sur la base des coûts réels constatés.

Adopter une politique homogène dans la prise en charge des frais effectivement supportés par les organismes de protection sociale à raison de la gestion des prestations de solidarité que l'Etat finance.

Pour la CNAF

Mettre en place une comptabilité analytique afin de permettre l'établissement d'une facturation aux coûts réels.

CHAPITRE VII

« DEPENSES FISCALES » ET POLITIQUES SOCIALES

- I - La problématique des dépenses fiscales
- II - L'incidence des dépenses fiscales sur les prestations sociales

Recommandation

Développer de façon très soutenue les outils d'observation, les évaluations, les études et les publications sur les dépenses fiscales de toute nature, anciennes et nouvelles – et notamment celles qui appartiennent au champ de la politique sociale –, pour en mesurer et faire connaître les effets directs et indirects, tant dépense par dépense que prises globalement.

CHAPITRE VIII

LE RECOUVREMENT

- I - Le recouvrement et le contrôle d'assiette dans les différents régimes
- II - L'efficacité du recouvrement des cotisations sociales : comparaison avec celle du recouvrement de la TVA
- III - La mise en place du système RACINE dans les URSSAF
- IV - La gestion des exonérations de cotisations sociales liées à la politique de l'emploi
- V - Conclusion : le rôle de l'ACOSS

Recommandations

I

Définir et mettre en œuvre dans la branche recouvrement une stratégie de contrôle d'assiette pour en déduire les actions de contrôle les plus efficaces.

Mettre en œuvre à brève échéance une déclaration unique de revenus pour les travailleurs indépendants, faite auprès de l'administration fiscale.

Prendre les dispositions légales nécessaires pour renforcer la coopération entre les différents organismes intervenant dans la protection sociale des professions indépendantes.

Etudier en commun entre ces différents organismes les problèmes rencontrés dans le développement du télépaiement.

Etudier la possibilité de rendre obligatoire le prélèvement automatique pour les travailleurs indépendants.

Tirer les leçons des expériences en cours d'huissier unique.

Recourir de façon plus systématique, en ce qui concerne la CNRACL et l'IRCANTEC, aux moyens juridiques dont disposent les organismes publics à l'encontre des collectivités débitrices.

II

Pour l'Etat

Poursuivre le rapprochement des prérogatives juridiques des URSSAF de celles des services fiscaux, notamment par l'extension aux organismes de recouvrement de la possibilité de recourir à l'avis à tiers détenteur.

Examiner la possibilité de doter les URSSAF d'un droit de communication vis-à-vis des tiers.

Pour l'ACOSS

Evaluer l'efficacité des procédures de recouvrement amiable et forcé.

Bâtir un système d'information et de suivi du recouvrement qui soit commun à toutes les URSSAF, dont les résultats puissent être agrégés par l'ACOSS pour l'ensemble de la branche et qui permette, par des indicateurs pertinents, de mesurer, pour chaque URSSAF et pour l'ensemble de la branche, en temps réel, la qualité du recouvrement.

Inscrire l'extension des procédures de contrôle sur pièces (dans les locaux de l'URSSAF) parmi les priorités en matière de contrôle dans le cadre du projet de COG en cours d'élaboration.

III

Intégrer dans le plan de contrôle interne de chaque URSSAF les conséquences de RACINE, notamment en termes de compétences respectives des services du directeur et de ceux de l'agent comptable ; animer et évaluer, au niveau national, cette évolution pour la rendre plus nette et plus homogène d'une URSSAF à l'autre.

Développer des outils permettant à chaque URSSAF de suivre et contrôler la validité de la répartition ; que l'ACOSS favorise les échanges sur les outils ou projets d'outils existants et organise leur mutualisation.

Mettre en place, en s'inspirant des quelques expérimentations existantes, des cellules d'expertise dans chaque URSSAF, compétentes à la fois pour la comptabilité et le recouvrement, et en assurer l'animation au niveau national.

IV

Contrôler les déclarations des effectifs salariés concernés par les exonérations pour en améliorer la qualité.

Accroître les contrôles des URSSAF sur les exonérations déclarées par les entreprises.

Rechercher des modalités de déclaration moins complexes que le bordereau actuel et ses codes-types.

Pour l'ACOSS

Etudier la diversité des procédures de gestion des exonérations par les URSSAF en vue de réduire les disparités injustifiées.

V

Expertiser le système RESEDA pour être sûr qu'il répond bien aux impératifs du suivi du recouvrement direct effectué par l'ACOSS.

Exiger de l'Etat et des caisses nationales qu'ils transmettent à l'ACOSS toutes informations nécessaires à la centralisation des données comptables et à leur comptabilisation en droits constatés.

Envisager, en procédant aux évolutions législatives nécessaires, l'élaboration d'un compte de la branche recouvrement, et renforcer à cette occasion les pouvoirs d'encadrement et de supervision de l'ACOSS en matière de comptabilisation.

Troisième partie – La gestion des risques et l'administration des organismes

CHAPITRE IX

LA GESTION DES RISQUES

- I - Les prestations familiales sous condition de ressources
- II - La mise en place de la couverture maladie universelle
- III - Solidarité retraite : le fonds de réserve
- IV - L'action sanitaire et sociale des caisses de la Mutualité sociale agricole

Recommandations

I

Engager une réflexion sur les politiques d'indexation, notamment des prestations sous condition de ressources (leur valeur et leur plafond), et tout particulièrement des aides au logement.

Rénover la « base ressources » en ayant en particulier le souci d'une plus grande neutralité entre différentes catégories de revenu..

Revoir le dispositif social et fiscal d'aide à la garde des jeunes enfants pour mieux égaliser les taux d'effort et accroître la visibilité de l'aide.

Réexaminer l'allocation de soutien familial dans son montant et dans ses conditions d'attribution, en particulier dans son rapport avec la pension alimentaire.

Tenir compte davantage des différences de charges des familles, notamment en fonction de leur lieu de résidence.

II

Rechercher la meilleure définition de la période de référence pour l'examen des ressources, en prenant en compte l'ensemble des coûts et avantages.

Régler le problème de l'examen des droits des bénéficiaires provenant du transfert de l'aide médicale départementale.

Expliquer les écarts entre les prévisions et les réalisations du nombre de bénéficiaires de la CMU et de la CMU complémentaire. En évaluer l'impact sur les objectifs sanitaires et sociaux de la loi.

Examiner la pertinence des plafonnements du panier de soins, dentaires notamment, au regard de la consommation, et son articulation avec la procédure d'entente préalable.

Reconsidérer les modalités de la participation des organismes complémentaires.

Enquêter sur la réalité et l'importance des refus de soins.

Etudier la réalité de l'effet de seuil lié aux revenus et évaluer l'impact des mesures prévues par la loi pour atténuer cet effet.

III

Arrêter et stabiliser les règles et les pratiques régissant les ressources et les dépenses du fonds de réserve.

Préciser la politique de placement financier du fonds en tenant compte du niveau de risque acceptable.

Engager une réflexion sur la mise en œuvre d'une « compensation généralisée inter-temporelle » la mieux apte à préserver l'usage équitable du fonds de réserve pour les retraites.

IV

Améliorer la connaissance des caractéristiques et des besoins des ressortissants des caisses afin de mieux appréhender les besoins financiers nécessaires.

Réduire les inégalités en matière de garde du jeune enfant entre les départements, soit en achevant d'étendre au plan national la

prestation versée par les caisses de MSA, soit en faisant participer les caisses de MSA aux contrats enfance de la CNAF.

Achever la cessation des aides apportées aux fédérations départementales des maisons familiales rurales d'éducation et d'orientation ainsi qu'aux fédérations départementales de l'enseignement agricole privé.

Mettre en place un contrôle effectif, a priori et a posteriori, pour l'octroi et le suivi des subventions.

Améliorer le contenu des partenariats avec les acteurs du régime général. Mettre en commun des moyens de contrôle du service fait et de mesure de la qualité des prestations fournies avec les autres mandataires comme les CAF, les CRAM ou les CPAM. Rechercher systématiquement la participation financière des conseils généraux pour les missions exercées par la MSA pour le compte de ces derniers.

CHAPITRE X

LES REGIMES DES PROFESSIONS INDEPENDANTES NON AGRICOLES

- I - L'assurance maladie des professions indépendantes non agricoles
- II - Les régimes de retraite des professions indépendantes non agricoles

Recommandations

I

Améliorer la gestion du régime, c'est-à-dire :

- examiner une simplification des structures du réseau, reposant par exemple sur un regroupement de certaines caisses mutuelles régionales, notamment les petites ;

- poursuivre les efforts en matière de réduction des disparités de coûts entre CMR ;

- mieux articuler la démarche du contrat d'intéressement avec celle de la COG et des contrats pluriannuels de gestion, et ne plus en affaiblir la signification par des changements de modalités d'application ;

- réexaminer les effectifs de l'ensemble CANAM et CMR, eu égard à la baisse du nombre de bénéficiaires.

II

Réfléchir aux conséquences pour les régimes (leurs relations réciproques, leur organisation, leur place par rapport au régime général,...) de la persistance structurelle des déséquilibres démographiques et financiers.

Parvenir, dans les DOM, à une situation normale en termes de recouvrement des cotisations obligatoires auprès des artisans et des commerçants. Dans le nouveau cadre créé par la loi du 13 décembre 2000, les régimes comme les pouvoirs publics doivent avoir une attitude beaucoup plus ferme, et, en particulier, relancer les actions contentieuses.

Transformer rapidement le régime complémentaire des conjoints des commerçants en un régime complémentaire usuel.

Lors de la définition de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion des régimes d'artisans et de commerçants, tirer le bilan de la précédente, pour éviter certains de ses défauts les plus manifestes, à savoir s'être assigné, selon le cas, des objectifs hors de portée ou trop facilement atteints.

Accélérer le renouvellement des équipements et logiciels informatiques pour sortir de la situation actuelle, et former tant les informaticiens que les gestionnaires de comptes à ces nouveaux produits.

CHAPITRE XI

L'ADMINISTRATION DES ORGANISMES

- I - Les marchés passés par les organismes de sécurité sociale
- II - Le fonctionnement des caisses régionales d'assurance maladie

Recommandations

I

Veiller à la transposition rapide des évolutions réglementaires applicables aux marchés de l'Etat, à la réglementation des organismes de sécurité sociale, notamment celles incluses dans le nouveau code des marchés publics.

Créer, lorsque la taille de l'organisme le justifie, un service achat unique.

Renforcer l'effort de formation et la connaissance de la réglementation, notamment par un recours accru aux services de l'UCANSS, et intégrer les marchés publics dans le champ du contrôle interne.

Utiliser effectivement les outils aujourd'hui disponibles permettant un contrôle efficace du seuil des marchés, en s'inspirant du nouveau mode de calcul des seuils défini par l'article 27 du code des marchés publics.

Cibler le contrôle de légalité des DRASS en ne le limitant pas au seul examen des procès-verbaux des commissions des marchés, et en l'élargissant au contrôle approfondi d'un nombre limité de marchés.

Veiller au strict respect des délais de mandatement, à l'information des fournisseurs de la date du mandatement, et à la liquidation systématique des intérêts moratoires échus.

II

Etudier les modalités d'un raccourcissement des délais et d'un allègement des procédures d'instruction et de demande de financement s'adressant au FNPEIS.

Inciter l'ensemble des caisses à adopter une organisation des services contentieux dans laquelle la maîtrise complète d'un portefeuille de dossiers est confiée à un agent identifié avec une mission de coordination des différents intervenants et un guide des diligences minimales à assurer quel que soit le dossier concerné.

Poursuivre et accentuer les efforts à destination des prestataires de services d'aide ménagère à domicile, tant en termes d'incitation au regroupement, de professionnalisation que de contrôles.

Quatrième partie : L'activité des comités régionaux et départementaux d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale

CHAPITRE XII

L'ACTIVITE DES COREC ET CODEC

- I - L'activité des comités en 2000
- II - L'animation du réseau

Conclusion

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

Le présent rapport répond à cette obligation législative : c'est le quatrième à s'inscrire dans ce cadre, même si la Cour avait diffusé, auparavant, suite à la loi du 25 juillet 1994, trois rapports sur la sécurité sociale qui avaient déjà des objectifs voisins. Le rapport a pour ambition, comme ses prédécesseurs, d'apporter au Parlement des informations et analyses propres à éclairer les débats sur la sécurité sociale et de formuler des recommandations destinées à l'administration et aux organismes de sécurité sociale¹.

Il comprend quatre parties :

- la première partie examine, de façon approfondie, l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 et les comptes de la sécurité sociale pour cette même année ; y sont examinés successivement les ressources, les dépenses, les soldes et leur financement ainsi que la qualité des outils - études et comptes - qui sont à la base de ces diagnostics ;
- la deuxième partie étudie un thème majeur, qui cette année est le financement de la sécurité sociale et ses relations financières avec l'Etat ; l'évolution de la structure des recettes et ses conséquences, avec en particulier la montée en puissance des impôts (de la CSG notamment) ; les relations financières complexes entre la sécurité sociale et l'Etat en tant que puissance publique, avec en particulier l'analyse de la place des dépenses fiscales dans la politique sociale ; enfin le recouvrement des recettes, avec notamment des questions tenant au rôle, au sein de la branche du recouvrement, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale

1. Pour une description du champ et des principales caractéristiques de l'organisation de la sécurité sociale, on se reportera à l'introduction du rapport de la Cour sur le financement de la sécurité sociale de septembre 2000.

(ACOSS) ; tels sont les sujets principaux traités dans cette deuxième partie ;

- la troisième partie est, comme d'habitude, consacrée à la gestion des risques et à l'administration des organismes ; au titre de la gestion des risques, sont examinées en particulier l'assurance maladie et la retraite des non salariés non agricoles, les conditions de la mise en œuvre de la couverture maladie universelle (CMU), et les prestations familiales sous condition de ressources ; au titre de l'administration des organismes, on étudie la passation des marchés dans les organismes de base, et le fonctionnement des caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) ;
- enfin, la quatrième partie fait la synthèse de l'activité des comités régionaux et départementaux d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale (COREC et CODEC).

Au seuil du rapport, en préambule, figure un examen des suites qui ont été données à certaines recommandations que la Cour a émises ces dernières années. En raison du thème majeur du rapport, ces recommandations concernent deux sujets : le recouvrement des cotisations sociales et la gestion de l'ACOSS.

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

Francs et Euros

Les montants cités, pour 1999 et 2000, sont dans le rapport exprimés en francs et en euros (entre parenthèses). Cette règle est systématique pour les sommes figurant dans le texte et est appliquée aux montants les plus significatifs des tableaux (totaux, sous-totaux, ...).

Il est possible d'effectuer soi-même la conversion pour les sommes où elle n'est pas faite (avant 1999, car l'euro n'existait pas, et pour certains montants des tableaux) en divisant le montant en francs par le nombre 6,55957.

Chapitre préliminaire

Les suites données aux recommandations précédentes de la Cour

PRESENTATION

Depuis sept ans, dans ses rapports sur la sécurité sociale, et cette année encore, la Cour émet des recommandations à partir de certaines de ses observations. Elle entend ainsi aider les administrations et organismes concernés à améliorer le fonctionnement général de la sécurité sociale. Et chaque année, sous une forme variable, elle examine les suites qui ont été données à certaines de ces recommandations.

Cette année, ayant choisi pour thème majeur du rapport le financement de la sécurité sociale, la Cour a examiné les suites qui avaient été données aux recommandations qu'elle avait émises dans ses rapports précédents touchant à deux domaines financiers importants : le recouvrement des cotisations dans le régime général par les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) et dans la mutualité sociale agricole ; la gestion de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) qui est la « tête de réseau » de la branche recouvrement du régime général².

L'examen des suites données aux recommandations émises sur ces deux sujets s'est fondé sur des questionnaires auprès des institutions concernées.

I – Cotisations et recouvrement

Les ressources de la sécurité sociale sont constituées des cotisations sociales, d'impôts et de contributions, et de transferts en provenance de l'Etat. Le recouvrement de ces ressources est effectué soit directement par certaines caisses (par exemple l'organisation autonome nationale de l'industrie et du commerce -ORGANIC- et la caisse autonome nationale de compensation des assurances vieillesse des artisans -CANCAVA- recouvrent les cotisations vieillesse des commerçants et des artisans (respectivement), soit surtout, par la branche du recouvrement du régime général, constituée des unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) et de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). Les URSSAF sont chargées du recouvrement des cotisations (y compris certaines cotisations venant des non salariés) de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution pour le

2. Par ailleurs, les suites données aux recommandations de la Cour sur la politique du médicament figurent *infra*, chapitre II, p. 93 lors de l'examen de ce sujet.

remboursement de la dette sociale (CRDS) sur les revenus d'activité et de remplacement.

Les recommandations que la Cour a faites en matière de cotisations et de recouvrement visent à accroître l'efficacité du système, objectif qui peut être atteint soit par une simplification du dispositif général des cotisations, soit par la mise en œuvre de procédures rigoureuses de collecte des ressources.

A – Un exemple de simplification du dispositif des cotisations et contributions de la sécurité sociale

La Cour a critiqué les modes de répartition de la CSG et des droits sur alcools entre les régimes d'assurance maladie : dès son rapport sur la sécurité sociale de 1998, elle soulevait l'existence de problèmes de principes et de mise en œuvre concernant ce type de contributions. Sur le plan des principes, le choix effectué en 1997 de compenser au franc près, pour chaque régime, la perte de cotisations subie par rapport à 1996 ne s'imposait pas. D'autres options paraissaient possibles. Sur le plan de la mise en œuvre, la Cour soulignait la lourdeur et la complexité du dispositif existant : nécessité d'interroger les régimes concernés deux fois par an, impossibilité de sortir les textes dans les délais en raison de retards dans la collecte des informations et de la surcharge de travail des services ministériels, utilisation de deux séries successives de clefs provisoires en 1998 obligeant à des régularisations,... Dans son rapport de 1999, la Cour revenait sur cette situation et soulignait que, même si le système avait été amélioré en 1998 pour les versements de l'ACOSS aux régimes, il demeurait toutefois inutilement complexe et elle en demandait à nouveau une simplification.

Il semble que les recommandations de la Cour aient été entendues puisque la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2000 a revu complètement le dispositif précédent, en le simplifiant. En matière de CSG, elle prévoit, dans son article 9, l'affectation d'un montant prédéfini au début de chaque année aux régimes de base, à l'exception de la CNAMTS qui reçoit le reliquat non attribué aux autres régimes, ainsi que la mise en place d'un mécanisme de revalorisation annuelle des montants attribués aux régimes en fonction de l'évolution de l'assiette. Concernant les droits sur les alcools, le même article prévoit que la part de la CNAMTS soit portée à 45 % (5 % du fait de la loi sur la CMU du 27 juillet 1999 et 40 % antérieurement répartis entre les régimes d'assurance maladie), les 55 % restants étant attribués en 2000 pour 8 % au FSV et 47 % au fonds pour le remboursement des exonérations de

cotisations sociales (FOREC) et intégralement à ce fonds en 2001 (sur les taxes affectées, cf. *infra*, chapitre V, p. 185).

B – Le recouvrement par les URSSAF

Les 105 unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) collectent des cotisations et contributions sociales auprès de près de cinq millions de cotisants différenciés selon leur appartenance à une catégorie. On distingue les catégories suivantes :

Catégories de cotisants en 1999	Répartition des comptes (%)	Nombre de comptes	Poids dans l'encaissement (%)	Encaissement moyen par compte (F et (€))
Employeurs du secteur privé	32,8	1 574 400	84,2	601 100 (91 637,1)
Employeurs et travailleurs indépendants	32,2	1 545 600	1,9	13 800 (2 103,8)
Employeurs de personnel de maison	24,1	1 156 800	0,7	6 800 (1 036,7)
Assurés volontaires et assurés personnels	4,7	225 600	0,4	19 900 (3 033,7)
Praticiens et médicaux	4,5	216 000	0,5	26 000 (3 963,7)
Secteur public	1,7	81 600	12,4	1 708 000 (260 383,0)

Il s'agit ici des cotisations et contributions encaissées en 1999 (1 124 MdF (171,4 Md€)). Dans le chapitre VIII, infra, p. 280, ce sont les cotisations liquidées la même année, d'où les quelques différences. Elles viennent de ce que les encaissements d'une année, à la différence des liquidations, incluent des cotisations appelées les années précédentes et excluent les cotisations de l'année qui seront encaissées les années suivantes.

Les cotisations et contributions encaissées par les URSSAF ont représenté 1 167 MdF (177,9 Md€) en 2000 se répartissant entre :

- des cotisations sociales proprement dites : cotisations d'assurance maladie, maternité invalidité, accidents du travail, vieillesse, décès et veuvage et cotisations d'allocations familiales ;
- des contributions sociales : la CSG sur les revenus d'activité et de remplacement, instituée en 1991 et élargie en 1997, la CRDS mise en place en 1996, la taxe prévoyance également en 1996 assise sur les contributions des employeurs pour le financement des prestations complémentaires de prévoyance ;

- des encaissements pour le compte de tiers comme le versement à des autorités organisatrices de transport, la contribution au fonds national d'aide au logement, etc.

La collecte de ces cotisations et contributions sociales s'est compliquée au fil du temps. D'une part en raison de la montée en charge et de la diversification des mesures d'exonérations de charges sociales depuis une quinzaine d'années (sur ce sujet, cf. *infra*, chapitre VIII, p. 320). D'autre part du fait de la coexistence de près de quarante assiettes de cotisations, contributions et taxes différentes : assiettes de droit commun sous plafond et au-dessus du plafond, assiettes forfaitaires dérogatoires pour certaines professions, assiettes des contributions sociales, assiette différente selon la nature du revenu, d'activité ou de remplacement, selon la nature de l'employeur public ou privé.

Ce rappel des enjeux financiers et de la complexité du recouvrement de cotisations exercé par les URSSAF explique l'attention que lui porte la Cour depuis plusieurs années. Une des préoccupations majeures concerne le risque induit par l'aspect déclaratif des cotisations de sécurité sociale : « le risque déclaratif ».

Pour encadrer ce risque, la Cour avait notamment recommandé les actions suivantes :

- améliorer la qualité des renseignements fournis dans les bordereaux (BRC) par les employeurs ;
- faciliter des échanges d'information entre les URSSAF et les services fiscaux ;
- lutter contre le travail dissimulé.

Pour améliorer la qualité des informations fournies par les cotisants, la plupart des URSSAF se sont engagées, ce qui paraît normal, dans la voie d'une diffusion aux cotisants d'indications permettant d'améliorer cette qualité. A titre d'exemple, des notes explicatives, d'information ou de respect des consignes sont envoyées systématiquement (URSSAF de Lille, de Valenciennes, des Ardennes, de Paris) ou encore des contacts téléphoniques sont pris en cas de bordereau mal rempli (URSSAF de Valenciennes).

En matière de coordination entre services fiscaux et URSSAF, l'ACOSS s'est engagée dans un projet de développement du contrôle sur pièces par les URSSAF à partir des liasses fiscales, la systématisation de ce contrôle notamment pour les travailleurs indépendants étant prévue sur les exercices 2000 et 2001.

Enfin, en matière de lutte contre le travail dissimulé, l'ACOSS a reconnu partager les appréciations portées par la Cour sur l'insuffisance de l'activité des URSSAF dans ce domaine, ce qui l'a conduite à proposer des actions dans quatre directions :

- poursuivre le développement de l'activité des corps de contrôle lié à cette lutte pour le porter à 10 % du temps de travail des inspecteurs (sur ce point, cf. *infra*, chapitre VIII, p. 279) ;
- développer une approche du risque financier, notamment en coopération avec d'autres institutions ;
- développer la formation pour améliorer les savoirs et savoir-faire des spécialistes et de l'ensemble des inspecteurs ;
- affiner les critères d'évaluation.

Ces orientations doivent maintenant se traduire en actions concrètes.

Les recommandations de la Cour sur l'organisation et le fonctionnement de la branche recouvrement du régime général ont été accompagnées d'une réflexion sur l'environnement réglementaire de cette activité. Ainsi, dans son rapport de 1997 sur la sécurité sociale, la Cour a demandé *l'exonération des URSSAF de toutes formes de droits sur les créances recouvrées par huissier*, ce qui a été obtenu par une loi du 2 novembre 1999. En revanche, la Cour déplore que la recommandation qu'elle avait émise à la même occasion, à savoir *l'extension aux URSSAF du droit de notifier les contraintes par lettre recommandée avec avis de réception* n'ait pas été suivie.

C – L'URSSAF de Paris

La Cour s'est également plus particulièrement intéressée au fonctionnement de l'URSSAF de Paris-région parisienne du fait de son importance (elle a encaissé de l'ordre de 300 MdF (45,7 Md€) en 2000, soit plus du quart de l'ensemble des recettes). A l'issue du contrôle qu'elle avait conduit au sein de cette URSSAF, la Cour avait notamment recommandé « *de renforcer la compétence du service informatique pour qu'il puisse être pôle de compétence national au sein de la branche* ». Pour parvenir à un tel objectif, la Cour préconisait la mise en œuvre des actions suivantes :

- identifier de façon précise les coûts liés à la production et aux études ;

- mettre en œuvre une conduite de projet rigoureuse ;
- ne faire appel à la sous-traitance que de façon exceptionnelle et dans des conditions de parfaite transparence.

L'élargissement des compétences de la direction informatique vers des missions nationales s'est faite de façon progressive à partir de l'abandon à la fin 1997 du système local « SAPHIR » de traitement des bordereaux de l'URSSAF de Paris. Conformément à l'engagement pris en 2000, la direction informatique a consacré plus du tiers de ses moyens d'études à des missions nationales, soit le volume d'activité que lui coûtait le développement et la maintenance du système SAPHIR. De façon spécifique, on peut préciser les points suivants.

Pour identifier les coûts, la direction informatique a mis en place un recueil en quantité et par nature des temps de travail de ses personnels, recueil individualisé. La consolidation des données par des outils d'infoservice permet d'analyser chaque mois l'activité de la direction informatique. Elle fournit la ventilation des coûts de production et d'études à côté d'informations beaucoup plus précises, en particulier sur les projets. Ces progrès ont d'ailleurs été pris en compte au niveau national, puisque la branche recouvrement a mis en place un groupe de travail pour élaborer un référentiel des activités informatiques et un outil de suivi des coûts de même nature que celui utilisé à l'URSSAF de Paris-Région parisienne, celle-ci animant ce groupe de travail.

Deuxième axe, le manuel de conduite de projet, élaboré par l'ACOSS, a été décliné au sein de la direction de l'informatique et est appliqué de façon systématique. Chaque projet donne lieu à l'élaboration d'une fiche de projet et d'une fiche de lancement de projet où sont clairement identifiés le périmètre du projet, les ressources affectées et le calendrier prévisionnel. Un suivi mensuel est assuré à partir d'éléments chiffrés et de documents normalisés fournis par le chef de projet.

Enfin, la direction informatique n'a eu recours à des prestataires extérieurs que pour des opérations limitées de transfert de compétence, en particulier en éditique et en lecture automatique de documents.

Ces évolutions se traduisent par une amélioration du fonctionnement et un renforcement des compétences du service informatique et vont donc dans le bon sens.

D – Le recouvrement dans la mutualité sociale agricole

Les vérifications effectuées par les COREC/CODEC en 1999 sur le recouvrement des cotisations sociales agricoles par les organismes de

la mutualité sociale agricole (MSA) avaient fait ressortir deux points principaux³. D'une part, les contrôles d'assiette étaient presque toujours effectués en l'absence tant d'une programmation d'actions et d'objectifs quantifiés assignés aux contrôleurs que d'une évaluation *a posteriori* sur la base d'indicateurs de suivi; l'organisation et l'exercice de ces contrôles apparaissaient très disparates entre les caisses, risquant d'entraîner une inégalité de traitement entre cotisants. D'autre part, les différentes procédures de recouvrement amiable et forcé à la disposition des organismes de MSA étaient le plus souvent mises en œuvre indépendamment de toute analyse permettant de déterminer et de comparer leur efficacité. Trop peu de caisses pouvaient indiquer le montant des créances soldées grâce à la mise en œuvre de telle ou telle procédure, ce qui ne leur permettait pas d'adapter leurs actions de recouvrement amiable ou forcé – et notamment les plus coûteuses, comme l'étalement des paiements ou l'émission d'une contrainte – en fonction du montant des créances et de la nature des débiteurs.

La Cour avait donc recommandé à cette occasion *une mise en œuvre et un suivi des dispositions de la convention d'objectifs et de gestion (COG) conclue entre le régime agricole et l'Etat pour la période 1999-2001 prévoyant des outils de pilotage et de suivi, notamment des indicateurs de coûts et de résultats.*

Les vérifications entreprises par les COREC/CODEC en 2000 montrent une amélioration dans la mise en place et le suivi des programmes annuels de contrôles sur place de l'assujettissement et de l'assiette effectués par les agents de contrôle des caisses de base.

En outre, l'accroissement des procédures précontentieuses et contentieuses de recouvrement est bien devenu une des priorités des caisses de mutualité sociale agricole. D'ailleurs, le taux global de recouvrement des cotisations est passé de 92,4 % fin 1998 à 93,2 % fin 1999.

L'évaluation à laquelle doit procéder le comité national d'évaluation de l'application de la convention d'objectifs et de gestion en 2001 permettra d'apprécier les résultats des engagements des caisses de MSA en matière de recouvrement (cf. à ce sujet *infra*, chapitre VIII, p. 279).

3. Cf. le rapport de la Cour sur le financement de la sécurité sociale de septembre 2000.

II – L’ACOSS

L’Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale (ACOSS), établissement public national à caractère administratif, a été créé par les ordonnances de 1967 afin d’assurer la gestion commune de la trésorerie des différents risques relevant du régime général : maladie, accident du travail, famille et vieillesse (articles L 225-1 à 6 du code de la sécurité sociale). Cette mission s’accompagnait, à ce titre, d’un pouvoir de direction et de contrôle limité à la trésorerie sur les URSSAF qui devaient, pour leur part, recouvrer les cotisations de sécurité sociale dues par les employeurs et assurer le contrôle et le contentieux de ce recouvrement.

La loi relative à la sécurité sociale du 25 juillet 1994 a réaffirmé ces missions générales en précisant notamment que l’ACOSS assure la gestion commune de la trésorerie des ressources du régime général de la sécurité sociale, pilote la branche recouvrement et centralise l’ensemble des opérations. Les recommandations émises par la Cour au cours de ses derniers rapports sur la sécurité sociale visaient à renforcer les actions de l’ACOSS dans ces trois missions.

La Cour constate que les *recommandations de modifications de dispositions de nature législative ou réglementaire* émises ont en règle générale été peu suivies. Par exemple, « *la modification de la rédaction de l’article R 255-6 du code de la sécurité sociale en prescrivant un calcul des « soldes comptables quotidiens » transmis aux caisses nationales une fois que les comptes des recettes définitives de la branche sont arrêtés* », recommandée par la Cour dans son rapport de 1998, n’est pas intervenue. En revanche, les recommandations portant sur l’organisation de l’ACOSS, sur ses relations avec les URSSAF ou avec l’Etat ont été soit déjà suivies d’effets, soit intégrées par l’ACOSS dans sa réflexion stratégique.

A – La gestion commune de la trésorerie

En matière de gestion prévisionnelle de la trésorerie, la Cour a formulé à plusieurs reprises des observations visant à une *meilleure évaluation par l’ACOSS, en relation avec les services de l’Etat le cas échéant, des mouvements de trésorerie sur un exercice*. Dans ce domaine, un effort important a été entrepris par l’ACOSS.

Tout d’abord une prévision de trésorerie est désormais élaborée en début d’année à partir des données constatées dans le dernier rapport disponible de la commission des comptes de la sécurité sociale, des

prévisions transmises par les caisses nationales (remboursements de dotation de fonctionnement des différents régimes,...) ou par les autorités de tutelle (échanciers prévisionnels des remboursements de l'Etat,...) et l'ACOSS elle-même sur la base d'historiques provenant de tiers collecteurs (encaissements de CSG, de CRDS au siège,...). Puis, chaque début de mois, cette prévision initiale est modifiée, débouchant sur une prévision mensuelle fondée notamment sur l'échéancier conventionnel définitif entre l'Etat et l'ACOSS - remboursements du revenu minimum d'insertion (RMI), de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et de certaines mesures en faveur de l'emploi,..., et sur les informations en provenance des tiers collecteurs (encaissements de la CSG et de la CRDS), etc.

En ce qui concerne les circuits de gestion de la trésorerie elle-même, la mise en place du système de tenue de compte GEODE 2 par la Caisse des dépôts et consignations allait fournir, comme la Cour l'a noté en 1998, à l'ACOSS l'occasion de concevoir d'importantes modifications de fonctionnement du compte unique de disponibilités courantes. Ainsi, la mise à disposition des fonds de l'ACOSS au profit des comptes de caisses prestataires ne s'effectuera plus par le mouvement d'un compte (le « compte spécial d'exécution ») tenu par les comptables des caisses locales, mais directement par virement du compte de l'ACOSS au profit des comptes des caisses de base. Les opérations d'encaissement des cotisations et de tirage pour les dépenses passeront d'une procédure décentralisée à un dispositif très centralisé dans le système Géode 2. Dans le cadre de cette réforme, la Cour avait recommandé à l'ACOSS de « veiller à maintenir la plus grande sécurité des opérations de paiement des prestations et de suivi des soldes des comptes de disponibilité ». L'ACOSS a reconnu le bien-fondé de cette recommandation. Comme l'ACOSS l'indique dans sa réponse, la sécurisation des opérations a conduit à différer au second semestre 2002 la mise en place du nouveau système. En outre, dès le 1^{er} septembre 2001, l'ACOSS disposera d'une procédure de remontée directe des excédents des organismes locaux dès qu'ils dépasseront un seuil fixé par une instruction commune aux caisses nationales (ce seuil sera de 50 000 F (7 622,5 €)).

B – Le pilotage de la branche du recouvrement

La procédure des conventions d'objectif et de gestion (COG), qui fait suite aux plans pluri-annuels, a inauguré un nouveau cadre de gestion pour l'ACOSS et pour l'ensemble de la branche recouvrement. Couvrant une période de quatre ans, elle tient compte des rythmes des projets lourds ; rompant avec la présentation par fonction ou service (trésorerie,

recouvrement, contrôle) elle vise à « promouvoir une qualité globale des processus et prestations » ; enfin, elle stabilise les moyens de fonctionnement et d'investissement et redéploie les progrès de productivité vers les gains en qualité, la sécurité et la rapidité des opérations et l'établissement d'une relation plus sereine et constructive avec les cotisants.

La COG entre l'ACOSS et l'Etat pour 1998-2001 a retenu trois objectifs : garantir le meilleur niveau de prestations techniques, élever la qualité du service, renforcer l'efficacité du réseau. Elle a défini également ses propres modalités d'évaluation et de révision. La convention a fait l'objet d'un premier rapport de suivi fin avril 1999. Lors du contrôle juridictionnel sur l'ACOSS qu'elle a conduit en 2000, la Cour a pris acte du fait que la COG était correctement appliquée. Peu de retards sont à déplorer. Par ailleurs, la contractualisation entre l'ACOSS et les URSSAF est devenue la règle et constitue un outil de pilotage important de la branche. A l'exception de l'URSSAF de Lille, l'ensemble des contrats ont été signés dans des délais raisonnables. Il en va de même, au moins globalement, du protocole budgétaire applicable aux URSSAF et aux caisses générales de sécurité sociale des départements d'outre-mer (CGSS). Le rapprochement des notifications initiales, des notifications rectificatives et des réalisations des organismes ne fait pas apparaître de différences significatives.

Toutefois, si la COG est correctement appliquée, la Cour, dans ses recommandations, avait insisté sur l'importance d'une bonne « *définition des indicateurs associés aux objectifs des conventions d'objectifs et de gestion et de leurs méthodes de mesure* ». A ce sujet deux remarques peuvent être faites :

- la réflexion stratégique au sein de l'ACOSS comme au niveau de la branche reste inégale selon les sujets : les objectifs fixés et les moyens retenus dans la COG ne peuvent être reliés à l'organisation du travail dans les URSSAF ; la Cour prend acte de la volonté de l'ACOSS d'engager une réflexion dans le cadre de la prochaine COG pour assurer cette articulation ;
- la Cour prend acte également de la mise en place d'un outil de suivi des projets (ECTOR), désormais opérationnel, et de l'élaboration d'un système de pilotage des systèmes informatiques.

C – La centralisation des opérations

La Cour a formulé dans ce domaine deux recommandations :

- améliorer les circuits financiers entre l'ACOSS et l'Etat ;
- produire de meilleurs comptes de la branche recouvrement et une répartition comptable des encaissements entre les branches du régime général la plus exacte possible.

Les relations financières entre l'ACOSS et l'Etat font l'objet d'une attention particulière de la Cour, puisqu'elle les étudie de manière approfondie chaque année. A ce titre, la Cour a souligné à plusieurs reprises *le problème des restes à recouvrer de l'ACOSS sur l'Etat en fin d'exercice et en a demandé la diminution*. Comme on le verra *infra*, chapitre VI, p. 206, ce problème a beaucoup perdu de son importance, du moins hors des questions liées au FOREC.

La Cour a également recommandé *l'apurement de la dette de l'Etat à l'égard de l'ACOSS sur le dispositif de réduction dégressive des charges sociales sur les bas salaires pour les entreprises du secteur textile-habillement-cuir-chaussures*.

C'est en avril 1997 que la commission européenne a estimé que l'aide au secteur textile était illégale et devait faire l'objet d'un remboursement par les entreprises dont l'allègement de charges excédait 100 000 euros, cette position étant confirmée par la Cour de Justice de la Communauté Européenne en octobre 1999. Dans ce contexte, l'Etat a cessé ses versements aux régimes sociaux en 1997, en l'attente d'une disposition prise dans la loi de finances initiale pour 1998 supprimant toute aide au-delà de 100 000 euros. En 1998, le nouveau dispositif a fait l'objet d'une compensation régulière par l'Etat aux régimes sociaux.

La dette de l'Etat au titre du plan textile (fractions légale et illégale) notifiée par l'ACOSS en janvier 2001 s'élève à 2,1 MdF (0,3 Md€) et correspond pour l'essentiel aux aides accordées en 1997. La partie de cette dette qui doit être reversée par les entreprises a été estimée, à partir des informations qu'elles ont transmises aux URSSAF, à 140 MF (21,3 M€) (dont 74 MF (11,3 M€) ont été remboursés). La dette effective de l'Etat ne s'élèverait donc qu'à un peu moins de 2 MdF (0,3 Md€).

Les modalités de remboursement de l'aide textile n'étaient pas fixées fin 1999, comme le soulignait la Cour. Dès lors, il était difficile d'estimer, lors de la préparation du projet de loi de finances pour 1999 une « dette » de l'Etat. Dans ce contexte, aucun versement de l'Etat à l'ACOSS n'est intervenu au titre des « allègements textile » au cours de l'année 1999. Ces difficultés d'estimation ont été résolues en 2000 puisque les circulaires du ministère de l'Emploi et de la solidarité du 31 mars 2000, et surtout celle de l'ACOSS du 20 juillet 2000 faisant suite à ses circulaires des 19 juillet 1996 et 31 juillet 1998, définissaient les modalités et les procédures de remboursement des entreprises. Pour

autant, le remboursement n'a pas encore eu lieu (cf. à ce propos, *infra*, chapitre VI, p. 206).

La Cour, dans ses recommandations, souhaitait « *une amélioration de la collaboration entre les services ordonnateurs et comptables de l'ACOSS ainsi que la mise en place de procédures de contrôle des opérations de répartition comptable des encaissements entre les branches du régime général* ». A ce titre, il convient de rappeler qu'avant le 1^{er} janvier 1998 – date d'entrée en vigueur du système RACINE – la répartition des encaissements était effectuée par l'ACOSS selon un partage des tâches établi entre sa direction de la gestion financière (service ordonnateur) et son agence comptable. Le système RACINE organise et comptabilise la répartition dès la source, c'est-à-dire dans chaque URSSAF (sur l'application de ce système dans les URSSAF, cf. *infra*, chapitre VIII, p. 311).

La Cour note que le système RACINE a été mis en place. Toutefois, elle déplore que, contrairement à ses promesses et aux souhaits de la Cour, l'ACOSS ait renoncé à fournir des éléments permettant de raccorder les nouvelles répartitions entre branches aux anciennes et, par là-même, de mieux analyser et comprendre l'impact effectif de RACINE sur l'estimation des ressources des branches, alors qu'elle s'y était engagée⁴.

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES PAGE 472

4. Au-delà de l'examen des suites données à ces recommandations concernant l'ACOSS, le rôle souhaitable de cette dernière est examiné *infra*, chapitre VIII, p. 332.

PREMIERE PARTIE

LE FINANCEMENT ET LES COMPTES

L'article LO 132-3 du code des juridictions financières, issu de la loi organique du 22 juillet 1996, donne mission à la Cour des comptes d'établir chaque année « un rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale ».

La loi de financement pour 2000, votée par le Parlement, comporte trois séries de dispositions relatives respectivement aux ressources prévues, aux objectifs de dépenses retenus, enfin à la gestion financière et aux résultats (dette, plafonds d'avances de trésorerie). Cependant, la Constitution spécifie que « les lois de financement de la sécurité sociale déterminent les conditions générales de son équilibre (...) » et non son équilibre lui-même : d'ailleurs, dans la loi, les champs respectifs des prévisions de ressources d'une part, des objectifs de dépenses de l'autre ne sont pas identiques : c'est pourquoi on présentera la façon dont la loi a été appliquée en étudiant successivement les articles traitant des ressources, ceux traitant des dépenses, enfin ceux traitant de la dette et de la trésorerie. Pour chaque article, la Cour a analysé les conditions de mise en œuvre des dispositions figurant dans l'article (délais, textes d'application, difficultés éventuelles), et leur incidence financière.

La Cour devant également, selon la loi, conduire « une analyse de l'ensemble des comptes des organismes de sécurité sociale soumis à son contrôle (...) », elle a choisi, comme dans les deux rapports précédents, de présenter de manière intégrée l'application de la loi et les comptes de la sécurité sociale. Chacun des trois premiers chapitres de cette partie mêle alors examen des comptes et application des articles de la loi, d'abord sur les ressources (chapitre I), puis sur les dépenses (chapitre II), enfin sur les soldes et leur financement (chapitre III).

Le chapitre sur les ressources examine les recettes de la sécurité sociale en 2000, et l'application des articles de la loi traitant des ressources, en particulier celui qui a institué le fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC). Cet examen doit être complété par les trois chapitres qui traitent du financement de la sécurité sociale (notamment le chapitre VI, consacré à l'analyse des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale en 2000).

Le chapitre sur les dépenses présente d'abord leurs évolutions par branche. Suivent deux analyses particulières mais essentielles : celle du financement des établissements (hôpitaux publics, cliniques privées) puis celle des dépenses de médicament.

Le troisième chapitre met l'accent sur les soldes, puis étudie les transferts entre régimes, incluant une présentation des comptes du fonds de solidarité vieillesse (FSV). L'examen attentif des comptes, auquel la

Cour a procédé, confirme l'excédent du régime général en encaissement-décaissement (5,2 MdF (0,8 Md€)), mais en revanche montre que, compte tenu des informations disponibles aujourd'hui, le solde en droits constatés est déficitaire de 0,9 MdF (0,1 Md€).

Et comme dans ses rapports précédents, la Cour consacre une partie de ses analyses à l'appréciation de la qualité des informations qui fondent les descriptions et les analyses. C'est l'objet du chapitre IV, qui traite de trois sujets : les progrès mais aussi les difficultés dans l'établissement des comptes (en particulier sur les provisions faites par l'ACOSS et la CNAMTS), les divers soldes de la sécurité sociale selon les conventions comptables utilisées, enfin les études dans le domaine de l'assurance maladie.

Tant en matière d'études que d'outils comptables, les progrès des dernières années ont été notables, mais il est de la plus haute importance de les poursuivre. De ces progrès dépendent en effet la qualité des dispositions des lois et celle des débats dont elles sont l'objet. C'est à ce prix que le Parlement sera mieux informé et que l'examen des lois de financement et des comptes des prochaines années sera plus pertinent.

Chapitre I

Les ressources de la sécurité sociale en 2000

PRESENTATION

En 2000, comme en 1999, les ressources de la sécurité sociale ont bénéficié d'une conjoncture économique favorable marquée notamment par une très forte augmentation de l'emploi. En effet, le PIB a augmenté de 3,1 % en volume, après + 2,9 % en 1999. Cette croissance soutenue s'est accompagnée d'une progression exceptionnelle de l'emploi salarié (+ 502 000 dans le secteur marchand, + 580 000 au total). En conséquence, selon la comptabilité nationale, la masse des salaires et traitements bruts a progressé de 5,0 % pour l'ensemble de l'économie et de 5,8 % dans les entreprises non financières et individuelles.

Cette conjoncture explique très largement la forte croissance des ressources des régimes de base de la sécurité sociale, qui ont augmenté de 4,3 % par rapport à 1999. La principale évolution intervenue en 2000 résulte de la disposition législative organisant le transfert d'une partie du remboursement des exonérations de cotisations sociales vers un fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (« FOREC »). Compte tenu de son importance, ce chapitre examine en premier lieu les conséquences de ce transfert. L'analyse des conditions d'application de cette disposition de la loi est également reprise dans le chapitre VI qui traite des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale (infra, p. 206).

Ce chapitre examine ensuite l'évolution des ressources des régimes de base et plus particulièrement de celles du régime général ainsi que les encaissements de l'ACOSS. Enfin, il passe en revue les différents articles de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, autres que ceux relatifs au FOREC, qui ont un impact sur ces ressources.

I – La prise en charge des exonérations de cotisations sociales

La principale décision qui affecte en 2000 les ressources des régimes sociaux est la création du FOREC, en application de la loi de financement de la sécurité sociale qui avait prévu la création d'un fonds chargé d'assurer le financement de la compensation des exonérations des cotisations sociales au titre de la réduction de la durée du travail. On retracera d'abord les problèmes qui ont affecté l'institution du FOREC avant d'examiner la présentation comptable de cette transformation, telle qu'elle a été retenue par la commission des comptes de la sécurité sociale.

A – Le FOREC

1 – Les dispositions de la loi de financement pour 2000

L'article 5 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 prévoit la création d'un établissement public national à caractère administratif, dénommé « fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale » (FOREC) destiné à compenser le coût des exonérations de cotisations patronales de sécurité sociale liées aux 35 heures. Il est prévu que des conventions régissent les relations entre le FOREC et les organismes de sécurité sociale d'une part, et entre le fonds et l'Etat d'autre part, de façon à « garantir la neutralité en trésorerie des flux financiers pour les organismes de sécurité sociale ».

Les dépenses du fonds sont constituées de ses frais de gestion administrative ainsi que du versement, aux régimes de sécurité sociale, des montants correspondants à la prise en charge de :

- l'allègement de charges sociales « Aubry II » visé aux articles L. 241-13-1 et L. 711-13-1 du code de la sécurité sociale (nouveau mécanisme d'allègement des charges sociales réservé aux entreprises appliquant un accord collectif de réduction du temps de travail à 35 heures) et aux dispositions correspondantes du code rural ;
- l'aide visée à l'article 3 de la loi du 13 juin 1998 d'orientation et d'incitation relative à la réduction du temps de travail (dite « Aubry I ») ;
- la réduction visée aux articles L. 241-13 et L. 711-13 du code de la sécurité sociale (ristourne « Juppé ») et aux dispositions correspondantes du code rural ainsi qu'au IV de l'article 1^{er} de la loi n° 95-882 du 4 août 1995 relative aux mesures d'urgence pour l'emploi et la sécurité sociale¹.

Les recettes, compte tenu des annulations du Conseil constitutionnel (cf. *infra*), sont constituées par :

- une fraction du produit du droit de consommation sur les tabacs prévu par la loi de finances ;
- la contribution sociale sur les bénéfices des sociétés créée par la présente loi (article 6, cf. ci-dessous) ;

1. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 inclut de nouvelles dépenses, en particulier celles résultant de la loi « Robien ».

- la taxe générale sur les activités polluantes ;
- une fraction fixée à 47 % du produit du droit de consommation sur les alcools ;
- une contribution de l'Etat ;
- les produits non consommés de l'exercice précédent.

Cet article prévoit également que « les recettes et les dépenses du fonds doivent être équilibrées dans les conditions prévues par la loi de financement de la sécurité sociale. Le solde annuel des dépenses et des recettes du fonds doit être nul ». Les flux financiers sont gérés par l'ACOSS.

L'article 6 concerne la création de la contribution sociale sur les bénéficiaires des sociétés (CSB) affectée au FOREC. La CSB est assise sur l'impôt sur les sociétés ; son taux est de 3,3 %, appliqué après un abattement qui ne peut dépasser 5 MF (0,8 M€) par période de douze mois.

L'article 7 prévoit l'extension du champ d'application de la taxe générale sur les activités polluantes (TGAP) désormais affectée au FOREC et non plus à l'Etat.

2 – Les conséquences des décisions du Conseil constitutionnel

Dans sa décision du 13 janvier 2000, le Conseil constitutionnel a annulé la disposition prévoyant une contribution au titre des heures supplémentaires dont le montant était estimé à 7 MdF (1,1 Md€) au motif que la différence de traitement instaurée entre les heures supplémentaires effectuées par des salariés selon qu'ils travaillent dans une entreprise ayant ou non réduit sa durée collective de travail à 35 heures était « sans rapport direct avec l'objet de la loi ».

En conséquence, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 et la loi de finances rectificative pour 2000 ont modifié les dispositions définissant la nature des recettes du FOREC. Deux recettes nouvelles entrant en vigueur dès 2000 sont prévues. Il s'agit d'une part, d'un versement du FSV au FOREC, correspondant aux droits sur les alcools perçus par le FSV au cours de l'exercice 2000 (ce versement est prévu par la loi de financement) ; d'autre part, d'un versement de l'Etat au FOREC, correspondant aux droits de consommation sur les tabacs manufacturés affectés à l'Etat en 2000 (ce versement est prévu par la loi de finances rectificative).

Le Conseil constitutionnel a également annulé cette dernière disposition dans sa décision n° 2000-441 du 28 décembre 2000. Il a jugé que cette mesure affectait les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale pour 2000 alors qu'aucune loi de financement ne l'avait prise en compte et qu'aucune ne pouvait le faire d'ici à la fin de l'exercice.

3 – La situation au 31 décembre 2000²

Les lois de finances et de financement de la sécurité sociale successives ont affecté au fonds, en 2000, les ressources suivantes (tableau ci-dessous) :

- la taxe sur la consommation des tabacs (44,6 MdF (6,8 Md€)) ;
- le produit de la contribution sociale sur les bénéficiaires des sociétés (3,8 MdF (0,6 Md€)) ;
- le produit de la taxe générale sur les activités polluantes (2,8 MdF (0,4 Md€)) ;
- le produit du droit de consommation sur les alcools (11,5 MdF (1,8 Md€)) ;
- une contribution budgétaire de l'Etat (4,3 MdF (0,7 Md€)).

Dans l'attente de la création de l'établissement public gérant le fonds, qui n'était pas effective fin 2000, l'ACOSS a géré la trésorerie du dispositif. Celui-ci a fait apparaître au 31 décembre 2000, une insuffisance de recettes de 13,3 MdF (2,0 Md€) en encaissement-décaissement et 10,2 MdF (1,5 Md€) en droits constatés³. Cette situation résulte :

- d'une part, du fait que les ressources affectées au FOREC ont été amputées par les annulations prononcées par le Conseil constitutionnel ;
- d'autre part, du fait que la progression des dépenses s'est révélée plus rapide que celle envisagée à l'origine : prévues pour 63,9 MdF (9,7 Md€) dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, elles sont estimées à 72,4 MdF (11,0 Md€).

2. Cf. sur ce sujet le rapport de la Cour sur l'exécution de la loi de finances de 2000.

3. L'état des versements au 31 décembre 2000 est étudié dans le cadre du chapitre consacré aux relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale (*infra*, chapitre VI, p. 206).

Les « comptes » du FOREC en 2000

en MdF et (Md€)

	Prévision LFSS 2000	Prévision de septembre 2000(1)	Réalisations en E/D(2)	Réalisations en droits constatés(3)
RESSOURCES	63,9 (9,7)	67,0 (10,2)	59,1 (9,0)	65,0 (9,9)
. Ressources fiscales	59,6 (9,1)	62,7 (9,6)	54,7 (8,3)	60,7 (9,3)
. Droits sur les tabacs	39,5	44,6	38,4	42,3
. Droits sur les alcools	5,6	11,5	10,9	11,9
<i>dont versement du FSV</i>		5,4	5,4	5,9
. Contribution sociale sur le <i>bénéfice des sociétés</i>	4,3	3,8	2,8	3,8
. Taxe générale sur les activités <i>polluantes</i>	3,2	2,8	2,6	2,7
. Taxe heures supplémentaires	7,0			
. Contribution de l'Etat	4,3 (0,7)	4,3 (0,7)	4,3 (0,7)	4,3 (0,7)
EMPLOIS	63,9 (9,8)	67,0 (10,2)	72,4 (11,0)	75,2 (11,5)
. Ristourne dégressive 1,3 SMIC	39,5	31,3	37,5	36,4
. Aide incitative Aubry I	7,5	14,7	14,5	15,2
. Allègement Aubry II	16,9	21,0	20,4	23,6
Solde	0,0	0,0	-13,3 (-2,0)	-10,2 (-1,6)

Source : direction de la sécurité sociale.

- (1) Telle qu'elle figure dans le tableau annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.
- (2) Encaissement-décaissement janvier-décembre 2000.
- (3) Il s'agit des droits constatés au titre de 2000 : exonérations de février 2000 à janvier 2001, correspondant aux salaires versés de janvier à décembre 2000.

B – Le traitement comptable des exonérations de cotisations sociales

Le transfert de la compensation d'une partie des exonérations de cotisations sociales de l'Etat au FOREC a substitué à la contribution de l'Etat des impôts et taxes affectés (étant entendu qu'une contribution budgétaire subsiste à titre résiduel). Toutefois, cela n'est pas directement lisible dans les comptes du fait du mode antérieur de comptabilisation des exonérations de cotisations sociales et des différences apparues en 2000 entre les différents comptes.

Jusqu'en 1999, les exonérations de cotisations sociales ont été comptabilisées, dans la loi de financement et dans les comptes de la commission des comptes de la sécurité sociale, en encaissement-décaissement dans la rubrique des cotisations effectives. L'ACOSS

considère en effet qu'il s'agit de cotisations dues, que l'Etat rembourse aux entreprises. De ce fait, la contribution budgétaire qui assure le remboursement des exonérations n'apparaissait pas en tant que telle ni dans les ressources votées dans la loi de financement de la sécurité sociale, ni dans les comptes des caisses du régime général présentés à la commission des comptes de la sécurité sociale.

Cette présentation n'est pas logique. Dès lors, dans la pratique comptable des URSSAF, les cotisations exonérées sont isolées et enregistrées en produits dont le redevable est l'ACOSS. Les URSSAF ne constituent donc en rien un obstacle à ce que les cotisations prises en charge par l'Etat figurent comme une rubrique des « contributions publiques ». Cette clarification nécessite une adaptation du plan comptable actuel.

En 2000, la création du FOREC a conduit à des modes de comptabilisation différents en loi de financement et dans les comptes du régime général.

La loi de financement a introduit une distinction entre les exonérations prises en charge par le FOREC et celles qui restent directement remboursées par l'Etat. Les premières ont été soustraites des cotisations effectives et les recettes budgétaires et fiscales du FOREC ont été inscrites dans les lignes « contributions publiques » d'une part, et « impôts et taxes affectés » de l'autre. Les secondes continuent en revanche d'être comptabilisées, comme antérieurement, en cotisations effectives.

Les comptes présentés à la commission des comptes de la sécurité sociale continuent, eux aussi, d'enregistrer les exonérations qui restent à la charge de l'Etat en cotisations effectives⁴. Mais ils traitent différemment celles transférées au FOREC selon que les comptes sont présentés en encaissement-décaissement ou en droits constatés. Dans le premier cas, les exonérations figurent avec les cotisations effectives, mais seulement pour le montant couvert par les recettes encaissées au titre du FOREC par l'ACOSS, soit 56,2 MdF (8,6 Md€). Dans le second, elles apparaissent en transferts entre organismes de sécurité sociale et assimilés pour le montant total dû, soit, s'agissant du régime général, 71,4 MdF (11,0 Md€).

4. Ces « comptes » sont établis par la direction de la sécurité sociale à partir des comptes des organismes, en les combinant et les retraitant. Contrairement aux comptes des organismes, ces comptes globaux, par exemple du régime général, ne sont pas des comptes consolidés au sens habituel des normes comptables, mais le mot comptes a été retenu par le législateur et est usuel pour caractériser ces agrégats. Sur ces questions, cf. chapitre III, p. 113.

Ces présentations comptables présentent plusieurs incohérences :

- d’abord, dans la présentation même de la loi de financement de la sécurité sociale, qui fait apparaître la transformation de la contribution budgétaire en impôts et taxes affectés comme étant un transfert de cotisations effectives en impôts et taxes affectés ;
- ensuite, selon que les exonérations sont prises en charge par l’Etat ou par le FOREC ;
- enfin, entre les comptes du régime général selon qu’ils sont présentés en encaissement-décaissement ou en droits constatés.

Il apparaît nécessaire à l’avenir qu’un mode de comptabilisation plus conforme à la réalité soit adopté et que celui-ci soit le même en loi de financement, dans les comptes des régimes et dans ceux présentés à la commission des comptes de la sécurité sociale. La solution la plus conforme au droit consiste à faire figurer la ressource réelle qui assure le financement des exonérations dans les comptes. Les cotisations prises en charge par l’Etat devraient donc figurer sous la rubrique « contributions publiques », celles imputées au FOREC sur une ligne « FOREC » et les recettes de ce dernier en « impôts et taxes affectés » et « contributions publiques ».

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

L’ensemble des exonérations de cotisations sociales liées aux mesures emploi se sont élevées en 2000 à 112,8 MdF (17,2 Md€) contre 78,5 MdF (12,0 Md€) en 1999, soit une progression de 43,7 % (tableau ci-dessous). Celle-ci résulte de la montée en charge des lois relatives la réduction du temps de travail.

83,0 % sont prises en charge par l’Etat ou par le FOREC et 17,0 % restent à la charge des organismes sociaux. Ces dernières, qui s’élèvent à 19,1 MdF (2,9 Md€) en 2000, sont en léger recul. Elles correspondent principalement aux exonérations au titre des emplois familiaux (7,9 MdF (1,2 Md€)), des contrats emploi-solidarité (2,8 MdF (0,4 Md€)), des contrats emploi consolidés (2,4 MdF (0,4 Md€)), des mesures en faveur d’un premier salarié (2,5 MdF (0,4 Md€)) et en faveur du temps partiel (3 MdF (0,5 Md€)).

Les cotisations, dont la prise en charge a été transférée au FOREC, représentent un montant de 72,4 MdF (11,0 Md€), dont 59,1 MdF

(9,0 Md€) ont donné lieu à remboursement. Les exonérations qui restent prises en charge par l'Etat lui-même ont, de ce fait, décréu de 59,1 MdF (9,0 Md€) à 21,3 MdF (3,3 Md€) (dont 0,9 MdF (0,1 Md€) non financées).

Les exonérations de cotisations liées aux mesures emplois

en MdF et (Md€)

	1999	2000	Variation (%)
Cotisations prises en charge	59,1 (9,0)	93,7 (14,3)	58,5
- par l'Etat	59,1	21,3	- 64,0
<i>dont remboursées</i>	-	20,4	
- par le FOREC	-	72,4	
<i>dont remboursées</i>	-	59,1	
Cotisations non prises en charge	19,4 (3,0)	19,1 (3,0)	- 1,5
Total	78,5 (12,0)	112,8 (17,2)	43,7

Source : direction de la sécurité sociale

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES PAGE 474

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 2000 (**article 12**) à 1 873,5 MdF (285,6 Md€) (tableau ci-dessous). Les recettes constatées en 2000, qui s'établissent à 1 886,3 MdF (287,6 Md€), sont donc supérieures de 12,8 MdF (2,0 Md€) à la prévision.

Les ressources sont présentées ici conformément aux observations ci-dessus, c'est-à-dire en fonction de la ressource, budgétaire ou fiscale, qui assure le financement des cotisations prises en charge par l'Etat et le FOREC. Ne figurent donc en cotisations effectives que celles effectivement à la charge des cotisants.

Les ressources des régimes de base. Prévisions et réalisations

en MdF et (Md€)

Catégories de recettes	Réalisations LFSS pour 1999 (sept. 2000) (1)	Prévisions LFSS pour 2000 (2)	Prévisions d'exécution (sept.2000)	Réalisations connues en Juillet 2001 (3)	Réalisations 2000/ réalisations 1999 (3)/(1) (%)	Ecart entre réalisations et loi de financement initiale (3)-(2)
Cotisations effectives*	1 002,7	1 018,2	1 025,2	1 027,2	2,4	9,0 (1,4)
Cotisations fictives	195,9	200,7	199,1	201,7	3,0	1,0 (0,2)
Contributions publiques	127,6	94,3	98,3	92,6	- 27,4	- 1,7 (-0,3)
<i>dont cotisations prises en charge par l'Etat</i>	<i>59,1</i>	<i>23,3</i>	<i>25,5</i>	<i>21,3</i>	<i>- 64,0</i>	<i>- 2,0 (-0,3)</i>
Impôts et taxes affectés	442,7	516,8	514,7	519,9	17,4	3,1 (0,5)
<i>dont FOREC</i>		<i>59,6</i>	<i>62,7</i>	<i>54,7</i>		
Transferts reçus	4,3	4,7	1,7	2,7	- 37,2	- 2,0 (-0,3)
Revenus des capitaux	1,5	1,7	1,7	2,3	53,3	0,6 (0,1)
Autres ressources	33,3	37,1	42,2	39,9	19,8	2,8 (0,4)
Total des recettes	1 807,9 (275,6)	1 873,5 (285,6)	1 882,9 (287,1)	1 886,3 (287,6)	4,3	12,8 (2,0)

* Hors cotisations prises en charge par l'Etat et le FOREC.

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

Source : direction de la sécurité sociale.

1 – Les cotisations

Dans la loi de financement de la sécurité sociale, les cotisations effectives 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, ainsi que les cotisations prises en charge. Or, dans la mesure où les cotisations prises en charge par l'Etat sont des participations du budget de l'Etat, elles ont été isolées et reclassées dans la rubrique « contributions publiques » de ce présent rapport (cf. *infra*).

Les cotisations effectives, hors cotisations prises en charge par l'Etat et le FOREC, s'élèvent alors à 1 027,2 MdF (156,6 Md€) en 2000, soit une progression de 2,4 % par rapport à 1999 (tableau précédent). Elles sont supérieures à la prévision initiale de 9 MdF (1,4 Md€) en

raison d'une augmentation de la masse salariale plus forte que prévu. L'évolution de l'assiette salariale du secteur privé retenue pour l'établissement du projet de loi de financement pour 2000 était en effet de 4,4 % pour un constat de l'ordre de 6 %.

Les cotisations fictives, quant à elles, correspondent à la contribution de l'employeur (Etat et entreprises publiques) lorsqu'il fournit directement des prestations sociales. La mise en évidence de ces cotisations fictives permet de faire une analyse du financement de la sécurité sociale indépendamment de son organisation institutionnelle. Elles ont augmenté de 3,0 % par rapport à 1999 pour s'établir à 201,7 MdF (30,8 Md€) en 2000.

2 – Les impôts et taxes affectés

Les impôts et taxes affectés à l'ensemble des régimes de base de la sécurité sociale, au FOREC et au FSV s'élèvent en 2000 à 519,9 MdF (79,3 Md€) (tableau précédent) et, en se limitant à la métropole, à 518,7 MdF (80,0 Md€) (tableau ci-dessous). Sans les recettes fiscales affectées au FOREC, le total aurait été de 464 MdF (70,7 Md€), en progression de 5,2 % par rapport à 1999. Ils ont très vivement progressé depuis 1996 puisqu'ils ne s'élevaient à cette date qu'à 170 MdF.

En 2000, les impôts et taxes affectées ont été supérieurs de 3,1 MdF (0,5 Md€), au montant inscrit en loi de financement, malgré l'insuffisance de ressources attribuées au FOREC. Le rendement de la CSG a été supérieur de 9,7 MdF (1,5 Md€) par rapport à la prévision⁵. En dépit de la réduction de la part des recettes provenant du prélèvement de 2 % sur les revenus des capitaux affectée aux régimes sociaux, le total des impôts affectés augmente de 6,6 %. De leur côté, les taxes affectées connaissent une très forte progression (68,4 %) du fait de la création du FOREC.

Les impôts et taxes affectés au seul régime général sont, pour leur part, passés de 59 MdF en 1996 à 309,7 MdF (47,2 Md€) en 2000 sans les ressources fiscales affectées au FOREC et à 364,4 MdF (55,6 Md€) si on les intègre. Ce sextuplement est dû pour l'essentiel à la CSG dont le montant, pour la partie affectée au régime général, est passé de 44 à 278,5 MdF (42,5 Md€) sur la même période, suite à la substitution de CSG aux cotisations salariales maladie, en deux étapes, en 1997 et 1998.

5. Environ la moitié de ce rendement supérieur à la prévision provient de la CSG assise sur les revenus du capital : cela représente de l'ordre de 5 MdF (0,8 Md€) sur un total de 45 MdF (6,9 Md€). Il est vrai que la prévision de cet élément est très difficile et incertaine.

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

en MdF, (Md€) et %

	1998	1999	2000	2000/1999 (%)
Ensemble	400,7	441,0 (67,2)	518,7 (79,1)	17,6
<i>dont : régime général</i>	253,2	284,0	364,4	28,3
Impôts affectés	323,9	362,1	386,1	6,6
- CSG	314,9	351,4	375,5	6,9
- 2% sur les revenus des capitaux	9,0	10,7	10,6	-1,4
Taxes affectées	76,8	78,7	132,6	68,4
- taxe sur les alcools	19,1	19,1	18,8	-1,4
- taxe sur les tabacs	3,9	4,2	46,8	1 016,2
- taxe auto	5,7	5,7	6,7	17,3
- C3S	16,1	15,6	18,2	16,4
- autres taxes	32,0	34,1	42,1	23,4

Source : direction de la sécurité sociale. * Métropole.

a) La CSG

En 2000, les recettes de CSG tous régimes s'élèvent, pour la France entière, à 379,9 MdF (57,9 Md€) dont 254,8 MdF (38,8 Md€) pour les régimes d'assurance maladie, 57,4 MdF (8,8 Md€) pour la CNAF et 67,7 MdF (10,3 Md€) pour le FSV :

Rendement de la CSG

en MdF et (Md€)

	1998	1999	2000
CSG maladie*	207,3	238,1	254,8
<i>dont : affectée à la CNAMTS</i>		203,7	224,3
CSG affectée à la CNAF (1,1 point)	50,3	53,8	57,4
CSG affectée au FSV (1,3 point)	60,8	63,7	67,7
TOTAL CSG (DOM et métropole)	318,4	355,6 (54,2)	379,9 (57,9)

* Depuis 1998 : 5,1 points sur les revenus du travail et du capital, 3,8 points sur les revenus de remplacement.

Un point de CSG famille représente 52,2 MdF (8,0 Md€) , dont 36,2 (5,5) sur les revenus d'activité, 8,7 (1,3) sur les revenus de remplacement et 6,1 (0,9) sur les revenus du capital. Un point de CSG maladie représente 52,5 MdF (8,0 Md€) .

La répartition de la CSG maladie au titre de 1999 a donné lieu à une régularisation en 2000 au bénéfice principal de la CNAMTS et au

détriment de la CANAM, pour un montant estimé à 3,1 MdF (0,5 Md€)⁶. Cette régularisation est comptabilisée dans les comptes de l'an 2000 en encaissement-décaissement. Les modalités de répartition de la CSG maladie, qui ont été critiquées par la Cour dans ses précédents rapports sur la sécurité sociale, ont été réformées par la loi de financement pour 2000 (**article 9**). Elles sont à présent beaucoup plus simples (cf. ci-dessous).

b) Les autres impôts et taxes affectés hors FOREC

Impôts et taxes (autres que la CSG) affectés au régime général, C3S affectée aux régimes de non salariés et TVA affectée au BAPSA

en MdF et (Md€)

	1998	1999	2000
Régime général			
CNAMTS	17,5	18,7	26,2
. Taxe auto	4,7	4,6	4,7
. Taxe sur le tabac	3,9	4,2	7,9
. Taxe sur les alcools	6,5	6,4	7,8
. Taxe sur les activités de préparation et de commercialisation de médicaments*	2,5	3,5	4,8
. 2 % sur les revenus des capitaux	0,0	0,0	1,0
CNAV	4,7	5,2	3,6
2 % sur les revenus des capitaux			
CNAF	4,4	5,5	1,5
2 % sur les revenus des capitaux			
Ensemble du régime général	26,5	29,4 (4,5)	31,3 (4,8)
C3S affectée aux régimes de non-salariés			
CANAM	5,2	1,8	8,4
CANCAVA	4,7	4,1	1,9
ORGANIC	6,2	6,7	2,9
BAPSA	0,0	1,0	1,0
Ensemble	16,1	13,6 (2,1)	14,2 (2,2)
TVA affectée au BAPSA	24,4	25,8 (3,9)	27,0 (4,1)

Source : direction de la sécurité sociale.

* et remise conventionnelle.

6. Cette régularisation s'explique ainsi : selon les règles appliquées jusqu'en 1999, la répartition de la CSG maladie se faisait en deux temps, la seconde étape faisant intervenir les déficits comptables des régimes. Les prévisions initiales du solde de la CNAMTS pour 1999, établies à l'automne 1998, supposaient le retour à l'équilibre, ce qui avait exclu la CNAMTS du second niveau de la répartition provisoire de la CSG maladie pour 1999, au bénéfice principal de la CANAM. La CNAMTS ayant finalement conservé un déficit important en 1999, une régularisation est intervenue à son profit en 2000, dans la répartition définitive dès que les résultats de tous les régimes ont été connus pour l'année 1999.

Hors CSG et hors FOREC, la plupart des impôts et taxes affectés au régime général varient peu de 1999 à 2000, à l'exception :

- de la taxe sur le tabac dont près de 16 % des droits sont affectés à la CNAMTS. En effet, outre une fraction de 9,1 % affectée à la CNAMTS (article 49 de la loi de finances pour 1997), une fraction supplémentaire de 7,58 % a été affectée à la CNAMTS par l'article 55 de la loi de finances pour 2000 dans le cadre du financement de la CMU, soit 3,6 MdF (0,6 Md€) ;
- du prélèvement de 2 % sur les revenus du capital affecté, depuis la loi de financement pour 2000, à hauteur de 8 % à la CNAMTS, 30 % à la CNAV et 13 % à la CNAF. Les 49 % restant sont affectés au fonds de réserve des retraites. Ceci représente une recette de 6,1 MdF (0,9 Md€) pour le régime général ;
- de la taxe sur les activités de préparation et de commercialisation des médicaments qui, y compris la remise conventionnelle, s'élève à 4,8 MdF (0,7 Md€) en 2000.

Toutes les recettes encaissées au titre de la C3S (18,0 MdF (2,7 Md€) en 2000) ne sont pas affectées : 14,2 MdF (2,2 Md€) l'ont été aux régimes de non salariés, laissant 3,8 MdF (0,6 Md€) qui seront versés courant 2001 à la première section du FSV.

La TVA affectée au BAPSA a progressé de 4,6 % en 2000 après 5,8 % en 1999.

3 – Les contributions publiques

Les contributions publiques sont des participations du budget de l'Etat à certains régimes de sécurité sociale pour leur permettre de combler un déficit ou pour financer certaines charges supplémentaires. Ces contributions recouvrent pour l'essentiel les subventions d'équilibre versées à certains régimes spéciaux et des remboursements de prestations (allocation aux adultes handicapés par exemple) (sur ces contributions, cf. *infra*, chapitre VI, p. 206). Elles sont prélevées sur l'ensemble des recettes fiscales et ne constituent donc pas des recettes affectées.

Les sommes prises en charge par l'Etat dans le cadre de sa politique de l'emploi pour alléger les charges des entreprises et permettre l'embauche de certaines catégories de chômeurs permettent de financer tout ou partie de la part patronale des charges sociales. Elles sont ici incluses dans les contributions publiques, alors que dans la loi de

financement de la sécurité sociale, elles ne sont pas considérées comme une contribution de l'Etat au financement des caisses à qui ces cotisations sont dues mais sont intégrées dans la rubrique « cotisations effectives ».

Les contributions publiques totales ont diminué de 27,4 % en 2000 par rapport à 1999 pour s'établir à 92,6 MdF (14,1 Md€). Parmi elles, les contributions aux régimes ont crû de 4,1 % et les cotisations prises en charge par l'Etat ont reculé de 64 %, du fait d'un transfert d'une partie d'entre elles au FOREC.

B – Les ressources du seul régime général

1 – L'évolution des ressources du régime général

Les ressources du régime général (encaissement-décaissement)

en MdF, (Md€) et %

	1999	2000	Variation (%)
Recettes métropole	1 268,8 (193,4)	1 324,9 (202,0)	4,4
Cotisations	806,5	829,8	2,9
Cotisations des assurés	160,0	169,1	5,7
actifs	154,8	164,1	6,0
autres	5,2	5,1	-3,5
Cotisations des employeurs	646,5	660,6	2,2
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	1,3	1,0	-25,8
Contributions publiques	97,1	54,9	-43,5
dont :			
- remboursement de prestations	37,9	34,5	-9,0
- prise en charge de cotisations par l'Etat	59,3	20,4	-65,5
Impôts et taxes affectés	284,0	309,7	9,1
dont : CSG	254,5	278,5	9,4
Transferts divers entre organismes de sécurité sociale et assimilés	66,8	117,3	75,7
dont :			
- cotisations prises en charge par le FSV	41,3	36,6	-11,3
- prestations prises en charge par le FSV	22,3	23,1	3,5
- cotisations prises en charge par le FOREC	0,0	56,2	
Autres ressources	13,2	12,2	-7,3
Recettes DOM	18,0 (2,7)	18,2 (2,8)	0,6
Total des ressources consolidées	1 286,9 (196,2)	1 343,0 (204,7)	4,4

Source : commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2001.

Après consolidation, les ressources du seul régime général (France entière) se sont élevées en encaissement-décaissement à 1 343,0 MdF (204,74 Md€) en 2000, en progression de 4,4 % par rapport à l'année précédente (tableau ci-dessous). Cette faible progression comparée à la masse salariale résulte en grande partie du fait que ces ressources n'intègrent pas la créance de 13,3 MdF (2,0 Md€) en encaissement-décaissement du régime général sur l'Etat au titre du FOREC.

En droits constatés, le total des ressources s'élève à 1 394 MdF (212,5 Md€) en 2000, contre 1 342 MdF (204,6 Md€) en 1999, soit une progression de 3,8 %. Ce résultat ne peut être rapproché du résultat en encaissement-décaissement car un certain nombre de postes désormais comptabilisés en produits et charges sont contractés dans les comptes présentés en encaissement-décaissement, et ne figurent donc dans ces derniers que pour leur solde, et donc ni en ressources ni en dépenses. Cette différence de méthode explique l'ampleur de l'écart, 51 MdF (7,8 Md€) en total des ressources et total des produits.

Il est indispensable que soit dressé un tableau de passage entre encaissement-décaissement et droits constatés pour les ressources et produits d'une part, les dépenses et les charges d'autre part.

2 – Evolution des cotisations sociales

Les cotisations encaissées sur les revenus d'activité et de remplacement par le régime général (y compris les cotisations prises en charge par l'Etat, le FOREC et les régimes sociaux, cf. tableau ci-dessus) se sont élevées à 907,4 MdF (138,3 Md€) en 2000, après 867,0 MdF (132,2 Md€) en 1999, soit une augmentation de 4,7 %.

Les cotisations sur salaires du secteur privé, qui en sont la composante principale, s'élèvent à 727,4 MdF (110,9 Md€) (tableau ci-dessous), soit une augmentation de 2,9 % en 2000 par rapport à 1999, ce qui est beaucoup plus faible que celle de la masse salariale (l'augmentation de la masse salariale des sociétés non financières et des entrepreneurs individuels est estimée à 5,8 % par l'INSEE et celle de la masse salariale de l'ensemble des entreprises privées est estimée à 6,3 % par l'ACOSS). L'écart est principalement imputable aux exonérations de cotisations (cf. ci-dessous). Cette explication est confirmée par l'écart entre les taux de croissance des cotisations salariales, qui ne sont pas affectées par les exonérations, (6,0 %), et des cotisations patronales (2,1 %).

Les cotisations sociales sur salaires à destination du régime général

en MdF, (Md€) et %

	1999	2000	%
Cotisations encaissées	784,3 (119,6)	806,6 (123,0)	2,8
- Cotisations du secteur privé	707,2 (107,8)	727,4 (110,9)	2,9
. patronales	568,6 (86,7)	580,6 (88,5)	2,1
. salariales	138,6 (21,1)	146,9 (22,4)	6,0
- Cotisations des autres salariés	77,1 (11,8)	79,2 (12,1)	2,7
Exonérations de cotisations	59,1 (9,0)	89,9 (13,7)	52,1
prises en charge par :			
. l'Etat	59,1 (9,0)	21,2 (3,2)	- 64,1
. le FOREC	0,0	68,7 (10,5)	

Source : établi à partir de la commission des compte de la sécurité sociale, juin 2001.

C – Les encaissements de l'ACOSS et des URSSAF en 2000

Les recettes du champ de la loi de financement, retracées dans le tableau page 33, sont celles des régimes de base. Elles sont encaissées principalement par l'ACOSS et les URSSAF, mais aussi par les régimes eux-mêmes (non salariés, régimes spéciaux) et par l'Etat. La part prépondérante du réseau du recouvrement (ACOSS et URSSAF) tient au poids du régime général mais aussi au fait que le réseau recouvre des ressources pour compte de tiers, notamment au profit du fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Globalement, les encaissements du réseau du recouvrement, comptabilisés par l'ACOSS dans son rapport financier, se sont élevés à 1 615,1 MdF (246,2 Md€) en 2000 (tableau ci-dessous). Par rapport à l'année précédente, ils augmentent de 4,4 %.

Les total des encaissements des URSSAF progresse de 3,8 % en 2000, et ceux venant du secteur privé de 4 %, soit à un rythme très inférieur à celui de l'assiette potentielle, qui, selon l'ACOSS, a crû de 6,3 %. L'écart est donc de 2,3 points, dont 2 points sont, selon la commission des comptes de la sécurité sociale, imputables aux exonérations de cotisations sociales sur les encaissements.

Les encaissements directs de l'ACOSS (c'est-à-dire ceux qui ne transitent pas par les URSSAF) augmentent, quant à eux, de 5,9 % en 2000.

Encaissements du réseau du recouvrement*en MdF, (Md€) et %*

	1999	2000	Variation (%)
URSSAF et CGSS	1 128,1	1 171,0	3,8
ACOSS (recouvr. direct)	419,4	444,1	5,9
<i>dont :</i>			
Remboursement de prestations par l'Etat	66,1	67,4	1,9
Transferts du FSV	67,7	62,2	- 8,1
Impôts et taxes	117,4	122,9	4,7
Total	1 547,4 (236,0)	1 615,1 (246,2)	4,4

Source : Rapport financier 2000 de l'ACOSS.

REPNES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES PAGE 474

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

Les autres dispositions de la loi de financement ayant une incidence sur les ressources de la sécurité sociale principales sont reprises ci-dessous. Elles n'ont pas toutes été appliquées.

L'article 2, qui est le pendant de l'article 3 de la loi de finances pour 2000, prévoit une harmonisation des règles d'assujettissement à l'impôt sur le revenu et aux cotisations de la sécurité sociale des sommes versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail (licenciement, mise à la retraite, départ volontaire à la retraite) et des indemnités de cessation des fonctions des mandataires sociaux et des dirigeants d'entreprise. Cet article fixe les seuils d'assujettissement aux cotisations sociales de ces indemnités.

L'article 3 supprime la déduction pour frais d'assiette et de perception (au titre du recouvrement par les services fiscaux) sur la CSG sur les revenus du patrimoine. Les dispositions de cet article ont été abrogées par l'article 51 de la loi de finances rectificative pour 1999.

L'article 4 concerne le relèvement de 160 F (24,4 €) à 400 F (61,0 €) du seuil de non mise en recouvrement des prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine (CSG, prélèvement de 2 % sur les revenus du capital). L'impact financier est estimé à environ 350 MF (53,4 M€).

L'article 8 prévoit l'exonération partielle de cotisations sociales en faveur des jeunes agriculteurs. Les conditions de mise en œuvre, c'est-à-dire le plafond des exonérations et le montant minimal des cotisations, ont été fixées par un décret du 28 septembre 2000.

L'article 9 concerne la réforme de la répartition de la CSG et des droits sur les alcools. Sa mise en application a été rendue possible par deux arrêtés du 31 janvier 2000.

Pour ce qui est de la CSG, un montant prédéfini est affecté au début de chaque année aux régimes de base d'assurance maladie, à l'exception de la CNAMTS qui reçoit le reliquat de CSG non attribué aux autres régimes. Le mécanisme de revalorisation annuelle des montants attribués aux régimes est fonction de l'évolution de l'assiette.

En ce qui concerne les droits sur les alcools, la part de la CNAMTS passe de 40 % à 45 % du fait de la loi du 27 juillet 1999 mettant en place la CMU. Pour l'année 2000, les droits sur les alcools sont donc répartis de la façon suivante : 8 % vont au FSV, 47 % au FOREC et 45 % à la CNAMTS.

L'article 10 met en place un mécanisme de remise amiable des majorations de retard de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S). Ces modalités d'application sont prévues dans un décret du 7 juillet 2000.

L'article 11 prévoit les cotisations de début d'activité dues par les non salariés. A titre provisionnel, l'assiette annuelle des cotisations des deux premières années sera déterminée forfaitairement, avec une régularisation ultérieure une fois connu définitivement le revenu professionnel.

Deux décrets étaient nécessaires pour l'application de ces nouvelles dispositions : l'un, du 25 août 2000, est relatif aux cotisations d'assurance maladie des travailleurs non salariés et aux cotisations d'assurance vieillesse des artisans et des commerçants ; l'autre, du 30 août 2000, concerne les cotisations d'allocations familiales des travailleurs non salariés.

SYNTHESE

La comptabilisation des exonérations de cotisations sociales en cotisations effectives les fait apparaître, tant dans la loi de financement de la sécurité sociale que dans les comptes présentés à la commission des comptes de la sécurité sociale, comme si elles étaient effectivement payées par les entreprises. Cette présentation offre un double inconvénient : elle surestime la mesure du coût du travail ; elle sous-estime d'autant les

contributions publiques au financement de la sécurité sociale. Dans les comptes 2000, cette présentation est encore obscurcie par l'insuffisance de ressources qu'il était prévu d'attribuer au FOREC pour assurer le financement des cotisations mises à sa charge.

Cette présentation appelle trois observations :

- pour l'avenir, la loi de financement pour 2002 et les comptes en droits constatés, dès 2001, doivent faire apparaître les cotisations prises en charge par l'Etat et le FOREC par nature de financement : contributions publiques pour l'Etat, impôts et taxes affectées pour le FOREC ;

- pour les comptes 2000, les comptes en droits constatés enregistrent une créance du régime général sur l'Etat au titre du FOREC. La loi de financement pour 2002, qui doit modifier les modalités d'équilibre des ressources et des dépenses du FOREC, devra également régler le sort de cette créance ;

- d'une façon plus générale, le non provisionnement de la créance des organismes sociaux sur l'Etat au titre du FOREC peut s'expliquer par le fait que la décision de l'Etat de ne pas financer le déficit de ce dernier est intervenue après l'approbation des comptes des caisses par leur conseil d'administration. Cependant, cette difficulté, apparue avec les comptes 2000, sera en réalité permanente et conduit à inscrire dans les comptes des caisses des produits supérieurs à ceux qui seront effectivement perçus. Par ailleurs, le non respect de l'équilibre du FOREC, équilibre prévu par la loi, met en cause les fondements mêmes de ce fonds. S'il devait être la règle, les efforts entrepris pour clarifier des relations entre l'Etat et la sécurité sociale seraient compromis.

RECOMMANDATION

Imputer comptablement les cotisations prises en charge par l'Etat en contributions publiques, celles prises en charge par le FOREC étant traitées comptablement comme des transferts et établir un compte consolidé du FOREC et des organismes de sécurité sociale.

CETTE SECTION N'A PAS APPELE DE REPONSE

Chapitre II

Les dépenses de la sécurité sociale en 2000

PRESENTATION

Les dépenses des régimes de base de la sécurité sociale, au sens de la loi de financement, se sont élevées, en 2000, à 1 865,9 MdF (284,5 Md€), en progression de 3,8 % par rapport à 1999. L'évolution est de 1,3 % pour la famille, 2,8 % pour la vieillesse, 0,4 % pour les accidents du travail, et 6,1 % pour la maladie. Le contraste est grand entre les trois premières croissances, modérées, et la quatrième, très soutenue.

Ce chapitre analyse cette évolution pour chaque branche, ainsi que l'application des articles de la loi qui la concerne.

Comme les années précédentes, c'est sur la maladie qu'il convient de mettre l'accent, car les dépenses d'assurance maladie ont fortement progressé, entraînant un dépassement de l'ONDAM à nouveau très élevé : 17,3 MdF (2,6 Md€) en 2000, ce qui est même plus élevé qu'auparavant. On peut d'abord constater que le nouveau dispositif de régulation des dépenses de soins de ville mis en place par la loi n'a pas fait ses preuves. On étudie ensuite de façon approfondie les enveloppes budgétaires des hôpitaux (et les conséquences, sur ces enveloppes, des protocoles d'accord signés avec les représentants du personnel en mars 2000, lesquels ont été financés pour l'essentiel par l'Etat et non par l'assurance maladie) et des cliniques privées. Enfin le chapitre analyse les dépenses de médicament, dont la croissance a été très forte en 2000 (environ 11 %).

L'analyse de ces différentes catégories de dépenses confirme que les prévisions restent déficientes et que les instruments mis en œuvre pour réguler les dépenses sont insuffisants.

I – Les objectifs de dépenses

La loi de financement pour 2000 (**article 39**) a fixé les objectifs de dépenses des régimes obligatoires de base de plus de 20 000 cotisants actifs ou retraités de droits propres à 1 852,6 MdF (282,4 Md€). En 2000, ces dépenses, qui se sont établies à 1 865,9 MdF (284,5 Md€), ont été supérieures de 13,3 MdF (2,0 Md€) à cet objectif, principalement du fait d'un dépassement de l'objectif de dépenses de la branche maladie (tableau ci-dessous).

Les dépenses des régimes obligatoires de base. Objectifs et réalisations

en MdF, (Md€) et %

Branche	Maladie-maternité-invalidité-décès	Vieillesse-veuvage	Accidents du travail	Famille	Total des dépenses
Réalisations LFSS pour 1999 (septembre 2000) (1)	705,8	777,8	52,7	260,9	1 797,2 (274,0)
Objectifs LFSS pour 2000 (2)	731,0	802,9	54,7	264,0	1 852,6 (282,4)
Prévisions d'exécution (septembre 2000)	744,4	802,7	53,3	263,8	1 864,2 (284,2)
Réalisations connues en juillet 2001 (3)	749,0	799,6	52,9	264,4	1 865,9
Réalisations 2000/réalisations 1999 (3)/(1) (en %)	6,1	2,8	0,4	1,3	3,8
Ecart entre les réalisations et les objectifs (3)-(2)	18,0	- 3,3	- 1,8	0,4	13,3

Par rapport à leur montant en 1999, on constate une augmentation globale de 3,8 % des dépenses de sécurité sociale comprises dans le champ de la loi de financement, après 3,0 % l'année précédente traduisant une accélération sensible. Les dépenses des branches famille, accidents du travail et vieillesse ont enregistré une progression inférieure tandis que celles de la branche maladie ont progressé de 6,1 %. Cette dernière a été nettement plus forte que la progression du PIB et que celle des dépenses de consommation des ménages : tous deux ont crû de 4,0 % en valeur en 2000.

CETTE SECTION N'A PAS APPELE DE REPONSE

II – Les dépenses de la branche famille

Les dépenses en droits constatés, selon les comptes de la CNAF, se sont établies en 2000 à 269,4 MdF (41,1 Md€), en progression de 0,7 % sur 1999¹¹.

Après déduction de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) (qui n'est pas une prestation familiale *stricto sensu*), le montant est de 244 MdF (37,2 Md€), soit une progression de 0,4 % sur 1999.

11. Etablis en droits constatés et issus directement des comptes de la CNAF, ces montants diffèrent légèrement de ceux du tableau ci-dessus. Pour les comptes des branches en droits constatés, cf. *infra*, chapitre III, p. 113.

Si l'on regroupe les prestations familiales (hors AAH), l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) et la contribution de la branche au financement de l'aide personnalisée au logement (APL) pour reconstituer le « socle » des prestations légales dont bénéficient les allocataires ayant des enfants à charge, ce socle s'établit à 213,3 MdF (32,5 Md€), en hausse de 1,0 % sur 1999.

Les reclassements de recettes et de charges de la branche famille en 2000

Comme ce fut le cas en 1999 (prise en charge de l'allocation de parent isolé -API- par l'Etat), des reclassements sont intervenus en 2000 dans le compte de la CNAF. En dépenses, la CNAF n'acquies plus de cotisations d'assurance personnelle, tant au titre de l'API que des allocataires de faible revenu, soit un allègement de 2,1 MdF (0,3 Md€). En recettes, l'Etat rembourse à la CNAF le financement du FASTIF (+986 MF (150,3 M€)). Selon le montage financier prévu pour la CMU, la branche rétrocède 28 % du prélèvement sur les revenus du capital qui lui sont affectés. La perte de recettes est de 4,4 MdF (0,7 Md€). D'autre part, la branche famille finance désormais 72,2 % de la majoration de l'allocation de rentrée scolaire (moins-value de recettes de 4,6 MdF (0,7 Md€)).

Le solde de ces reclassements pour 2000 est de 5,9 MdF (0,9 Md€) à la charge de la branche famille.

A – Les prestations familiales

1 – Les prestations dont la valeur est calculée à partir de la base mensuelle des prestations familiales

85 % des prestations familiales évoluent comme la « base mensuelle des allocations familiales ». La loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 en a modifié le mode d'évolution, désormais fixée en fonction de l'évolution des prix (hors tabac) (encadré ci-dessous).

La hausse des prix (hors tabac sur 1999) a été inférieure de 0,7 point à la prévision retenue pour fixer la base mensuelle des allocations familiales au 1^{er} janvier 1999. Il devait donc y avoir normalement une régularisation et compte tenu de l'évolution de 0,9 % prévue pour 2000, le taux de progression de la base mensuelle des allocations familiales aurait dû être de 0,2 %. Finalement le gouvernement a retenu une

progression de 0,5 % intégrant un « coup de pouce » de 0,3 point (cette charge supplémentaire représente 370 MF (56,4 M€)).

L'indexation de la base mensuelle d'allocations familiales

Depuis 1978, la base mensuelle des allocations familiales était régie par l'article L.551-1 du code de la sécurité sociale qui prévoyait que les « bases mensuelles (en fait une seule base) sont fixées par décret, deux ou plusieurs fois par an, de façon à compenser totalement ou partiellement la charge que le ou les enfants représentent pour la famille. Ces bases mensuelles de calcul évoluent en fonction de l'augmentation des prix et de la participation des familles aux progrès de l'économie. Elles peuvent aussi évoluer en fonction de la progression générale des salaires moyens ou du SMIC ».

Cette règle a connu deux aménagements législatifs :

- la loi du 25 juillet 1994 prévoit une indexation stricte sur les prix pour la période quinquennale 1994/1999. Dans les hypothèses prévalant à l'époque (écart entre les prix et la masse salariale de 1,5 % par an), la plus-value correspondant à cet écart devait financer le développement des prestations prévu par ladite loi ;

- la base mensuelle a fait l'objet d'un gel en 1996 dans le cadre du plan Juppé.

Indépendamment de ces aménagements, la pratique suivie a consisté à s'aligner sur les prix sans donner de contenu effectif aux références à la richesse nationale, aux salaires ou au SMIC évoquées dans la loi de 1978. Ainsi la base mensuelle des allocations familiales se situe-t-elle à l'indice 99,5 en francs constants, base 100 au 1^{er} janvier 1979.

L'article L.551-1 dans sa nouvelle rédaction s'inscrit donc de façon désormais plus formalisée dans la continuité de la gestion passée, confirmant la thèse selon laquelle l'enrichissement des ménages (écart positif entre salaires et prix) les met mieux à même d'assumer les charges d'éducation et d'entretien de leurs enfants.

Compte tenu de cette progression, la croissance en volume des prestations est de $1,2\% - 0,5\% = 0,7\%$.

Autour de cette moyenne de 1,2 %, les différentes prestations familiales ont évolué de façon diverse en 2000.

La dépense correspondant aux allocations familiales (68,9 MdF (10,5 Md€)) diminue de 1,4 %. Si l'effectif des allocataires est en très légère progression, la diminution des familles nombreuses en leur sein explique en partie cette régression. La prolongation en 2000 de réformes

antérieures (recul de l'âge des majorations d'allocations familiales et recul à 20 ans de l'âge limite des prestations familiales) contribue pour 0,7 % à cette baisse.

Le montant global du complément familial (9,9 MdF (1,5 Md€)) progresse de 2,1 %. Cette augmentation résulte de mouvements complexes : le recul à 21 ans de l'âge limite des enfants y ouvrant droit entraîne une dépense évaluée à 330 MF (50,3 M€) ; la baisse des familles nombreuses et vraisemblablement un léger effet de champ négatif (comme les plafonds sont indexés sur les prix, la progression des revenus fait passer une partie des familles au dessus des plafonds d'exclusion) allègent les dépenses ; enfin il peut s'être produit des changements dans le taux d'activité féminine dans ces familles (le taux d'exclusion des familles est différent selon que seul l'un des parents ou les deux parents ont une activité professionnelle).

La dépense correspondant à l'allocation pour jeune enfant (APJE) (17,2 MdF (2,6 Md€)) progresse de 1,4 %. Avec un nombre de familles ayant des enfants de moins de trois ans encore en progression, les autres facteurs (éventuel effet de champ négatif lié à l'écart entre les évolutions respectives des revenus des familles et des prix d'une part et peut-être progression de l'activité féminine des jeunes familles d'autre part) ne sont pas majeurs.

Enfin, le montant global de l'allocation parentale d'éducation (APE) (18,3 MdF (2,8 Md€)) progresse de 0,2 %.

2 – Les prestations affectées à la garde des enfants progressent de façon significative

La progression de l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée (AFEAMA) (+10,4 %, pour s'établir à 11,1 MdF (1,7 Md€)), par suite de la croissance du nombre des enfants gardés par une assistante maternelle et de la progression de l'assiette des cotisations (qui suit, à comportement d'emploi donné, la valeur du SMIC et du taux des cotisations sociales), est significative. Celle de l'allocation pour la garde d'enfant à domicile (AGED) également, dont les dépenses (0,9 MdF (0,1 Md€)) croissent de 3,3 % par suite de la croissance du SMIC.

La dépense correspondant à l'allocation de rentrée scolaire (8,5 MdF (1,3 Md€)) est en légère régression de 1,6 %. Comme sa valeur unitaire n'a pas évolué, cette régression peut s'expliquer par le nombre d'enfants scolarisés et peut-être par des processus de régularisation des

versements de l'Etat en 1999 qui pourraient entraîner une légère surestimation de la base 1999.

B – Les autres prestations

1 – L'AVPF

L'AVPF (22,1 MdF (3,4 Md€)) progresse de 2,4 %. Cette hausse s'explique pour l'essentiel par l'augmentation des effectifs pour lesquels la CNAF a cotisé (sous réserve d'une variation dans les procédures de liquidation de la prestation).

2 – Les aides au logement

Le montant total des aides au logement progresse de 1,3 %, résultat de deux évolutions contrastées.

L'allocation de logement familiale (ALF) (16,9 MdF (2,6 Md€)) progresse de 3,9 %, enregistrant notamment les mesures de revalorisation des loyers plafonds (dépense estimée de 440 MF (67,1 M€)) et du passage à 21 ans de l'âge limite au-dessus duquel l'enfant n'est plus compté comme à charge de ses parents (dépense estimée à 110 MF (16,8 M€)). Sans ces éléments, l'évolution aurait été de 0,6 %.

La contribution de la branche famille aux charges de l'APL (20,3 MdF (3,1 Md€)) diminue de 0,8 % malgré l'incidence du report de l'âge limite pour une charge de 130 MF (19,8 M€).

Pour l'ALF et l'APL, les paramètres ont été revalorisés selon les pratiques habituelles (indice des prix à la consommation hors tabac pour les paramètres ressources, indice de la construction pour les loyers plafonds), ce qui conduit très fréquemment à une augmentation des taux d'effort des allocataires (cf. à ce propos *infra*, chapitre IX, p.344).

C – Les autres charges

Les charges de la gestion administrative progressent de 2,3 %. Quant à la progression de 7,4 % des dépenses d'action sociale, elle est dans la continuité des années précédentes. Elle est largement liée à la croissance des contrats enfance et temps libre qui associent les CAF et les communes pour le développement des équipements de garde et de loisirs.

D – Le recul des limites d’âge de versement des prestations

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 (**article 14**) a abrogé l'article 22 de la loi du 25 juillet 1994 qui prévoyait le recul progressif de l'âge limite retenu pour l'octroi des prestations familiales et l'achèvement de ce processus au 31 décembre 1999.

Cette abrogation intervient à la suite d'étapes successives de report de l'âge limite pour percevoir les prestations:

- passage de 18 à 19 ans au 1^{er} janvier 1998 (coût de 530 MF (80,8 M€)), puis passage de 19 à 20 ans au 1^{er} janvier 1999 (coût de 1 060 MF (161,6 M€)), ces deux reports intervenant au profit de tous les enfants (pour autant que leurs revenus personnels n'excèdent pas 55 % du SMIC) et pour toutes les prestations familiales ;
- passage de 20 à 21 ans au 1^{er} janvier 2000 (coût en année pleine de 1,2 MdF (0,2 Md€)), pour le complément familial (895 F (136,4 €) par mois) et les aides au logement (le supplément de prestation étant de l'ordre de 250 F (38,1 €)/300 F (45,7 €) par mois) et pour les seuls enfants poursuivant leurs études, placés en apprentissage ou en stage de formation professionnelle au sens du livre IX du code du travail ou qui se trouvent, par suite d'infirmité ou de maladie chronique, dans l'impossibilité constatée de se livrer à une activité professionnelle.

Le coût de ces reports successifs est évalué à 2,8 MdF (0,4 Md€).

Il convient de rappeler que sur la même période l'âge limite pour la perception des majorations pour âge des allocations familiales a été reculé d'un an (passant de 10/15 à 11/16 ans), recul qui a représenté une économie de 1,9 MdF (0,3 Md€).

Au total, du fait de ces allongements, les familles ayant de grands enfants ont vu leur situation s'améliorer de 0,9 MdF (0,1 Md€), avec un glissement de l'effort financier vers les plus âgés de ces enfants.

E – Recettes et soldes de la branche

Les recettes ont progressé de 3,7 % pour s'établir à 279,2 MdF (42,6 Md€). Par ailleurs, le Conseil constitutionnel a censuré l'article 9 de la loi de financement de la sécurité sociale qui prévoyait une garantie de

ressources pour la CNAF sur la période courant du 1^{er} janvier 1998 au 31 décembre 2002. Il s'agissait de garantir que ces ressources ne pourraient être inférieures, au terme de la période, aux ressources de 1997 revalorisées comme le PIB en valeur aux prix courants.

Le solde positif de la CNAF s'est établi en 2000 à 9,9 MdF (1,5 Md€) contre 1,7 MdF (0,3 Md€) l'année précédente.

CETTE SECTION N'A PAS APPELE DE REPONSE

III – Les dépenses de la branche vieillesse

Les dépenses de la branche vieillesse entrant dans le champ de la loi de financement¹² se sont élevées à 799,6 MdF (121,9 Md€). L'article 39 de la loi de financement pour 2000 avait fixé à 802,9 MdF (122,4 Md€) le montant constituant l'objectif de ces dépenses. Ainsi les dépenses effectives sont-elles inférieures de 3,3 % à l'objectif (cf. tableau p. 48).

A – Les dispositions particulières relatives à la branche vieillesse

Les articles 16 à 20 de la loi de financement ont énoncé un certain nombre de dispositions particulières concernant la branche vieillesse, à mettre en œuvre durant l'année 2000.

L'article 16 comporte, notamment, deux dispositions financières importantes pour la CNAV. En premier lieu, il dispose que le résultat excédentaire de l'exercice clos de chacun des fonds dont cette caisse a la gestion, à l'exception du fonds du régime spécial de la CAMR (chemins de fer secondaires), est affecté au fonds de réserve pour les retraites. Le cas échéant, ce versement peut donner lieu à un acompte prévisionnel calculé en fonction des prévisions d'excédent établies pour l'exercice en cours lors de la réunion du second semestre de la commission des comptes de la sécurité sociale. Ces dispositions s'appliquent à compter de l'exercice comptable 1999.

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

Conformément à la première partie de ces dispositions, un arrêté conjoint des ministres de l'économie, des finances et de l'industrie, et de l'emploi et de la solidarité, en date du 7 décembre 2000, a fixé au 8 décembre le versement, au titre de 1999, au fonds de réserve pour les retraites d'une somme de 5 033,5 MF (767,4 M€). Bien que la commission des comptes de la sécurité sociale ait arrêté une prévision de solde excédentaire de la CNAV à hauteur de 3 715 MF (566,4 M€) pour l'exercice 2000 lors de sa réunion du second semestre 2000 et que le versement d'un acompte de 2,9 MdF (0,4 Md€) ait été, en conséquence, envisagé par cette commission, aucun acompte prévisionnel n'a été versé au fonds de réserve pour les retraites au titre de la seconde partie des dispositions rappelées ci-dessus. Au demeurant, l'arrêté des comptes de l'exercice 2000 ne fait plus apparaître qu'un excédent de 976 MF (148,8 M€), avant tout versement au fonds de réserve pour les retraites au titre de 2000.

En second lieu, l'article 16 modifie la règle d'affectation des sommes prélevées au titre des « 2 % sociaux » : la CNAV reçoit désormais 30 % de ces montants au lieu de 50 % antérieurement.

L'article 17 énonce que le taux de revalorisation des pensions de vieillesse déjà liquidées ainsi que des cotisations et salaires servant de base à leur calcul est fixé à 0,5 % ; cette disposition s'est appliquée au 1^{er} janvier 2000.

L'article 18 a pour effet de rendre permanentes les dispositions qui fixent les conditions de cessation d'activité exigées pour le service d'une pension de vieillesse par le régime général, le régime des salariés agricoles, les régimes spéciaux, le régime des non salariés agricoles et les régimes des artisans et des commerçants.

L'article 19 dispose qu'à l'occasion de l'intégration de la caisse autonome de retraite des géomètres experts, experts agricoles et fonciers dans la caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse, la CNAVPL est autorisée à prélever sur le fonds de compensation financière entre les sections professionnelles un montant limité au tiers des ressources disponibles. A ce titre, un prélèvement de 92 MF (14,0 M€) a été opéré sur décision du conseil d'administration de la CNAVPL.

L'article 20 ouvre aux cotisants des régimes ORGANIC et CANCAVA, qui sont alignés sur le régime général depuis le 1^o janvier 1973, la possibilité de s'acquitter de cotisations arriérées, afférentes aux périodes d'activité antérieures au 1^{er} janvier 1973. L'article énonce les conditions générales de ces régularisations. Conformément à ses

dispositions, un décret du 11 décembre 2000 a fixé les conditions d'application de cette mesure.

B – L'évolution des prestations vieillesse du régime général

La valeur globale des prestations versées en métropole par le régime général s'établit en 2000 à 368,9 MdF (56,2 Md€), en progression de 3 % par rapport à 1999. Cette progression témoigne de la poursuite du ralentissement de la croissance des prestations enregistré depuis plusieurs années, bien que ce ralentissement soit légèrement moins marqué qu'il n'était escompté.

Le taux de cette progression résulte de la conjonction de trois effets de nature différente. La variation du nombre total des bénéficiaires de ces prestations entre 1999 et 2000 définit l'effet quantité. Le montant de chacune des prestations élémentaires a été revalorisé de 0,5 % au premier janvier 2000, conformément à l'article 17 de la loi : c'est l'effet prix. Il s'y ajoute un effet structure qui provient de ce que la structure des prestations versées se modifie sous l'influence de la réglementation d'une part, des évolutions socio-économiques de l'autre. La somme de l'effet quantité et de l'effet structure est l'effet volume.

1 – La revalorisation

Le taux de la revalorisation est fixé chaque année par la loi de financement et appliqué au premier janvier de l'année. Cette disposition supplante celles prévues par le décret antérieur, cependant non abrogé, qui déterminaient le taux de revalorisation par la somme, d'une part de la prévision de la hausse de l'indice des prix à la consommation des ménages (hors tabac) annexée à la loi de finance de l'année considérée, d'autre part de l'erreur de prévision commise l'année précédente. Quand l'inflation était forte, l'application de ces dispositions conduisait à étaler sur deux années l'indexation des retraites sur les prix à la consommation, du fait que les prévisions d'inflation se révélaient systématiquement sous-estimées chaque année. Depuis que l'inflation est devenue faible, les prévisions qui en sont faites sont parfois surestimées : la réévaluation accordée s'avère alors « excessive », ce qui devrait conduire à la corriger à la baisse l'année suivante, situation qui peut entraîner des difficultés de compréhension.

Une telle réévaluation « excessive » s'est produite en 1999 : la hausse des prix prévue pour 1999 était de 1,2 % alors que la hausse

réalisée a été de 0,5 %, soit 0,7 point de moins. La hausse des prix prévue pour 2000 étant de 0,9 %, l'application de la règle antérieure aurait conduit à n'accorder qu'une revalorisation de 0,2 %. En fixant à 0,5 % le taux de la revalorisation pour 2000, la loi de financement a accordé un « coup de pouce » à hauteur de 0,3 %.

L'impossibilité de prévoir exactement le taux de l'inflation un an à l'avance induit nécessairement que l'indexation des prestations sur le taux de l'inflation ne peut être, chaque année, qu'approximative. Plusieurs méthodes peuvent être mises en œuvre pour réaliser ces approximations successives : l'important n'est pas de toujours perfectionner ces méthodes mais simplement de s'assurer que l'évolution à moyen terme des prestations ne dérive pas par rapport à l'inflation.

Le minimum vieillesse a été revalorisé de 1 % à compter du 1^{er} janvier 2000.

2 – L'effet volume

L'arrivée à l'âge de la retraite des classes d'âges peu nombreuses nées à la fin des années trente ou au début des années quarante génère un faible flux de nouveaux retraités, ce qui réduit le taux d'accroissement en nombre de la population des retraités¹³. On sait que cette situation va se renverser brutalement lorsque les classes nombreuses nées à partir du milieu des années quarante vont parvenir à l'âge de la retraite. D'autre part, les réformes introduites en 1993 ralentissent la progression du volume des retraites, soit de façon permanente, soit plus transitoirement. L'indexation des « salaires portés aux comptes » sur l'évolution des prix et non plus sur celle des salaires constitue un facteur permanent de modération. L'allongement de 150 à 160 trimestres de la durée d'assurance nécessaire à l'obtention des droits à taux plein, ne prendra effet qu'à partir de 2003, l'allongement se faisant à raison d'un trimestre par an : d'ici là, la montée en régime de la mesure pèse transitoirement sur la croissance en volume des prestations. Enfin, joue dans le même sens et ceci jusque en 2008 le dernier volet de la réforme de 1993 portant de 10 à 25 ans la période de référence servant au calcul du salaire moyen sur lequel sont calculés les droits. Toutes ces raisons expliquent que le volume des prestations servies par le régime général s'accroît depuis plusieurs années selon un rythme de plus en plus lent : 2,4 % en 2000 pour l'ensemble des droits directs et dérivés. A l'intérieur de cet ensemble, on note que les pensions normales de droits directs s'accroissent sur un rythme d'un point plus rapide que l'ensemble, alors

13. L'année 1941 est celle où le nombre de naissances a été le plus faible.

que le volume des pensions normales de réversion et les secours viagers sont en forte décroissance. C'est l'universalisation des droits directs normaux qui explique ces phénomènes : de moins en moins de personnes sont éligibles aux secours viagers ; de plus en plus de femmes ont acquis des droits à pension directs. En conséquence, soit elles ne bénéficient pas d'une pension de réversion du fait des règles de non cumul, soit elles voient leur pension de réversion écrêtée. Le même phénomène explique la baisse du nombre d'allocataires et celle de la dépense du minimum vieillesse.

En ce qui concerne le complément de prestation (L. 814-2), il continue à s'accroître de façon importante, plus de 10 % par an, ce qui est dû essentiellement aux travailleurs étrangers. Enfin, on observe que la réforme de l'assurance veuvage a provoqué des régularisations en chaîne conférant à cette prestation une évolution très irrégulière. Au total, l'ensemble du volume de ces autres prestations du régime général s'accroît selon un rythme irrégulier, évalué pour 2000 à 2,9 %.

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES PAGE 476

IV – Les dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles

Les dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles sont évaluées à 53,3 MdF (8,1 Md€) (contre 52,7 MdF (8,0 Md€) en 1999). Cette dépense est inférieure à l'objectif figurant dans la loi de financement pour 2000 (54,7 MdF).

Dans cette branche, le régime général représente environ 87 % de l'ensemble, soit 46,6 MdF (7,1 Md€) selon l'évaluation de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2001. Cette dernière somme recouvre en particulier les rentes d'incapacité permanente (20,9 MdF (3,2 Md€)) qui ont légèrement reculé en valeur en 2000 (-0,4 MdF (-0,1 Md€)). La montée en charge des nouvelles mesures visant les maladies liées à l'amiante s'est révélée, en 2000 comme en 1999, beaucoup plus lente que prévu.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 contient quatre articles relatifs aux maladies professionnelles, notamment à celles liées à l'amiante.

L'article 35 prévoit l'allongement d'un an du délai de réouverture des dossiers des victimes de l'amiante et de leurs ayants droit fixé initialement à deux ans par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999.

L'article 36 est relatif à l'extension des catégories de salariés bénéficiant du dispositif de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante. Cet article modifie l'article 41 de la loi de financement pour 1999. Cinq textes d'application ont été pris.

L'article 37 prévoit la validation de la période de rééducation professionnelle pour le calcul des droits à pension vieillesse. Les modalités ont été prévues par un décret en Conseil d'Etat n ° 2000-1242 du 19 décembre 2000.

L'article 38 concerne la modification des règles de calcul relatif à l'indemnisation des victimes en cas d'accidents du travail successifs. Cette modification consiste à prendre en compte l'incapacité permanente partielle antérieurement reconnue pour déterminer le point de départ de la réduction ou de l'augmentation du taux médicalement constaté entrant dans le calcul de la rente servie à la victime. Au moment de la rédaction de ce rapport, un décret en Conseil d'Etat est en préparation.

CETTE SECTION N'A PAS APPELE DE REPONSE

V – Les dépenses d'assurance maladie

Les dépenses de remboursement entrant dans le champ de l'ONDAM¹⁴ se sont élevées en 2000, selon la dernière estimation produite par la direction de la sécurité sociale à la Cour le 19 juillet, à 675,6 MdF (103,0 Md€) pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie¹⁵. L'objectif fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 ayant été de 658,3 MdF (100,4 Md€), le dépassement a donc été de 17,3MdF (2,6 Md€), et la croissance des dépenses a atteint 5,6 %

14. L'objectif national des dépenses d'assurance maladie est la somme des dépenses des régimes obligatoires de base, dont sont exclus les prestations invalidité-décès, les indemnités journalières maternité, les dépenses d'action sanitaire et sociale, les prestations extra-légales, les dépenses de gestion administrative et, au titre de divers fonds, les transferts et les frais financiers.

15. L'estimation fournie à la commission des comptes en juin 2001 était de 675,3 MdF (103,0 Md€), donc très voisine.

contre un objectif de 2,5 %. Ces évolutions sont intervenues alors que la loi avait entendu rénover profondément les modes de régulation de nombreux postes de dépenses.

La présente section analyse donc l'évolution des dépenses, les dépassements et la manière dont a fonctionné en 2000 la régulation des soins de ville. La section VI examine les dépenses des établissements de santé et la section VII approfondit les dépenses de médicament et leur régulation.

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

L'interprétation de la hausse constatée des dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM comporte pour 2000 une marge non négligeable d'incertitude, tenant essentiellement aux soins de ville.

La direction de la sécurité sociale, qui établit les comptes présentés à la commission des comptes de la sécurité sociale, souligne en effet que le taux de croissance de 5,6 % (cf. tableau ci-dessous) serait surestimé du fait de l'allongement des délais de liquidation des remboursements de soins de ville par le régime général en 1999, qui a minoré les dépenses, et du rattrapage qui serait intervenu en 2000.

Evolution des dépenses d'assurance maladie en 2000

en %

ONDAM fixé dans la LFSS 2000	+ 2,5
Progression réelle des dépenses dans le champ de l'ONDAM	+ 5,6
<i>dont</i> - soins de ville	+ 7,8 (1) (2)
<i>dont</i> . objectif délégué de soins de ville	+ 5,5
. médicaments	+ 10,7
. TIPS	+ 14,4
. indemnités journalières	+ 8,3
- établissements	
<i>dont</i> . établissements sanitaires publics	+ 3,2 (3)
. cliniques privées	+ 3

(1) + 7,9 % pour la CNAMTS seule, selon les chiffres CNAMTS.

(2) en date de soins, la hausse serait de 6,6 % seulement selon la direction de la sécurité sociale pour les trois principaux régimes. Selon la CNAMTS, ses dépenses en dates de soins auraient augmenté de + 7,7 % et de + 8,9 % à nombre constant de jours ouvrés.

(3) non compris l'effet des protocoles hospitaliers de mars 2000 pris en charge par le budget de l'Etat.

Alors que l'augmentation des remboursements de soins de ville, qui représentent environ 46 % du total de l'ONDAM, atteint 7,8 %, la progression en « dates de soins », qui élimine les effets de ces variations des délais de liquidation, n'aurait été que de 6,6 %. Tout en étant plus forte qu'en 1999 (+5,8 % en dates de soins) et 1998 (+5,5 %), elle n'aurait marqué qu'une accélération de 0,8 point, beaucoup moins forte que ce que traduisent les données comptables (+7,8 % en 2000, +4,5 % en 1999, +5,7 % en 1998).

Cependant, la statistique publiée par la CNAMTS en février 2001 et qu'elle n'a pas modifié par la suite, faisait apparaître un résultat différent : l'augmentation en date de soins ressortait à 7,7 %, très proche de la hausse de 7,9 % des dépenses remboursées. L'écart vient en grande partie du fait que la CNAMTS a retenu comme base 1999 le montant des dépenses en dates de soins qu'elle avait indiqué en publiant les résultats de 1999, alors que la DSS tient compte, dans sa base 1999, de ce que les remboursements en retard à fin 1999 ont été sensiblement plus importants que la CNAMTS ne l'avait estimé à la fin de cet exercice. La base recalculée étant plus élevée, le taux de progression de 2000 est moins élevé.

En outre, la CNAMTS a calculé que, en corrigeant les chiffres de l'effet « jours ouvrés » (deux jours ouvrés de moins en 2000 qu'en 1999), la progression des dépenses de soins de ville aurait atteint 8,9 %. Cette correction pour jours ouvrés a donc un impact non négligeable sur l'interprétation de la tendance.

Cependant, quelle que soit la série retenue et malgré ces incertitudes sur les soins de ville, quatre remarques peuvent être formulées sur la progression globale des dépenses maladie.

L'ensemble des dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM ont augmenté moins rapidement que les recettes de l'assurance maladie (5,5 % contre 6,5 %).

Contrairement à ce qui avait été le cas en 1996, 1997 et 1999, les dépenses d'assurance maladie ont augmenté plus vite que le PIB en 2000, et l'écart en ce sens est un peu plus fort qu'il ne l'avait été en 1998.

Les dépenses ont augmenté plus rapidement que ne l'indiquaient les prévisions faites en cours d'année, y compris à l'occasion de la commission des comptes de septembre 2000. L'écart a concerné divers postes. En juillet 2000, le ministère de l'emploi et de la solidarité prévoyait une croissance de 6 à 7 % des médicaments remboursés et c'est ce taux, proche de celui de l'année précédente, qui a été évoqué à la commission des comptes de septembre ; en novembre, la prévision a été relevée à 9,4 % ; deux mois plus tard, le résultat apparaissait encore

supérieur de 1,3 point. Lors de la commission des comptes de septembre, il était encore prévu que les cliniques privées, sous objectif quantifié national (OQN), respecteraient l'objectif fixé, ce qui supposait une croissance en volume de 1,25 % ; l'évolution a été en réalité de 2 %. Globalement, la croissance des dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM était encore prévue lors de la même commission des comptes comme devant se situer à un rythme un peu supérieur à 4 % et rester inférieure à celle du PIB. Sur certains postes, les écarts n'ont fait que traduire l'incertitude inhérente à toute prévision. Sur d'autres, en particulier les médicaments, la prévision annoncée était en retrait par rapport aux évolutions déjà constatables. Globalement, les prévisions faites en cours d'année n'ont que partiellement reflété l'accélération des dépenses, liée tant à celle de la tendance qu'à celle de la pratique de la régulation (cf. *infra*).

Enfin, quatrième remarque, l'accélération a concerné la quasi totalité des postes de dépenses et s'était vraisemblablement amorcée au dernier trimestre de 1999 :

- en 1999, le poste hôpitaux publics avait augmenté de 2,3 % et le poste cliniques privées avait diminué de 0,6 % ; en 2000, la hausse a été de 3,2 % pour les établissements sanitaires publics et de 3 % pour les cliniques privées ; si l'on tient compte des dépenses supplémentaires prises en charge par le budget de l'Etat à la suite des protocoles de mars 2000, l'ensemble des dépenses hospitalières progressent de 3,84 % (cf. *infra*) ;
- en ce qui concerne les soins de ville, l'augmentation est forte sur tous les postes, sauf les dentistes libéraux (+1,9 %) et les centres de santé (+0,3 %) ; les progressions les plus fortes sont, dans l'ordre, les produits et prestations du TIPS (+14,4 %), les sages-femmes libérales (+13,8 %) ¹⁶, les médicaments (+10,7 %) ¹⁷, les frais de transport des malades (+9,5 %), les orthophonistes (+9,2 %) et orthoptistes (+8,1 %), les indemnités journalières (+8,3 %) ; les honoraires des médecins généralistes sont à +5,4 %, ceux des spécialistes à +4,4 %.

Dans les soins de ville, les plus fortes hausses concernent donc aussi bien des prescriptions que les honoraires de certains auxiliaires

16. Cette hausse s'explique en partie par l'accroissement des naissances (+ 5 %) et par le transfert en ville de certains actes effectués jusqu'alors à l'hôpital.

17. Outre l'inscription de 220 nouveaux médicaments au remboursement, 2000 a été marquée par un effet quantité inhabituel : le nombre d'unités vendues a augmenté de 4,3 % contre + 0,8 % en 1999 et - 1,4 % en 1998 (cf. *infra*).

médicaux. La progression globale de ces derniers est plus rapide que celle des médecins. Parmi les médecins, la progression est, pour la première fois depuis longtemps, plus forte pour les généralistes que pour les spécialistes. Enfin, 2000 prolonge la tendance amorcée vers 1995 d'un décrochage entre la croissance des médicaments et celle des honoraires, la première étant deux fois plus forte que la seconde alors qu'elles étaient parallèles dans la période antérieure.

B – Les dépassements de l'ONDAM

Cette évolution de l'ensemble des dépenses de l'assurance maladie dans le champ de l'ONDAM a été au total plus de deux fois plus forte que ce qui avait été fixé.

Le dépassement de 17,3 MdF (2,6 Md€) provient intégralement des soins de ville. Le dépassement sur les établissements de santé a en effet été compensé par utilisation de la « marge de manœuvre » prévue à l'intérieur de l'ONDAM¹⁸, étant rappelé que ce résultat ne tient pas compte de la partie des protocoles hospitaliers de mars 2000 qui a été financée par le budget de l'Etat et non par l'assurance maladie bien qu'elle couvre un type de dépenses d'ordinaire prises en charge par l'assurance maladie. La Cour a d'ailleurs montré dans son rapport de septembre 1999 que l'objectif de dépense des établissements sanitaires publics ne peut normalement qu'être respecté, sauf décision particulière des pouvoirs publics en cours d'année, dans la mesure où l'ensemble de l'ONDAM est en réalité déterminé à partir de l'évolution des dotations prévues pour ces établissements.

Plus de 7,5 MdF (1,1 Md€) sur les 17 MdF (2,6 Md€) de dépassements en soins de ville viennent de la croissance plus rapide que prévu des remboursements de médicaments, alors que ces remboursements représentent moins du tiers des dépenses de soins de ville et 15 % du total de l'ONDAM. Ce constat, s'il montre que la prévision de ce poste avait peu de chance de se réaliser, conduit aussi à examiner de manière plus approfondie la croissance des dépenses de médicaments (cf. *infra*).

18. Un dépassement de 600 MF (91,5 M€) est intervenu sur les établissements de santé, en conséquence des protocoles hospitaliers de mars 2000, mais il est compensé par la marge de manœuvre, également de 600 MF (91,5 M€) qui était prévue par le projet de loi de financement de la sécurité sociale de 2000.

C – La régulation des soins de ville

Ces évolutions des dépenses et ces dépassements sont intervenus alors que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 avait entendu rénover profondément une grande partie des modes de régulation et de contrôle des dépenses. Les dépassements ayant été constatés pour la quasi totalité sur les soins de ville, l'analyse qui suit est centrée sur la régulation de ces dépenses.

1 – Les modifications introduites par la loi de financement de la sécurité sociale 2000

Un changement particulièrement notable était la délégation consentie aux caisses d'assurance maladie (**article 24** de la loi) pour gérer l'ensemble des dépenses d'honoraires des professionnels de santé libéraux et les dépenses de transport sanitaire, soit 47 % du total des dépenses de soins de ville, l'Etat conservant la responsabilité pour les médicaments, les produits du TIPS et les indemnités journalières.

A l'intérieur de l'objectif global des soins de ville, un nouvel objectif annuel, l'objectif des dépenses déléguées de soins de ville (ODSV) est fixé. Les caisses d'assurance maladie sont responsables de son respect. Elles fixent en début d'année, conventionnellement avec les professionnels ou, le cas échéant, unilatéralement après les avoir consultés, un objectif de dépenses pour chaque profession ainsi que toute mesure propre à assurer le respect de l'objectif. Le document est accompagné d'un rapport d'équilibre, transmis à l'Etat pour approbation. Les parties conventionnelles se réunissent deux autres fois dans l'année pour faire le point et examiner toute mesure permettant de respecter l'objectif en fin d'année. A chaque fois, un rapport d'équilibre est transmis à l'Etat pour approbation.

Les parties conventionnelles (caisses et syndicats professionnels) peuvent décider d'agir sur les pratiques professionnelles – information, évaluation, promotion des références de bonne pratique –, fixent, en début d'année, à l'intérieur de l'enveloppe qui leur est déléguée, les objectifs de dépense et les tarifs pour chaque profession et peuvent modifier la cotation des actes dans certaines limites.

En cas de carence ou lorsque les mesures proposées ne sont manifestement pas de nature à permettre le respect de l'objectif de dépenses, un arrêté interministériel fixe les tarifs et mesures nécessaires.

La loi prévoit également cinq autres types de dispositions.

La convention entre les caisses et les professionnels pourra prévoir des contrats de bonne pratique et des accords de bon usage des soins (**article 25**).

Les médecins devront désormais mentionner la justification médicale de la prescription des arrêts de travail et des transports de malades (**article 24**).

Les médecins-conseils des caisses reçoivent le droit d'enquêter sur la consommation de soins des malades les plus coûteux, avec droit de les convoquer, de recommander un plan de soins et de décider que certains traitements ne leur seront plus remboursés (**article 26**).

Le seuil de déclenchement de la contribution due par les entreprises pharmaceutiques est déconnecté du taux de l'ONDAM et peut donc être fixé à un niveau différent (**article 29**).

Un nouveau dispositif de régulation des dépenses de cliniques privées est institué et un fonds est créé pour aider aux transformations de ce secteur (cf. *infra*).

2 – La pratique des rapports d'équilibre et de la régulation de l'objectif délégué des soins de ville (ODSV)

Dans le premier rapport d'équilibre, les caisses nationales d'assurance maladie ont réparti l'objectif de dépenses déléguées entre les différentes professions.

Elles indiquaient que « leur démarche globale reposait sur l'analyse selon laquelle il était possible, sur l'année 2000, d'inviter les professions de santé à stabiliser le volume de leurs actes... L'assurance maladie a, en conséquence, proposé à chaque profession de réserver les marges de croissance dégagées à des revalorisations tarifaires », qualifiées de « sélectives et restructurantes ».

Un pari était donc fait sur la stabilisation des volumes, et la marge de croissance de l'ODSV (2,3 MdF (0,4 Md€)) était affectée à des revalorisations tarifaires, notamment pour les sages-femmes, les orthoptistes (27,3 MF (4,2 M€)) et les médecins généralistes « référents », ainsi qu'à des « provisions », constituées pour revaloriser en cours d'année les nomenclatures des dentistes (1 MdF (0,2 Md€)), des masseurs (350 MF (53,4 M€)) et de certains spécialistes (250 MF (38,1 M€)).

Ce choix était risqué. Il intervenait en effet alors même que les derniers mois de l'année 1999, depuis octobre, avaient été marqués par une accélération de la croissance du volume des actes. D'autre part, l'hypothèse de stabilité du volume des actes en 2000 par rapport à 1999

supposait, puisque ce volume avait augmenté au long de 1999, qu'une décroissance symétrique se produise en 2000, faute de quoi l'effet en année pleine en 2000 du niveau atteint à fin 1999 ne pouvait que conduire à un volume plus important en 2000 qu'en 1999¹⁹. Enfin, aucun accord n'était en vue avec les professionnels de santé, qui ait pu être de nature à laisser espérer une stabilisation des volumes, même au niveau atteint à fin 1999, sauf avec les infirmiers et les orthophonistes.

Bien que le ministère de tutelle ait perçu que ce rapport d'équilibre reposait sur des hypothèses peu réalistes, il l'a cependant approuvé.

En outre, « l'annexe tarifaire », signée début mars 2000 entre MG France et les caisses, a prévu un nouvel acte, la visite de maintien à domicile (Vmad), qui a commencé à s'appliquer en mai. Le coût de cette mesure devait être de 450 MF (68,6 M€) en 2000 et 800 MF (122,0 M€) en année pleine²⁰. Cette revalorisation était en principe gagée sur une éventuelle baisse de la valeur de l'indemnité de déplacement si les dépenses de médecine générale devaient progresser plus vite que l'objectif.

Le coût des mesures (rapport d'équilibre et Vmad) s'établissait ainsi (hors « provisions »), à 827,3 MF (126,1 M€) en année pleine.

Devant l'évolution réelle des dépenses, le deuxième rapport d'équilibre a traduit une orientation différente : « les caisses ont retenu une approche incitative au respect des objectifs afin d'obtenir, au 1^{er} janvier 2001, une référence d'activité éliminant toute pérennisation des dépassements observés ». Mais, dans le même temps, ce rapport infléchissait le dispositif par rapport à ce qui était prévu dans la loi de financement de la sécurité sociale : « des mesures correctrices, concernant uniquement les dépassements notoires, sont adoptées en mi-année et portent sur la moitié, au plus, de la valeur de ces derniers », ce qui instituait une « marge de neutralisation » au moins temporaire dans la prise en compte des dépassements. « Dans le dosage des mesures

19. La CNAMTS, dans sa réponse, estime que l'accélération de la croissance des dépenses d'honoraires était encore récente lorsqu'a été établi le premier rapport d'équilibre. Elle ne répond pas en revanche au constat selon lequel, compte tenu du niveau déjà atteint, une stabilisation des dépenses d'honoraires en 2000 au niveau de fin 1999 supposait une baisse au cours de 2000.

20. Le Vmad concerne les visites chez les personnes de 75 ans minimum, atteintes d'une affection de longue durée. Elle vaut 60 F (9,2 €) de plus que la visite ordinaire, soit 170 F (25,9 €) et, avec l'indemnité de déplacement, 195 F (29,7 €) en province et 205 F (31,3 €) à Paris, Lyon et Marseille.

immédiates à prendre, les caisses ont usé d'une marge d'appréciation conforme à l'équité »²¹.

Ces mesures consistaient en un ensemble de baisses concernant notamment les radiologues, cardiologues, gynécologues, neurologues, anatomo-cytopathologistes, biologistes, ainsi que les sages-femmes, les orthoptistes, les orthophonistes et les masseurs-kinésathérapeutes. Ces diverses dispositions devaient économiser 1,8 MdF (0,3 Md€) en année pleine, soit 1,3 % du montant de l'ODSV.

Une marge de neutralisation peut se concevoir, puisqu'elle peut correspondre à la marge d'incertitude dans la connaissance des évolutions conjoncturelles, mais il faut alors que la même prudence préside à l'adoption de dépenses nouvelles.

Or, le second rapport d'équilibre prévoit aussi 1,6 MdF (0,2 Md€) de dépenses nouvelles en année pleine, notamment la prise en charge de nouveaux soins dentaires²², et une revalorisation pour les transporteurs sanitaires.

L'économie nette proposée n'était donc que de 236,2 MF (36,0 M€), bien qu'elle résultât de 18 mesures d'économie touchant plus d'une dizaine de professions.

La ministre de l'emploi et de la solidarité ayant refusé la principale des baisses proposées à l'encontre des infirmières²³, et diverses mesures d'économies ou de dépenses supplémentaires n'étant pas encore entrées en vigueur au moment de la rédaction du présent rapport de la Cour, l'économie nette attendue en année pleine des mesures figurant dans le deuxième rapport d'équilibre et entrées en vigueur est de 147,2 MF (22,4 M€), soit 0,1 % de l'ODSV. Il s'est donc principalement agi d'un redéploiement.

Le troisième rapport d'équilibre, établi en novembre 2000, c'est-à-dire, il est vrai, au moment où le Parlement avait déjà engagé la discussion de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, en retenant comme base de l'ONDAM pour 2001 les dépenses effectives de

21. D'autre part, pour le calcul de l'évolution des dépenses, elles ont retenu l'évolution en date de soins et non celle en dépenses remboursées, choix qui ne résultait pas des textes mais était plus favorable aux professions.

22. Scellement des sillons. Coût de 960 MF (146,4 M€) pour l'ensemble des nouveaux actes.

23. Baisse de la valeur des majorations de nuit et de dimanche, pour une économie de 314 MF (47,9 M€).

2000, affirme un esprit différent de celui qui était exposé dans le second : les mesures proposées ne sont destinées à permettre « aucune économie nette », mais un « accompagnement social », à charge pour les syndicats représentant les professionnels de « s'impliquer » et de faire des propositions.

Il devait représenter des économies de 370 MF (56,4 M€), mais, parallèlement, étaient prévues diverses revalorisations, notamment celle des actes de petite chirurgie et de traumatologie effectués par les généralistes et le doublement de la rémunération spécifique consentie aux médecins généralistes « référents ». Le coût était évalué entre 153 MF (23,3 M€) et 171 MF (26,1 M€) en année pleine. L'économie nette était donc de 199,2 MF (30,4 M€) à 217,2 MF (33,1 M€), non compris la proposition de revenir dès le 1^{er} trimestre 2001 sur les mesures prises à l'encontre des masseurs et des orthophonistes, en « explorant » avec eux « les voies d'un accord conventionnel permettant de rétablir la valeur de leur lettre-clé, moyennant un accord volume-prix ».

Les économies proposées devaient provenir à la fois de baisses de tarifs et de modifications de la nomenclature des actes médicaux. Le ministère ne s'étant pas opposé à ces diverses mesures, elles ont été réputées approuvées. Cependant, alors que des baisses de tarifs décidées entre partenaires conventionnels entrent en vigueur dès lors qu'elles ont été approuvées, même implicitement par l'Etat, la nomenclature ne peut être modifiée que par un texte réglementaire. Or, à fin juillet 2001, l'Etat n'avait pas pris tous ces textes, et certaines mesures continuaient à être expertisées par les formations compétentes de la commission permanente de la nomenclature générale des actes professionnels. L'économie nette attendue en année pleine des mesures du troisième rapport entrées en vigueur à cette même date s'élève à 153,2 MF (23,4 M€).

Au total, les mesures entrées en vigueur à la suite des deuxième et troisième rapports réduisent en année pleine la croissance des dépenses de 300,4 MF (45,8 M€), mais, compte tenu de l'effet du premier rapport et de la création du Vmad, l'ensemble des mesures entrées en vigueur à la suite des trois rapports et de cette création, représentent une charge supplémentaire en année pleine de 527 MF (80,3 M€). Le deuxième et le troisième rapport équivalent à reprendre un peu plus de la moitié des dépenses supplémentaires induites par les décisions prises en début d'année 2000.

L'effet global des rapports a donc plus été de modifier les équilibres entre certains spécialistes et les généralistes, de revaloriser les honoraires des généralistes par une série de mesures (ce qui explique que les honoraires des généralistes aient progressé en 2000 plus vite que ceux

des spécialistes), et d'assurer la prise en charge de certains actes dentaires que de permettre le respect de l'objectif délégué des soins de ville.

En définitive, l'ODSV 2000 a été dépassé de 5,1 MdF (0,8 Md€).

L'Etat n'a pas mis en œuvre en 2000 la disposition de la loi de financement de la sécurité sociale prévoyant qu'en cas de carence des caisses ou d'insuffisance des mesures prises par elles pour assurer le respect de l'objectif, il se substitue à elles. Il a approuvé les rapports d'équilibre de 2000, sauf, on l'a vu, pour l'une des économies proposées dans le second et concernant les infirmières pour 314 MF (47,9 M€).

En 2001, l'objectif de dépenses déléguées n'a été transmis par l'Etat à la CNAMTS qu'à la mi-avril, et il ne pouvait donc pas être établi de rapport d'équilibre en début d'année, ce qui semble traduire une diminution de l'intérêt porté par l'Etat à cette tentative d'instituer un nouveau mode de régulation.

3 – La mise en œuvre des autres dispositifs de régulation et de contrôle

Aucun accord de bon usage des soins ni aucun contrat de bonne pratique n'a été conclu en 2000 ou avant la date de rédaction de ce rapport. Le décret fixant les conditions d'amélioration de la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales des praticiens qui signeraient des contrats de bonne pratique n'est pas prévu.

Il n'existe pas de bilan d'application de la mesure obligeant les médecins à mentionner la justification médicale de la prescription des arrêts de travail et des transports de malades²⁴. La direction de la sécurité sociale a demandé à la CNAMTS en avril 2001 de lui fournir un tel bilan. Il ne semble cependant pas que cette mesure ait pour l'instant modéré les prescriptions : en particulier, les indemnités journalières ont progressé plus vite en 2000 (+ 8,2 %) qu'en 1999 (+ 6,1 %)²⁵ ²⁶. Au demeurant, les comités médicaux régionaux, qui doivent être saisis par les caisses à l'encontre des médecins ayant effectué des prescriptions abusives, ne sont plus réunis par les médecins-inspecteurs généraux de la santé depuis les manifestations organisées par certains syndicats de médecins.

24. Un sondage a été effectué par la CNAMTS en février 2001.

25. Sur les dépenses d'indemnités journalières, cf. rapport de la Cour sur le financement de la sécurité sociale de septembre 2000.

26. La progression de la masse salariale en 2000 (environ 6 %) contribue à expliquer la progression des dépenses d'indemnités journalières.

Il n'existe pas de bilan de la disposition donnant aux médecins-conseils des caisses des pouvoirs de contrôle sur les patients ayant une consommation particulièrement importante de soins²⁷. Elle a, en toute hypothèse, été peu appliquée.

Le nouveau dispositif d'admission au remboursement des produits et prestations du TIPS n'est pas encore totalement entré en vigueur.

La contribution due par l'industrie pharmaceutique, si elle vient en ressource pour l'assurance maladie, ne constitue pas un mécanisme de régulation des dépenses, comme la Cour l'a montré dans son rapport de septembre 2000 et le développe *infra* dans la section VII du présent chapitre. Les mesures prises pour infléchir l'évolution des dépenses de médicament, ainsi que leurs limites, sont présentées dans cette même section.

Dans la pratique, les conditions dans lesquelles s'effectue l'évolution des dépenses de soins de ville, autres que celles entrant dans l'ODSV, n'ont donc pas significativement différé en 2000 de ce qu'elles étaient en 1999.

SYNTHESE

*Au total, si le nombre de décisions prises en 2000 allant dans le sens d'un accroissement des dépenses a été moins grand que celui des mesures d'économies, leurs effets financiers ont été beaucoup plus importants : par exemple les protocoles hospitaliers de mars 2000, la création du nouvel acte de visite de maintien à domicile, la prise en charge, justifiée au plan sanitaire, de certains actes dentaires, les prix auxquels ont été admis au remboursement de nombreux médicaments dont le marché potentiel est très large, alors que la politique du médicament continuait de présenter de grandes insuffisances (cf. *infra*).*

Les mécanismes nouveaux de régulation et de contrôle introduits par la loi de financement de la sécurité sociale 2000 n'ont, quant à eux, pas encore fait leurs preuves ou, dans le cas du nouveau système d'ODSV et de rapports d'équilibre, pas donné de résultats.

27. Le décret en Conseil d'Etat, pris pour l'application de la loi de financement de la sécurité sociale, est paru le 18 octobre 2000. La CNAMTS a donné des instructions à son réseau le 28 février 2001 et, selon la direction de la sécurité sociale, un bilan ne pourra donc être effectué que fin 2001. Dans les neuf régions pilote pour la mise en place de la mesure, 1891 malades ont été convoqués par le service médical et celui-ci a ensuite adressé à 19 %, soit 360, ses recommandations sur les soins et les traitements adaptés à leur état.

Sur le fond même de ce système, l'expérience apporte plusieurs confirmations. Tout d'abord, une régulation ne peut être crédible et donc efficace que si elle s'appuie sur des objectifs fixés de manière réaliste. Ensuite, prévoir trois rapports d'équilibre en une année est peu réaliste : la négociation devient permanente ; la phase des décisions à prendre sur le premier rapport se chevauche partiellement avec l'analyse et la négociation préalables au second ; quant au troisième, il est établi au moment où le projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année suivante est en cours de discussion au Parlement. En troisième lieu, si la variation des lettres-clés et celle de la cotation des actes dans la nomenclature sont des éléments essentiels de régulation sur le moyen et le long terme, et doivent donc être maniées activement, elles peuvent plus difficilement être utilisées comme instruments de régulation infraannuelle des dépenses. Au surplus, les conditions sociopolitiques du bon usage de cet instrument ne sont pas réunies aujourd'hui. En quatrième lieu, les mesures d'économies sont lentes à mettre en œuvre, même quand elles sont acceptées par les professionnels, les caisses et les pouvoirs publics, ce qui contraste avec le rythme très rapide prévu pour les rapports d'équilibre. Enfin, le maniement des lettres-clés s'est avéré difficile : au vu des résultats de 1999, la CNAMTS a accepté le Vmad, mais n'a pas dégagé d'économie compensatrice, alors même que le respect de l'ODSV apparaissait déjà très improbable.

Quant à la pratique du système faite par la CNAMTS, les rapports d'équilibre ont été de contenus et d'esprits différents, alors qu'une régulation n'est crédible que si elle est stable. D'autre part, ils ne se sont jamais totalement inscrits dans le rôle qui leur avait été donné par la loi de financement de la sécurité sociale.

L'ensemble de ces éléments contribuent à expliquer qu'à partir d'une tendance déjà plus forte depuis l'automne 1999, l'évolution des dépenses d'assurance maladie se soit accélérée en 2000.

Dans ces conditions, le « rebasage » de l'ONDAM, c'est-à-dire le calcul de l'ONDAM 2001 à partir d'une base 2000 tenant compte de l'évolution réelle des dépenses en 2000 et les années antérieures, et non à partir de l'objectif 2000, devenait inéluctable, comme la Cour l'avait indiqué dans ses rapports de septembre 1999 et de septembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale. C'est un tel « rebasage » qu'a recherché la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001. Cependant, la prévision présentée à la commission des comptes de septembre 2000 ayant, on l'a vu, sous-estimé la progression finale des dépenses pour 2000, la nouvelle base 2000 a elle-même été fixée à un

niveau inférieur à ce qu'ont été en définitive les dépenses d'assurance maladie en 2000.

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES PAGE 476

VI – Les enveloppes budgétaires des établissements de santé

A – Les établissements participant au service public hospitalier

1 – Le bilan de la campagne budgétaire 2000

a) L'évolution des dépenses encadrées et l'impact des protocoles de mars 2000

En 2000, l'enveloppe des dépenses hospitalières encadrées a été fixée à 274 720 MF (41 880,8 M€) pour la France métropolitaine, soit une augmentation de 2,5 % par rapport à une base 1999 de 249 659 MF (38 060,3 M€), correspondant à 6 500 MF (990,9 M€). L'objectif prévisionnel des dépenses d'assurance maladie, qui constituent le financement essentiel des dépenses hospitalières, s'élève au sein de l'ONDAM à 255 651 MF (38 973,7 M€), soit une augmentation de 2,4 %.

L'enveloppe des dépenses encadrées a été divisée, comme chaque année, en dotations régionales selon la méthode décrite dans le rapport de la Cour sur le financement de la sécurité sociale de septembre 2000. Ces dotations ont été distribuées en plusieurs fois : la plus grosse partie de l'augmentation (2,24 %), en début d'année. La campagne budgétaire 2000 a donné lieu à deux arrêtés et trois circulaires qui ont révisé les bases de calcul des dotations régionales et les dotations elles mêmes. Les modifications des bases résultent de l'intégration des effets de champ

portés à la connaissance du ministère²⁸ ; l'évolution des dotations, elle, s'explique par la distribution des montants mis en réserve en début d'année ou de ceux correspondant à des mesures nouvelles décidées en cours d'année. En 2000, ce deuxième motif a été particulièrement important en raison de la mise en œuvre des protocoles d'accord sur le statut professionnel des praticiens hospitaliers et sur la modernisation du service public hospitalier, intervenus respectivement les 13 et 14 mars 2000.

Le protocole d'accord sur la modernisation du service public hospitalier du 14 mars 2000 a prévu des mesures relatives au remplacement des personnels absents, aux conditions de travail, aux services d'accueil des urgences, aux investissements hospitaliers ainsi que des évolutions statutaires.

Pour assurer le remplacement du personnel en congé (quel qu'en soit le motif), une enveloppe de 2 000 MF (304,9 M€) a été accordée sur le budget de l'Etat en faveur des établissements publics et privés sous dotation globale, pour l'ensemble des activités. Cette somme, répartie entre les régions sur la base des effectifs exprimés en équivalents temps plein des établissements concernés, devait financer 12 000 emplois supplémentaires. La contribution de l'Etat à chaque établissement, telle que fixée par l'ARH, constitue une recette de groupe 3 (recettes subsidiaires) du budget d'exploitation.

La gestion des crédits n'a pas pu être déconcentrée car les directeurs d'ARH ne sont pas ordonnateurs secondaires. La subvention à chaque établissement a donc été imputée sur les crédits du chapitre 47-20, article 10 du budget du ministère. Cependant, la procédure a été allégée par un engagement global, l'ordonnancement se faisant au fur et à mesure de la remontée des 1 200 projets d'arrêtés fixant les sommes à attribuer à chaque établissement et établis par les ARH. Un bilan national des critères retenus par chaque région pour répartir l'enveloppe, qui a été réalisé à partir des synthèses régionales, a été produit à la Cour trop tardivement pour être exploité. 30 % de l'enveloppe devant être consacrés aux remplacements d'agents en formation, les ARH ont, pour répartir le solde, tenu compte de l'absentéisme de longue durée, parfois en le pondérant par l'efficacité de l'établissement appréciée par la valeur du point de l'indicateur synthétique d'activité (point ISA). Dans d'autres cas, la répartition a été faite par les ARH au prorata des effectifs. Le nombre

28. Il s'agit d'une part des transferts positifs du secteur des cliniques privées (sous OQN et hors OQN) ainsi que de l'enveloppe soins de ville vers le secteur sanitaire sous dotation globale et d'autre part des transferts négatifs du secteur sanitaire sous dotation globale vers le secteur médico-social et les soins de longue durée.

d'emplois créés grâce à cette enveloppe et les modalités d'embauche retenus ne sont pas connus.

En résumé, les sources de financement du protocole du 14 mars 2000 pour l'année 2000 (3 800 MF (579,3 M€)) devaient être les suivantes :

- l'Etat pour 2 000 MF (304,9 M€), intégrés dans le collectif budgétaire de printemps et destinés au remplacement de personnels, mesure à laquelle il faut ajouter 600 MF (91,5 M€) d'autorisations de programmes supplémentaires affectés aux investissements de modernisation des hôpitaux ;
- l'assurance maladie pour 1 200 MF (182,9 M€) environ sans modification de l'enveloppe de l'ONDAM, soit que les mesures aient déjà été intégrées dans la dotation globale, soit qu'elles se situent en dehors de l'ONDAM : c'est le cas de l'enveloppe supplémentaire de 400 MF (61,0 M€) mise à la charge de l'assurance maladie au titre du fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé (FASMO)²⁹.

Le protocole d'accord sur le statut des praticiens hospitaliers du 13 mars 2000 a eu pour objet de conforter le rôle des médecins et de rendre plus attractives les carrières des praticiens hospitaliers par diverses mesures³⁰ dont le coût total, estimé à 1 400 MF (213,4 M€) par an (plein effet), est à la charge de l'assurance maladie et relèverait normalement de l'ONDAM.

Au total, l'évolution des **dépenses encadrées** est retracée dans le tableau ci-dessous.

Alors que les dépenses encadrées devaient progresser de 2,5 % en métropole, le taux d'évolution réel est de 3,02 %, soit 3,07 % hors effets de champ (ceux-ci ont en effet tendu à réduire la part des établissements sous dotation globale)³¹. Ainsi, les dotations régionales dont le montant initial a été fixé par arrêté ont ensuite été modifiées par circulaire pour

29. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 lui a substitué le fonds pour la modernisation sociale des établissements de santé (FMES).

30. Renforcement des services d'urgence hospitalière, prime de service public exclusif, revalorisation de la carrière des praticiens hospitaliers, prime pour les postes difficiles, prime multi-établissement, grille unique des praticiens adjoints contractuels, des assistants et des chefs de clinique assistants, revalorisation des internes, résidents et faisant fonction d'internes.

31. Pour les DOM, le taux d'évolution réel est de + 5,75 %, ou 6,05 % hors effet de champ, contre + 4,9 % prévus.

intégrer des mesures nouvelles non prévues en début d'année (effet des protocoles). La compréhension des montants ne s'en trouve pas facilitée.

Evolution des dotations régionales (hors soins de longue durée)

en MF, (M€) et %

	Métropole	DOM	France entière	
Base de référence 2000 (après effets de champ 1999 et 2000)	259 998,0	6 801,2	266 799,2	(40 673,3)
Abondement, péréquation, mesures nouvelles	5 816,0	260,1	6 076,1	(926,3)
Dotations régionalisées (arrêté du 21 janvier 2000)	265 814,1	7 061,4	272 875,5	(41 599,6)
Dotations régionales modifiées (circulaire du 8 août 2000)	267 330,9	7 134,3	274 465,3	(41 842,0)
Dotations régionales modifiées (circulaire du 17 octobre 2000)	267 629,3	7 183,9	274 813,2	(41 895,0)
Total des dotations régionales finales	267 859,0	7 192,6	275 051,6	(41 931,4)
Taux d'évolution (dotations régionales finales par rapport à la base de référence) (en %)	3,02	5,75	3,09	

Source : direction des hôpitaux et de l'offre de soins (9 février 2001).

Par ailleurs, l'impact des protocoles sur l'objectif des dépenses remboursées par l'assurance maladie à l'hôpital, donc sur l'ONDAM, a été estimé, lors de la commission des comptes de septembre 2000, à 1 100 MF (167,7 M€), ce qui a entraîné une progression de 3 % de ces dépenses versées aux hôpitaux au lieu des 2,4 % prévus. Cette évolution, qui résulte de décisions gouvernementales, a donc conduit à une majoration de fait des dépenses hospitalières à la charge de l'assurance maladie, qui n'avaient pas été prises en compte dans l'ONDAM tel qu'il avait été fixé par la loi de financement pour 2000.

En outre, un certain nombre de mesures financées hors du champ de l'ONDAM ne sont pas davantage incluses dans les dépenses encadrées : sur les crédits de l'assurance maladie, il s'agit du FASMO et sur le budget de l'Etat, il s'agit essentiellement de l'enveloppe de 2 000 MF (304,9 M€) pour le remplacement du personnel. L'attribution de cette dotation en dehors des dépenses encadrées ne respecte pas la nomenclature budgétaire des établissements hospitaliers. Elle minore artificiellement des ressources affectées aux dépenses courantes de personnel et masque l'évolution réelle des dépenses de fonctionnement des hôpitaux.

Ainsi, après prise en compte de l'enveloppe de 2 000 MF (304,9 M€), les dépenses hospitalières progressent en métropole de 0,77 point supplémentaire, s'ajoutant aux 3,07 déjà calculés (hors effets de champ), soit + 3,84 %.

b) L'utilisation des enveloppes par les ARH

Le bilan de campagne établi à partir des informations fournies par les ARH permet de faire trois constats : la faiblesse des marges de manœuvre des ARH, dès lors que les sommes non allouées en début de campagne sont presque toutes préaffectées par le ministère, ainsi que la faiblesse des crédits redistribués au titre de la correction des inégalités entre établissements : seule une reprise de crédits fondée sur le coût élevé (valeur du point ISA) de certains établissements peut apporter des marges d'action aux ARH, les crédits supplémentaires attribués au titre de la réduction des inégalités ne profitant, par définition, qu'à certaines régions. L'essentiel de l'effort des ARH porte sur la mise en œuvre des priorités nationales et régionales de santé : en accordant des taux de reconduction des moyens inférieurs aux demandes, elles contraignent les établissements à faire des gains de productivité afin de les redistribuer à ceux des hôpitaux qui justifient de besoins correspondant aux priorités. Ainsi, en 2000, 2 000 MF (304,9 M€) ont été dégagés au profit de la réorganisation des urgences, de la psychiatrie, de la périnatalité et de la lutte contre le cancer.

Le bilan de l'attribution et de l'utilisation des crédits que le ministère affecte à des actions prioritaires (dits crédits fléchés) n'est pas systématiquement assuré, faute d'outils adaptés mais aussi compte tenu des réserves formulées par les ARH à l'égard de la technique même des crédits fléchés. Celle-ci paraît, de ce fait et sauf exception, avoir un objectif politique d'affichage plus qu'un caractère opérationnel. A partir de la définition d'objectifs nationaux et régionaux, il serait certainement préférable de laisser les ARH prélever les fonds nécessaires sur leur enveloppe régionale, sous réserve de leur demander des bilans précis permettant de vérifier le respect des priorités de santé publique définies au niveau national.

La méthode consistant à prélever sur les crédits de reconduction le financement de la mise en œuvre des priorités de santé publique est bonne dans son principe. Mais le fait que l'utilisation, conforme aux finalités décidées, des sommes ainsi redistribuées ne soit pas contrôlée laisse craindre qu'elles contribuent à financer les dépenses courantes.

2 – La campagne budgétaire 2001

En 2001, pour la France métropolitaine, le montant total des dépenses hospitalières encadrées a été fixé à 277 158 MF (42 252,5 M€) pour la métropole, soit une augmentation de 3,32 % par rapport à 2000, correspondant à 8 850 MF (1 349,2 M€). L'objectif prévisionnel des dépenses d'assurance maladie pour les établissements sous dotation globale, calculé au sein de l'ONDAM, s'élève à 265 508 MF (40 476,4 M€), soit une majoration de 3,39 %.

Ainsi, en 2001, après une pause en 2000, la dotation de l'assurance maladie pour la métropole (et aussi celle des DOM) croît à nouveau davantage que les dépenses encadrées³².

a) La fixation du taux d'évolution des dépenses hospitalières en 2001

La base de dépenses 2000 à laquelle a été appliqué le taux d'évolution de 3,32 % est constituée du total des dotations régionales de 2000 et des dotations complémentaires intervenues en cours d'année (surcoût des protocoles hospitaliers intégré dans les dépenses encadrées) et modifié par les effets de champ positifs ou négatifs résultant des transferts entre enveloppes connus à la fin de 2000.

Au total, l'estimation définitive de la base 2000 est inférieure à l'estimation qui en avait été faite précédemment. Dès lors, le taux d'évolution ressort à 3,55 % et non 3,32 % comme indiqué dans le tableau ci-dessous. Il est regrettable que le véritable taux d'évolution n'apparaisse pas dans les documents officiels.

Les dépenses encadrées (total des dotations régionales) doivent financer la reconduction des moyens (1,20 %) ainsi que des mesures nationales (1,80 %) telles que l'application en année pleine des protocoles de mars 2000 (1 596 MF (243,3 M€)) ou la mise en œuvre de mesures nouvelles telles que la dotation incompressible de santé publique et d'organisation des soins (2 016 MF (307,3 M€)). En outre, une provision de 0,29 % pour diverses mesures de revalorisation salariale a été mise en réserve par les ARH dans l'attente de l'issue des négociations en cours ou prévues.

32. Les causes de ce phénomène sont réputées tenir à la non revalorisation du forfait journalier depuis 1997, à la croissance de la part des malades pris en charge à 100 % et à la diminution des recettes correspondant aux régimes des malades payants venus de pays étrangers.

Dotations régionales de dépenses

en MF, (M€) et %

	Métropole	DOM	France entière	
Base de référence pour 2001 (après effets de champ 2000)	267 646	7 141	274 787	(41 891,0)
Péréquation, abondement, mesures nouvelles	8 026	367	8 393	(1 279,5)
<i>dont dotation incompressible de santé publique et d'organisation des soins</i>	<i>1 953</i>	<i>63</i>	<i>2 016</i>	<i>(307,3)</i>
Dotations régionales	277 158	7 778	284 936	(43 438,2)
Taux affiché d'évolution des dotations régionales (%)	3,32	5,71	3,37	
Taux réel d'évolution des dotations régionales en mars 2001 (dotations régionales rapportées à la base de référence finale) (%)	3,55	8,62	3,69	

Une dotation incompressible de santé publique et d'organisation des soins a été prévue pour la mise en œuvre des priorités nationales de santé publique. En 2001, la plupart des priorités fixées pour 2000³³ ont été reprises, auxquelles s'ajoutent des mesures nouvelles en faveur de maladies jugées prioritaires et pour lesquelles la Cour a dénoncé l'insuffisante organisation de la prévention et du traitement (cancer, affections psychiatriques). Par ailleurs, l'objectif de renforcement de la sécurité sanitaire est relié à la lutte contre le nouveau variant de la maladie de Creutzfeld-Jacob. Plusieurs mesures se voient attribuer un budget national réparti selon la clé de répartition des dotations régionales. Cependant, au niveau régional, ces enveloppes spécifiques ne sont pas individualisées. Si l'effort national est réel et clairement affiché, les crédits sont fongibles au niveau régional. Les ARH ont en effet une certaine liberté d'affectation des crédits entre les mesures listées, selon les priorités régionales, sous réserve de respecter quatre priorités définies au plan national : la prévention de la transmission des maladies infectieuses, notamment virales et à prions, la lutte contre le cancer, la création et le développement des soins palliatifs et le « plan greffes ». Un bilan précis, ventilé par grande mesure, est prévu.

33. La lutte contre les affections nosocomiales, la lutte contre la douleur, la lutte contre le SIDA, contre l'hépatite C, le développement des soins palliatifs, la prise en charge des conduites addictives, des personnes âgées, de l'IVG, le développement des réseaux de santé, le soutien à la médecine d'urgence, la réorganisation de la périnatalité

Ce dispositif de gestion des priorités est sans doute le plus réaliste. Mais son suivi exige une grande attention pour éviter que la situation de l'an 2000 se reproduise, où l'on ne connaît pas l'effort réel consenti sur les priorités nationales.

b) La détermination des dotations régionales

L'objectif de réduction des inégalités régionales en termes d'offre hospitalière est réaffirmé comme une priorité et les crédits de péréquation (785,6 MF (119,8 M€), dont 653,1 MF (99,6 M€) en métropole et 132,4 MF (20,2 M€) pour les DOM) doivent impérativement être employés à cette fin. En outre, chaque région doit dégager sur son enveloppe les moyens nécessaires à la réduction des inégalités de ressources entre établissements.

En 2001, la réduction des inégalités entre régions reste fondée sur les indicateurs utilisés en 1999 et 2000³⁴ et dont la Cour a déjà montré les limites (dans son rapport de septembre 1999) en souhaitant qu'un bilan critique des mécanismes de péréquation entre les régions et entre les hôpitaux soit effectué (dans son rapport de septembre 2000).

L'effort est, comme les deux années précédentes, concentré sur les trois régions les moins bien dotées : le Poitou-Charentes, la Picardie et le Nord-Pas-de-Calais. Elles doivent atteindre dans trois ans le niveau de la quatrième. Par ailleurs, les DOM reçoivent un apport de péréquation équivalent à celui de la région la plus défavorisée (Poitou-Charentes). Quatre régions (contre six en 2000) reçoivent une dotation qui progresse moins vite que la moyenne nationale : Ile-de-France, 1,97 ; Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2,55 ; Midi-Pyrénées, 2,72 ; Languedoc-Roussillon, 2,95, la région Rhône-Alpes étant à 3 % et la Corse étant repassée au-dessus de la moyenne (3,18 %) ³⁵.

La contrainte est manifestement desserrée en 2001, ce qui devrait rendre moins difficile, pour les régions dont la dotation progresse moins que la moyenne nationale, la mise en œuvre des mesures nouvelles. Il appartient aux ARH de ces régions de dégager les crédits nécessaires à la mise en œuvre des protocoles de 2000 et aux mesures incompressibles de

34. Indice comparatif de mortalité, indicateur de besoins de soins hospitaliers, indicateur d'efficacité économique mesuré à travers la valeur moyenne du point ISA, enfin valorisation des flux de patients, indicateur qui repose désormais sur les bases de résumés de sortie anonymes (RSA) du programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI).

35. Les taux doivent être comparés au taux moyen national de 3 % attribué en début d'année.

santé publique, sans oublier que des engagements pris par ailleurs dans les contrats d'objectifs et de moyens devront être honorés. Une incertitude règne, ainsi sur la capacité effective des ARH à satisfaire ces exigences dès lors que la contrainte à laquelle elles font face n'est pas connue au niveau national et risque de contrarier le respect des objectifs nationaux. Un recensement devrait donc être fait de ces engagements régionaux afin de mieux les articuler avec les enveloppes nationales générales et fléchées.

c) Les crédits non inclus dans les dotations régionales

Les crédits non inclus dans les dotations régionales concernent, en dehors des fonds de modernisation, l'enveloppe de 2 000 MF (304,9 M€) destinée au remplacement des agents absents. La circulaire du 8 mars 2000 affirmait le caractère pérenne de cette enveloppe, qui a été inscrite au budget 2000 de l'Etat par un collectif budgétaire. Le même montant sera donc disponible les années suivantes. Le protocole d'accord du 14 mars 2000 prévoyait cette enveloppe pendant trois ans. Mais le financement de cette opération n'a pas été prévu dans la loi de finances pour 2001. Désormais, la somme ne peut être que dégagée en gestion ou inscrite dans le collectif de fin d'année. Dans cette dernière hypothèse, il sera trop tard pour la répartir en 2001. Or, les personnels sont en place dans les établissements. Un transfert de la dépense sur l'assurance maladie constituerait une modification importante des engagements pris en 2000 et, en conséquence, de l'ONDAM voté par le Parlement pour 2001.

La répartition de cette enveloppe effectuée en 2001 entre les régions est identique à celle de 2000. En revanche, la répartition entre établissements peut évoluer. Aucune instruction n'a cependant été donnée à cette fin. Certaines ARH ont déjà accordé au budget primitif des crédits pour le remplacement des agents absents ; d'autres rien.

Si l'on ajoute l'effet de cette enveloppe de 2 000 MF (304,9 M€), quel qu'en soit le financeur, les dépenses de fonctionnement des hôpitaux progresseraient de 4,42 % (France entière) en 2001, après une évolution de 3,84 % en 2000. Le desserrement des taux d'évolution des dotations hospitalières depuis quelques années consacre l'échec relatif de la politique de maîtrise des dépenses de ce secteur. Faute d'avoir mis en œuvre les réformes structurelles nécessaires, la contrainte budgétaire s'est révélée impossible à respecter. Les protocoles de mars 2000 en sont une illustration.

B – L’enveloppe des cliniques privées

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 (article 33) a redéfini les relations entre l'Etat, l'assurance maladie et les organisations représentatives des cliniques privées. L'objectif était de renforcer la cohérence du rôle des ARH, tant à l'égard des cliniques qu'entre elles et le secteur hospitalier public. La loi leur confie désormais la détermination de la politique régionale de tarification, la répartition et la gestion d'enveloppes régionales de l'hospitalisation privée. La fixation des tarifs de chaque clinique leur était déjà dévolue depuis 1997. Le nouveau dispositif est applicable depuis la campagne budgétaire 2000.

Tous les textes d'application de la loi de financement nécessaires au déroulement de la campagne budgétaire 2000 ont été publiés en temps utile. Ils devaient notamment déterminer les prestations remboursables, fixer le contenu de l'objectif quantifié national (OQN) et les modalités de calcul des tarifs aux plans national et régional dans le cadre de l'objectif de réduction des inégalités entre régions et entre établissements. Il ont enfin mis en place le système de la caisse pivot et déterminé les opérations éligibles à un financement par le fonds pour la modernisation des cliniques privées créé par la loi pour cinq ans.

Le déroulement de la procédure de fixation des tarifs des cliniques privées est retracé dans le tableau ci-dessous :

Déroulement de la procédure de fixation des tarifs des cliniques privées

ONDAM	Fixé par le Parlement dans la LFSS avant le 31 décembre n-1.
OQN	Fixé par arrêté ministériel dans les 15 jours de la publication de la LFSS.
Accord annuel national	Il doit intervenir au plus tard le 25 février n entre les ministres santé-sécurité sociale et au moins une des organisations de cliniques les plus représentatives. A défaut, un arrêté ministériel est publié au plus tard le 15 mars n. L'accord ou l'arrêté fixe l'évolution moyenne nationale des tarifs de prestations et celle de chaque région ainsi que les variations maximale et minimale des tarifs alloués par les ARH.
Accord régional	Il doit intervenir au plus tard le 31 mars n entre l'ARH et les représentants régionaux des organisations nationales de cliniques signataires de l'accord national. A défaut, une décision de l'ARH s'y substitue. L'accord ou la décision fixe les règles générales de modulation des tarifs de prestations dans la région et les critères d'évolution s'écartant du taux moyen.
Avenant au contrat d'objectifs et de moyens de chaque établissement	Signé entre l'ARH et l'établissement, il fixe les tarifs avec effet au 1 ^{er} mai n.
Suivi	Deux fois par an, après les 4 puis les 8 premiers mois, un constat est fait de l'évolution des dépenses. Si celle-ci n'est pas compatible avec l'OQN, les parties doivent prendre des mesures. A défaut, un arrêté ministériel est pris.

1 – Le bilan de la campagne budgétaire 2000

a) Au niveau national

Pour 2000, la base de référence 1999 a été arrêtée à 42 757 MF (6 518,3 M€) après déduction de l'OQN 1999 d'une somme de 179 MF (27,3 M€) correspondant aux effets de champ. Sur cette base, l'OQN a été fixé pour 2000 à 43 733 MF (6 667,1 M€), soit + 2,28 %. L'accord national du 1^{er} mars 2000 a fixé le taux d'évolution moyen des tarifs de prestations à 1,33 % pour la France entière et à 1,25 % pour la seule métropole. Le taux de 1,33 % a été calculé en tenant compte du dépassement constaté pour l'OQN 1999 (+ 0,5 %) et d'une hypothèse de croissance du volume d'activité de + 1,25 % en 2000. L'accord national a également fixé les taux régionaux en distinguant, d'une part, les disciplines médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et, d'autre part, les activités hors MCO³⁶. En métropole, pour les activités de MCO, les taux d'évolution varient de 0,96 % en Ile-de-France à 1,57 % en Poitou-Charente, soit respectivement 23,2 % de moins et 25,6 % de plus que le taux moyen national. Les trois autres régions les mieux dotées sont la Basse-Normandie, la Haute-Normandie et la Franche-Comté. Le dispositif de réduction des écarts est fondé sur les données du PMSI. Pour les activités hors MCO (soins de suite et de réadaptation et psychiatrie), le taux est de 1,25 % pour toutes les régions, en l'absence de critères satisfaisants de mesure des inégalités³⁷.

L'accord du 1er mars a également prévu un effort particulier en faveur de l'obstétrique et de la chirurgie cardiaque. Ainsi, les taux d'évolution moyens régionaux des tarifs d'obstétrique sont obtenus en majorant le taux d'évolution moyen de chaque région de 3,97 points. Pour la chirurgie cardiaque, seules dix régions métropolitaines ayant des établissements autorisés à pratiquer cette discipline bénéficient d'une majoration appliquée au taux d'évolution moyen régional des tarifs des prestations (toutes disciplines). Cette majoration va de 0,04 point en Provence-Alpes-Côte d'Azur à 0,19 point en Basse-Normandie. Deux enveloppes de 80 MF (12,2 M€) et 20 MF (3,1 M€), financées sur l'OQN,

36. Mais seul le respect du taux d'évolution moyen régional des tarifs de prestations toutes disciplines est opposable. Les ARH peuvent donc redistribuer les moyens entre les disciplines de MCO, les soins de suite et la psychiatrie en s'appuyant sur des critères objectifs justifiant cette redistribution.

37. Pour les DOM, les taux MCO et hors MCO sont les mêmes. En revanche, ils varient selon les départements : 2,4 % pour la Réunion, 8,76 % pour la Guyane, 8,95 % pour la Martinique et 9,73 % pour la Guadeloupe.

ont été accordées, respectivement aux revalorisations spécifiques de l'obstétrique et de la chirurgie cardiaque. Au total, en tenant compte de ces efforts particuliers, le taux d'évolution moyen des tarifs ressort alors à 1,72 %, au lieu de 1,33 %.

Le taux d'évolution des tarifs alloué à chaque établissement par les ARH doit être compris entre le taux moyen régional moins 0,7 point et le taux moyen régional plus 40 points³⁸. Ces modulations s'appliquent de manière différenciée pour chaque prestation. Les ARH étaient invitées à inscrire leur politique de modulation dans une perspective pluriannuelle.

Compte tenu de la forte accélération des dépenses en fin d'année, sur 11 mois le dépassement pour l'année 2000 s'est élevé à 617 MF (94,1 M€) en raison d'un effet volume de + 2,3 %.

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

La difficulté essentielle pour les ARH a été de négocier un accord régional prévoyant des modulations tarifaires dans le respect du taux moyen régional. Pour la fixation des tarifs par clinique et par prestation, les ARH ont continué d'utiliser le savoir faire des CRAM. L'élaboration des tarifs 2000 a nécessité la signature préalable d'avenants fixant de nouveaux tarifs pour 1999³⁹.

Toutes les ARH ont signé un accord régional au titre de 2000, en faisant des compromis sur l'ampleur des modulations. Les difficultés ont résidé dans la répartition des enveloppes ciblées avec des taux différenciés par discipline. La modulation par discipline devait se faire dans le respect du taux régional, ce qui impliquait de connaître la pondération de chaque prestation dans les dépenses de la région. Par ailleurs, si le PMSI a été le critère principal de la modulation (avec les données du schéma régional d'organisation sanitaire, de la Conférence régionale de santé et les mesures de sécurité sanitaire), au total la modulation n'a pas été aussi importante que souhaité. Les ARH ont utilisé des méthodes diverses, plus ou moins complexes, pour moduler les tarifs dans les limites permises par l'accord national.

38. Cela signifie que, par exemple, en Bretagne, les tarifs alloués aux différentes cliniques doivent évoluer au moins de $1,37 - 0,7 = 0,67$ % et au plus de $1,37 + 40 = 41,37$ %.

39. Le Conseil d'Etat ayant annulé l'arrêté fixant à la baisse les tarifs 1999, un nouvel arrêté conduisant au reversement de 500 MF (76,2 M€) aux cliniques privées s'est traduit par la fixation de nouveaux tarifs pour 1999.

D'autre part, dès 2000, toutes les ARH ont accordé à des cliniques, par voie d'avenants aux contrats d'objectifs et de moyens, des subventions du fonds pour la modernisation des cliniques privées dont la dotation de 100 MF (15,2 M€) avait été répartie entre les régimes d'assurance maladie et distribuée aux régions. Un bilan de la répartition et de l'utilisation de ces fonds devra être effectué.

Dans l'attente de la mise en œuvre de la caisse pivot, il a été recommandé aux ARH d'utiliser en 2000, comme outil de répartition, les données brutes issues du SNIR-EP⁴⁰, tant pour calculer la marge régionale permise par l'application du taux d'évolution moyen régional que pour calculer par établissement et par prestation les augmentations de tarifs.

Le système de la caisse pivot s'est progressivement mis en place au cours du premier trimestre 2001. Il est beaucoup plus complexe que celui en vigueur pour les établissements sous dotation globale à cause de la facturation à l'acte des prestations. L'objectif est que la totalité des factures passent par les caisses pivot (les CPAM le plus souvent). En 2001 et 2002, le SNIR-EP sera maintenu parallèlement à la montée en charge du recueil des données par les caisses pivot. A partir de 2003, les données issues des caisses pivot constitueront, par agrégations régionales et nationale, la seule source d'informations sur les dépenses des cliniques.

2 – La campagne budgétaire 2001

Dans le cadre de l'ONDAM pour 2001, l'OQN a été fixé à 45 328 MF (6 910,2 M€) par rapport à une base de 43 869 MF (6 687,8 M€), soit le montant de l'OQN 2000 majoré d'un effet de champ positif de 136 MF (20,7 M€). La progression est de 3,32 %, donc proche du taux affiché pour les établissements sous dotation globale.

L'accord national a été signé le 4 avril 2001. Il fixe l'évolution des tarifs en fonction de deux objectifs : la réduction des inégalités de ressources interrégionales et la mise en œuvre d'actions ciblées portant sur la cancérologie, les urgences, l'obstétrique, les soins de suite et la sécurité sanitaire. Toutes disciplines confondues, le taux d'évolution moyen national ressort à +2,3 % et à +3,48 % si l'on inclut les actions ciblées. Il s'agit d'évolutions en niveau dont l'effet devra correspondre à la progression en masse de l'OQN fixée pour 2001, compte tenu d'un effet volume prévu à +0,5. La compatibilité de ces taux sera appréciée en fin de campagne.

40. Il s'agit du système national inter régimes des établissements privés. Voir le rapport de la Cour sur le financement de la sécurité sociale de septembre 1999.

RECOMMANDATIONS

1. *Effectuer un bilan de l'emploi du crédit de 2 000 MF (304,9 M€) accordé en 2000 sur le budget de l'Etat pour financer le remplacement des personnels hospitaliers absents : nombre d'agents embauchés, modalités de recrutement.*

2. *Prévoir les crédits budgétaires nécessaires au financement en 2001 des personnels de remplacement, faute de quoi ces dépenses seront à la charge de l'assurance maladie dans des conditions non prévues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.*

3. *Réintégrer les dépenses de personnels de remplacement dans les dépenses hospitalières encadrées et dans l'ONDAM, comme la Cour l'a déjà demandé en 2000.*

4. *Mettre en place le bilan des crédits fléchés, tout en limitant le nombre des enveloppes régionales affectées.*

5. *Recenser le montant des engagements pluriannuels pris par les ARH dans les contrats d'objectifs et de moyens signés avec les établissements publics et privés.*

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES PAGE 490

VII – Les dépenses de médicament en ville

La forte croissance des remboursements par l'assurance maladie des médicaments achetés en ville, et leur accélération en 2000 (cf. *supra*) posent une double question : celle du financement de cette dépense qui augmente et qui probablement continuera à augmenter dans les prochaines années, et celle du choix des dépenses prises en charge par la collectivité. La seconde (l'admission au remboursement des médicaments) avait été examinée dans le rapport de la Cour sur le financement de la sécurité sociale d'octobre 1998. Les mesures prises en 1998-99 n'ont apporté qu'une réponse partielle et les problèmes de fond demeurent.

A – Des dépenses de médicaments en forte croissance

1 – Les Français consomment beaucoup de médicaments

a) Un niveau de consommation par habitant élevé

La France est le pays au monde qui dépense la proportion la plus élevée de son produit intérieur brut pour le médicament, en 1990 comme en 1998 (2,1 %, contre 1,5 % pour les Etats-Unis). En termes de dépense de médicaments par habitant, en parité de pouvoir d'achat, la France est première *ex-aequo* avec les Etats-Unis : ce niveau est 2,5 fois plus élevé que celui du Danemark, double des Pays-Bas et de la Suède, 80 % supérieur à celui du Royaume-Uni et 50 % à celui de l'Allemagne⁴¹.

Par rapport à l'étranger, les Français surconsomment en particulier certaines classes de médicaments (veinotoniques, vasodilatateurs, antibiotiques et anxiolytiques), ce qui n'exclut pas une sous-consommation pour certaines pathologies (diabète) ou groupes sociaux. La surconsommation de certains médicaments ou leur usage dans des conditions non justifiées est susceptible de poser des problèmes de santé publique : développement de la résistance aux antibiotiques, iatrogénie (un patient hospitalisé sur dix souffre d'effets indésirables médicamenteux, graves dans un tiers des cas⁴²).

b) Une progression soutenue de la consommation et des remboursements sur la dernière décennie, et qui s'accélère en 2000

Le rythme annuel moyen de croissance pendant la décennie 90 a été rapide : 5,5 % pour la consommation et les ventes de médicaments, 5,3 % pour les remboursements (tableau ci-dessous).

D'ailleurs, la part des médicaments dans la consommation de soins et biens médicaux s'accroît : elle est passée de 18,4 % en 1990 à 20 % en 1999, la part des soins hospitaliers baissant de 48,4 % à 46,8 %. Sur la

41. Source : OCDE, données de 1997. Une autre étude de l'OCDE sur des données de 1996 rapportait les dépenses de médicaments par habitant aux PNB par habitant : la France y est, derrière le Japon, le deuxième pays dans l'ordre d'importance de la consommation.

42. Par extrapolation, le nombre de décès liés à des médicaments est estimé à 10 000 à 18 000 par an en France. Source : enquêtes menées en 1997 et 1998 par le réseau des centres régionaux de pharmacovigilance.

même période, la part des médicaments remboursés dans les dépenses d'assurance maladie est passée de 13,5 % à 15,6 %.

Evolution des médicaments en ville pendant la décennie 90

en MdF et (Md€)

	1990	1999*	Taux de croissance 1990-99	Taux de croissance annuel moyen
1- Indicateur de consommation (prix TTC, Comptes de santé) :				
Consommation de médicaments remboursables en ville	84,5	136,5 (20,81)	+ 61,5 %	+ 5,5 %
2- Indicateur de ventes (prix fabricant hors taxes, GERS) :				
Ventes de médicaments remboursables aux officines	50,2	81,4 (12,4)	+ 62,1 %	+ 5,5 %
3- Indicateurs de remboursement :				
Remboursements de la CNAMTS	42,2	72,7 (11,1)	+ 72,0 %	+ 6,2 %
Remboursements de la totalité des régimes obligatoires (source : comptes de la santé)	57,3	91,5 (14,0)	+ 59,7 %	+ 5,3 %

* En 2000, les ventes remboursables se sont élevées à 88,6 MdF (13,5 Md€) selon le groupement d'études et de recherche sur la santé (GERS). Le montant de la consommation en 2000 n'est pas encore connu. C'est pourquoi la comparaison entre les trois indicateurs n'est possible que jusqu'en 1999.

En 2000, les ventes de médicaments remboursables ont connu une accélération, augmentant de 8,9 %, à 88,6 MdF (13,5 Md€), tandis que les remboursements⁴³ progressaient encore plus rapidement : +10,7 % pour les trois principaux régimes obligatoires et +11,9 % pour le régime général (en taux corrigé des jours ouvrés), soit deux fois plus vite que les honoraires médicaux.

2 – L'effet de structure : des médicaments de plus en plus chers et aux indications de plus en plus larges

a) Les facteurs de croissance des dépenses de médicaments

Certains défendent une vision selon laquelle il existe un taux de croissance « incompressible » des dépenses de médicaments de 6 à 7 %

43. En date de remboursements (source : CNAMTS).

par an⁴⁴, en raison de trois effets conjugués : niveau de vie (les dépenses de santé augmentent plus vite que le produit intérieur brut), innovation technologique et vieillissement de la population. Si ces trois facteurs jouent incontestablement un rôle, cette analyse repose sur l'hypothèse que l'évolution de la consommation des médicaments est indépendante du niveau déjà atteint. Elle ne rend pas non plus compte de ce que la majorité des nouveaux médicaments sont des adaptations de produits anciens (extensions d'indications, changements de dosage...) : en 1999-2000, seuls 2 % des nouveaux médicaments⁴⁵ ont été crédités par la commission de la transparence⁴⁶ d'une « amélioration du service médical rendu (ASMR) majeure (niveau I) ». 84 % des médicaments admis au remboursement ne présentaient aucune amélioration du service médical rendu.

Il n'existe pas de taux de croissance tendanciel, ni optimal, mais seulement un problème de maîtrise dès lors que le financement est limité. Différents facteurs peuvent expliquer la croissance des dépenses de médicament.

D'une part, la croissance des remboursements (+10,7 %) est due pour un dixième en 2000 à l'augmentation du taux moyen de remboursement des médicaments (augmentation des prises en charge à 100 %, baisse de celles à 35 %). Cette tendance est ancienne.

D'autre part, le taux de croissance des ventes de médicaments remboursables, de +8,9 % en 2000, se décompose en trois effets (prix, quantités et effet-structure).

L'effet-prix a joué négativement en 2000 (-0,9 %), malgré l'effet en année pleine de la hausse des marges des officines intervenue en 1999. Il ne prend toutefois pas en compte les produits nouveaux. Dans un

44. Par exemple Claude Le Pen « Quelle croissance pour les dépenses pharmaceutiques ? », octobre 2000. Cette étude est disponible sur le site internet du syndicat national des industries pharmaceutiques (SNIP).

45. Il s'agit de 10 médicaments sur les deux années (hors extensions d'indications) : les cinq à « ASMR I » de 1999 ont généré des ventes de 412 MF (62,8 M€) en 2000, soit seulement 5,7 % de l'accroissement des ventes de médicaments en ville en 2000 (7 172 MF (1 093,4 M€)). Trois de ces cinq médicaments n'ont pas ou presque pas eu de ventes (source : MEDICAM de janvier 2001).

46. La commission de la transparence rend un avis au ministre de la santé, en particulier sur les niveaux de service médical rendu (SMR) et d'amélioration du service médical rendu (ASMR) des médicaments candidats à l'inscription ou à la réinscription sur la liste des spécialités remboursables.

système de prix administrés, il est logique que les prix des médicaments anciens (de plus d'un an) soient stables, et même baissent, à l'expiration des brevets ou lors de l'apparition de produits concurrents. La faiblesse de la baisse de l'indice de prix des médicaments de plus d'un an montre surtout la place encore marginale des génériques sur le marché du médicament français et l'impact limité des révisions de prix à l'initiative des pouvoirs publics (cf. *infra*). La croissance des ventes de médicaments hors effet prix des médicaments anciens a donc été de 9,8 % (8,9 + 0,9 %).

L'effet-quantité a expliqué 2,9 points de cette croissance. Cet indice souffre d'imprécision, dans la mesure où il mesure le nombre de conditionnements (boîtes, flacons...) vendus : une variation du nombre de comprimés par boîte, par exemple, fausse l'indice. Sous cette réserve, l'augmentation des quantités s'explique pour un premier tiers par deux facteurs circonstanciels : les sorties de la réserve hospitalière⁴⁷, fortes en 2000, et l'instauration de la couverture médicale obligatoire (CMU) au 1^{er} janvier 2000, qui ont contribué respectivement à 0,8 et 0,2 point d'augmentation des dépenses de médicaments remboursables. Un deuxième tiers de l'effet-quantité est la conséquence de l'introduction de médicaments nouveaux⁴⁸. Le tiers restant représente l'augmentation des unités vendues à périmètre constant.

Au total, les effet-prix et quantité expliquent environ deux points, soit un petit quart de la croissance des ventes de médicaments remboursables. Le solde (environ +6,9 %, soit les trois quarts) s'explique par un dernier facteur : **l'effet-structure**.

b) Le renchérissement structurel des médicaments

La principale explication de la forte croissance des dépenses semble résider dans l'effet de structure, qui consiste en un déplacement progressif de la consommation des médicaments moins chers vers de

47. On appelle réserve hospitalière les médicaments qui ne peuvent être dispensés que par les pharmacies hospitalières.

48. En extrapolant à l'année 2000 les données de MEDICAM pour le 1^{er} semestre 2000, selon lesquelles les médicaments de moins de 12 mois d'ancienneté représentent 1 % des unités remboursées.

nouveaux, plus chers, dont le degré d'innovation est variable⁴⁹. Symétriquement, les spécialités anciennes ne voient que rarement leur prix baisser : face à la stratégie des laboratoires consistant, d'une part à rechercher des extensions d'indications des médicaments, d'autre part à prolonger la durée des brevets et à retarder ainsi l'arrivée des génériques sur le marché, enfin, à lancer de nouvelles présentations, les pouvoirs publics n'ont que rarement révisé les prix à la baisse. Au total, même si le prix unitaire des présentations anciennes diminue, le prix moyen de l'ensemble des produits augmente.

La Cour a cherché à approfondir l'analyse de l'effet de structure en conduisant une étude spécifique sur deux classes thérapeutiques (il en existe 317) : les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) et les statines ont contribué à elles seules à 24 % de la croissance des ventes de médicaments remboursables en 2000 (1,7 MdF (0,3 Md€) sur 7,1 MdF (1,1 Md€))⁵⁰ et à 27 % de la croissance de 1997 à 2000 (4,4 MdF (0,7 Md€) sur 16 MdF (2,4 Md€)).

Les **inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)** sont des anti-ulcéreux apparus à la fin des années 80. Les anti-ulcéreux forment la première classe vendue au monde (5,5 % du marché pharmaceutique mondial). Le médicament le plus vendu en France et au monde est un IPP. Les ventes d'anti-ulcéreux en France ont atteint 4,4 MdF (0,7 Md€) en 2000, dont 3,8 MdF (0,6 Md€) d'IPP. Entre 1997 et 2000, les IPP ont plus que doublé leurs ventes en France (+128 %), et ce doublement explique à lui seul 13,4 % de la croissance des ventes de médicaments (2 145 MF (327,0 M€) sur 16 MdF (2,4 Md€)).

Les **statines** sont des anti-cholestérols, appartenant à la classe des médicaments du système cardio-vasculaire. La première est apparue en France en 1989. Les statines se sont en partie substituées aux fibrates, moins chères, mais ont également créé un nouveau marché. En 2000, les anti-cholestérols ont été la deuxième classe pour les ventes mondiales, en progression de 21 % par rapport à 1999 et représentant 5 % du marché pharmaceutique mondial. Deux statines se trouvent au 2^e et 3^e rang des

49. Comme on l'a dit précédemment, 2 % des nouveaux médicaments examinés en 1999-2000 correspondent à un progrès thérapeutique majeur (ASMR I). Cette proportion s'élève à 5 % si l'on inclut les ASMR II (amélioration « importante », mais dont les risques à terme ne sont pas encore évalués ou sont élevés, mais néanmoins acceptés s'agissant de traitements d'affections majeures pour lesquelles il n'existe aucune alternative). Les ASMR III (modeste) et IV (mineure) ont représenté 10,5 % sur la période. Enfin, les ASMR V (absence d'amélioration mais avis favorable à l'admission au remboursement) ont représenté 84 % sur les années 1999-2000.

50. Les ventes d'IPP ont augmenté en 2000 de 831 MF (126,7 M€), celles des statines de 928 MF (141,5 M€).

médicaments les plus vendus en France et dans le monde. En France, les ventes d'anti-cholestérols ont atteint 5,5 MdF (0,8 Md€) en 2000, dont 4,4 MdF (0,7 Md€) pour les statines. De 1997 à 2000, celles-ci ont doublé leurs ventes en France (taux de progression annuel moyen de 25 %), et ce doublement explique à lui seul 14,1 % de la croissance totale des ventes de médicaments (2 259 MF (344,4 M€) sur 16 MdF (2,4 Md€)).

A travers le cas des IPP et des statines, il est possible de détailler les deux principales composantes de l'effet de structure.

La première composante est la fixation d'un prix élevé et son maintien dans le temps. Un facteur général de maintien de prix élevé réside dans la durée des brevets des médicaments. Le principal IPP vendu au monde n'est pas encore tombé dans le domaine public en France, alors qu'il est déjà vendu sous forme de génériques en Allemagne depuis au moins 1999 à des prix inférieurs au prix du princeps français d'environ un tiers.

Cette situation résulte aussi de décisions des pouvoirs publics. Sur des marchés porteurs comme les IPP et les statines, l'arrivée de nouveaux produits « me-too »⁵¹ a été encouragée par la fixation de prix à un niveau relativement élevé, proche dans l'ensemble des demandes des entreprises ; ainsi, les deux dosages d'une nouvelle statine, admis au remboursement en 1998, ont obtenu un coût de traitement journalier (CTJ) moyen (« CTJ de gamme ») presque égal à celui de la statine la plus chère et très supérieur à celui d'une autre statine entrée juste avant sur le marché, alors même que le premier dosage ne présentait aucune amélioration du service médical rendu (« ASMR de niveau V ») et le second une amélioration mineure (« ASMR de niveau IV »).

En revanche, les baisses de prix, même pour les produits les plus anciens et les plus chers, ont été extrêmement modestes. Elles ont concerné en 2000-2001 une seule des neuf statines existantes (après la baisse, le coût de traitement journalier du dosage le plus fort était encore le double de celui de la moyenne des statines) ; pour ce qui concerne les IPP, la plupart des présentations ont vu leur prix baisser, mais de manière limitée (les baisses de prix ne représenteront que 5,8 % du chiffre d'affaires total prévisible en 2001 des IPP, qui continuera cependant à croître d'environ 20 % en 2001). Ces baisses de prix ont en outre été difficiles à négocier, les industriels arguant du faible niveau des prix français en Europe. Or, la France n'est le pays le moins cher d'Europe, ni

51. Me-too : terme anglais utilisé en mercatique pour désigner un produit concurrent d'un produit innovant, qui cherche à prendre des parts d'un marché rentable. En ce qui concerne les médicaments, les me-too ont, par rapport au produit innovant, des principes actifs différents, mais une même visée thérapeutique.

pour les trois statines les plus vendues dans les sept principaux marchés d'Europe (deuxième pays moins cher), ni pour l'IPP le plus vendu (quatrième rang sur sept).

La seconde composante de l'effet de structure est l'absence de réévaluation du ratio coût-efficacité de ces médicaments dans des conditions réelles d'utilisation, par rapport aux essais cliniques d'origine, nécessairement limités (réalisés, pour des statines, dans des pays nordiques à cholestérolémie plus élevée qu'en France).

Les indications s'étendent progressivement : pour les IPP, à l'indication initiale qui portait sur l'ulcère, à faible prévalence, se sont ajoutés le reflux gastro-oesophagien, beaucoup plus fréquent, puis la prévention d'éventuelles intolérances gastriques liées à l'absorption d'anti-inflammatoires. Cette extension des indications, et donc des quantités vendues, devrait s'accompagner d'un réexamen des prix.

Enfin, le constat, fréquent, d'usage excessif devrait également entraîner rapidement une baisse du prix. Encore faut-il que les règles d'utilisation ne soient pas trop ambiguës : alors que les premières autorisations de mise sur le marché (AMM), en 1989, mentionnaient des taux de cholestérol à partir desquels la prescription d'une statine est indiquée (2,5 à 3 g/l), l'hypercholestérolémie n'est plus chiffrée dans les AMM depuis 1992 ; d'autre part, l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) et l'ANAES ont publié, la première en septembre 2000 et la seconde en octobre 2000, des recommandations qui ne font pas appel aux mêmes concepts et dont l'interprétation par les praticiens est donc difficile. Selon la direction générale de la santé, les positions ne sont pas réellement divergentes mais constituent « l'expression ambiguë d'un accord professionnel qui n'a pas valeur de recommandation de haut niveau de preuve ».

Le renchérissement tendanciel des médicaments devrait logiquement conduire à une réflexion globale de santé publique sur leur coût-efficacité. Celle-ci manque. Pour les statines, par exemple, l'objectif d'abaisser le taux de cholestérol n'est qu'un objectif intermédiaire par rapport à celui de réduire la mortalité/morbidité due aux accidents coronariens. Or, seules deux statines sur cinq sont indiquées en prévention des accidents coronariens (une seule en prévention primaire). Les autres, dont la plus vendue, n'ont comme indication que la réduction du taux de cholestérol. Si les maladies cardio-vasculaires sont la première cause de décès en France, ce qui justifie des mesures de prévention, des mesures hygiénico-diététiques (arrêt du tabac, voire régime alimentaire)

peuvent être plus efficaces que la prise de médicaments au stade de la prévention⁵².

B – La politique du médicament depuis 1998 a eu une efficacité limitée

Malgré une réflexion globale sur la politique du médicament et des objectifs ambitieux, les mesures prises depuis 1998 n'ont eu à ce jour qu'un faible impact sur les dépenses. La réforme annoncée le 18 février 1998 comprenait notamment deux axes : celui visant à « garantir le bon usage du médicament » n'a pas été appliqué (cf. *infra*). En revanche, l'objectif de « maîtriser la dépense pharmaceutique » a donné lieu à la mise en œuvre des deux séries de mesures (génériques et réévaluation), annoncées en février 1998 et complétées par une régulation financière, annoncée en juillet 1998. Enfin, une série de mesures a été annoncée le 11 juin 2001 par la ministre de l'emploi et de la solidarité : ces annonces, qui vont dans le sens de certaines propositions de la Cour, ne modifient pas le sens de l'analyse.

1 – La régulation financière conventionnelle n'a pas suffi à freiner les dépenses

L'accord sectoriel, signé le 19 juillet 1999 entre l'Etat et l'industrie pharmaceutique, a mis en place un mode de régulation financière conventionnel. La quasi-totalité des laboratoires a signé des conventions avec l'Etat, prévoyant des remises de fin d'année versées à l'ACOSS en cas de dépassement d'objectifs de progression des ventes. Ce système conventionnel permet au laboratoire d'échapper à l'application de la

52. L'arrêt du tabac est plus bénéfique sur la mortalité que la baisse du taux de cholestérol, d'après l'étude WOSCOPS, dont la moitié des patients étaient fumeurs (cette étude concernait une statine indiquée en prévention primaire d'accidents coronariens). Si tous les hommes français de 45 à 65 ans ayant un taux de cholestérol supérieur à 2,5 g/l devaient être traités par statine (suivant les critères de l'essai concernant l'indication de prévention primaire des accidents cardiaques), le coût de traitement atteindrait environ 35 MdF (5,3 Md€), soit huit fois les ventes de statines en France en 2000. Il en résulterait pour l'assurance maladie une dépense supplémentaire d'environ 24 MdF (3,7 Md€).

« clause de sauvegarde »⁵³ : moyennant un rendement légèrement moindre que celle-ci pour l'Etat, il permet la négociation d'objectifs individualisés. En 1999, l'Etat a défini, pour la première fois, des priorités de santé, en fixant un taux de progression souhaitable pour chaque classe pharmaco-thérapeutique, amorçant ainsi une régulation par classe qui tient compte, lorsqu'il en existe, de priorités de santé publique (par exemple la réduction de l'usage des antibiotiques). Le montant des remises de fin d'année résulte à la fois des dépassements des ventes de chaque laboratoire et des dépassements de progression des différentes classes.

Alors que le montant des remboursements s'est accru de 5,4 MdF (0,8 Md€) en 1999 et de 10,4 MdF (1,6 Md€) en 2000, la contribution de l'industrie (remises et baisses de prix) s'est élevée à 1,2 MdF (0,2 Md€) en 1999 et à 3 MdF (0,5 Md€) en 2000. Cependant, le montant de 2000 inclut 700 MF (106,7 M€) de baisses de prix et de déremboursements résultant de la réévaluation du service médical rendu des médicaments (cf. *infra*). Hors conséquences de celle-ci, la contribution de l'industrie représente 22,2 % de la progression des remboursements en 2000, comme en 1999, alors que le montant supplémentaire de remboursements a été pratiquement deux fois plus fort en 2000 qu'en 1999.

Par ailleurs, cette régulation financière n'a pas eu d'effet suffisant de maîtrise des dépenses de médicaments, pour quatre raisons :

- en période de forte croissance des dépenses, comme en 2000, les remises atteignent rapidement le plafond légal, défini à 3,3 % du chiffre d'affaires réalisé en France ;
- les médicaments responsables des plus fortes hausses sont parfois paradoxalement les moins pénalisés : le CEPS a accepté, pour une statine, tant en 1999 qu'en 2000, de ne pas cumuler les remises qui auraient résulté des règles qu'il avait lui-même affichées ;
- la remise ne joue que pour l'année considérée, la croissance précédente demeurant donc acquise aux laboratoires ; l'orientation prise par le CEPS de procéder à des baisses de prix est à cet égard préférable puisque les baisses ont, elles, un effet pérenne ;

53. La clause de sauvegarde a été instaurée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999. Lorsque le seuil annuel de dépenses de médicaments est dépassé, l'industrie pharmaceutique doit acquitter une contribution. Les entreprises qui passent une convention avec le comité économique des produits de santé en sont exonérées mais versent une « remise » négociée avec l'Etat.

- enfin, rien ne permet d'affirmer que les remises dissuadent l'industrie d'augmenter les ventes. En effet, même si le taux de prélèvement marginal croît avec les ventes (du fait de taux variables selon les tranches), cela ne semble pas décourager les entreprises dans leur recherche d'augmentation de leur part de marché.

Certes, les entreprises semblent plus enclines à verser des remises quantitatives en fin d'année (qui ont, par exemple, représenté entre 4 et 6 % du chiffre d'affaires des IPP et statines en 1999 et 2000) que d'accepter des baisses de prix. Mais l'analyse ci-dessus confirme que, comme la Cour l'a indiqué dans son rapport sur le financement de la sécurité sociale de septembre 2000, les remises ne sont pas un mécanisme de régulation, mais seulement une ressource pour l'assurance maladie. Seules des baisses de prix administratif pourraient constituer un élément de régulation : d'une part, elles correspondent au cycle économique normal de tout produit qui s'amortit ; d'autre part, elles sont pérennes pour le financeur (l'assurance maladie)⁵⁴.

2 – Les génériques progressent lentement

Les médicaments génériques, copies de molécules tombées dans le domaine public, sont passées de 1,8 % du marché des médicaments en France en 1998 à 2,4 % au début de 2001 et 2,9 % fin avril (en valeur).

Le plan de février 1998 prévoyait un objectif (« doubler la part des génériques dans la consommation pharmaceutique entre début 1998 et fin 1999 ») et quatre mesures pour développer les génériques : achèvement du répertoire des génériques⁵⁵ (réalisé, mais d'efficacité limitée, cf. *infra*), contrôle de la qualité de tous les génériques (le contrôle des 623 spécialités princeps et génériques inscrits au répertoire a été achevé en 1999), droit de substitution (décret paru en juin 1999), et incitation des industriels à promouvoir les génériques. Des incitations financières ont

54. Deux autres types de mesures sont possibles : la modification du taux de remboursement et le déremboursement. Mais, outre le problème d'accès aux soins qu'elles peuvent poser, leur efficacité présente des limites. En outre, la baisse du taux ne pouvant qu'être indifférenciée entre tous les médicaments à mêmes finalités thérapeutiques, elle est beaucoup moins ajustable qu'une baisse des prix. En cas de baisse du taux de remboursement, l'assurance complémentaire a jusqu'ici pris le relais et donc la consommation, voire sa croissance, a pu se maintenir. En cas de déremboursement, des transferts de consommation peuvent se produire.

55. Le répertoire des groupes génériques, géré par l'AFSSAPS et publié au Journal Officiel, énumère les spécialités de référence et les spécialités qui en sont génériques. La substitution ne peut avoir lieu qu'à l'intérieur d'un même groupe générique.

été décidées : réforme des marges des officines⁵⁶ en 1999, qui a institué l'égalité de la marge entre princeps et génériques, et a prévu un engagement des officines de développer les génériques, en échange d'une révision du système de marge coûtant 300 MF (45,7 M€) à l'assurance maladie en 1999 et 600 MF (91,5 M€) en 2000 ; relèvement du plafond des remises versées par les laboratoires aux pharmacies ; exemption des remises quantitatives de fin d'année dues par les laboratoires à l'assurance maladie ; exonération de la taxe sur les ventes directes aux officines et abattement de 30 % sur la taxe frappant les dépenses de promotion. Des efforts de communication ont été entrepris, avec notamment la publication depuis 1998 d'un guide des équivalents thérapeutiques par la CNAMTS. Par ailleurs, le passage en commission de la transparence a été supprimé pour les génériques. Parallèlement, la CNAMTS avait inclus dans le dispositif conventionnel des médecins référents un volet « développement du générique »⁵⁷.

Cependant, l'objectif de doublement de la part de marché des génériques n'a pas été atteint.

Dans les mesures, le droit de substitution accordé aux pharmaciens en juin 1999 était la principale. Or, en dépit d'un certain développement, l'objectif de substitution de 35 % du répertoire des génériques, dans son état de fin 1998, un an après n'a pas été atteint : faute d'instrument de mesure, le taux effectif de substitution est inconnu, mais la CNAMTS estime qu'il serait de l'ordre de la moitié de l'objectif. Les sanctions prévues en cas de non-respect de cet engagement (diminution progressive du forfait de 3,5 F (0,5 €) par conditionnement vendu) n'ont pas été appliquées à ce jour. Au début de 2001, le marché des médicaments « généricables »⁵⁸ s'élève certes à 13 MdF (2,0 Md€) (13,7 % du marché pharmaceutique français), mais il se répartit entre 10,7 MdF (1,6 Md€) de princeps (241 spécialités) et 2,3 MdF (0,4 Md€) de génériques (972 spécialités). Les ventes de génériques ne représentent donc que 17,7 % du chiffre d'affaires des classes généricables. Si la substitution de génériques aux princeps atteignait seulement la moitié du marché généricable actuel,

56. Cf. le rapport de la Cour sur le financement de la sécurité sociale de septembre 1999.

57. Cf. le rapport sur le financement de la sécurité sociale de septembre 2000 où la Cour a étudié les effets de cette disposition.

58. On appelle « généricables » les médicaments inscrits au répertoire des génériques : le marché généricable comprend à la fois les princeps et les génériques.

l'économie immédiate serait d'au moins 1,3 MdF (0,2 Md€)⁵⁹. Ce marché généricable devant doubler d'ici 2006, l'économie potentielle serait supérieure, sous réserve toutefois de la réduction globale prévisible du marché générique (cf. *infra*).

Les obstacles à ce développement sont multiples.

Une partie des médecins et des pharmaciens mettent en avant la réticence des patients au changement d'habitudes, notamment lorsqu'il s'agit de malades chroniques ou de personnes âgées. Toutefois, aucune étude directe ne semble avoir été faite sur le comportement des consommateurs. L'exemple de la Marne (cf. *infra*) semble plutôt montrer qu'au moins en cas d'engagement fort de l'assurance maladie et des professionnels de santé les patients acquiescent à un tel changement.

L'intérêt financier des laboratoires non spécialisés dans le générique est de limiter l'arrivée de génériques. Dans certains cas, lorsqu'un produit devient substituable, une variante (nouveau dosage, forme dispersible...) est lancée dans le but de se substituer à l'ancien produit, afin de bénéficier à nouveau de la protection d'un brevet ou de ne pas figurer au répertoire des génériques. Ainsi, un laboratoire produisant une fibrante connue a développé, dès son inscription dans le répertoire des génériques, une nouvelle présentation (dosage inférieur et forme galénique différente), pour laquelle il a obtenu une AMM par bioéquivalence et a bénéficié du même prix, sans qu'il soit inscrit au répertoire.

A plus long terme, une stratégie des laboratoires fabriquant à la fois des princeps et des génériques peut être d'accorder aux pharmaciens des remises dépassant en pratique largement les 10,74 % prévus, par le moyen légal des « accords de coopération commerciale »⁶⁰. Cette surenchère, à laquelle ils peuvent se livrer grâce à leurs résultats sur les princeps, peut mettre en danger le développement, voire l'existence, des laboratoires « génériqueurs purs », qui disposent de moyens beaucoup plus faibles.

Deux mesures permettraient de développer davantage les génériques :

59. Sur un répertoire de 13 MdF (2,0 Md€), un montant de 6,5 MdF (1,0 Md€) de génériques représenterait une augmentation de 4,2 MdF (0,6 Md€) par rapport à la situation actuelle (2,3 MdF (0,4 Md€)) : compte tenu d'une baisse de prix de 30 %, l'économie serait de 1,3 MdF (2,0 Md€).

60. Une enquête de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) menée en 2000-2001 confirme l'existence de tels dépassements.

- **la publication mensuelle et sans délai du répertoire des génériques** ; aujourd'hui, l'AFSSAPS n'actualise le répertoire que deux à trois fois par an, et la publication au journal officiel n'intervient qu'après un délai de deux mois ;
- **l'autorisation de prescrire les médicaments en dénomination commune internationale (DCI)**, qui reporterait le choix de la marque des médecins vers les pharmaciens. Actuellement, les articles R.5194 et R.5000 du code de la santé publique prévoient que les médicaments doivent être prescrits soit sous un nom de fantaisie, soit sous une DCI assortie d'une marque ou d'un nom de fabricant. La prescription en DCI « pure » présenterait un intérêt tant de santé publique que financier : elle permettrait d'éviter les confusions entre noms de fantaisie (plus de 6500 contre 1700 DCI) ; elle ôterait aux médecins la charge de choisir un fabricant et donc de fixer le coût de leur prescription ; enfin, elle augmenterait la délivrance de génériques. Une expérience menée dans la Marne depuis 1998, par laquelle la caisse primaire d'assurance maladie a passé une convention avec chaque médecin pour la prescription en DCI, a eu des résultats probants : 82 % des prescriptions sont faites en DCI, le taux de substitution atteint près de la moitié du répertoire (49,7 %) fin 2000 ; l'économie engendrée en 2000 par le surcroît de délivrance de génériques est estimée par la caisse à 23 MF (3,5 M€).

La publication prochaine de décrets mettant en œuvre ces deux mesures a été annoncée le 11 juin 2001 par la ministre de l'emploi et de la solidarité.

3 – Les effets de la réévaluation du SMR sont encore limités

En février 1998 a été annoncée la réévaluation de l'ensemble des médicaments, afin de revoir ensuite les conditions de prise en charge et les prix des classes dont le service médical rendu (SMR) serait estimé insuffisant. Entre 1998 et 2001, le SMR de 4490 médicaments a été réévalué: 18,6 % ont un SMR « insuffisant » ce qui, aux termes des textes en vigueur, doit conduire à leur déremboursement, et 18,7 % ont un SMR « faible ou modéré ». Ces résultats n'ont surpris ni les autorités régulatrices du médicament ni les industriels. Parmi les 835 médicaments à SMR « insuffisant », les veinotoniques et vasodilatateurs ont fait l'objet en 1999 de deux rapports de l'observatoire national des prescriptions de médicaments, mettant en lumière le faible niveau de preuve de leur

efficacité : quoiqu'en régression depuis 2000, leurs ventes totales se sont encore élevées cette même année à 5 MdF (0,8 Md€).

Les premières conséquences tirées de cette réévaluation ont été faibles en 2000 : baisse du taux de remboursement de 65 % à 35 % des vasodilatateurs et baisse de prix de 7 % en moyenne des médicaments à SMR insuffisant. L'économie totale est de 1 MdF (0,2 Md€) pour l'assurance maladie, étant entendu qu'il ne s'agit pas d'une économie supplémentaire, puisqu'elle est venue, pour 2000 au moins, en déduction des remises. Malgré diverses craintes (problèmes industriels, possibles reports de consommation vers des médicaments plus chers), l'objectif annoncé en 2000 était le déremboursement de ces spécialités à échéance 2003, représentant une économie potentielle estimée à environ 10 MdF (1,5 Md€)⁶¹. Les annonces du 11 juin 2001 prévoient de nouvelles baisses de prix, mais pas de déremboursements.

En définitive, trois remarques peuvent être faites sur la politique du médicament menée depuis trois ans:

- tandis que la régulation financière a atteint en 2000 son plafond de 3 %, sans avoir atteint son objectif de maîtrise de la croissance des médicaments, les deux autres mesures - promotion des génériques et réévaluation de l'intérêt des médicaments - n'ont reçu, au contraire, qu'un début d'exécution ;
- sans méconnaître les difficultés, les délais de mise en œuvre, après l'annonce de février 1998, ont été longs (parution en juin 1999 du décret sur la substitution et en octobre du décret sur le SMR, signature en juillet 1999 l'accord sectoriel avec l'industrie) ; ces délais font que les effets n'ont pu être perceptibles qu'à partir de l'année 2000 ;
- enfin, les mesures prises ont porté sur les producteurs et les distributeurs de médicaments (« maîtrise des dépenses »), mais pas du tout sur les utilisateurs que sont les prescripteurs et les patients (« bon usage des médicaments »).

En tout état de cause, les ventes se sont accélérées (+ 4,5 % en 1998, + 6,6 % en 1999 et + 8,9 % en 2000).

61. Cependant, le comité économique des produits de santé a été chargé d'examiner les mesures à prendre et cette somme ne constitue donc encore qu'un objectif.

C – Les conditions de régulation du médicament

Le potentiel considérable d'augmentation des dépenses de médicaments (voir l'exemple des statines et des anti-ulcéreux, cité plus haut) rend des mesures de fond pour maîtriser cette évolution d'autant plus nécessaires, y compris pour permettre une meilleure couverture médicale des pathologies insuffisamment traitées.

1 – L'absence de mise en œuvre de certaines des mesures du plan médicament annoncé en 1998

Le plan de 1998 accordait une place importante au développement du bon usage du médicament, avec notamment la définition d'indicateurs de suivi des prescriptions dans cinq classes prioritaires et la réalisation d'un référentiel public sur le médicament dès 1998. Aucune mesure de « bon usage » n'a en réalité été prise. Le chapitre sur la « maîtrise des dépenses pharmaceutiques » s'ouvrait sur « le choix qui a été fait de responsabiliser au premier chef les prescripteurs » : aucune mesure n'a été prise en ce sens.

Au total, sur quelques 25 mesures annoncées en février et juillet 1998, seules quatre ont été réalisées ou ont connu un début de mise en œuvre (cf. *infra* en annexe, p. 109) : élargir les compétences de l'ANAES à l'évaluation des médecins de ville (le système d'évaluation est en cours de mise en place, mais de longs délais seront nécessaires avant qu'il soit opérationnel), contrôler la qualité des génériques, mettre en œuvre le droit de substitution et redéfinir les critères de prise en charge des médicaments sur la base du SMR. Les annonces du 11 juin 2001 reprennent certaines de ces intentions.

2 – Suivi des recommandations de la Cour en 1998

Dans son rapport sur le financement de la sécurité sociale d'octobre 1998, la Cour avait souligné la nécessité de rendre plus sélective l'admission au remboursement des médicaments et de promouvoir leur « bon usage ».

La recommandation de la Cour de « *remise en ordre juridique des critères de fixation du prix et du taux de remboursement* » a été mise en œuvre avec le décret du 27 octobre 1999, qui a fondé l'admission au remboursement des médicaments sur la notion de service médical rendu (SMR), et non plus sur l'ASMR. Ce décret a permis le processus de

réévaluation du SMR des médicaments, dont toutes les conséquences n'ont toutefois pas encore été tirées.

Par ailleurs, le décret a instauré la possibilité (non appliquée à ce jour) de réévaluer occasionnellement le SMR des médicaments inscrits par classe thérapeutique. La recommandation de la Cour prévoyait cette réévaluation par classe, non pas comme une possibilité occasionnelle, mais comme une obligation périodique, notamment lors de la réinscription des médicaments, dont la Cour proposait, en outre, de ramener la périodicité à trois ans, au lieu de cinq (recommandation non suivie).

La Cour avait également souligné que l'admission même au remboursement était trop peu sélective, la quasi-totalité des spécialités obtenant d'être remboursées, dès lors que la demande en était présentée. Le taux d'avis défavorables de la commission de la transparence est certes passé de 2,4 % en 1999 à 5,9 % en 2000. Cependant, outre que ce taux demeure faible, il est artificiellement gonflé par les refus opposés à de nouveaux médicaments appartenant à des classes, dont la commission de la transparence a jugé entre temps le SMR insuffisant.

Le cumul d'une faible sélectivité à l'inscription et d'une absence d'obligation de réévaluation périodique et fréquente ne peut que permettre la perpétuation d'une croissance importante de dépenses, sans bénéfice pour la santé publique.

Quant au bon usage des médicaments, aucune mesure significative n'a été prise en ce sens.

3 – La persistance d'obstacles de fond à la régulation du médicament

Le système de régulation du médicament souffre de deux handicaps majeurs :

- le système d'information reste presque entièrement dépendant de l'industrie ; une information indépendante sur le « bon usage » tarde à être développée ;
- il manque une réévaluation fréquente: pour devenir plus sélective, la procédure d'admission au remboursement doit donner plus de moyens à la commission de la transparence, étape-clé, réviser régulièrement les conditions de remboursement et les prix, et cibler en priorité les produits les plus coûteux.

a) La formation et l'information des médecins dépendent de l'industrie

Alors que la formation initiale des futurs médecins en thérapeutique, c'est-à-dire à l'art de prescrire les médicaments, est généralement faible, la formation médicale continue (FMC) ne bénéficie actuellement d'aucun financement public. Elle ne peut donc fonctionner sans financement de l'industrie pharmaceutique. Un projet de loi de relance de la FMC ne prévoit pour l'instant pas l'origine des financements nécessaires. Parallèlement, l'assurance maladie relance en 2001 la formation professionnelle conventionnelle (FPC), qui avait fonctionné entre 1990 et 1992, avant l'annulation de la convention médicale. La FPC est toutefois dotée de moyens modestes (160 MF par an), qui ne permettront aux médecins généralistes de bénéficier que de deux jours de formation tous les cinq ans en moyenne. En outre, seule une partie limitée de la durée de la formation portera sur la prescription.

La quasi-totalité de l'information reçue par les prescripteurs provient des laboratoires, dont l'intérêt est de promouvoir les médicaments les plus chers et de multiplier les ventes. Quelque 20 000 visiteurs médicaux font la promotion des nouveaux produits, soit de l'ordre d'un visiteur pour trois médecins généralistes en exercice libéral ou mixte libéral/salarié. Cette information contribue au confort des prescripteurs, mais elle est unilatérale. Les dépenses de publicité des entreprises pharmaceutiques en France s'élèvent à 12,7 MdF en 1998, soit 12,5 % de leur chiffre d'affaires en France et 13,9 % du montant des dépenses remboursées. Ces dépenses, consacrées aux trois quarts à la visite médicale, sont taxées (1,3 MdF (0,2 Md€) en 2000) et contrôlées, mais ce contrôle *a posteriori* de la publicité et des supports de visite ne paraît pas constituer un frein suffisant. Par ailleurs, de nouvelles formes de promotion plus indirectes se développent, mettant l'accent notamment sur l'engagement d'une entreprise dans le traitement d'une pathologie.

La promotion d'une information indépendante sur le bon usage du médicament est nécessaire. Or, les outils d'information de qualité qui existent (fiches de transparence et recommandations de l'ANAES en particulier⁶²) sont à la fois dispersés et sous-utilisés. Les dernières fiches de transparence publiées sur support papier datent d'octobre 1998. Or, les habitudes de prescription des médecins se prennent inévitablement dans les mois suivant l'admission au remboursement. En outre, la version électronique de ces fiches d'octobre 1998, consultable sur le site internet

62. Les fiches de transparence sont réalisées par la commission de la transparence et destinées aux médecins et pharmaciens, afin de les informer sur les caractéristiques et l'usage des médicaments.

de l'AFSSAPS, est incomplète (il manque en particulier le tableau comparatif des prix et coûts de traitement journaliers des médicaments à visée thérapeutique comparable). Les recommandations de bonne pratique de l'ANAES semblent avoir peu d'impact auprès des médecins. Le fonds de promotion de l'information médicale, instauré par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, est censé combler cette lacune, mais les moyens pour y parvenir ne sont pas encore clairement définis et les fonds sont faibles (130 MF (19,8 M€)).

Enfin, l'un des objectifs annoncés en 1998 était la mise en place d'un référentiel du médicament dans l'année. Il n'existe pas à ce jour. L'objectif est reporté à 2003, et ce référentiel ne contiendrait pas toutes les informations initialement annoncées par le ministère.

Il serait souhaitable, dans une première étape, de mettre en ligne les avis d'autorisation de mise sur le marché (AMM) et les avis de la commission de la transparence, en particulier pour le nombre restreint de médicaments qui représentent l'essentiel des prescriptions (le plan annoncé le 11 juin par la ministre de l'emploi et de la solidarité prévoit que les avis de la commission de la transparence « seront mis en ligne sur le site de l'AFSSAPS au fur et à mesure de leur établissement, dès ce mois »). La seconde étape consisterait ensuite à rechercher la présentation la plus adaptée aux prescripteurs, en se fondant sur une étude de terrain des besoins des médecins en matière d'information sur les médicaments.

b) Les insuffisances dans la réévaluation de l'intérêt comparé des médicaments et dans la révision de leur prix

Outre les limites du décret d'octobre 1999, analysées ci-dessus, **la procédure d'admission au remboursement présente diverses insuffisances**. La première étape, l'AMM, repose entièrement sur les informations des laboratoires et est désormais largement européenne : or, le libellé des indications est souvent plus flou dans d'autres pays. Dans la seconde étape, la commission de la transparence ne parvient pas à effectuer un véritable travail de définition de stratégies thérapeutiques (conditions d'utilisation), au-delà de la détermination des niveaux de SMR de chaque médicament. Elle utilise rarement la possibilité de moduler ses avis indication par indication. Enfin, le comité économique des produits de santé, en bout de chaîne, est contraint notamment par le niveau d'amélioration du SMR fixé par la commission de la transparence et par la volonté de préserver le système de négociation conventionnelle avec les laboratoires. En outre, ces derniers invoquent fortement des arguments industriels.

La commission de la transparence, placée auprès des ministres de la santé et de la sécurité sociale, mais dont le secrétariat est assuré par l'AFSSAPS, constitue l'étape-clé du processus d'admission au remboursement. Or, c'est là que se trouvent les lacunes les plus fortes et les plus nombreuses. La rivalité entre l'AFSSAPS et cette commission est très dommageable et doit cesser. Elle se traduit actuellement par l'absence d'un règlement intérieur de la commission et une insuffisance de moyens⁶³. La cellule *ad hoc* créée pour la réévaluation du SMR des médicaments a été dissoute par l'AFSSAPS fin 2000, alors que les médecins et pharmaciens formés à cette occasion auraient pu rejoindre le secrétariat de la commission, pour remplir la nouvelle mission de réévaluation périodique des médicaments, prévue dans le décret du 27 octobre 1999. L'absence persistante de règlement intérieur et le problème non résolu de l'indépendance à l'égard de l'industrie des experts quasi-bénévoles (par exemple la définition du conflit d'intérêts est insuffisamment précise et les déclarations volontaires des experts ne sont pas contrôlées) constituent autant de handicaps.

Le système d'évaluation doit devenir plus mobile et cibler en priorité les produits les plus coûteux.

Le caractère formel du contrôle public sur la mise sur le marché puis l'admission au remboursement du médicament en France tient au fait que l'information est entièrement maîtrisée par l'industriel, et que les autorisations et avis sont donnés de fait pour une durée illimitée, sans réelle remise en cause périodique. Les pouvoirs publics assistent, impuissants, à l'arrivée de nouveaux médicaments, définis en fonction de stratégies des firmes, à la fixation de prix élevés correspondant à des rentes de monopole, à l'extension progressive des indications et des présentations, destinées à se prémunir des concurrents et des génériques, et entraînant la croissance inexorable du marché.

Des progrès devraient être faits dans deux directions pour maîtriser la procédure du médicament.

L'évaluation en amont du processus : l'examen devrait d'abord être plus rigoureux en amont. Le choix des échantillons de patients et des méthodes de comparaison (à des produits concurrents, versus placebo...) influence les conclusions des essais. Le conseil scientifique de l'AFSSAPS avait ainsi recommandé en 1996 de s'inspirer du modèle

63. A la fin de 1999, l'unité d'évaluation médico-économique comptait six pharmaciens évaluateurs (pas tous à plein temps) et un chef d'unité économiste ; au début de 2001, cette unité comptait huit pharmaciens-évaluateurs (dont un en pré-retraite) et un économiste (à mi-temps sur la transparence). Un médecin a été recruté comme chef de l'unité à partir de mars 2001 (3/5^e temps).

anglosaxon des IND (Investigational new drug), où l'Etat accompagne le laboratoire dès la phase des pré-études cliniques et peut orienter les essais en fonction de critères de santé publique ou de coût/efficacité. Aucune suite n'a été donnée.

L'évaluation en aval, après autorisation de mise sur le marché : tant l'autorisation de mise sur le marché que l'admission au remboursement (avec la fixation d'un niveau d'ASMR et d'un prix) sont décidées au vu d'un dossier nécessairement théorique, alors que le médicament n'a pas encore été utilisé dans des conditions réelles. Actuellement, ces deux décisions données en principe pour cinq ans le sont de fait pour une durée illimitée, la révision de l'AMM⁶⁴ étant quasiment une formalité administrative et la réévaluation de l'ASMR en cours de vie des médicaments étant demeurée jusqu'à présent théorique, hors opération exceptionnelle de réévaluation.

Il paraîtrait logique de fixer une ASMR provisoire et révisable après quelques années d'utilisation dans des conditions normales, en fonction de l'expérience acquise par les praticiens. Il s'agirait alors soit de demander aux laboratoires d'effectuer des essais complémentaires, soit de les faire sous l'autorité d'une instance publique. Tel est le système mis en place en avril 1999 au Royaume-Uni. Le NICE (National Institute for Clinical Excellence) a pour mission d'éclairer patients et professionnels de santé sur les pratiques médicales les plus efficaces, selon la méthode de la « médecine par les preuves ». Cette évaluation se situe en aval de l'autorisation de mise sur le marché. Le rôle du NICE est bien séparé de celui de l'agence du médicament (nationale ou européenne) : l'agence contrôle la sécurité, la qualité et l'efficacité des médicaments, tandis que le NICE contrôle l'efficacité clinique et le rapport coût/efficacité⁶⁵. Le NICE cherche des partenaires en Europe pour créer un système commun d'évaluation post-AMM.

Le manque d'évaluation post-AMM en France est un sujet de préoccupation notamment pour la direction générale de la santé. Le président de l'observatoire national des prescriptions de médicaments,

64. La révision de l'AMM, en principe quinquennale, est, hormis les cas issus de la pharmacovigilance (problème de tolérance ou de toxicité), un acte purement formel. La réévaluation du service médical rendu des médicaments en 1998-2001 a pourtant montré dans certains cas l'existence, non seulement d'un SMR insuffisant, mais encore d'une AMM devenue obsolète. C'est le cas, par exemple, de certains médicaments indiqués dans les infections ORL : l'évolution des résistances aux infections rend indispensable une révision périodique des indications des médicaments anti-infectieux.

65. Le Royaume-Uni n'a pas de commission de la transparence, cette phase n'ayant pas la même signification dans un pays où les prix sont libres.

nommé fin 2000, a reçu en juin 2001 une lettre de mission qui précise son rôle en le limitant à la validation des méthodes utilisées dans les évaluations conduites lors de la mise sur le marché.

Le développement de l'évaluation, tant en amont du processus qu'en aval, suppose l'existence d'une capacité d'expertise indépendante plus forte, tant en France qu'au plan européen.

SYNTHESE

L'ensemble de ces observations montre l'influence déterminante de l'offre sur l'évolution des dépenses de médicament : les produits nouveaux à effet thérapeutique jugé parfois incertain par les instances scientifiques, ou les présentations nouvelles représentent une part très élevée de la croissance de ces dépenses ; les études présentées en vue de l'autorisation d'un nouveau médicament puis de son admission au remboursement ont été presque intégralement conduites par le fabricant ; le comité économique des produits de santé peut certes fixer un prix initial différent de celui demandé, mais dans des limites rendues étroites à la fois par la crainte que le laboratoire refuse de mettre le produit en vente si le prix est trop bas, et par le choix des pouvoirs publics d'éviter les importations parallèles, bien que ce choix ne soit fondé sur aucun texte ; l'ampleur des dépenses de publicité crée une asymétrie d'information et assure à des produits remboursés (et la part des médicaments intégralement remboursés s'est accrue) un débouché massif et immédiat. Cela entraîne pour chaque nouveauté une hausse des charges de l'assurance maladie qui peut excéder 1 MdF (0,2 Md€), donc élevée par rapport à l'effet attendu des mesures d'économie prises ou annoncées par ailleurs.

La politique du médicament doit donc se fonder davantage sur cette réalité. La Cour rappelle ses recommandations antérieures et formule en outre les suivantes.

RECOMMANDATIONS

1. Développer la formation initiale et continue sur la prescription, ainsi qu'une information objective. En particulier, publier les avis de la commission d'AMM et de la commission de la transparence, ainsi que les fiches de transparence, au plus tard en même temps que la décision d'admission au remboursement. Par ailleurs, l'élaboration et la diffusion aux prescripteurs de « recommandations de bonne pratique » en matière de prescription de médicaments devraient se développer.

2. *Accorder une place plus large, dans la régulation financière, à la variation des prix, plutôt qu'à un système de remises en fin d'année. Les prix devraient être réexaminés régulièrement et fréquemment, en fonction de l'arrivée de nouvelles molécules, de l'élargissement des indications et de la progression des volumes vendus.*

3. *Mener une réflexion spécifique sur les médicaments et classes les plus coûteux.*

Elle devrait porter sur leur efficacité, c'est-à-dire sur le rapport entre leur coût et leur efficacité, la réévaluation du SMR n'ayant en réalité porté que sur l'aspect de l'efficacité, et n'ayant donc pas eu de portée pour ces médicaments généralement innovants ; cette réflexion devrait être menée en termes de santé publique. Elle devrait aussi permettre des révisions de prix suivant de manière suffisamment réactive l'évolution, aujourd'hui beaucoup plus rapide, du marché.

4. *Compléter, comme l'a annoncé le 11 juin 2001 la ministre de l'emploi et de la solidarité, le dispositif en faveur des médicaments génériques par deux mesures :*

- actualiser mensuellement et publier sans délai le répertoire des génériques, fondement du droit de substitution ;

- modifier l'article R.5000 du code de la santé publique pour autoriser la prescription en dénomination commune internationale (DCI).

5. *Tirer les conséquences de l'exercice de réévaluation :*

- donner des suites effectives à l'exercice de réévaluation du SMR des médicaments, au-delà des mesures limitées déjà prises ;

- rendre obligatoire une réévaluation périodique par classe ou par catégorie de médicaments à même visée thérapeutique.

6. *Améliorer les conditions et la qualité du travail des différentes commissions intervenant dans la régulation du médicament :*

- compléter les dispositions déjà prises pour favoriser l'indépendance des experts intervenant pour les deux commissions ;

- revoir les moyens de la commission de la transparence, afin qu'ils soient proportionnés au rôle central de cette instance et notamment à son rôle de réévaluation permanente des médicaments par classe thérapeutique ;

- établir et publier un règlement intérieur de cette commission ;

- mettre en place une intervention de la commission d'AMM nettement en amont de la demande d'AMM pour contribuer à définir les études et essais à mener ;

- mettre en place une évaluation post-AMM périodique des médicaments, au vu de leurs conditions réelles d'utilisation.

Annexe

Résumé des mesures annoncées en matière de politique de médicament
et de leur degré de réalisation

Objectif et date	Évaluation des résultats
Réaliser un référentiel public sur les médicaments pour la fin 1998 (1)	Pas réalisé : objectif 1.1.2003.
L'observatoire national des médicaments mettra en 98 en place des indicateurs de suivi des évolutions des ventes, des prescriptions et des consommations dans 5 classes (1)	Pas réalisé : arrêt des travaux de l'observatoire en 1999-2000, reprise en 2001, mais <i>a priori</i> pas sur ces bases.
Mise en place de médecins évaluateurs accrédités par l'ANAES, chargés d'évaluer les pratiques de leurs confrères (2)	En cours , mais n'a pas encore débuté au début de 2001.
Élargir les missions de l'ANAES pour développer l'évaluation en médecine de ville, notamment grâce à la construction et à la diffusion de RBP (dispositions législatives début 99) (2)	Réalisé : décret du 28/12/1999 sur l'évaluation médicale et l'analyse de l'évolution des dépenses médicales.
Développer les recommandations de bonne pratique (RBP) (1)	Réalisé mais... : L'ANAES a effectivement développé les RBP, mais leur diffusion aux prescripteurs demeure très limitée.
Améliorer la FMC obligatoire, en passant d'une obligation formelle à un véritable entretien des connaissances (modif. Législatives début 99) ; Choix entre formations ou évaluation (2 + 3)	Non réalisé : Projet de loi en cours de préparation (discussion parlementaire en 2001 ?)
Développer un plan de communication en direction des assurés (« RMO pour patients ») pour promouvoir le bon usage des médicaments, dès avril 99 (3)	Non réalisé : seulement des campagnes ponctuelles.
Développer l'automédication (1)	Non réalisé . L'automédication ne s'est pas développée (malgré un groupe de travail à l'AFSSAPS).
Réduire la durée d'instruction des médicaments innovants (1)	Sans objet . Cette durée est de toutes façons limitée par la directive UE à 180 jours. La CT et le CEPS ont cette préoccupation pour les médicaments innovants.
Responsabiliser les prescripteurs (cf. engagement conventionnel de prescrire les médicaments les moins onéreux) (1)	Non réalisé : la convention 97 a été annulée par le Conseil d'Etat. Aucune responsabilisation des prescripteurs actuellement.
Achèvement du répertoire des génériques (1)	Réalisé mais... Le répertoire existe, mais souffre de longs délais de publication, préjudiciables aux nouveaux génériques.
Contrôle de la qualité de tous les génériques (1)	
Mettre en place un droit de substitution (1)	Réalisé en juin 1999 (LFSS pour 1999) mais droit encadré.
Inciter dans la convention les industriels à promouvoir les génériques (1)	Mentionné dans des conventions. Mais dépourvue de contenu concret, l'incitation semble être restée inefficace.
Doubler la part des génériques dans la consommation pharmaceutique d'ici fin 99 (1)	Non réalisé . Progression plus lente.

Diminuer les volumes des classes où surconsommation, notamment de 10% en 18 mois (à la fin 99) pour antidépresseurs et certains antibiotiques en ville (1)	Non réalisé.
Redéfinition des critères de prise en charge des médicaments sur la base du SMR (1)	Réalisé : décret du 27 octobre 1999.
Réévaluation des conditions de prise en charge et des prix des classes où le SMR est insuffisant (1)	Réalisé mais... Réévaluation du SMR presque terminée (2660 sur 4000 spécialités), mais peu d'effets en termes de changements de prise en charge et de prix
Mettre en place un programme de baisse de prix dans les classes à SMR insuffisant, pour aboutir en 2 à 3 ans à un prix-cible par classe (2)	En cours. Début de mise en oeuvre en 2000 pour les 650 médicaments à SMR jugé insuffisant, dont les prix devront être baissés de 20% en 3 ans
Réduire les dépenses promotionnelles des laboratoires de 10% de 98 à 99 (1)	Non réalisé.
Renforcer le contrôle de la publicité des médicaments et les sanctions (2)	En partie réalisé : possibilité de baisser les prix des médicaments dont des publicités ont été interdites.
Démographie médicale : reconvertir des médecins vers la médecine du travail ou scolaire ; développer les activités non prescriptives à temps partiel pour les médecins libéraux (2)	Non réalisé.
Accélérer le codage des actes et des pathologies (2)	En partie réalisé. Codage des médicaments réalisé à 70% (95 % sur le seul régime général) à ce jour et complet en 2002. Codage des pathologies : pas d'échéance.
Utilisation du réseau santé social pour mettre à disposition des professionnels des informations : « intranet santé » (2 + 3)	Réalisé mais... Opérationnel depuis oct.98 : 70% des médecins = informatisés début 99. Peu de services disponibles sur le réseau santé social.
Création de la clause de sauvegarde, concernant tous les acteurs de santé, en cas de dépassement de l'objectif annuel correspondant à l'évolution des besoins de santé : la clause ne jouerait que lorsque les mécanismes de responsabilité individuelle ou collective (génériques, bon usage...) ne suffisent pas (2)	En partie réalisé. LFSS 1999 : L'utilisation de la clause n'est pas exceptionnelle mais systématique, car l'objectif annuel fixé est bas. Le reversement ne touche que les laboratoires.

1 : communication du 18 février 1998

2 : point presse du 6 juillet 1998

3 : point presse du 12 février 1999

Chapitre III

Les soldes et leur financement en 2000

PRESENTATION

Après l'examen des ressources (chapitre I) et celui des dépenses (chapitre II), ce chapitre est consacré aux soldes entre ressources et dépenses et aux transferts entre régimes.

Après le retour à l'équilibre en 1999, le régime général présente en encaissement-décaissement un excédent en 2000 : la variation du fonds de roulement, concept traditionnellement retenu par les comptes présentés à la commission des comptes de la sécurité sociale pour ce régime, s'établit en effet à 5,2 MdF (0,8 Md€) après 0,7 MdF (0,1 Md€) en 1999. En droits constatés, l'excédent dégagé par ces comptes est également positif, puisqu'il s'élève à 4,4 MdF (0,7 Md€). Ce résultat intègre la créance des organismes sociaux sur l'Etat au titre du FOREC. Compte tenu des informations disponibles aujourd'hui, concernant le non remboursement de cette créance, le résultat en droits constatés est en réalité, négatif, à -0,9 MdF (-0,1 Md€), ce qui signifie que le régime général a été en fait déficitaire (en droits constatés) en 2000.

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

I – Les soldes globaux des comptes

A – Le solde du régime général

1 – Le solde en encaissement-décaissement

En dépit de l'accélération du rythme de croissance des dépenses, les comptes du régime général ont continué de s'améliorer en 2000. Après un déficit de 16 MdF en 1998 et le retour à l'équilibre en 1999, le régime général présente en encaissement-décaissement un excédent arrêté par la commission des comptes de la sécurité sociale du printemps 2001 de 5,2 MdF (0,8 Md€).

Ce résultat permet au régime général de redevenir excédentaire pour la première fois depuis onze ans (graphique ci-après) et de retrouver un niveau d'excédent comparable à ceux enregistrés dans la seconde moitié des années quatre-vingt, en dépit d'une couverture insuffisante des cotisations prises en charge. L'amélioration de 2000 a concerné toutes les branches, mais la branche maladie reste déficitaire :

**Solde de l'exercice en encaissements/décaissements
(variation du fonds de roulement)***

en MdF et (Md€)

	1996	1997	1998	1999	2000
Maladie	-35,9	-14,4	-15,9	-8,9 (-1,4)	-6,1 (-0,9)
Accidents du travail et maladies professionnelles	0,2	0,3	1,5	1,1 (0,2)	2,4 (0,4)
Famille	- 9,6	- 14,5	- 1,6	4,8 (0,7)	7,9 (1,2)
Vieillesse	- 7,9	- 5,2	- 0,2	3,7 (0,6)	1,0 (0,2)
Total régime général	- 53,2	- 33,8	- 16,2	0,7 (0,1)	5,2 (0,8)

* au sens de la commission des comptes de la sécurité sociale, hors prise en compte des créances sur l'Etat et le FOREC.

Source : commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2001.

2 – Le solde en droits constatés

En droits constatés, les comptes 2000 qui figurent dans le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale font apparaître un excédent de 4,4 MdF (0,7 Md€). Ce résultat appelle toutefois deux observations :

- d'une part, il est grevé par l'erreur d'estimation de provisions sur les remboursements de prestations maladie intervenus l'an dernier ; celles-ci ont été sous-estimées de 4,9 MdF (0,8 Md€) ce qui a entraîné une majoration du résultat de 1999 et, *a contrario*, minoré d'autant celui de 2000 (sur les provisions faites par la CNAMTS, cf. *infra*, chapitre IV, p. 139) ;
- d'autre part, si l'on considère que la créance que les régimes sociaux ont sur l'Etat au titre du FOREC restera à leur charge, il y a lieu de déduire du résultat cette créance, soit 10,2 MdF (1,5 Md€).

Le résultat du régime général de l'exercice 2000 est donc **déficitaire** ($4,4 + 4,9 - 10,2 = -0,9$). C'est d'ailleurs bien un solde négatif qui se dégage aussi, pour le régime général, dans les comptes nationaux, où l'INSEE a imputé l'insuffisance des ressources du FOREC au régime général (cf. encadré ci-dessous).

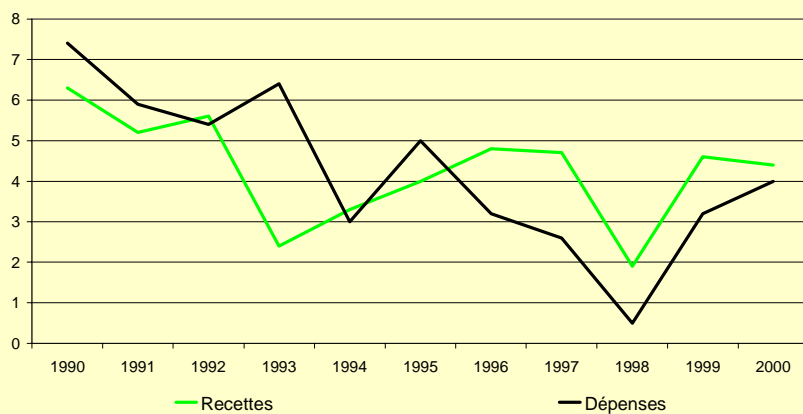
Au total, la Cour estime que la série représentative des soldes du régime général en droits constatés est la suivante : -9,4 MdF (-1,4 Md€) en 1998, -1,7 MdF (-0,3 Md€) en 1999 et -0,9 MdF (-0,1 Md€) en 2000.

Solde annuel du régime général de la sécurité sociale depuis 1989



Source : Commission des comptes de la sécurité sociale . En droits constatés , les soldes pour 1999 et 2000 sont corrigés des observations de la Cour .

Taux de croissance annuel des recettes et des dépenses consolidées du régime général depuis 1990 (%)



Source : Commission des comptes de la sécurité sociale

Lecture : La hausse des recettes du régime général a été en 2000 de 4,4 % ; celle des dépenses de 4 % .

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

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

Pour la deuxième année consécutive, les administrations de sécurité sociale présentent une capacité de financement. Elle s'établit à 54,6 MdF (8,3 Md€), soit 0,6 % du PIB. En 1999, cette capacité de financement était de 24,7 MdF (3,8 Md€).

Ce résultat est dû à la forte amélioration de la capacité de financement des régimes complémentaires, des fonds spéciaux, et dans une moindre mesure, de l'assurance chômage.

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

	1996	1997	1998	1999	2000 (provisoire)
. Régime général	-48,8	-29,9	-20,3	3,1	-2,4
. Fonds spéciaux ¹	-0,6	0,5	1,5	1,5	18,4
. Autres régimes ²	-1,0	-3,6	2,6	-1,2	4,7
. Régimes complémentaires	-9,0	-1,8	5,2	12,3	21,2
. Assurance chômage	22,8	-3,6	0,4	12,8	16,6
Total des régimes d'assurance sociale	-36,6	-38,4	-10,6	28,5 (4,3)	58,5 (8,9)
. Organismes dépendant des assurances sociales (ODASS)	1,7	2,8	1,1	-3,8	-3,9
Administrations de sécurité sociale	-34,9	-35,6	-9,5	24,7 (3,8)	54,6 (8,3)
<i>En % du PIB</i>	<i>-0,4</i>	<i>-0,4</i>	<i>-0,1</i>	<i>0,3</i>	<i>0,6</i>

(1) Cette rubrique contient les fonds suivants : fonds de solidarité vieillesse (FSV), fonds de réserve des retraites (F2R), 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). La CADES ne fait pas partie des administrations de sécurité sociale. Elle est classée parmi les « organismes divers d'administration centrale » (ODAC). Sur les fonds, cf. *infra*, chapitre VI, p. 223.

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

Source : INSEE, Comptes de la nation – base 1995. Les données de 1996 à 1998 sont définitives, celles de 1999 semi-définitives et celles de 2000 provisoires.

En revanche, le régime général présente en 2000 un besoin de financement de 2,4 MdF (0,4 Md€). Ce résultat négatif résulte de l'imputation, dans les comptes nationaux, du déficit du FOREC aux régimes de sécurité sociale, et non à l'Etat (cf. à ce propos *supra*, chapitre I, p. 25 et *infra*, chapitre VI, p. 206).

L'augmentation de la capacité de financement des administrations de sécurité sociale provient d'une forte hausse de leurs ressources (+ 4,4 %), conjuguée à une augmentation plus lente de leurs dépenses (+ 3,0 %).

Après une tendance à la hausse sur la période 1992-1997 (et un maximum de 24,4 % atteint en 1997), la part des dépenses des administrations de sécurité sociale dans le PIB tend à diminuer pour passer de 24,0 % en 1998 à 23,8 % en 1999 et 23,6 % en 2000.

La hausse des recettes est notamment due à l'augmentation de la masse salariale (c'est sur elle que sont principalement assises les contributions sociales) et au dynamisme des revenus du patrimoine. En particulier, la CSG a crû de 5,8 %.

Les prélèvements sociaux progressent entre 1999 et 2000 de 6,7 %, et leur part dans le PIB augmente de 0,5 point. Cette progression est pour l'essentiel liée à la création du FOREC qui se traduit principalement par un transfert de prélèvements obligatoires de l'Etat vers la sécurité sociale (tabac, alcools, ...). Cela reflète l'évolution de la structure du financement de la sécurité sociale (cf. sur cette évolution à moyen-long terme chapitre V, *infra*, p. 163).

Prélèvements sociaux (1)
(en % du PIB)

	1996	1997	1998	1999	2000
. Cotisations sociales perçues par les administrations de sécurité sociale	18,4	17,8	15,7	16,0	15,9
. Impôts et taxes affectés aux régimes sociaux	2,0	2,7	4,8	4,9	5,5
Total	20,4	20,5	20,5	20,9	21,4

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

3 – Le solde cumulé 1998-2000

Depuis le dernier apurement des déficits du régime général concernant les exercices 1996 et 1997, les résultats des exercices 1998-1999-2000 font apparaître, malgré une amélioration en 1999 et en 2000, un déficit cumulé de 10,3 MdF (1,6 Md€) en encaissement-décaissement et de 12,0 MdF (1,8 Md€) en droits constatés. Ces deux soldes cumulés sont donc peu différents l'un de l'autre, ce qui est bien dans la logique de ces deux concepts.

Si le FOREC avait été doté conformément à la loi, le régime général aurait donc été quasiment équilibré sur ces trois ans, c'est-à-dire à l'issue d'une excellente conjoncture économique et alors que la progression des charges de retraite a été, notamment pour des raisons démographiques, faible. Cela montre bien que l'équilibre des comptes reste à conforter.

Cette analyse des résultats sur plusieurs années illustre, s'il en était besoin, la nécessité, pour apprécier correctement la situation financière du régime général, de disposer, dans la présentation des comptes en droits constatés, d'un bilan et d'un état de variation de la trésorerie.

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

1 – Opérations et résultats des caisses nationales

Les caisses nationales du régime général (CNAMTS, CNAF et CNAV), ainsi que l'ACOSS ont clôturé leurs comptes 2000 dès le mois d'avril 2001, ce qui constitue un progrès remarquable par rapport aux années antérieures. Les comptes 1999 des mêmes organismes n'avaient pu être clôturés qu'entre mai et juillet 2000.

Les comptes ainsi établis, accompagnés de l'ensemble des documents de présentation (rapport de la direction, rapport de l'agent comptable) ont été examinés et approuvés par les conseils d'administration en mai-juin 2001. Ils continuent, dans l'immédiat, à être fournis à la fois en encaissement-décaissement et en droits constatés.

Le tableau ci-dessous est établi en totalisant les comptes des trois caisses nationales, sur la base d'une ventilation entre les quatre branches. Par convention, les opérations de l'ACOSS sont intégrées dans les comptes des trois caisses nationales et figurent donc, pour leur montant net, parmi les recettes ou les produits des caisses.

2 – Opérations et résultats commentés par la commission des comptes de la sécurité sociale

a) Présentation générale

Selon l'interprétation, constante depuis plusieurs années, qui est faite⁶⁶, le rapport présenté à la commission des comptes de la sécurité sociale publie et commente des comptes combinés du régime général qui sont préparés par la direction de la sécurité sociale.

Des écarts sensibles existent, tant sur le montant des opérations que pour les soldes entre ces comptes et l'agrégation des comptes des organismes retracée dans le tableau ci-dessous.

Totalisation des opérations et des résultats des caisses du régime général (métropole et DOM)

en MF et (M€)

Branche	Encaissement/décaissement (ou V.F.R.*)			Droits constatés		
	Décaiss ¹	Encaiss ¹	Variation du fonds de roulement	Charges	Produits	Résultat courant
1999						
Maladie	613 795	605 646	- 8 149	621 836	614 402	- 7 434
AT-MP	45 868	47 099	+ 1 231	46 213	47 441	+ 1 228
Famille	263 355	267 291	+ 3 936	267 544	269 247	+ 1 703
Vieillesse	399 813	404 237	+ 4 424	402 091	407 124	+ 5 033
Total régime général	1 322 831 (201 664,3)	1 324 273 (201 884,1)	+ 1 442 (219,8)	1 337 684 (203 928,6)	1 338 214 (204 009,4)	+ 530 (+80,8)
2000						
Maladie	650 348	642 820	- 7 528	659 836	648 123	- 11 713
AT-MP	47 077	49 497	+ 2 420	47 517	49 948	+ 2 431
Famille	266 410	272 664	+ 6 254	269 335	278 807	+ 9 472
Vieillesse	412 222	412 002	- 220	412 491	415 662	+ 3 171
Total régime général	1 376 057 (209 778,5)	1 376 983 (209 919,7)	+ 926 (+141,2)	1 389 179 (211 779,0)	1 392 540 (212 291,4)	+ 3 361 (+512,4)

* Variation du fonds de roulement.

Sources : Résultats des branches en encaissement-décaissement et en droits constatés. Tableaux de passage entre les deux systèmes de comptabilisation, fournis par les trois caisses nationales (CNAMTS, CNAF, CNAV) à la commission des comptes de la sécurité sociale et à la Cour des comptes.

66. L'article L. 114.1 du code de la sécurité sociale stipule que « la CCSS analyse les comptes des régimes de la sécurité sociale » - L'article D. 114.3 (décret du 23 juin 1987) dispose que « elle reçoit communication des comptes des régimes de sécurité sociale établis pour l'année antérieure... par les directions compétentes des ministères concernés, qui assistent aux séances de la commission ».

La Cour s'est attachée à réunir les explications détaillées sur ces écarts. Elle a pu se faire remettre les tableaux de passage détaillant les retraitements opérés par la DSS aussi bien pour la présentation en encaissement-décaissement que dans celle en droits constatés. Elle a estimé que la démarche suivie était globalement fondée, en ce qui concerne les principes et règles comptables retenus ou invoqués et qu'elle paraissait avoir été mise en œuvre sur des bases homogènes depuis plusieurs années.

La Cour n'a pas été en mesure de contrôler le détail des retraitements, ne disposant pas du temps et des moyens nécessaires pour accéder à l'ensemble des documents ou pièces justificatives ; aussi n'a-t-elle pas pu en apprécier la validité. Mais sous cette réserve, elle n'a pas décelé d'éléments permettant d'émettre des réserves précises sur les retraitements opérés.

b) Présentations en encaissement-décaissement

Le tableau qui suit fait apparaître, pour 2000 uniquement⁶⁷, l'importance des écarts.

en MdF et (Md€)

	Caisses	Rapport présenté à la CCSS	Ecart
Dépenses totales	1 376,1 (209,8)	1 337,8 (204,0)	38,3 (5,8)
Recettes totales	1 377,0 (209,9)	1 343,0 (204,7)	34,0 (5,2)
Solde (régime général)	0,9	5,2	4,3 (0,7)

Les tableaux de passage ont été fournis pour la totalité des écarts.

Les écarts considérables sur les montants de dépenses et de recettes, qui sont moindres dans les comptes présentés par l'administration, découlent principalement de la suppression des doubles comptes, pour les opérations réciproques. Cela équivaut donc à une approche de consolidation, qui concerne de grosses masses. En particulier, l'AVPF : 22,1 MdF (3,4 Md€) (CNAV) ; les cotisations des salariés agricoles : 5,9 MdF (0,9 Md€) (CNAMTS) ; les transferts de la branche AT à la branche maladie : 4,5 MdF (0,7 Md€) + 525 MF (80,0 M€) (CNAMTS).

67. Les tableaux de rapprochement et de justification des écarts ont été fournis pour 1999 également.

L'écart de 4,3 MdF (0,7 Md€) sur le solde du régime général s'explique par le fait que les caisses ne prennent en compte que les seules recettes encaissées au 31 décembre. L'administration rattache à ces recettes celles provenant de l'Etat pour des versements opérés au titre du « collectif » budgétaire de fin d'année et encaissés durant la période complémentaire. En outre, une erreur de comptabilisation (374 MF (57,0 M€)), intervenue à la CNAF pour des montants revenant à la MSA au titre des salariés agricoles a été corrigée dans les comptes établis par l'administration.

c) Présentations en « droits constatés »

Pour l'exercice 2000 également, le tableau qui suit fait ressortir les principaux écarts observés.

	Caisses	Rapport présenté à la CCSS*	Ecart
Charges totales	1 389,2 (211,8)	1 389,7 (211,9)	0,5 (0,1)
Produits totaux	1 392,5 (212,3)	1 394,0 (213,0)	1,5 (0,2)
Solde (régime général)	+3,4 (0,5)	+4,4 (0,7)	+1 (0,2)

* *Montants définitifs. Ceux-ci diffèrent des montants provisoires publiés dans le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2001 qui donnait les montants suivants : charges totales : 1 419,9 MdF, ; produits totaux : 1 424,3 MdF.*

Bien que les services de la direction de la sécurité sociale n'aient pas fourni de tableaux de passage analogues à ceux relatifs aux encaissements-décaissements, les explications suivantes ont été recueillies.

Les montants des charges et des produits sont pratiquement identiques (en ne tenant pas compte de l'erreur de présentation de la version provisoire du rapport). L'écart qui subsiste semble découler du fait que les caisses incorporent les opérations du FASTIF alors que l'administration les exclut.

L'écart de 1 015 MF (154,7 M€) sur le solde du régime général provient d'une définition comptable différente du solde :

- pour les caisses, il s'agit de la variation du fonds de roulement ; les opérations en capital (dépenses d'investissement diminuées des amortissements) viennent donc réduire le résultat ;

- pour l'administration et donc dans le rapport présenté à la CCSS, il s'agit d'un résultat net, excluant la prise en compte des opérations en capital.

En définitive, les retraitements effectués par l'administration sont justifiés, et cela donne la représentation la plus probante des résultats des branches et de l'ensemble du régime général, même si, pour les motifs énoncés plus haut, la Cour ne peut actuellement en attester la validité pleine et entière.

Le tableau qui suit en donne la décomposition.

Résultats nets en droits constatés

en MF et (M€)

Branches	1999		2000	
Maladie	- 4 793	(730,7)	- 10 719	(1 634,1)
AT-MP	1 411	(215,1)	2 296	(350,0)
Famille	1 669	(254,4)	9 458	(1 441,9)
Vieillesse	4 952	(754,9)	3 330	(507,7)
Total régime général	3 238	(493,6)	4 366	(665,6)

Le rapport présenté à la commission des comptes de la sécurité sociale a formulé, à propos des résultats de 2000, deux commentaires principaux :

- « la forte dégradation du résultat de la branche maladie doit être appréciée en tenant compte de la sous-évaluation de 4,9 MdF (0,8 Md€) des provisions sur prestations en 1999 (cf. à ce sujet, *infra*, chapitre IV p. 139) ; il s'agit donc, à hauteur de ce montant, d'un transfert de charges sur l'exercice 2000 ;
- pour les opérations du FOREC, des instructions données en mars par les ministres compétents ont conduit à comptabiliser en produits la totalité des exonérations de cotisations éligibles, soit un montant de 70,8 MdF (10,8 Md€), alors que 62,2 MdF (9,5 Md€) seulement de produits ont été enregistrés au titre de 2000. Une créance de l'ordre de 10 MdF (1,5 Md€) sur le FOREC a donc été constatée qui, si elle n'était pas honorée, viendra dégrader les résultats du régime général d'une année ultérieure ».

Comme cela a été indiqué ci-dessus, la Cour estime que, compte tenu des informations disponibles aujourd'hui, les résultats présentés à la

Commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2001 ne retracent plus d'une manière appropriée la situation du régime général en 2000.

RECOMMANDATIONS

1. *Présenter les prévisions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 exclusivement en droits constatés, en rappelant les données correspondantes pour 2000 et 2001.*

2. *Tenir compte dans les comptes en droits constatés des décisions définitives relatives au FOREC.*

3. *Accélérer l'abandon de la présentation par les caisses nationales de leurs comptes en encaissement-décaissement. Cette présentation n'a en effet plus de signification économique, dès lors que le passage au système des droits constatés est devenu effectif depuis 1997-1998 et même si des progrès importants restent à réaliser en matière de calcul des produits à recevoir, charges à payer et provisions pour charges.*

La généralisation à toutes les caisses du régime général du plan comptable unique, à compter du 1^{er} janvier 2002, pourra donc être mise à profit pour accélérer l'abandon de cette présentation.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 devant être présentée en droits constatés, la commission des comptes de la sécurité sociale présentera ses commentaires à partir de l'exercice 2002 exclusivement en droits constatés.

4. *Retenir une approche uniforme, entre les caisses nationales et l'administration, pour la définition du résultat net.*

5. *Définir rapidement à la fois les mécanismes et les procédures selon lesquels seront préparés à l'avenir les comptes consolidés du régime général et l'autorité en assurant la supervision et chargée de les arrêter.*

Dans cette perspective, il conviendra de mener des réflexions complémentaires entre les parties concernées, et avec le Parlement pour définir les objectifs recherchés, en fixer le cadre juridique et prévoir les conditions de réalisation. La Cour pourra alors exercer dans de meilleures conditions son pouvoir d'appréciation des comptes du régime général.

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

A – La trésorerie de l’ACOSS en 2000

La variation de trésorerie de l’ACOSS a été de +2,6 MdF (+0,4 Md€) entre le début et la fin de 2000 (après +2,8 MdF (+0,4 Md€) en 1999) : on est passé d’un déficit de 2,2 MdF (0,3 Md€) au 1^{er} janvier à un excédent de 0,4 MdF (0,1 Md€) au 31 décembre.

Le compte de l’ACOSS a été déficitaire pendant 90 jours en 2000. Le montant du plafond des avances autorisées par la convention Etat-ACOSS, qui a été porté de 20 MdF (3,1 Md€) à 27 MdF (4,1 Md€) d’octobre à décembre 2000 n’a jamais été dépassé; le point le plus bas, atteint le 9 octobre, s’est établi à -20,1 MdF (-3,1 Md€). En 1999, le régime général avait été déficitaire pendant 83 jours.

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

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

1 – Les plafonds fixés pour 2000

Pour l’année 2000, la loi de financement (**article 44**) autorise cinq régimes obligatoires de base à "couvrir leurs besoins de trésorerie par des ressources non permanentes" et fixe les limites des avances auxquelles ils peuvent recourir : régime général (29,0 MdF (4,4 Md€)), régime des exploitants agricoles (12,5 MdF (1,9 Md€)), caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) (2,5 MdF (0,4 Md€)), caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM) (2,3 MdF (0,4 Md€)), fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l’Etat (FSPOEIE) (0,5 MdF (0,1 Md€)).

2 – Le régime général et les autres régimes

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

CETTE SECTION N'A PAS APPELE DE REPONSE

III – Les transferts entre régimes de sécurité sociale

Cette section ne fournit pas une présentation exhaustive des nombreux transferts entre régimes de sécurité sociale. Il donne un coup de projecteur sur trois types de transferts importants : les transferts reçus par le régime général, les concours du FSV aux régimes d'assurance vieillesse et les transferts de compensation entre régimes.

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

En 2000, les transferts reçus par la CNAMTS ont reculé de 4,2 MdF (0,6 Md€) en raison de la suppression du régime de l'assurance personnelle consécutive à la mise en place de la couverture maladie universelle (CMU) au 1^{er} janvier 2000.

en MdF et (Md€)

	1998	1999	2000
Transferts reçus* par :			
la CNAMTS	6,1	6,4 (1,0)	2,2 (0,3)
la CNAV	1,0	1,0 (0,2)	0,9 (0,1)
la CNAF	1,1	1,2 (0,2)	1,2 (0,2)
Transferts reçus par le régime général	8,2	8,6 (1,3)	4,3 (0,7)

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

B – Les comptes du FSV et ses transferts aux régimes d'assurance vieillesse

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, le FSV remplit deux missions. La première concerne les « opérations de solidarité » que le fonds gère depuis sa création, retracée dans sa première section. La seconde mission, retracée dans sa seconde section, concerne le « fonds de réserve » (sur ce dernier, outre les comptes présentés ci-dessous, on se reportera *infra*, chapitre IX, p. 374).

Le FSV, comme tous les établissements publics à caractère administratif, établit sa comptabilité selon le principe des droits constatés. Toutefois, il est nécessaire d'assurer la cohérence entre son compte, ici présenté, et ceux des régimes vieillesse bénéficiaires de ses versements.

1 – La première section

Les comptes du FSV – 1^{ère} section

en MdF et (Md€)

	Droits constatés			Encaissement/décaissement		
	1999	2000	Evolution	1999	2000	Evolution
Ressources	82,7 (12,6)	74,3 (11,3)	- 10,2 %	78,3 (11,9)	74,6 (11,4)	- 5,1 %
dont :						
CSG	68,2	67,5	- 0,9 %	63,6	67,7	+ 6,0 %
Taxe sur les boissons	11,3	-0,6		11,7	0,0	
Taxe de prévoyance	3,1	2,8	- 10,1 %	2,8	2,7	- 4,0 %
CSSS		4,1			4,1	
Emplois	80,6 (12,3)	71,9 (11,0)	- 10,8 %	78,1 (11,9)	72,9 (11,1)	- 6,6 %
dont :						
Prestations prises en charge	38,6	35,1	- 9,1 %	35,7	35,1	- 1,5 %
Cotisations prises en charge	42,1	36,9	- 12,3 %	42,0	37,4	- 11,1 %
Solde	2,2 (0,3)	1,9 (0,3)		0,2 (0,03)	1,7 (0,3)	

Source : commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2001.

Les comptes du régime général et des autres régimes vieillesse étant retracés, dans ce rapport, en droits constatés et en encaissement-

décaissement, le compte du FSV l'est également ici⁶⁸. Les commentaires portent sur les montants en droits constatés.

Le FSV a vu ses ressources modifiées par l'**article 5** de la loi de financement de la sécurité sociale qui prévoit une nouvelle répartition des droits de consommation sur les alcools de l'article 403 du code général des impôts : la part du FSV est passée de 55 % des droits à 8 %. En outre, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a supprimé rétroactivement cette part.

L'ensemble des recettes du FSV s'élève, en 2000, à 74,3 MdF (11,3 Md€), soit une diminution de 10,2 % par rapport à 1999, après +9,5 % l'année précédente. Il se compose ainsi :

- de 1,3 point de CSG, 67,5 MdF (10,3 Md€), soit une diminution de 0,9 % par rapport à 1999 ;
- de la taxe de prévoyance, 2,8 MdF (0,4 Md€), soit une diminution de 10,1 % par rapport à 1999 ;
- de l'excédent de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) pour l'exercice 1999 reversé en 2000 au FSV, pour un montant de 4,1 MdF (0,6 Md€).

Les transferts du FSV vers l'ensemble des régimes de retraite, et pas uniquement vers le régime général, s'élèvent à 71,9 MdF (11,0 Md€) en 2000 après 80,6 MdF (12,3 Md€) en 1999, soit une diminution de 10,8 % (après +9,8 % en 1999).

Ce recul tient aux dépenses de validation de périodes de chômage et de service national qui atteignent 36,9 MdF (5,6 Md€) en 2000, soit une diminution de 12,3 % par rapport à 1999. La prise en charge des périodes de validation du service national est en net recul (-38,8 %) du fait de la réforme de ce dernier. Les validations de période de chômage prises en charge par le FSV reculent de 12,0 % atteignant 36,5 MdF (5,6 Md€) en 2000. Cette forte diminution par rapport à 1999 est liée au fait que les dépenses de 1999 incluaient 2,9 MdF (0,4 Md€) de prise en charge par le FSV des périodes de chômage dans les DOM pour les années 1994, 1995 et 1996, ainsi que 0,9 MdF (0,1 Md€) d'amélioration des prises en charge par le FSV des périodes de chômage non

68. Les montants retracés sont issus du rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale. Comme cette dernière procède à quelques corrections (précisément pour rapprocher les montants figurant dans les comptes du FSV de ceux des comptes des régimes bénéficiaires), ces estimations ne correspondent pas exactement aux comptes publiés par le FSV, ni en encaissements-décaissements ni en droits constatés.

indemnisées, conformément aux dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999.

Le montant des prestations prises en charge par le FSV (minimum vieillesse, majorations de pensions pour enfants à charge, service d'allocation spéciale vieillesse), s'élève à 35,1 MdF (5,4 Md€) en 2000, soit une diminution de 9,1 % par rapport à l'année précédente. Cette moindre dépense est due aux effets de la loi sur la couverture maladie universelle qui supprime les cotisations d'assurance personnelle remboursées par le FSV au service d'allocation spéciale vieillesse (SASV).

Au total, le résultat de l'exercice 2000, encore provisoire, serait excédentaire de 1,9 MdF (0,3 Md€) en droits constatés et de 1,7 MdF (0,3 Md€) en encaissement-décaissement. L'excédent cumulé serait de 6,1 MdF (0,9 Md€) en encaissement-décaissement à la fin de cette même année.

2 – La deuxième section : le fonds de réserve pour les retraites

Les comptes du fonds de réserve en droits constatés sont identiques aux comptes en encaissement-décaissement car les recettes fiscales pour 2000 sont retenues dans les deux présentations pour un montant identique figurant dans les documents budgétaires annexés au projet de loi de finances pour 2000.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 (**article 16**) affecte au fonds de réserve plusieurs ressources nouvelles. Fin 2000, le fonds dispose d'un solde cumulé de 20,8 MdF (3,2 Md€) (pour l'analyse de ces recettes nouvelles, cf. *infra*, chapitre IX, p. 374).

C – Les transferts de compensation entre régimes

Les transferts de compensation généralisée entre régimes sont calculés en 2000 sur la base de la pension servie par le régime des cultes. Il en résulte une diminution des transferts en faveur des régimes traditionnellement déficitaires, qui entraîne corrélativement une augmentation de la contribution d'équilibre de l'Etat à ces régimes. Les transferts, pris dans leur globalité, au titre des différentes compensations, diminuent d'environ 2 % en 2000 du fait de l'abaissement de quatre points du taux de la compensation spécifique entre régimes spéciaux de

Transferts globaux de compensation entre régimes*

en MF et (M€)

	1998	1999	2000
Régimes de salariés			
<i>Régimes contributeurs</i>			
. Régime général	22 725,4	23 815,4	24 157,6
. État	19 012,0	18 266,8	17 300,3
. CNRACL	19 579,2	19 924,2	19 075,8
. EGF	1 335,0	1 300,1	1 225,3
. Banque de France	165,5	155,1	157,2
. RATP	123,3	166,1	140,3
. Clercs de notaires			64,0
<i>Régimes bénéficiaires</i>			
. Mines	-16 870,6	-17 261,1	-16 233,0
. SNCF	-8 282,9	-8 224,9	-7 548,5
. Marins	-2 873,4	-2 944,2	-2 798,8
. SEITA	-229,1	-232,2	-208,1
. Clercs de notaires	-93,0	-27,4	
Soldes salariés	34 591,4	34 938,1 (5 326,3)	35 332,1 (5 386,3)
Régimes de non salariés			
<i>Régimes contributeurs</i>			
. CANAM	3 450,0	3 805,8	4 175,5
. CNAVPL	2 510,2	2 635,0	2 679,5
. CNBF	273,9	295,0	311,0
<i>Régimes bénéficiaires</i>			
. BAPSA	-33 229,9	-33 883,8	-34 477,1
. ORGANIC	-4 647,0	-4 749,1	-4 906,6
. CANCAVA	-1 825,6	-1 911,2	-1 982,4
. CAMAVIC	-1 123,0	-1 129,8	-1 132,0
Soldes non salariés	-34 591,4	-34 938,1 (-5 326,3)	-35 332,1 (-5 386,3)

Source : commission de compensation

* 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).

salariés⁶⁹. Cette diminution de taux aurait pour incidence une diminution comprise entre 6 % à 24 % des transferts de compensation spécifique

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

selon les régimes en 2000. La contribution du régime général s'accroît d'environ 340 MF (51,8 M€) (tableau ci-dessous). Celle de l'Etat employeur diminue de 967 MF (147,4 M€). Le transfert au profit du BAPSA s'accroît de 600 MF (91,5 M€). Les transferts de compensation entre régimes ont été effectués sur la base des mêmes conventions qu'en 1999.

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES PAGE 520

Chapitre IV

L'état des comptes et des études

PRESENTATION

Les comptes et l'analyse de l'application de la loi de financement, présentés dans les chapitres précédents nécessitent, pour être bien compris, d'être accompagnés d'indications sur leur mode d'élaboration, leur signification et leur précision. Par ailleurs, une bonne maîtrise du domaine requiert de disposer d'études descriptives, explicatives et prescriptives solides. Aussi ce chapitre est-il consacré à analyser quelques points relevant de ces questions.

Au titre des questions comptables, la Cour évoque d'abord les conséquences tirées des recommandations de la mission interministérielle de réforme de la comptabilité des organismes de sécurité sociale (MIRCOSS). Puis elle revient cette année sur un sujet déjà abordé dans le rapport précédent, la constitution des provisions par l'ACOSS et la CNAMTS, exercice qui découle de l'obligation d'établir des comptes en droits constatés. Des progrès sont faits, en particulier en matière de délais de production des comptes, mais force est de constater que leur contenu reste perfectible : par exemple l'estimation des provisions est très fragile, très variable d'une année à l'autre, et ne repose pas sur les meilleures bases possibles.

La deuxième section traite d'une question intermédiaire entre les comptes et les études. Il y a trois grands systèmes d'information comptable sur la sécurité sociale (les comptes de la sécurité sociale, la comptabilité nationale et les comptes de la protection sociale), et chacun fournit une vision différente des soldes entre ressources et dépenses de la « sécurité sociale ». Les trois ont leur utilité et il convient de bien saisir la mesure de leurs différences et leur justification pour éviter des contresens. Cela étant, on illustre aussi à quel point le déficit ou l'excédent de la sécurité sociale est dépendant des conventions utilisées pour les mesurer : l'écart, qui peut aller jusqu'à 10 MdF (1,5 Md€), est en effet de l'ordre des soldes eux-mêmes.

La troisième section, se penche sur les études économiques et sociologiques dans le domaine de l'assurance maladie. Les progrès en ce domaine sont indéniables depuis deux ou trois ans. Cependant, nombre d'insuffisances demeurent, tant pour préparer les décisions que pour informer nos concitoyens.

I – Les conséquences des recommandations de la Mission interministérielle de réforme de la comptabilité des organismes de sécurité sociale

La modernisation de la comptabilité des organismes de sécurité sociale, d'abord centrée sur la mise en œuvre de la méthode des droits constatés⁷⁰, a vu son champ considérablement élargi par la création de la Mission interministérielle de réforme de la comptabilité des organismes de sécurité sociale (MIRCOSS). Annoncée par le ministre de l'emploi et de la solidarité le 11 mai, ses objectifs ont été définis par une lettre interministérielle du 7 décembre 1998.

Dans son rapport public sur la sécurité sociale de septembre 1999, la Cour a commenté les objectifs assignés à la MIRCOSS⁷¹ : les principaux d'entre eux sont centrés sur la préparation d'un plan comptable harmonisé.

Alors que l'article D. 253-52 du code de la sécurité sociale prévoit que « le plan comptable de la sécurité sociale constitue un plan particulier du plan comptable général », les organismes de sécurité sociale avaient été dotés, au fil du temps, de plans comptables multiples, spécifiques à certaines caisses ou certains régimes. L'hétérogénéité des règles et des nomenclatures, s'ajoutant à celle des pratiques comptables, étaient facteurs de complexité et de lourdeurs : dans cette situation, les informations comptables ne remplissaient pas les conditions minimales de fiabilité, de clarté et de rapidité attendues des utilisateurs des comptes ainsi établis.

Les répercussions les plus voyantes en étaient la production tardive des comptes et le manque de fiabilité des informations de synthèse sur lesquelles les autorités compétentes étaient appelées à se prononcer. L'intervention de la MIRCOSS devait contribuer à mettre un terme à cette situation.

Alors que la lettre de mission avait souhaité que les travaux puissent être achevés pour le 30 septembre 1999, le rapport final, qui

70. Décision du 20 octobre 1994 du ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville.

71. La MIRCOSS a été présidée par un conseiller maître à la Cour des comptes (Alain Deniel, décédé en service le 20 mai 2000. Ses moyens étaient limités à trois personnes à temps plein. Etaient associés à ses travaux : le secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale, les administrations de tutelle et les agents comptables des organismes de sécurité sociale.

fournit un compte-rendu des travaux réalisés, a été établi en septembre 2000. Il résulte de ce document, dont la teneur est confirmée par les observations recueillies par la Cour auprès des plus importants organismes concernés, que la MIRCOSS a rempli de manière satisfaisante les objectifs prévus, en démontrant de surcroît la nécessité de structures pérennes pour garantir la fiabilité, la transparence et la rapidité dans la préparation, la publication et l'exploitation des informations comptables du secteur.

A – La préparation du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale

« Le plan comptable harmonisé des organismes de sécurité sociale, s'inspirant du plan comptable général et adapté aux spécificités de la protection sociale », a fait l'objet d'un avis favorable de l'assemblée plénière du 20 avril 2000 du conseil national de la comptabilité.

Outre les développements consacrés à la comptabilité générale, le plan comporte un deuxième volet constitué de « comptabilités développées » destinées à retracer, au niveau le plus fin, par branches ou par régimes, les opérations de gestion technique enregistrées globalement dans la comptabilité générale. Ce deuxième volet a été expressément conçu pour s'appliquer à tous les organismes, y compris les régimes spéciaux, l'Etat, en ce qui concerne les fonctionnaires civils et militaires, et le régime des exploitants agricoles.

Un troisième volet enfin est consacré aux modalités de centralisation des informations provenant de la comptabilité générale et des comptabilités détaillées des organismes, afin de reconstituer les différents agrégats contenus dans la loi de financement de la sécurité sociale. La centralisation annuelle devra être complétée ultérieurement par des centralisations infra-annuelles, en principe mensuelles.

B – La mise en œuvre législative et réglementaire

L'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 affirme le principe de la mise en œuvre du « plan comptable unique » (appellation finalement retenue), ainsi préparé. Il fixe son périmètre et certaines de ses modalités d'application :

- le champ d'application englobe l'ensemble des régimes obligatoires de base et les organismes créés pour concourir à leur financement (article LO.111.3 du code de la sécurité

sociale). Il est précisé qu'« un décret fixe les règles comptables applicables, ainsi que les modalités de transmission et de centralisation des comptes de ces régimes et organismes » ;

- les dates de mise en œuvre : le plan comptable unique entre en vigueur au plus tard le 1^{er} janvier 2002.

Il en résulte que, à ce stade, l'extension du plan comptable unique aux autres régimes, et en particulier aux régimes de retraites complémentaires ainsi qu'aux régimes d'assurances chômage, n'est pas engagée. Du reste, sur ce point, le rapport final de la MIRCOSS avait noté qu'il convenait « d'étudier les points de convergence des différents plans comptables et les moyens de parvenir à une harmonisation des procédures comptables de l'ensemble des organismes entrant dans le champ de la protection sociale ».

Les textes d'ordre réglementaire restent encore, le 1^{er} mai 2001, au stade de la préparation au plan interministériel :

- le plan comptable unique, en lui-même, après l'avis favorable du conseil national de la comptabilité, doit faire l'objet d'un arrêté interministériel d'approbation, pour qu'il devienne juridiquement obligatoire ;
- le décret en préparation précisera en particulier les dates butoir de transmission ou d'arrêté de comptes : 31 janvier pour les organismes de base, 28 février pour les organismes nationaux. Une dérogation est toutefois prévue pour les comptes annuels 2002 à 2004, la date butoir pour les organismes nationaux étant reportée au 31 mars.

C – La mise en place de structures pérennes pour traiter de la comptabilité des organismes de sécurité sociale

Les ministères concernés avaient envisagé de créer, par voie législative, deux structures remplaçant la MIRCOSS et reprenant à leur charge l'examen du domaine sous la forme d'une mission comptable permanente, organe administratif spécialisé rattaché au ministère de l'emploi et de la solidarité, et d'un Haut conseil de la comptabilité des organismes de sécurité sociale, instance consultative réunissant les partenaires concernés, à l'image de ce qui avait été fait pour la MIRCOSS.

Le projet de décret en préparation définit comme suit les compétences des deux instances.

La mission comptable permanente aurait deux missions principales :

- assurer la fiabilité de la production des comptes, en précisant les règles à observer pour arrêter les comptes annuels, en les centralisant et les validant sur une base annuelle et infra-annuelle, en les diffusant sous forme validée aux destinataires habilités ;
- intervenir en tant que cellule d'étude et de proposition pour faire évoluer les règles et cadres comptables et les modalités de leur mise en œuvre, par le canal de la seconde instance.

Le Haut conseil de la comptabilité des organismes de sécurité sociale (HCCOSS) aurait pour rôles centraux :

- de fixer les orientations et de superviser les travaux de la mission comptable permanente ;
- de valider les propositions de modification des règles et cadres comptables applicables aux organismes de sécurité sociale.

La Cour souhaite que ce projet d'organisation soit mis en œuvre très rapidement.

D – Des évolutions encourageantes sur les délais de production des comptes...

Le travail très substantiel réalisé par la MIRCOSS, en liaison constante avec les partenaires concernés du secteur, joint à la pression des autorités de tutelle et de la commission des comptes de la sécurité sociale ont permis d'observer des améliorations sensibles.

Alors que la production des comptes de 1999 est encore intervenue avec de longs retards pour tous les organismes du régime général et, plus encore, pour la mutualité sociale agricole, des progrès notables sont intervenus pour les comptes de 2000.

Toutes les caisses nationales du régime général et l'ACOSS ont arrêté, avant le 31 mars 2001, leurs balances définitives 2000, après confirmation de leurs soldes réciproques, y compris les créances et les dettes envers l'Etat. Il en va de même pour la mutualité sociale agricole.

Les efforts de clarification engagés à partir des années 1997-98 pour le passage aux droits constatés, prolongés par la préparation du plan

comptable harmonisé, ont permis d'atteindre plus tôt les objectifs recherchés, en termes de délais de production des comptes tout au moins.

Le passage effectif au plan comptable unique devrait donc normalement venir conforter une situation déjà notablement améliorée. Il convient de noter en particulier que la CNAMTS a commencé à appliquer intégralement le plan comptable unique dès le 1^{er} janvier 2001. En revanche, la MSA, dont l'organisation comptable est très déconcentrée, en fera une application échelonnée, commencée dès 1999 mais qui se prolongera jusqu'en 2003.

E – ... mais les comptes doivent continuer à s'améliorer

L'effort a été concentré avec succès sur la production des comptes annuels. Des progrès ne pourront être obtenus par la production de comptes infra-annuels (semestre, trimestre) permettant un compte-rendu plus fin, qu'à condition de régler clairement des difficultés particulières, telles que la qualification comptable précise de certains flux de trésorerie. Ainsi, dans le cas du FOREC, l'incertitude qui a subsisté jusqu'en mars 2001 quant au rattachement des produits et des charges liés aux dispositions prévues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 en la matière, n'a pas permis de les imputer normalement en cours d'année dans la comptabilité des organismes concernés.

L'étude des charges, des produits et des provisions constitués à l'ACOSS et à la CNAMTS présentée ci-dessous montre bien que la production à bonne date des comptes ne préjuge pas de la qualité intrinsèque de ces comptes.

RECOMMANDATIONS

1. Mettre en place sans tarder les deux structures - mission comptable permanente et Haut conseil de la comptabilité des organismes de sécurité sociale.

2. Poursuivre, au sein des deux structures précédentes, les réflexions nécessaires en vue de parvenir à une harmonisation des procédures comptables de l'ensemble des organismes entrant dans le champ de la protection sociale, comme l'a recommandé la MIRCOSS.

3. Disposer dès 2002 des outils permettant d'élaborer des comptes infra-annuels.

II – La mise en œuvre des nouvelles règles comptables : leur portée et leurs limites actuelles

La Cour a décrit dans ses précédents rapports la mise en œuvre des nouvelles règles comptables découlant du passage à la méthode des droits constatés. Tout en soulignant l'intérêt décisif de cette nouvelle approche pour fournir, conformément au droit commun en matière de comptabilité, une « image fidèle » des droits et obligations de chaque organisme de sécurité sociale, elle a déjà souligné, dans son rapport sur le financement de la sécurité sociale de septembre 2000, les difficultés rencontrées. L'analyse d'ensemble présentée l'an dernier a signalé de nombreuses insuffisances. Celles-ci subsistent à l'heure actuelle, la plupart des organismes mentionnés se préparant à introduire les corrections indispensables à l'occasion de l'application du plan comptable unique, c'est-à-dire, sauf cas particuliers, à compter du 1^{er} janvier 2002.

Compte tenu des informations dont elle dispose actuellement, et des contrôles qu'elle a pu effectuer, la Cour fournit ci-après des analyses plus détaillées portant sur l'ACOSS, pour le suivi comptable du recouvrement des créances sur les cotisants et sur la CNAMTS, pour le rattachement des prestations réglées au titre des années antérieures. L'importance des sommes en jeu et l'impact des pratiques observées sur les résultats annoncés donnent lieu à des observations qui seront complétées dans les rapports ultérieurs sur la base d'analyses équivalentes dans les autres organismes

A – ACOSS : le suivi comptable des créances sur les cotisants

L'ACOSS a mis en place des mécanismes très spécifiques de suivi des créances sur les cotisants, qui suscitent régulièrement des interrogations tant auprès des caisses attributaires que des autorités de tutelle.

Lors du passage à la méthode des droits constatés, en 1996 et 1997, l'ACOSS a utilisé la durée de la période complémentaire pour constater les encaissements de cotisations réalisés en janvier et février de n+1 et se rapportant à n. Elle n'a donc officiellement calculé les produits à recevoir, au titre des cotisations, qu'à compter de 1998. Les montants notifiés aux caisses nationales (au titre de 1998) ont été contestés par ces dernières,

qui ont comptabilisé des montants différents⁷². Si les montants notifiés au titre de 1999 (114,9 MdF (17,5 Md€)) n'ont pas soulevé de difficulté particulière, il n'en va pas de même pour 2000 : le montant (116,5 MdF (17,8 Md€))⁷³ est fondé sur une évolution notablement minorée de la masse salariale. Cette anomalie ayant échappé à la vigilance de l'agent comptable, les montants ont été néanmoins notifiés aux caisses nationales. En définitive, les réalisations se sont établies à 119,8 MdF (18,3 Md€). L'excédent de 3,3 MdF (0,5 Md€), réparti entre les caisses nationales, apparaîtra sous la forme de ressources courantes de l'année 2001 et non comme des produits exceptionnels, en raison des options comptables prises⁷⁴. Une telle situation affecte, de manière évidente, la précision des résultats comptables présentés par l'ensemble des régimes : ceux de 2000 sont minorés, ceux de 2001 se trouveront majorés du montant de l'erreur d'estimation des produits à recevoir 2000.

En 1996, l'ACOSS avait défini une méthode simplifiée pour déterminer le montant du provisionnement annuel des créances sur les cotisants, dérogeant aux règles usuelles qui imposent de retenir les seules créances dont le recouvrement s'avère incertain. La méthode consiste à retenir pour base de calcul la totalité des créances non encaissées au 31 décembre, y compris celles correspondant à des majorations ou des pénalités et à leur appliquer un taux de provisionnement sur la seule base du critère d'ancienneté. Une lettre conjointe du ministre du travail et des affaires sociales et du ministre du budget du 6 décembre 1996 a autorisé cette dérogation en précisant « le caractère provisoire des options retenues qui devront être modifiées à partir de l'exercice comptable 1997 ».

Dans les faits, l'ACOSS ne s'est pas conformée à cette directive et n'est réellement disposée à améliorer le mode de calcul du provisionnement qu'à compter de 2002, lors de la mise en application du plan comptable unique.

La méthode actuelle conduit à annoncer à toutes les branches un taux uniforme de provisionnement. Ce taux global varie de manière assez sensible d'année en année : de 81,3 % en 1998 (qui conduit à une provision de 68,3 MdF), il passe à 84,3 % en 1999 (la provision est alors de 59,2 MdF (9,0 Md€)) et à 82,9 % en 2000 (d'où 63,2 MdF (9,6 Md€) de provision)⁷⁵. L'importance des taux de provisionnement, qui surprend,

72. Cf. le rapport sur le financement de la sécurité sociale de septembre 2000.

73. Ce montant inclut les produits à recouvrer au titre de la CADES, du FSV et du fonds CMU.

74. Voir ci-après l'appréciation d'ensemble dans le cas de la CNAMTS.

75. Les données mentionnées sont celles relatives à la France métropolitaine.

trouve son explication dans le fait que le « stock » de créances comprend, en 2000 :

- 21,5 % (16,4 MdF (2,5 Md€)) de créances dont l'antériorité est supérieure à huit années et qui sont provisionnées à 99 % ;
- 18,3 % (13,9 MdF (2,1 Md€)) de créances nées en 2000, et qui sont provisionnées à 44,3 %.

En elle-même, la méthode est mise en œuvre avec finesse puisqu'elle tient compte de la situation effective du recouvrement dans chaque URSSAF, avec une différenciation par branche. Ainsi, en 1999, les taux de provisionnement variaient, selon les URSSAF, entre 65,6 % et 93 %. Seule la mise en œuvre d'une méthode conforme au droit commun comptable, basée sur la détermination de catégories reconnues de créances contentieuses et leur traitement raisonné, permettra de répercuter à chaque branche des charges correspondant aux créances irrécouvrables correspondant mieux à la réalité.

La méthode, dont la « robustesse » est généralement reconnue, conduit à répercuter à chaque branche un *prorata* des sommes recouvrées et non la quote-part précise des recouvrements correspondant aux ressources qui lui sont attribuées.

Néanmoins, seule l'exploitation des données du recouvrement rendue possible par la mise en œuvre du système RACINE permet de disposer des informations détaillées nécessaires. Ce sont donc uniquement les recouvrements des créances nées à compter de 1998 qui pourront être correctement réparties par branche. Or les créances antérieures à 1998 s'élèvent au 1^{er} janvier 2001 à 44,6 MdF (6,8 Md€) et représentent 58,5 % du « stock » de créances actuellement provisionnées, la part correspondante de provision étant de 42,7 MdF (6,5 Md€), ce qui correspond à un taux de provision de 95,7 %.

La nouvelle méthode à mettre en œuvre à compter de 2002 devra tenir compte des contraintes particulières liées à la situation ainsi décrite. Il s'agit d'une étape essentielle puisqu'elle permettra enfin de définir clairement, dans le régime général, les règles applicables à la comptabilisation des ressources provenant des cotisants, dès lors qu'elles ont commencé à présenter un certain degré d'incertitude.

B – CNAMTS : la provision pour prestations à régler au titre des années antérieures

La CNAMTS dispose actuellement d'une méthode pragmatique mais performante pour évaluer le montant des prestations relatives à des

soins de l'année n qui seront remboursés en n+1. Cependant, cette méthode ne garantit pas l'entière fiabilité des résultats comptables annoncés.

Pour les prestations maladie et accidents du travail – maladies professionnelles (hors budget global et forfaits de soins), la caisse nationale a, en accord avec le ministère de l'emploi et de la solidarité, opté en 1996, lors du passage en droits constatés, pour une formule évitant la création d'une rubrique comptable de charges à payer limitées aux prestations pouvant être évaluées avec précision dès la clôture de l'exercice, en préférant constituer des provisions globales. Celles-ci comprennent le coût probable des dossiers de remboursement en instance ou en attente et l'impact possible de multiples phénomènes tels que la croissance des télétransmissions, les rétentions de feuilles de soins motivées par des motifs d'ordre fiscal, le passage à l'an 2000, la mise en place de la CMU, etc. A défaut de série longue donnant l'évolution des demandes de remboursement rattachables à l'exercice mais non liquidées, la caisse a constitué, pour déterminer le solde de 1996, une provision de 26,7 MdF, supérieure de plus de 4 MdF au montant des prestations en instance de traitement au 31 décembre ou dont le fait générateur est intervenu en 1996. Au total, les prestations réglées en 1997 au titre des années antérieures se sont établies à 21,9 MdF. Le résultat comptable de 1996 a donc été dégradé de 4,8 MdF de trop.

Pour l'établissement des comptes de 1997, la CNAMTS a analysé en priorité le solde moyen à la liquidation constaté en novembre et décembre, et fixé le montant de la nouvelle provision à 21,9 MdF. Ce provisionnement s'est avéré plus juste puisque les prestations sur années antérieures se sont élevées à 22,4 MdF, soit un écart ramené à 0,5 MdF.

Pour une provision de 21,7 MdF dans les comptes de 1998, les prestations sur années antérieures versées en 1999 se sont élevées à 20,7 MdF, soit un excès de provision de 1 MdF. Dans les comptes de 1999, les provisions ont été constituées à hauteur de 21,7 MdF (3,3 Md€), anticipant une stabilisation des reports des prestations d'une année sur l'autre. En réalité, l'insuffisance de provision est de 4,9 MdF (0,8 Md€). Dans les comptes de l'exercice 2000, la provision a été fixée à 25,8 MdF (3,9 Md€) soit un montant légèrement supérieur aux prestations sur années antérieures versées en 2000 (25,5 MdF (3,9 Md€)).

Les provisions sont déterminées par les caisses primaires, dans le cadre des instructions annuelles émises par la caisse nationale, et sous son contrôle. Elles sont constituées par caisse et par gestion, sans possibilité

de compensation entre caisses ou entre gestions⁷⁶. Ces dispositions, qui correspondent à l'organisation du système, conduisent à amplifier l'effet des erreurs d'estimation sur les résultats de la caisse.

D'autre part, les règles comptables elles-mêmes introduisent une difficulté particulière : au-delà du montant de la provision, les règlements sont imputés en « gestion courante », c'est-à-dire apparaissent comptablement comme des charges de l'année de règlement (et non de l'année d'origine de la dette), ce qui va à l'encontre de l'objectif principal recherché par le passage à la méthode comptable des droits constatés.

Cette option, contraire à la règle de droit commun du plan comptable général qui conduit à servir des comptes de produits ou charges sur exercices antérieurs, a été prise pour éviter un gonflement exagéré, et disproportionné, de la nomenclature des comptes⁷⁷. Il en résulte que la lecture directe des comptes de la CNAMTS ne permet pas d'en tirer des enseignements entièrement significatifs, en particulier sur l'évaluation de certains indicateurs considérés comme décisifs. La Cour a prévu d'étendre rapidement ses investigations aux pratiques suivies par l'ensemble des organismes du régime général et la MSA, avant de se prononcer sur le bien fondé de l'option qui a été prise dans les textes édictés en 1996-1997 et confirmée lors de l'adoption du plan comptable unique.

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES PAGE 522

III – Les résultats de la sécurité sociale dans les comptes de la sécurité sociale, dans la comptabilité nationale et dans le compte de la protection sociale

Chaque année, et à différentes périodes de l'année, trois types de comptes sont publiés qui retracent les évolutions des organismes, des prestations et des ressources de sécurité sociale. Chacun d'eux répond à un objet précis. Les **comptes de la sécurité sociale** présentés à la

76. Le rapport de l'agent comptable sur les comptes consolidés de 1999 note (page 21) que les « 129 caisses primaires sont amenées chaque année à estimer plus de 2500 provisions par gestion et à les reprendre l'exercice suivant, également par gestion, toute compensation entre les gestions étant proscrite ».

77. La nomenclature détaillée actuelle de la CNAMTS comporte 26 000 sous-comptes (contre 1 600 en 1997).

commission des comptes de la sécurité sociale consolident les données comptables des organismes pour en dégager le solde financier. Le **compte de la protection sociale** a une vocation plus large dans la mesure où il couvre l'ensemble des prestations sociales et participe au système européen de la protection sociale de l'Office statistique des communautés européennes. Enfin, le **compte des administrations de sécurité sociale** (ASSO) de la comptabilité nationale est un outil à vocation macro-économique qui cherche à rendre compte du comportement des agents économiques dans leur ensemble. Chaque compte répond donc à une logique qui lui est propre, laquelle justifie l'existence de traitements différents des opérations et des organismes. Il en résulte des soldes différents qui expriment des réalités elles aussi différentes⁷⁸.

Les différences entre les soldes pour le régime général

en MdF et (Md€)

	1997	1998	1999	
Comptes de la Sécurité Sociale :				
Solde en encaissement/décaissement (1)	- 33,8	- 16,5	0,7	(0,1)
Solde en droits constatés (2)	nd	- 9,5	3,3	(0,5)
Compte de la protection sociale				
Solde (épargne brute) en droits constatés (3)	- 18,9	- 5,6	5,4	(0,8)
Solde corrigé en droits constatés (4)	- 29,3	- 16,1	-5,4	(- 0,8)
Comptes de la Nation				
Solde dans la comptabilité nationale (droits constatés) (5)	- 29,9	- 18,8	- 5,2	(- 0,8)
Ecart (1-3)	- 14,9	- 10,9	- 4,7	(- 0,7)
Ecart (4-2)	nd	- 6,6	- 8,7	(- 1,3)
Ecart (3-5)	11,0	13,2	10,6	(1,6)

Source : *comptes définitifs de la sécurité sociale, septembre 2000, compte semi-définitif de la protection sociale, décembre 2000, comptes semi-définitifs de la Nation (pour 1999), avril 2001.*

Selon que l'on considère l'un ou l'autre des comptes, non seulement le montant des soldes diffère, mais leur signe peut changer. Ainsi, en 1999, le solde des comptes de la sécurité sociale en droits constatés faisait apparaître, pour le seul régime général, un excédent de

78. Le compte de la protection sociale est un « compte satellite » de la comptabilité nationale et fait donc partie, lui aussi, de la comptabilité nationale, mais au sens large, alors que le compte des administrations de sécurité sociale est interne à la comptabilité nationale au sens strict. C'est donc par commodité de langage qu'on utilisera ici les expressions « compte de la protection sociale » et « comptabilité nationale » pour nommer ces deux systèmes de comptes dans la comparaison des pages suivantes.

3,3 MdF (0,5 Md€), celui des comptes de la protection sociale un déficit de 5,4 MdF (0,8 Md€) et celui des administrations de sécurité sociale au sein des comptes de la Nation lui aussi en déficit : -5,2 MdF (-0,8 Md€) (tableau ci-dessus).

Rapportés au total des recettes, ces écarts sont faibles, inférieurs à 1 %, mais, compte tenu de l'importance des soldes dans le débat public, il est apparu important à la Cour de montrer comment on passe d'un solde à l'autre pour mieux apprécier la signification de chacun.

Les différences entre les soldes, comme celles entre les comptes dont ils synthétisent le résultat financier traduisent une triple diversité : de champ, de définition des soldes eux-mêmes, enfin, de méthodologie et d'informations disponibles au moment où ils sont élaborés. Chacun de ces comptes et de ces soldes a son intérêt propre. Il traduit la perspective et les contraintes de l'organisme qui les élabore.

A – Une acception différente de la « sécurité sociale »

La délimitation du champ couvert par un compte revêt un caractère conventionnel justifié par l'objet poursuivi en établissant ce compte. Ce champ (tableau ci-dessous) peut être défini par les institutions et les

Différence de champ entre les comptes de la sécurité sociale et le compte de la protection sociale

Compte de la protection sociale	Régime général de la sécurité sociale	Comptes de la sécurité sociale
	Fonds spéciaux	
	Régimes directs d'employeurs (partie obligatoire)	
	Régime des salariés agricoles	
	Autres régimes particuliers de salariés	
	Régimes complémentaires de salariés	
	Régimes des exploitants agricoles	
	Régime des non salariés non agricoles	
	Régime d'indemnisation du chômage	
	Régimes d'intervention sociale des administrations publiques	
	Régimes directs d'employeurs (partie facultative)	
	Régimes de la mutualité, de retraite supplémentaire et de prévoyance	
	Intervention sociale des ISBLSM	

La partie grisée est incluse dans les comptes de la protection sociale, mais pas dans les comptes de la sécurité sociale.

Source : Les comptes de la protection sociale, n° 6, septembre 1999. L'intervention sociale des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM) a été rajoutée.

différents organismes qui concourent au financement de la sécurité sociale stricto sensu (comptes de la sécurité sociale) ou, au sens large, incluant l'assurance chômage, les régimes d'assistance sociale (ou d'interventions sociales) des administrations publiques et des ISBLSM (comptes de la protection sociale), par la nature fonctionnelle d'une prestation (on parle alors du compte de la branche maladie ou de la branche famille ou retraite), ou encore par l'activité principale des entités économiques (comptes de la Nation) : sont classées parmi les administrations de sécurité sociale (ASSO) uniquement les organismes qui distribuent des prestations sociales à partir de cotisations sociales obligatoires et d'impôts qui leur sont affectés (régimes d'assurances sociales) et ceux qui en tirent leurs ressources principales (organismes dépendant des assurances sociales : ODASS)

La différence de champ entre les comptes de la sécurité sociale et ceux de la protection sociale résulte principalement, on l'a dit, du statut de l'assurance chômage, exclue des premiers, mais incluse dans les seconds. En revanche, celle entre les comptes de la protection sociale et les comptes de la Nation ne tient pas à l'extension du champ, mais au fait que les comptes de la Nation classent les régimes selon les secteurs institutionnels de la comptabilité nationale (tableau ci-dessous) :

Ventilation des organismes du compte de la protection sociale dans les comptes de la Nation

Comptes de la Nation	Organismes	Compte de la protection sociale
Entreprises (sociétés non financières SNF)	Certains régimes d'employeurs et régimes directs	
Administrations publiques centrales (APUC)	Régimes directs d'employeurs	
	Régimes d'interventions sociales des administrations : organismes divers d'administration centrale (ODAC) + Etat	
Administrations publiques locales (APUL)	Régimes d'interventions sociales des administrations publiques locales (APUL)	
Institutions sans but lucratif (ISBLSM)	Régimes d'intervention sociale des ISBLSM	
Entreprises d'assurances	Régimes de la mutualité, de la retraite supplémentaire et de la prévoyance	
Administrations de sécurité sociale (ASSO)	Régime général de la sécurité sociale	
	Fonds spéciaux	
	Régimes des salariés agricoles	
	Autres régimes particuliers de salariés	
	Régimes complémentaires des salariés	
	Régimes des exploitants agricoles	
	Régimes des non salariés non agricoles	
	Régime d'indemnisation du chômage	

Ainsi, les prestations sociales payées directement par des entreprises et des administrations à leurs salariés sans que celles-ci fassent l'objet d'une comptabilité distincte sont classées dans les secteurs institutionnels correspondants : sociétés non financières (EDF), administrations publiques (pensions des fonctionnaires).

Dans les comptes tels qu'ils sont aujourd'hui élaborés, l'incidence de cet effet de champ ne peut être distinguée des différences méthodologiques et des sources comptables. Si on compare, « toutes choses égales par ailleurs », au sein du compte de la protection sociale le solde des régimes de sécurité sociale *stricto sensu* et celui obtenu en y ajoutant notamment les régimes d'indemnisation du chômage, les régimes d'employeurs, et les régimes de la mutualité, le premier solde s'établit à 25,2 MdF (3,8 Md€) et le second à 37,9 MdF (5,8 Md€). L'effet de champ serait par conséquent de 12,7 MdF (1,9 Md€), supérieur à la différence (8,7 MdF (1,3 Md€)) entre le solde des comptes de la sécurité sociale et celui du compte de la protection sociale (tableau p. 144, ligne (2)-(4)).

B – Les soldes sont définis différemment

Deux concepts sont envisageables selon que l'on s'intéresse à l'utilisation du revenu ou à la situation patrimoniale réelle des organismes. Dans le premier cas, le solde est la partie du revenu non dépensée. Il correspond à une notion d'épargne. C'est la notion la plus courante, qui retrace les flux financiers réalisés au cours d'une année. Cette notion est retenue dans les comptes de la sécurité sociale (appelée fonds de roulement) et de la protection sociale (appelée solde, mais qui correspond, en réalité, à l'épargne). Par exemple, dans ce dernier cas, le solde de + 5,4 MdF (0,8 Md€) (ligne (3) du tableau p. 144) correspond à ce concept.

Toutefois, certaines recettes ne pourront pas être recouvrées ou ne le seront que partiellement et viendra un moment où l'organisme devra constater une perte. On enregistre donc des admissions en non valeur et on passe des provisions pour créances douteuses. Ces opérations sont traitées de façon différente dans les comptes de la sécurité sociale et en comptabilité nationale. Dans les premiers, elles sont enregistrées dans le passage du solde en résultat courant au solde en droits constatés. La comptabilité nationale les considère, quant à elle, comme une perte en capital et non comme une diminution de recettes et les retrace dans un compte de capital. La capacité (+) ou le besoin (-) de financement est

alors calculé en ajoutant à l'épargne brute les impôts et cotisations dus non recouvrables et les autres opérations en capital (transferts en capital reçus et versés, formation brute de capital, acquisitions moins cessions d'actifs non financiers non produits).

En outre, les provisions pour créances douteuses ne sont pas calculées de la même façon. Dans les comptes de la sécurité sociale, elles le sont en fonction de l'estimation de la qualité des créances et des délais attendus de recouvrement ; dans les comptes nationaux, il n'y a pas a proprement parler de provision, mais à partir des créances non recouvrées de plus de trois mois, on calcule le montant d'impôts et de cotisations «dus non recouvrables ». Il en résulte que le montant des provisions retenu dans les comptes nationaux est supérieur à celui estimé dans les comptes de la sécurité sociale.

Les comptes de la protection sociale, quant à eux, présentent deux soldes : le premier, qui correspond à une notion d'épargne, le second, dit solde corrigé, qui se rattache au compte de capital mais ne retrace que les opérations en capital correspondant aux impôts et cotisations dus mais non recouvrables. En 1999, les impôts et cotisations dus non recouvrables ont atteint le montant de 10,8 MdF (1,6 Md€). Le solde corrigé se déduit du solde en droits constatés (ligne (3) du tableau p. 00) par soustraction de ce montant. Il est donc de $5,4 - 10,8 = -5,4$ MdF (-0,8 Md€) (ligne (4) du tableau p. 144), proche du besoin de financement des comptes de la Nation (-5,2 MdF (-0,8 Md€)). La différence entre les deux estimations résulte des autres opérations en capital – qui sont enregistrées dans les comptes nationaux, mais sont ignorées de celui de la protection sociale. Elle est donc très faible globalement, mais pour certains régimes elle peut être importante certaines années en raison d'opérations ponctuelles significatives en capital prises en compte dans un solde et pas dans l'autre. Ainsi, à titre d'exemple, en 1999 le versement par l'Etat de 10 MdF (1,5 Md€) de la première tranche d'emprunt de l'UNEDIC correspond à un transfert en capital dans les comptes nationaux, mais n'apparaît pas dans ceux de la protection sociale.

Le solde actuel, même ainsi corrigé, du compte de la protection sociale est un concept intermédiaire qui n'a pas de réelle signification économique. La Cour estime qu'un tel concept devrait être complété dans ce compte par celui de capacité ou de besoin de financement et accompagné d'un tableau de passage à partir du solde des comptes de la sécurité sociale.

C – Les informations mobilisables et mobilisées sont différentes

Plusieurs administrations interviennent dans l'élaboration des différents comptes qui retracent, à des moments différents de l'année, des informations provenant, pour partie seulement, des organismes de sécurité sociale⁷⁹. On peut distinguer deux ensembles de comptes.

En premier lieu, les comptes de la sécurité sociale sont entièrement élaborés par la direction de la sécurité sociale à partir des données comptables des organismes. Sont présentés à la commission des comptes de la sécurité sociale : en mai, les comptes provisoires du régime général de l'année précédente ; en septembre, les comptes définitifs de l'année précédente de l'ensemble des régimes.

Second ensemble, le compte des ASSO des comptes nationaux et des comptes de la protection sociale est, lui, élaboré par la direction générale de la comptabilité publique à partir des données comptables des organismes. Les données sont transmises à l'INSEE pour l'établissement des comptes de la Nation et à la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) pour celui du compte de la protection sociale. Ils sont produits à des moments différents de ceux des comptes de la sécurité sociale. En ce qui concerne les comptes nationaux annuels, ceux-ci sont publiés par l'INSEE à une seule date pour l'ensemble de l'économie : fin avril de l'année n. La publication porte alors simultanément sur les comptes définitifs de l'année n-3, les comptes semi-définitifs de l'année n-2, les comptes provisoires de l'année n-1. En effet, les révisions portant sur les années n-3 et n-2 ne peuvent être diffusées que simultanément, une partie des évaluations étant faites en évolution par rapport à l'année précédente. Toutefois, les comptes annuels des administrations publiques – qui incluent ceux des ASSO – sont diffusés sur la forme de « premiers résultats » aux alentours du 10 mars et repris – éventuellement modifiés – dans le compte provisoire publié fin avril.

De son côté, la DREES publie en septembre-octobre un compte provisoire de la protection sociale qui est annexé à la loi de financement. Celui-ci est élaboré à partir du compte provisoire des ASSO de la comptabilité nationale et complété par la DREES pour les autres organismes. Puis, en décembre, la DREES publie les comptes semi-définitifs de la protection sociale. Pour la partie ASSO, ce compte utilise les mêmes données que celui des comptes définitifs de la sécurité sociale.

79. Les sources utilisées ont fait l'objet d'une présentation dans le rapport de la Cour sur le financement de la sécurité sociale de septembre 1999.

Ce n'est qu'à l'automne de l'année suivante que la DREES publie le compte définitif de la protection sociale.

Les principales différences proviennent, d'une part, de différences au niveau des clés de répartition utilisées par la direction de la sécurité sociale et celles de la comptabilité publique à partir des données du régime général, et, d'autre part, pour les autres régimes, de l'utilisation par la direction de la sécurité sociale d'un questionnaire particulier (appelé questionnaire « loi de financement ») destiné à lui permettre de disposer des informations comptables avant même qu'elles soient arrêtées par les conseils d'administration des caisses. Ni la direction générale de la comptabilité publique ni la direction de la sécurité sociale ne sont en mesure de quantifier les écarts résultant de ces différences de méthode.

Comme la Cour l'a déjà demandé dans son rapport de septembre 1999, la présentation des comptes de la sécurité sociale devrait s'accompagner d'un ou de plusieurs tableaux de passage avec le compte de la protection sociale. Ces tableaux devraient figurer, dans l'état actuel, dans l'annexe g du projet de loi de financement.

Enfin, la Cour considère anormal qu'au sein de l'Etat des opérations puissent recevoir des traitements différents. En effet, les administrations ne corrigent pas les erreurs de la même façon, notamment en ce qui concerne l'estimation des provisions. Le processus de normalisation comptable implique, pour être conduit à son terme, qu'une règle unique soit adoptée et appliquée. La Cour demande que les pouvoirs publics prennent les dispositions nécessaires à cette fin.

SYNTHESE

Il est compréhensible, et à certains égards légitime, qu'une même idée « le déficit ou l'excédent de la sécurité sociale » puisse être appréhendée de diverses façons : soit parce que l'expression sécurité sociale recouvre des domaines plus ou moins étendus, soit parce que le concept de déficit ou d'excédent varie – par exemple, intégrant ou non les opérations en capital - soit, enfin, parce que les données sur lesquelles on s'appuie pour estimer ce déficit ou cet excédent sont imprécises ou ne sont pas disponibles au moment où elles seraient utiles.

Différences de champ, de concept, d'informations et d'estimations séparent en effet les trois principales notions : celle des comptes de la sécurité sociale, celle des comptes de la Nation, celle du compte de la protection sociale. Mais une chose est d'analyser les sources des divergences, ce qui a été fait ici, une autre, et qui n'est pas faite, est de disposer de tableaux et éléments chiffrés permettant de quantifier le

passage d'une notion à l'autre. La Cour souhaite que ces passerelles soient établies par les administrations compétentes.

RECOMMANDATIONS

1. Compléter le solde actuel du compte de la protection sociale par un solde décrivant une capacité ou un besoin de financement.

2. Unifier au sein des administrations - la direction générale de la comptabilité publique et la direction de la sécurité sociale - les modalités d'estimation et d'arbitrage entre sources divergentes de façon à ce que les comptes produits au sein de l'Etat soient identiques, dès lors qu'ils portent sur le même champ et ont trait au même concept.

3. Etablir des tableaux de passage, avant comme après avoir satisfait aux deux recommandations précédentes, entre les trois soldes, et les publier dans le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, dans les comptes de la Nation et en annexe du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES PAGE 524

IV – Les études et la recherche dans le domaine de l'assurance maladie⁸⁰

Disposer d'études économiques et sociologiques pertinentes sur la sécurité sociale répond à deux préoccupations : informer le citoyen qui peut être en même temps le prescripteur ou le patient ; aider les responsables à définir une politique, à arbitrer entre différentes mesures. En ce sens, les études sont un élément de la régulation globale d'un système, puisqu'elles peuvent influencer les comportements et les décisions. Aussi la Cour est-elle très attachée à examiner l'état des informations et des études dans notre pays et a-t-elle brossé plusieurs

80. Les études et la recherche médicales ne sont pas couvertes par cette section. Par ailleurs, elle ne couvre que les études de comportement et ne concerne ni les études à caractère macroéconomique portant en particulier sur l'ensemble des dépenses de santé, ni les travaux directement liés à la préparation des décisions.

panoramas d'ensemble⁸¹. Elle revient ici sur ce sujet en le ciblant sur les études et recherches économiques et sociales dans le domaine de l'assurance maladie. Deux aspects sont évoqués de façon synthétique : les enseignements de ces travaux d'une part, leur organisation d'autre part. Cette synthèse provient de l'examen des principaux résultats des études existantes, d'enquêtes auprès des institutions conduisant des études et d'entretiens avec des responsables d'organismes de recherche.

A – Des conclusions générales encore incertaines et peu opérationnelles

Les études menées en France n'apportent que des éclairages partiels et souvent peu concluants sur les comportements des acteurs dans le domaine de l'assurance maladie. Les recommandations des chercheurs s'appuient souvent sur les travaux anglo-saxons, caractérisés par leur antériorité et leur ampleur. Les comparaisons entre les résultats des études et les décisions en la matière font apparaître des convergences limitées, voire dans certains cas des orientations contradictoires.

Deux conclusions très générales se dégagent des travaux qui ont été examinés : il est possible d'agir sur le niveau des dépenses, mais les perspectives d'infléchir leur tendance semblent très limitées. Il est en effet possible de dégager des gains substantiels d'efficacité de l'appareil de soins et de prévention, mais ceci ne doit pas dissimuler l'existence d'un arbitrage entre efficacité et qualité des soins, dont les éléments constitutifs sont encore très mal connus.

Les fondements théoriques des analyses effectuées portent d'une part, en ce qui concerne les professionnels de santé, sur la « demande induite », c'est-à-dire leur capacité d'influence sur leurs patients et leur marge de manœuvre devant toute contrainte ; d'autre part, en ce qui concerne les assurés, sur l'« aléa moral », c'est-à-dire le relâchement possible de leurs efforts de prévention et l'éventuel recours abusif aux prestations du fait qu'ils sont assurés⁸². Des indices forts valident l'existence de ces deux types de comportements, sans qu'il faille pour autant en surestimer l'importance. Mais la très grande diversité des

81. En particulier sur l'état des informations dans le rapport de la Cour sur le financement de la sécurité sociale d'octobre 1998, et sur l'état des études dans celui de septembre 2000.

82. Par contre, dans notre système d'assurance obligatoire complété pour une partie de la population par des protections complémentaires, les phénomènes de sélection par les assureurs (*lato sensu*) et d'anti-sélection par les assurés n'ont qu'une importance tout à fait marginale.

pratiques médicales, aussi bien en médecine de ville qu'à l'hôpital (bien qu'à l'hôpital elles soient moins étudiées), confirme, au vu notamment des études de la CNAMTS, l'existence de nombreux cas de coût excessif des soins, de thérapeutiques inadaptées, et au total d'une surconsommation et d'une qualité insuffisante des soins.

On peut distinguer, face à ce constat, les enseignements des études, et les conséquences qui ont pu en être tirées, entre les actions portant spécifiquement sur l'offre, c'est-à-dire sur le comportement des professionnels, celles portant sur la demande, c'est-à-dire sur le comportement des assurés, enfin les réformes à caractère systémique relatives à l'organisation générale du système socio-sanitaire et aux incitations/sanctions pesant sur ses acteurs.

S'agissant des actions directes sur les **comportements des professionnels**, les conclusions des études, en nombre très limité en France, en font surtout ressortir les limites. Le contrôle de la démographie médicale permet une meilleure adéquation des différents types de professionnels à l'évolution des pathologies et des traitements, mais son impact sur la maîtrise globale de dépenses d'assurance maladie demeure incertain. L'impact de la formation initiale, s'il ne peut être contesté dans le principe, n'a pratiquement pas fait l'objet d'études en France, et la formation continue étant modeste, son impact est difficile à établir et a également été peu étudié. Il en va de même des différents modes d'influence exercée par l'industrie pharmaceutique sur les prescriptions, où les quelques mesures modératrices prises par les responsables de l'assurance maladie n'ont pas été fondées sur des études préliminaires, ni n'ont donné lieu à des évaluations *a posteriori*. L'efficacité de la diffusion au corps médical de référentiels scientifiques n'a pas été testée, sauf en ce qui concerne les références médicales opposables, dont le caractère pérenne de l'effet produit ne ressort pas de la plupart des études menées, et pour lesquels le rôle de l'obligation et de la sanction donne lieu à controverse. Plus généralement, rares sont les travaux français relatifs à l'efficacité d'une individualisation éventuelle des sanctions, en particulier face à des plafonds d'activité, alors que les expériences et travaux étrangers concluent plutôt à leur perte d'efficacité à long terme.

S'agissant des actions portant sur les **comportements des assurés**, il faut d'abord souligner l'absence de fondements empiriques aux appels généraux à leur responsabilité, en particulier en ce qui concerne l'interaction médecin-malade, mais aussi pour les phénomènes plus particuliers du nomadisme médical et des arrêts de travail. Les recherches sur les comportements préventifs restent très limitées, ainsi que leurs conclusions, qui évoquent essentiellement un meilleur ciblage des interventions. Il en va de même pour les actions dans ce domaine, sauf en

ce qui concerne les actions « classiques » de vaccinations obligatoires et de dépistage, et les programmes plus récents de lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme. Les aspects sociétaux de la prévention (alimentation, exercice physique, environnement) restent largement inexplorés, sauf le rôle de l'alimentation sur l'état de santé, assez bien étudié, et ne sont pas pris en compte dans les politiques de santé publique, *a fortiori* d'assurance maladie. Les études les plus élaborées ont porté sur l'influence du ticket modérateur dans des interactions avec l'assurance complémentaire. Elles concluent que l'effet restrictif global du ticket modérateur, réel, est modeste ; en outre il ne s'oppose pas au maintien de surconsommations et est à l'origine d'inégalités dans l'accès aux soins, en particulier en ce qui concerne les catégories les plus défavorisées⁸³. La partie « complémentaire » de la CMU témoigne de cette prise de conscience (sur la mise en œuvre de la CMU, cf. *infra*, chapitre IX, p. 359). L'impact et le rôle possible des différentes modalités d'assurance complémentaire restent encore largement à explorer.

C'est dans le domaine de **la régulation globale du système de santé** que les études portant sur la France sont le plus décevantes – sans doute faute d'expériences concernant la médecine de ville, mais sans que cette justification soit pertinente pour l'hôpital. Il faut de plus souligner – ceci étant lié à l'organisation même du système sanitaire et de l'assurance maladie – la quasi absence de prise en compte conjointe de la médecine de ville et de la médecine hospitalière, d'abord en ce qui concerne l'étude des différentes pathologies et de leurs traitements, ensuite, *a fortiori*, en ce qui concerne les différentes modalités d'une éventuelle régulation globale. Par ailleurs, la mise en place des ARH et des URCAM n'a pas induit d'études régionalisées, permettant des comparaisons entre régions, sur les liens entre offre de soins et dépenses d'assurance maladie, alors que la correction des inégalités de dotation est un objectif central de ce dispositif. Aussi les préconisations des chercheurs relatives aux modes de tarification, à la fonction d'achat de soins, au « managed care » et au rôle possible de la concurrence et de l'assurance privée se fondent-elles essentiellement sur des travaux anglo-saxons. En France, seule l'expérience du médecin référent et celle du médicament générique ont fait l'objet d'un début d'étude, et la réflexion commence sur la tarification à la pathologie.

83. Des études plus ponctuelles portant sur le tiers payant ont montré son rôle positif à cet égard, sans qu'il se traduise par un surcroît de consommation.

B – Mieux structurer l'activité d'étude et de recherche

Le développement des recherches et des études est souhaitable : à la fois parce que les liens et relations entre phénomènes sont ténus – ce qui explique en partie la faiblesse des conclusions générales évoquée ci-dessus – et en raison de l'enjeu financier que représente une bonne gestion de l'assurance maladie.

La médecine-conseil des caisses dispose de données d'une grande richesse. Il convient de confirmer son rôle en matière de recherche sur l'efficacité de notre système de santé. Le développement des recherches et des études suppose aussi une organisation des centres d'études et de recherche, une relation entre chercheurs et producteurs de données, c'est-à-dire une certaine structuration du milieu. En dépit de progrès réalisés depuis plusieurs années, des améliorations sont nécessaires. En effet, du tour d'horizon auquel il a été procédé - qui ne prétend pas être exhaustif - plusieurs constatations se dégagent.

Le milieu de recherche est nombreux et en voie de développement, plus, semble-t-il, en économie qu'en sociologie. Les équipes sont néanmoins de taille et de capacité très diverses, et peu structurées en centres d'excellence.

La recherche sociologique reste largement inorganisée. En revanche, les économistes se sont structurés dans un collège des économistes de la santé, créé en 1989 sous forme d'une association de la loi de 1901, financé par des laboratoires pharmaceutiques, la CANAM et la Fédération nationale de la mutualité française. Le collège édite un bulletin et organise des colloques. Il est maître d'œuvre de plusieurs projets structurants, liés à son financement (guide méthodologique d'études médico-économiques, actuellement en cours de révision), de la constitution d'une base de données des études, et souhaite créer, sous l'égide de l'Union européenne, un séminaire international sur l'assurance en santé⁸⁴.

Si la recherche économique, largement commencée à partir de l'hypothèse de demande induite, et s'appuyant de façon grandissante sur les théories de l'asymétrie d'information et de la relation entre « principal et agent »⁸⁵, a un caractère cumulatif, il n'en va pas de même, pour des raisons à la fois théoriques et pratiques (insuffisance de moyens pour

84. Existente dans le domaine comparatif le projet allemand Euromed (Evaluation économique des stratégies de santé) et à la London school of economics, un observatoire des réformes des systèmes de santé.

85. C'est-à-dire la théorie des relations. Pour l'assurance maladie, les agents concernés sont l'Etat, les professionnels et les caisses.

mener des enquêtes de terrain représentatives), pour la recherche sociologique. Les recueils de données auxquels il est procédé ne font pas l'objet d'un archivage permettant des utilisations secondaires éventuelles, après l'exploitation principale à laquelle elles ont donné lieu⁸⁶. Plus généralement, alors qu'un certain consensus se fait sur le caractère souhaitable de l'articulation entre enquêtes sociologiques et statistiques (enquêtes sociologiques non représentatives en amont des enquêtes statistiques représentatives pour la définition des questionnaires, puis en aval pour divers approfondissements des résultats) ceci n'est encore qu'exceptionnellement le cas.

L'exploitation des grandes enquêtes statistiques représentatives de la population - par l'INSEE, la DREES ou le centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé (CREDES) - a permis des progrès significatifs dans l'analyse des comportements (demande induite, aléa moral), et des progrès nouveaux sont attendus des enquêtes en cours d'exploitation (enquête handicap-invalidité-dépendance) ou en préparation (enquête permanente sur les conditions de vie, enquête santé 2002-2003), ainsi qu'à partir de l'exploitation du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM), bâti par la CNAMTS, et de l'échantillon permanent d'assurés sociaux (EPAS). Il n'en demeure pas moins que le cadrage général ainsi obtenu ne débouche pas directement sur l'action. Il devrait être complété par des études micro-économiques, portant tout particulièrement sur les principales pathologies en associant médecine de ville et médecine hospitalière, en développant la pratique de panels de patients et de médecins, et en les articulant avec l'évaluation *ex ante* et *ex post* des mesures de la politique d'assurance maladie.

L'accès aux bases de données statistiques et administratives est encore mal assuré. Une bonne association de la recherche à la constitution et l'exploitation des enquêtes statistiques et fichiers d'origine administrative devrait porter sur leur définition, leur mode de mise en œuvre, leur exploitation (coût d'accès, extraits d'échantillons dans les fichiers exhaustifs, modalités de respect du secret statistique et informatique, modalités de publication des recherches), leur conservation et mise à disposition ultérieure. Des progrès importants ont été faits en ce qui concerne les grandes enquêtes et fichiers de l'INSEE. Mais ils demeurent encore souvent bilatéraux (pour enquêtes ou fichiers) et au coup par coup (par équipe de recherche). Ils restent à faire en ce qui concerne le SNIIRAM mis en œuvre par la CNAMTS. Il faut néanmoins souligner – bien qu'il ne concerne pas encore les données relatives à

86. Dans un autre domaine, on peut citer l'absence d'une base de données des coûts unitaires dans l'hôpital.

l'assurance maladie – le rôle d'interface entre la recherche et les statistiques de l'INSEE joué par un laboratoire du CNRS créé pour cela, le laboratoire d'analyse secondaire et de méthodes appliquées à la sociologie (LASMAS) – Institut du longitudinal. Pour donner un caractère interministériel à cette action, un décret, paru le 12 février 2001, prévoit la création d'un Comité de concertation pour les données des sciences de l'homme et de la société, doté d'un secrétariat général permanent et d'un conseil scientifique, qui devrait jouer un rôle d'archivage et servir d'interface entre demandes des chercheurs et responsables des bases de données statistiques et administratives concernées. Ce dispositif devrait permettre un élargissement et une meilleure formalisation de l'accès, pour les besoins de la recherche, aux données statistiques, y compris aux données de gestion comme celles du SNIIRAM.

Il faut enfin souligner la quasi défaillance de la participation de la France à des enquêtes comparatives internationales⁸⁷. Une représentation coordonnée des instances statistiques et des centres de recherche français n'est pas assurée, non plus que les sources de financement nécessaires.

RECOMMANDATIONS

1. Faire un compte précis de l'effort de recherche et d'études dans le domaine de l'assurance maladie.

2. Approfondir les dispositifs de coopération entre les organismes publics de statistiques, d'études et de recherche, que ce soit pour leur activité propre ou dans leurs relations avec les équipes de recherche académiques en socio-économie de la santé et de l'assurance maladie, notamment sous la forme d'appels d'offres conjoints.

3. Améliorer les conditions de l'accès des chercheurs aux bases de données statistiques et administratives, tout particulièrement en ce qui concerne le SNIIRAM mis en œuvre par la CNAMTS.

4. Mieux articuler les enquêtes ponctuelles à caractère sociologique et les enquêtes statistiques représentatives de l'ensemble de la population ou des professionnels de la santé ; mettre en place des analyses longitudinales fondées sur le suivi de cohortes de patients et de professionnels.

87. Cf. notamment la Fondation européenne pour les sciences : Social variations in health expertancy in Europe et le projet d'un « European social survey ».

5. Viser à mieux couvrir, dans l'analyse des thérapeutiques effectives, les pathologies les plus importantes, en y approfondissant l'étude des comportements des professionnels de santé et des patients ; veiller à ce qu'une synthèse de ces travaux soit effectuée et articulée avec l'évolution globale des dépenses d'assurance maladie.

6. Développer les études micro-économiques à l'hôpital, en ce qui concerne en particulier la variabilité des pratiques de soins et des coûts induits.

7. Evaluer les expérimentations en cours en matière d'assurance maladie, et en initier d'autres.

DEUXIEME PARTIE

LE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE

Chaque année, la Cour examine, à travers l'application de la loi de financement et les comptes de la sécurité sociale, les questions de financement, et c'est ce qui a été fait dans les chapitres précédents.

Mais cet examen annuel doit, de loin en loin, être complété par une réflexion plus structurelle, plus profonde, destinée à identifier les grandes caractéristiques et évolutions du système de financement. C'est d'autant plus nécessaire que les transformations des dernières années ont été très amples et que la situation actuelle est particulièrement complexe. Aussi la Cour a-t-elle fait du financement de la sécurité sociale le thème majeur du présent rapport. Il est traité dans cette seconde partie.

Parmi les multiples aspects qui devraient être abordés pour être complet, la Cour en a retenu trois qui font l'objet des quatre chapitres de cette partie.

D'abord les ressources de la sécurité sociale. La recherche constante de nouvelles ressources et l'évolution de leur structure, dès lors que les prestations s'élargissaient, ont marqué les deux dernières décennies. Cotisations, mais aussi désormais contributions, transferts et, à un degré nettement moindre, taxes pesant sur des produits nocifs pour la santé constituent l'essentiel de la palette des ressources, et le premier chapitre décrit cette évolution, analyse ses raisons et rapproche structure du financement et nature des prestations. Il aurait fallu aborder un aspect important, l'assiette de ces ressources et son évolution au cours du temps. Important en soi, ce sujet l'est aussi par ses conséquences sur les taux : en effet le niveau des taux de cotisations n'est pas indépendant de l'ampleur et de l'évolution de l'assiette ou, si l'on préfère, de son complément, c'est-à-dire des revenus qui ne sont pas soumis à cotisation. Il n'a pas été possible d'étudier cet aspect, et la Cour se propose d'y revenir dans un prochain rapport.

Une des raisons principales de l'enchevêtrement des modes actuels de financement tient aux relations financières croisées entre l'Etat et la sécurité sociale. L'Etat contribue au financement de la sécurité sociale en tant qu'employeur et en tant que puissance publique. La sécurité sociale, de son côté, assure pour le compte de l'Etat la gestion de certaines prestations. Ces services rendus donnent lieu ou non à facturation. La création, ancienne ou récente, de fonds, qui devrait en principe être un élément de clarté, ajoute en fait à l'opacité du dispositif en raison des modalités de leur financement. Le deuxième chapitre étudie toutes ces questions, assez classiques, en s'efforçant de les éclairer.

Un autre aspect des relations entre Etat et sécurité sociale est beaucoup moins « classique » et beaucoup moins analysé, mais son importance est capitale : il s'agit des « dépenses fiscales dans le champ de

la protection sociale », c'est-à-dire des exonérations et allègements d'impôts et de leurs conséquences sur les prestations, dont l'étude fait l'objet du troisième chapitre de cette partie.

Le troisième sujet, traité dans le quatrième chapitre de cette partie, concerne le recouvrement des cotisations et contributions : son organisation, son efficacité – y compris par comparaison avec celle du recouvrement des cotisations ASSEDIC ou des impôts –, le fonctionnement de la branche recouvrement du régime général (URSSAF et ACOSS) et, au sein de cette dernière, le rôle spécifique de l'ACOSS. La complexification du recouvrement exige que les instances chargées de l'effectuer soient plus efficaces et la Cour formule sur ce sujet un certain nombre de recommandations.

Chapitre V

Le système de ressources de la sécurité sociale

PRESENTATION

Le thème du financement de la sécurité sociale est d'actualité depuis plus de deux décennies. Le plus souvent, il est abordé en fonction de contraintes conjoncturelles liées à la nécessité de résorber ou de réduire les déficits et à la lutte contre le chômage. Mais le choix des mesures a aussi été le fruit d'une réflexion plus structurelle sur la nature des recettes, visant une meilleure adéquation à la nature des dépenses et une plus grande neutralité à l'égard de l'emploi. Le présent chapitre se propose à la fois de retracer les réformes intervenues de 1980 à 2000 et d'en tenter une évaluation.

On décrit d'abord la mutation de la structure des ressources, c'est-à-dire la montée en puissance des taxes (en particulier de la CSG) qui se sont progressivement substituées aux cotisations assises sur les salaires : aujourd'hui ces dernières ne représentent plus que 68 % du financement du régime général (et la CSG 20 %) contre plus de 97 % il y a vingt ans. Le financement de la sécurité sociale devient, de ce fait, moins singulier par rapport à ce qu'il est à l'étranger.

Jusqu'où aller dans cette substitution ? L'équilibre actuel entre les différents types de ressources est-il satisfaisant au regard de la nature des prestations versées par la sécurité sociale ? C'est l'objet de la seconde section. Une typologie en quatre catégories de ressources est rapprochée, par branche, d'une typologie en trois catégories de prestations. La structure des ressources paraît aujourd'hui bien adaptée, sauf peut-être pour la branche famille.

Un des liens entre financement et prestations conduit à prélever certaines taxes sur certains produits, en particulier nocifs ou à risques pour la santé, et à les affecter à un usage particulier : dans cet esprit, la troisième section étudie l'efficacité des taxes sur les assurances automobile, les boissons alcoolisées, le tabac, l'industrie et la distribution pharmaceutiques affectées à l'assurance maladie.

I – L'évolution générale des ressources : panorama général 1980 – 2000

Pour étudier l'évolution générale des ressources, il eût été préférable de retenir comme année de départ 1979 car les mesures prises par le gouvernement de l'époque marquent un tournant par rapport à

l'approche suivie antérieurement sur deux points décisifs : d'une part, pour la première fois l'assiette des cotisations est étendue, même modestement, à d'autres revenus que les seuls revenus d'activité – avec l'instauration d'une cotisation de 1 % sur les pensions du régime général et de 2 % sur les retraites complémentaires et les garanties de ressources démission –, d'autre part, les cotisations patronales ne sont plus augmentées parallèlement à celles des salariés. Cependant, les difficultés statistiques rencontrées pour reconstituer des séries homogènes jusqu'à cette date expliquent que l'analyse quantitative parte de 1980.

Le champ de la présente étude n'est pas rigoureusement celui de la loi de financement de la sécurité sociale⁸⁸, car on a été conduit à prendre en compte les régimes complémentaires obligatoires de retraite dans le panorama général. Les travaux menés par la Cour sur la retraite montrent en effet qu'il n'est pas possible de comparer les avantages servis par les régimes de retraite sans prendre en compte l'ensemble des régimes de base et complémentaires. Chaque fois que cela est apparu nécessaire, on a alors tenu compte de l'évolution des recettes des régimes complémentaires obligatoires.

En 1980, les ressources de l'ensemble des régimes de sécurité sociale s'élevaient à 636,2 MdF, celles des régimes de base à 572,9 MdF, et celles du régime général à 361,9 MdF, soit 63,2 % du total des régimes de base et 56,9 % du total de tous les régimes (tableau ci-contre).

En 2000, les ressources des mêmes régimes se chiffrent respectivement à 2 415,4 MdF (368,2 Md€), 1 993,6 MdF (303,9 Md€) et 1 373,7 MdF (209,4 Md€). Le régime général représente 68,9 % du total des recettes des régimes de base et 56,9 % de celles de tous les régimes.

En vingt ans, les ressources de tous les régimes, des seuls régimes de base, et enfin du seul régime général, ont toutes été multipliées par un coefficient compris entre 3,5 et 4 en francs courants. Les ressources des régimes complémentaires ont augmenté sur la même période de 418,4 %, soit ont été multipliées par plus de cinq ; elles ont donc beaucoup plus crû que les ressources des régimes obligatoires.

Pour mesurer les évolutions réelles, on peut se fonder sur des taux de croissance annuels moyens calculés à partir des recettes exprimées en francs constants ; on conclut alors par exemple que les recettes de la sécurité sociale prises globalement ont augmenté de 2,9 % en moyenne

88. Sur les différents périmètres de la sécurité sociale, on se reportera à l'introduction du rapport de la Cour sur la loi de financement de la sécurité sociale de septembre 2000.

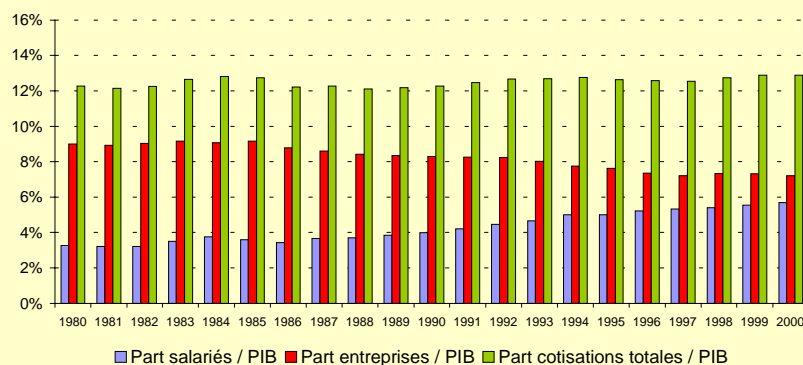
Evolution des ressources* de la sécurité sociale 1980 - 2000

en MdF (Md€) et en %

	1980		2000	Taux d'évolution annuel moyen de 1980 à 2000	
	Francs courants	Francs 2000		en valeur**	réel***
Régimes de base	572,9	1234,6	1993,6	6,4	2,6
<i>dont régime général</i>	361,9	779,9	1373,7	6,9	2,9
Régimes complémentaires	63,3	136,5	328,3	8,6	4,5
FSV			93,4		
Total sécurité sociale	636,2	1 371,1	2415,3	6,9	2,9

* non consolidées, ce qui explique, pour les régimes de base et le régime général, les écarts en 2000 avec les tableaux du chapitre 1. ** c'est-à-dire en francs courants. *** c'est-à-dire en francs constants. Les estimations en francs 2000 ont été obtenues à partir de l'indice des prix de détail de la consommation des ménages hors tabac.

Poids des cotisations fiscales et sociales à destination du régime général dans le PIB *



* Métropole

par an ou encore que les régimes complémentaires ont connu le plus fort taux de croissance : 4,5 %. Mais on peut aussi rapporter les recettes au PIB. En pourcentage du PIB, les recettes de l'ensemble des régimes ont augmenté de 4,1 points, de 22,1 % à 26,2 %. Cette hausse est due pour 2,3 points aux recettes du régime général, qui sont passées de 12,6 % à 14,9 %, et pour 1,4 point et 1,0 point à l'accroissement de celles des régimes complémentaires et du FSV. En revanche, le poids des recettes des autres régimes de base (régimes spéciaux, régime agricole et régimes des non salariés non agricoles) a reculé de 0,6 point pour s'établir à 6,7 % du PIB.

Dans le total des ressources, la part du régime général est restée pratiquement stable, environ 56,9 %, tandis que celle des autres régimes de base diminuait (de 33,2 % à 25,7 %) au profit des régimes complémentaires (13,6 % contre 10,0 %) et du FSV (3,9 %). Les différentes branches du régime général enregistrent des évolutions contrastées : le taux de croissance des ressources de la branche vieillesse a été le plus élevé, avec 3,8 % par an en francs constants, contre seulement 2,9 % pour celles de la maladie et 2,5 % pour celles de la famille⁸⁹. La branche accidents du travail est la seule à avoir vu ses ressources diminuer, de 0,4 % par an.

De 1980 à 2000, le poids dans le PIB des cotisations et contributions fiscales (CSG, contributions sur le revenu du capital, ...) à destination du seul régime général est passé de 12,3 % à 12,9 % (graphique ci-avant). Mais cette croissance est entièrement imputable à l'augmentation des contributions fiscales car, en se limitant aux seules cotisations sociales (des salariés et des employeurs), leur poids dans le PIB a baissé de 3,3 points, de 12,3 % à 9 %. Plusieurs éléments expliquent cette baisse relative : le basculement d'une part importante de cotisations vers la CSG, un moindre dynamisme de l'assiette salariale du fait de la baisse de la part des salaires dans la valeur ajoutée de l'ordre de 3 points sur la période, enfin, les mesures visant à sortir de l'assiette des cotisations sociales certains éléments des rémunérations.

On distingue à ce titre les minorations d'assiette prévues par la loi de celles qui sont issues de la doctrine administrative. Les exonérations de cotisations sociales et dans la plupart des cas de CSG et CRDS sont soumises à des conditions d'application souvent complexes, qui constituent une source importante de redressement (cf. chapitre VIII, *infra*, p. 320). Ces éléments de rémunération sont exclus de droit des bases servant à la liquidation des cotisations et contributions déclarées par

89. On rappelle que la branche famille, et donc ses comptes et ses ressources, recouvre des éléments très divers, qui débordent de beaucoup la politique familiale.

les entreprises. Leur montant en est donc inconnu et aucune évaluation statistique n'a jamais été mise en place. La Cour reviendra sur cette question dans un prochain rapport.

Dès la fin des années soixante-dix, la question d'une assiette différente de celle des cotisations limitée aux salaires a été posée. Trois facteurs ont été mis en avant pour justifier la recherche d'autres ressources de préférence à une augmentation des taux. D'une part, le fait que les cotisations reposent exclusivement sur les salaires les a fait apparaître comme un facteur de hausse du coût salarial, susceptible d'induire une substitution de capital au travail supposée défavorable à l'emploi. D'autre part, la généralisation à l'ensemble des ménages, tant des prestations familiales que des remboursements de soins, a conduit à s'interroger sur le maintien d'un système de financement exclusivement assis sur le revenu d'activité. Enfin, la tendance des dépenses à augmenter plus vite que le PIB a posé de façon récurrente la question du financement de cet accroissement et conduit à rechercher de nouvelles ressources.

Les réformes engagées ont ainsi cherché à répondre à trois objectifs : apporter, en tant que de besoin, un financement complémentaire au régime général – qui, accessoirement, modère la croissance des dépenses ; définir un mode de financement adapté à une protection sociale de plus en plus universelle ; favoriser l'emploi, notamment non qualifié en allégeant le coût du travail. Deux thèses se sont longtemps opposées. La première, suite au rapport du Conseil économique et social de 1978, visait à substituer une assiette assise sur la valeur ajoutée à celle assise sur le salaire. La seconde, finalement retenue, conservait une assiette assise sur les revenus en l'étendant à l'ensemble des revenus et en restructurant les taux pour alléger le coût du travail non qualifié. Ce choix fondamental, amorcé dans les mesures prises dès 1979, a permis de procéder par étapes successives à une profonde transformation de la structure des ressources de la sécurité sociale.

A l'origine était la cotisation⁹⁰. Elle reflète le choix des fondateurs de la sécurité sociale pour un système qui entendait assurer le salarié contre la perte de son revenu professionnel et créait, à ce titre, un lien entre revenu professionnel et droit à prestation, lui-même conditionné par une activité minimale. La cotisation ouvrait un droit à prestation, étendu dès le début à l'ensemble du foyer familial et couvrant, de ce fait, une très grande partie de la population. Cette contrepartie distinguait la cotisation de l'impôt. Enfin, celle-ci garantissait l'autonomie de la sécurité sociale

90. Les régimes des non salariés bénéficient toutefois depuis 1970 de la contribution sociale sur les sociétés (C3S).

par rapport au budget de l'Etat, fondant la légitimité de la gestion des régimes sociaux par les partenaires sociaux.

Mode principal, sinon exclusif, de financement de la sécurité sociale jusqu'à la fin des années soixante-dix, la cotisation était, à la création du système, assise non pas sur la totalité du salaire, mais sur la partie inférieure à un certain plafond. Ce plafonnement résultait d'abord du débat avec les cadres, soucieux de conserver leurs régimes particuliers de retraite, à l'origine des régimes complémentaires. Mais il se justifiait aussi, en 1945, par le fait que les hôpitaux étaient alors financés par les impôts et que la majeure partie des prestations sociales compensaient des pertes de revenus, elles-mêmes calculées en fonction du plafond. Les premières cotisations assises sur l'intégralité des salaires apparaissent avec les ordonnances de 1967⁹¹.

Les décisions prises entre fin 1978 et fin 1979⁹² pour faire face aux déficits prévisionnels des comptes amorcent ce que seront les grandes réformes des deux décennies suivantes : le déplafonnement progressif de la plupart des cotisations, l'élargissement de l'assiette à d'autres revenus que ceux d'activité, l'instauration de taxes spécifiques, en rapport notamment avec les dépenses de santé, enfin, l'exonération de cotisations patronales. En diversifiant les ressources des régimes sociaux, les pouvoirs publics ont également voulu rompre avec la hausse continue des prélèvements sociaux supportés par les employeurs, qui avait caractérisé la période antérieure. Ces réformes seront menées parallèlement tout au long des années quatre-vingt et quatre-vingt-dix. Toutefois, on peut isoler des dominantes qui expriment les différentes priorités auxquelles les pouvoirs publics se sont efforcés de répondre tout en dégageant les recettes nécessaires à l'équilibre des comptes.

Au début des années quatre-vingt, l'accent est mis sur la création de taxes spécifiques : relèvement de 6 à 12 % du taux de la cotisation sur l'assurance des véhicules terrestres, création des taxes sur le tabac et les alcools et d'une taxe sur les dépenses de promotion des laboratoires pharmaceutiques. Ces mesures visent notamment à infléchir les comportements de consommation des français et ceux des prescripteurs de médicaments. Une évaluation de leur efficacité est présentée *infra*.

91. La gestion de la liquidation des pensions restant toutefois assurée par les caisses régionales d'assurance maladie, commune aux branches maladie et retraite. Sur cette question, cf. le rapport de la Cour sur la loi de financement de la sécurité sociale de septembre 2000.

92. Il s'agit du déplafonnement intégral de la cotisation salariale maladie (1978), de la création d'une cotisation sur certains revenus de remplacement et d'une contribution sur les pharmaciens d'officine (1979).

A partir du milieu des années quatre-vingt, les réformes s'organisent autour de la recherche d'une plus grande équité dans le système contributif en même temps que d'une neutralité par rapport à l'emploi. Les pouvoirs publics procéderont en deux temps. En 1984 pour les cotisations maladie et en 1990 pour les cotisations famille et accidents du travail, priorité est donnée au dé plafonnement intégral des cotisations employeurs avec baisse du taux de cotisation lorsque la situation financière le permet (de 9 à 7 % pour les cotisations famille). Parallèlement, l'élargissement de l'assiette, qui commence en 1979 avec l'instauration de 1 % sur les pensions du régime général et de 2 % sur les retraites complémentaires et les garanties de ressources démission, qui se poursuit avec la création en 1983 d'une taxation sur les revenus des capitaux, s'élevant à 2 % en 1999, aboutit, avec la loi de finances pour 1991, à l'instauration d'une contribution sociale généralisée – la CSG –, assise (en théorie) sur tous les revenus⁹³. Parallèlement, le taux des cotisations familiales (employeurs) a été réduit de 7 à 5,4 %, et les cotisations maladie (salariales) ont été progressivement supprimées, à l'exception de la part qui finance les indemnités journalières, lesquelles restent liées aux revenus d'activité. L'assiette ne concernera la quasi-totalité des revenus qu'avec son alignement en 1997 sur celle de la CRDS, créée en 1996.

Enfin, à partir de 1993, priorité est donnée à la modification des coûts relatifs des emplois selon leur rémunération. Tout en conservant les mesures d'allègement, ciblées sur des populations spécifiques, en vigueur depuis 1979, les pouvoirs publics mettent en œuvre une politique d'exonération générale de cotisations employeurs, maladie et famille, en faveur des bas salaires. Pour compenser le manque de recettes pour le régime général, la loi du 25 juillet 1994 prévoyait que toute nouvelle exonération, sans préjudice des dispositions existantes, donnerait lieu à un remboursement par le budget de l'État à la sécurité sociale.

La création, depuis la fin des années quatre-vingt-dix, de fonds spécifiques sous la forme d'établissements administratifs de l'État (notamment fonds de solidarité vieillesse, fonds de réserves des retraites⁹⁴, fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale...) marque une nouvelle étape dans la réforme du financement de la sécurité sociale. La signification de ces fonds, qui cherchent à clarifier les relations entre l'État et la sécurité sociale, est étudiée en détail au chapitre VI, *infra*, p.206. Dans la mesure où les

93. L'essentiel des indemnités chômage et une grande partie des retraites sont exclus de l'assiette ou bénéficient d'un taux de CSG réduit.

94. Le fonds de réserve des retraites constitue juridiquement une section du fonds de solidarité vieillesse. Sur ce fonds, cf. chapitre IX, *infra*, p. 374.

ressources affectées aux fonds le sont aux régimes sociaux ou inscrits en dépenses budgétaires, on considérera pour la suite de la présente analyse que ces ressources leur sont directement affectées.

Au regard des finalités économiques recherchées par les pouvoirs publics, les ressources de la sécurité sociale peuvent dès lors être classées en quatre catégories :

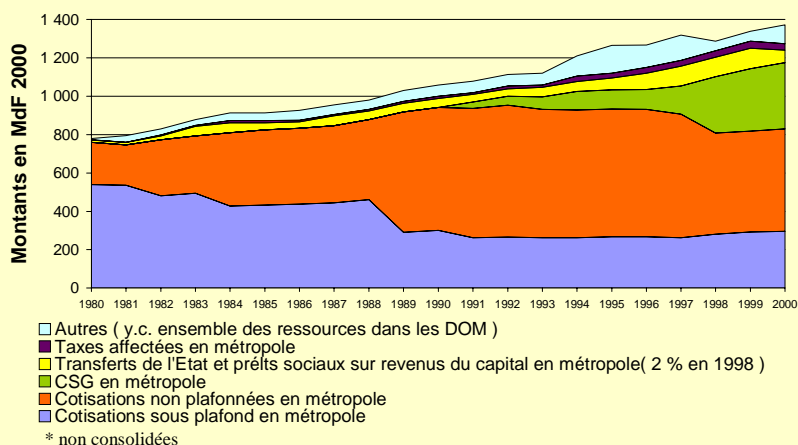
- les « cotisations sur les revenus d'activité », qui constituaient à l'origine la contrepartie de droits à prestations reconnus exclusivement aux actifs, salariés et travailleurs indépendants, et à leur famille ;
- les ressources que l'on qualifiera d' « universelles », au sens où elles visent à faire contribuer l'ensemble des revenus mais ne sont pas la contrepartie de droits liés à l'activité : notamment la CSG (quelle que soit son assiette), qui est une « imposition de toute nature » ;
- les « ressources qui assurent un rôle de redistribution » : 2 % sur les revenus de capitaux, prise en charge par le budget de l'Etat des exonérations de cotisations sociales, subventions aux régimes et remboursement de prestations ;
- enfin, les « ressources à vocation régulatrice », qui visent à agir sur les comportements : taxes spécifiques sur le tabac, les alcools, etc.

Alors qu'en 1980, les cotisations sur les revenus d'activité assuraient la quasi-totalité du financement du régime général (96,9 %), elles ne représentent plus aujourd'hui que 67,9 %. Les ressources de type universel, inexistantes en 1980, assurent 24,0 % du total, les ressources en provenance de l'Etat passent de 1,4 % à 4,5 % et les taxes à finalité de régulation des dépenses de 0,2 % à 2,5 %. Les graphiques ci-après permettent de visualiser la profonde transformation de la structure des ressources du régime général au cours des deux dernières décennies.

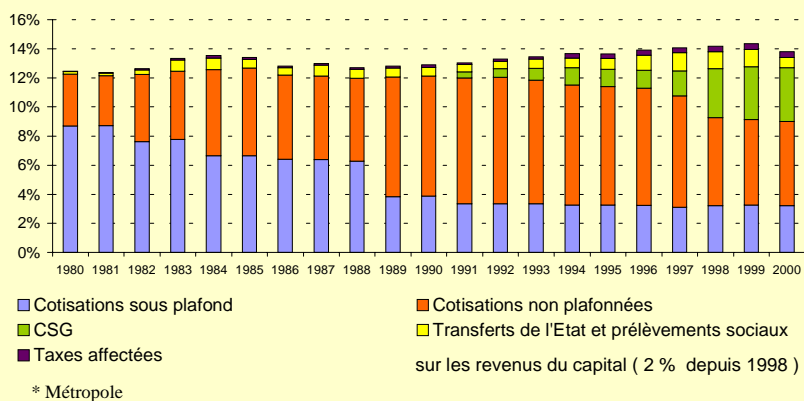
Cette modification de la structure des ressources est encore plus marquée par branche. Les cotisations sur les revenus d'activité ne représentent plus que 58,5 % des ressources de la branche maladie et 63,9 % de la branche famille, mais 82,3 % de la branche vieillesse et 91,3 % des accidents du travail⁹⁵. La CSG assure 34,6 % des ressources de la branche maladie et 20,8 % de la branche famille, mais seulement

95. Outre les remboursements au titre des exonérations de cotisations sociales, la branche AT-MP enregistre dans ses recettes les sommes provenant des recours contre tiers.

Evolution des ressources* du régime général entre 1980 et 2000



Les principales ressources du régime général (en % du PIB) *



12,2 % de la branche vieillesse – via les transferts de la CNAF et du FSV. Les versements en provenance du budget de l'Etat apportent respectivement 1,5 %, 14,4 % et 2,4 % des ressources des trois branches et les taxes affectées 3,9 % des ressources de la branche maladie et 2,3 % de la branche vieillesse. La structure des ressources est donc désormais très différente d'une branche à l'autre.

Ces réformes ont globalement répondu à l'objectif que s'étaient fixé les pouvoirs publics à la fin des années soixante-dix et au début des années quatre-vingt de recherche d'un financement qui soit plus favorable à l'emploi. L'évolution du taux de prélèvement sur les ménages et les entreprises a ainsi été profondément contrastée, qu'on la mesure en fonction du PIB, d'une part, du salaire brut, d'autre part. La première mesure fait apparaître une progression régulière des prélèvements sur les ménages qui, pour financer le régime général, passe de 3 % du PIB en 1979 à 5,7 % en fin de période, alors que celui sur les entreprises après avoir atteint 9,2 % entre 1984 et 1986 a régulièrement baissé pour s'établir à 7,2 %. Si on prend le champ des sociétés non financières et entreprises individuelles, les cotisations effectives des employeurs (chômage inclus) dans la valeur ajoutée ont progressé de 14 % en 1979 à 14,8 % en 1985 pour décroître et se stabiliser depuis dix ans autour de 13,8 %.

Rapportées au salaire brut, malgré une hausse des cotisations versées aux régimes complémentaires (entre 3 et 4 points), les cotisations employeurs sur les salaires proches du plafond (soit environ deux SMIC) sont en léger recul (tableau ci-après). Toutefois, du fait d'un mouvement inverse, déplafonnement d'un côté, exonérations de charges sur les bas salaires de l'autre, le poids des prélèvements sur les entreprises au niveau du SMIC a été divisé par plus de moitié alors qu'il a augmenté sur le travail qualifié : de 6 points au niveau de 3 SMIC et de 10 points pour le niveau très élevé de rémunération – et qui ne concerne donc que très peu de salariés – de 5 SMIC. L'incidence du taux apparent de cotisations sociales sur le comportement des entreprises a fait l'objet de nombreuses études économiques⁹⁶ dont les conclusions demeurent fragiles. Toutefois, un accord assez large existe pour considérer que le SMIC étant réglementé, le salaire des non qualifiés ne s'ajuste pas à leur productivité, ce qui justifie une action des pouvoirs publics sur le taux de cotisation pour contenir le coût du travail non qualifié.

96. Cf. Les cotisations sociales à la charge des employeurs, rapport d'E. Malinvaud pour le Conseil d'analyse économique, La Documentation française, septembre 1998.

Prélèvements sociaux en fonction du niveau des salaires

En % du salaire brut

	1980				2000			
	SMIC	Plafond *	3 SMIC	5 SMIC	SMIC	Plafond *	3 SMIC	5 SMIC
Cotisations et contributions des salariés	12,0	12,0	11,6	11,2	11,2	11,2	10,7	10,2
Régime général	10,2	10,2	8,8	7,5	7,4	7,4	5,4	3,6
Régimes complémentaires	1,8	1,8	2,8	3,7	3,8	3,8	5,3	6,6
CSG - CRDS					7,6	7,6	7,6	7,6
Total ménages	12,0	12,0	11,6	11,2	18,8	18,8	18,3	17,8
Cotisations patronales	37,2	37,2	30,1	23,6	17,7	35,9	36,1	36,0
Régime général	34,6	34,6	25,5	17,1	12,0	30,2	27,8	25,5
Régimes complémentaires	2,6	2,6	4,6	6,5	5,7	5,7	8,3	10,5
Total des prélèvements de sécurité sociale	49,2	49,2	41,7	34,8	36,5	54,7	54,4	53,8
Proportion de salariés concernés (%)**	environ 10	45	21	4	14	57	15	3

* Les prélèvements effectués au niveau du salaire **médian** sont les mêmes qu'au niveau du plafond.

** Ces proportions sont quelque peu imprécises. Pour le SMIC, c'est bien la proportion de salariés payés à ce niveau. Pour la seconde case, c'est la proportion de salariés au-dessus du SMIC et en-dessous du plafond. Pour la troisième, c'est la proportion de salariés payés au-dessus de trois SMIC et pour la quatrième la proportion de salariés payés au-dessus de cinq SMIC.

Lecture : en 2000, les prélèvements de sécurité sociale pour un salarié rémunéré au SMIC sont les suivants : 11,2 % de son salaire brut sous forme de cotisations salariés, 7,6 % sous forme de contributions fiscales (CSG et CRDS) et 17,7 % sous forme de cotisations patronales, soit une proportion totale de 36,5 % du salaire brut.

Si l'on considère la totalité des prélèvements sociaux, leur hausse a été entièrement supportée par les ménages. Rapportés au salaire brut, ils ont augmenté au niveau du salaire médian de 5,5 points sous l'influence de deux facteurs : l'augmentation des cotisations des régimes complémentaires de retraite (qui a presque annulé sur la période la baisse des cotisations dans les régimes de base) et la création de la CSG-CRDS. A l'exception des salaires proches du SMIC, les cotisations et

contributions totales aux régimes obligatoires, de base et complémentaires, sont désormais pratiquement proportionnelles au salaire.

CETTE SECTION N'A PAS APPELE DE REPONSE

II – La pertinence des ressources au regard de la nature des dépenses

La loi du 25 juillet 1994 prévoit que « l'équilibre financier de chaque branche est assuré par la caisse chargée de la gérer ». La loi organique du 22 juillet 1996, qui a instauré la loi de financement de la sécurité sociale, distingue les recettes, dont la prévision est faite par « catégories », des dépenses « fixées par branche » pour l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de 20 000 cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres. Si, comme la Cour l'a souligné dans son rapport au Parlement pour 1998, ces deux textes « ne sont pas en harmonie », le principe posé en 1994 d'un équilibre par branche conduit cependant à s'interroger sur la nature des ressources qui financent les dépenses de chaque branche.

Dans cet esprit, cette section se propose d'examiner dans quelle mesure la structure de financement des différentes branches, qui résulte des réformes des vingt dernières années, est pertinente au regard des dépenses à la charge de chacune d'elles. Les aspects proprement économiques, qu'il s'agisse des effets sur l'emploi des baisses et exonérations de cotisations patronales ou des effets redistributifs des prélèvements affectés à la sécurité sociale, qui ont fait l'objet de nombreux développements par ailleurs, ne seront pas repris ici.

Les dépenses de prestations sociales peuvent être classées en fonction de plusieurs critères : un premier distingue les prestations en nature, c'est-à-dire la prise en charge des soins médicaux, des prestations monétaires ; un second oppose les prestations d'assurance, qui compensent la perte du revenu d'activité (les indemnités journalières pour la maladie ou les accidents du travail et les retraites), à celles qui sont versées à tout résident sur le sol français en fonction d'un certain nombre de critères indépendants des revenus d'activité (notamment prestations de soins et prestations familiales) ; enfin, un troisième permet de classer les prestations selon qu'elles sont subordonnées à une condition de ressources (cas d'un certain nombre de prestations familiales, du minimum vieillesse ou de l'allocation supplémentaire de retraite) ou non.

Le premier critère ne présente pas d'intérêt particulier du point de vue du financement des prestations. Il en irait autrement si l'on cherchait à étudier l'incidence du mode de financement des soins sur le comportement tant du corps médical que des patients, domaine trop peu exploré aujourd'hui pour permettre des analyses pertinentes. On ne retiendra donc que les deux derniers critères. Le croisement de ces deux critères conduit alors à classer les prestations en trois catégories :

- les prestations d'assurance « perte ou absence de revenus » : indemnités journalières maladie, indemnités et rentes pour les accidents du travail et pensions de retraite, allocation compensant une inactivité professionnelle ;
- les prestations « universelles », accordées en fait à l'ensemble de la population sans condition ni d'activité ni de ressources : prestations maladie en nature, prestations familiales répondant exclusivement à des critères d'âge et de nombre d'enfants ;
- prestations « sous conditions » dont le bénéfice pour les ménages est lié à l'existence d'une condition de ressource ou à une durée insuffisante de cotisation à des régimes de retraite : prestations familiales sous condition de ressources, minimum vieillesse et autres prestations vieillesse prises en charge par le FSV, allocation vieillesse des travailleurs salariés (AVTS), allocations supplémentaires et majoration de pension.

Tout classement des différentes prestations dans l'une de ces trois catégories présente un caractère conventionnel. Il est ici rendu difficile par le fait que le système français de sécurité sociale est fortement marqué par la solidarité. Celle-ci n'est pas cantonnée à des prestations spécifiques, destinées à une catégorie particulière de la population – parents isolés, adultes handicapés, familles à faibles ressources. Si on définit la solidarité par le fait que les prestations reçues ne sont pas strictement proportionnelles à l'effort contributif consenti, il apparaît clairement qu'elle est la marque générale du système. Ceci est vrai pour la couverture maladie et pour les prestations familiales⁹⁷. Mais la solidarité est aussi fortement présente au sein des prestations de type assurantiel comme les retraites. En dépit de ces difficultés, on a procédé au classement de chaque prestation dans l'une ou l'autre des catégories précédentes (cf. tableau annexé à cette section), et les conventions paraissent s'imposer suffisamment, à une ou deux exceptions près, pour que le classement soit pertinent. Il conduit à plusieurs constats.

97. Sur les prestations familiales sous condition de ressources, cf. *infra*, chapitre IX, p. 344.

Rapportée à l'ensemble des prestations servies par le régime général, la structure selon ces trois grands types de prestations est relativement stable depuis vingt ans (tableau ci-dessous) : les prestations universelles restent prépondérantes avec près de la moitié du total (47 %), les prestations liées à la perte ou à l'absence de revenu ont légèrement progressé (de 33,4 à 36,6 %) et dépassent désormais le tiers du total des dépenses tandis les prestations sous conditions sont en diminution relative à 11,0 %. Evaluée à l'aune de la part respective des prestations, la sécurité sociale reste ainsi fondamentalement un système à base citoyenne, visant la couverture des soins et le remplacement de revenus et seulement secondairement l'aide aux personnes et familles à ressources faibles et moyennes. En ce sens, elle est demeurée à travers l'extension de son champ et les différentes réformes mises en œuvre depuis vingt ans, fidèle à sa philosophie originelle.

Structure des dépenses* et des ressources de la sécurité sociale

en %

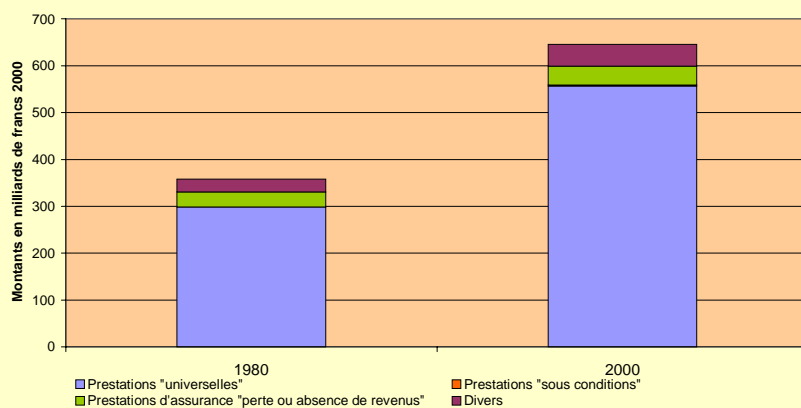
	1980		2000	
	Dépenses	Ressources	Dépenses	Ressources
Assurance «perte ou absence de revenus»	33,4	96,9	36,6	67,9
Prestations «universelles»	47,4	-	46,3	24,0
Prestations « sous conditions »	11,4	1,4	11,0	4,5
Divers	7,7	1,7	6,1	3,6
Ensemble	100	100	100	100

Champ : Ensemble des branches du régime général.

** La nomenclature des dépenses en ces quatre groupes, « perte ou absence de revenus », « universelles », « sous conditions », « divers », est décrite ci-dessus et précisée dans l'annexe de cette section.*

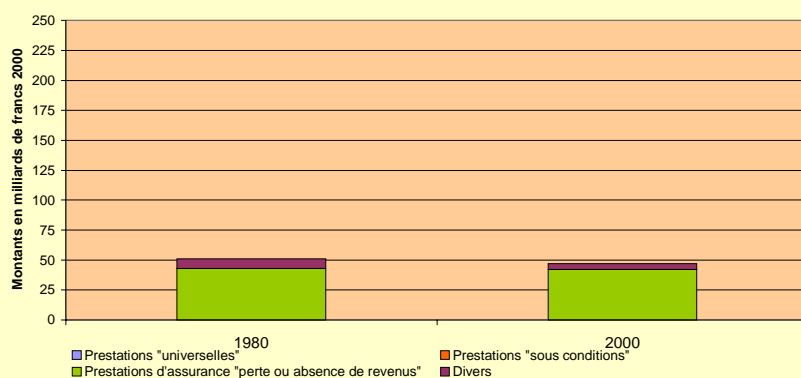
En revanche, on constate de fortes différences de structure selon les branches (graphiques ci-après) : d'une part, une polarisation marquée entre le caractère quasi universel (93 %) des prestations maladie (hors aide sociale et gestion) et celui très largement assurantiel des prestations vieillesse (89 %) et accidents du travail (100 %) ; d'autre part, un partage des prestations famille entre prestations universelles et prestations sous condition, alors que ces dernières soit sont inexistantes dans la branche maladie et accidents du travail, soit représentent une part faible (11 %) dans la branche vieillesse. Ces structures ont très peu varié au cours des vingt dernières années, en dehors du déclin des indemnités journalières dans la branche maladie qui tombent de 9,1 % à 6,2 % du total des

Répartition des prestations d'assurance maladie du régime général (CNAMTS)



Note : La nomenclature des dépenses en ces quatre groupes , « perte ou absence de revenus », « universelles », « sous conditions », « divers », est décrite ci-dessus et précisée dans l'annexe de cette section .

Répartition des prestations d'accidents du travail et de maladies professionnelles du régime général (CNAMTS)



Note : La nomenclature des dépenses en ces quatre groupes , « perte ou absence de revenus », « universelles », « sous conditions », « divers », est décrite ci-dessus et précisée dans l'annexe de cette section .

dépenses et du recul, dans la branche famille, de la part des prestations sous condition (de 44,2 % à 40,2 %) au profit de prestations qui compensent une perte ou une absence de revenus (de 3,5 % à 15,2 % en 2000)⁹⁸.

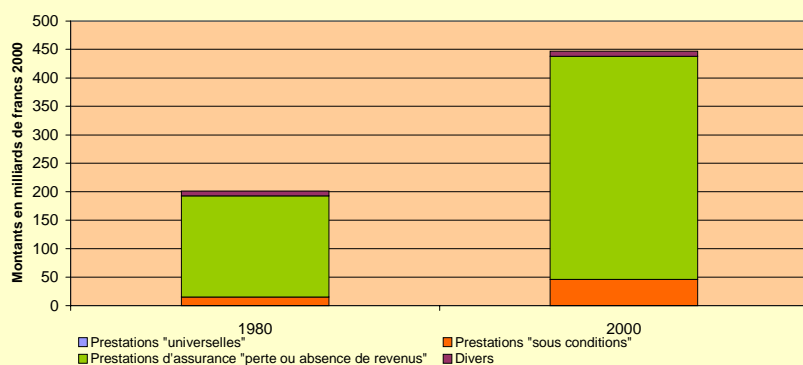
Pour apprécier l'adaptation du système des recettes à la nature des prestations, on procédera en deux temps. D'une part, on examinera cette adéquation au regard du critère du caractère assurantiel ou non des recettes et des prestations. D'autre part, on s'interrogera sur l'implication de la distinction entre prestations universelles et prestations sous conditions en termes de financement.

Les prestations qui compensent une perte de revenu sont versées par la sécurité sociale du fait de l'activité exercée par leurs bénéficiaires : indemnités journalières, rentes d'accidents du travail, pensions de retraite. Il est donc logique que leur financement soit assuré par des cotisations assises uniquement sur les revenus d'activité. Cette correspondance s'observe assez largement pour les branches vieillesse et accidents du travail : ces prestations représentent 87,8 % et 89,4 % du total des prestations versées par ces branches et les cotisations sociales 82,3 % et 91,3 % de leurs ressources. Elles sont donc couvertes à hauteur de 87 % et de 100 % par des ressources de même nature.

Les branches vieillesse et accidents du travail ont été peu affectées directement par la réforme du financement en dehors de l'apport que constituent les cotisations prises en charge par l'Etat au titre des mesures emploi (apprentissage, emplois aidés) et, pour la première, du cinquième du prélèvement de 2 % sur les revenus de capitaux. Toutefois, la branche vieillesse l'a été indirectement, du fait des transferts qu'elle reçoit de la branche famille et du FSV au titre des années de cotisations qui se trouvent validées en faveur des parents au foyer et des chômeurs. Dans la mesure où ces transferts sont financés pour partie par des cotisations sociales et par la CSG pour le premier, par la CSG et des taxes sur les tabacs pour le second, la branche vieillesse bénéficie *in fine* de ces différentes ressources. Cet apport indirect en particulier de CSG explique le léger recul des cotisations sociales dans le total des ressources de la branche vieillesse.

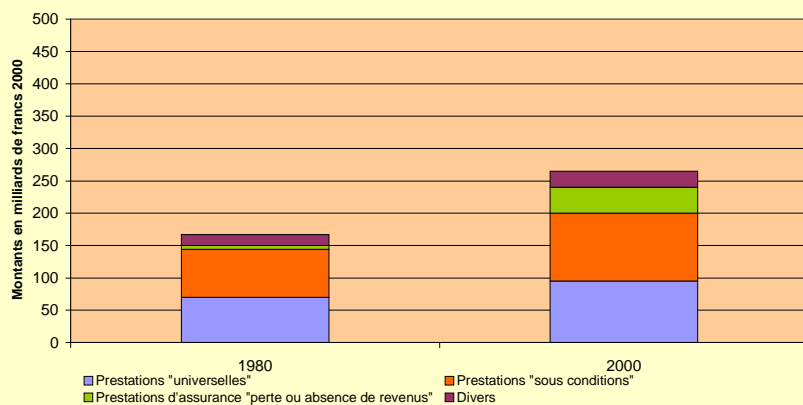
98. Cette augmentation est largement due à la cotisation d'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) qui est ici considérée comme une prestation d'assurance « perte ou absence de revenu », alors qu'elle est incluse dans les prestations familiales sous condition de ressources dans le chapitre IX, *infra*, p. 344. Cela illustre la difficulté et le caractère en partie conventionnel du classement de certaines prestations.

Répartition des prestations vieillesse du régime général (CNAV)



Note : La nomenclature des dépenses en ces quatre groupes , « perte ou absence de revenus » , « universelles » , « sous conditions » , « divers » , est décrite ci-dessus et précisée dans l'annexe de cette section .

Répartition des prestations familiales (CNAF)



Note : La nomenclature des dépenses en ces quatre groupes , « perte ou absence de revenus » , « universelles » , « sous conditions » , « divers » , est décrite ci-dessus et précisée dans l'annexe de cette section .

A l'opposé, les branches maladie et famille qui ne versent pas de prestations compensant une absence de revenu – en dehors des indemnités journalières et de l'invalidité pour la première et de l'allocation parentale d'éducation et des cotisations d'assurance vieillesse des parents au foyer pour la seconde – ont respectivement 58,5 % et 63,9 % de leurs ressources qui proviennent de cotisations sur les revenus d'activité. De plus, ces cotisations sont composées, à 83 % pour la branche maladie et à quasiment 92 % pour la branche famille, par des cotisations d'employeurs. Cette situation souligne la limite de la réforme engagée avec la substitution de la CSG aux cotisations sociales, qui n'a pas du tout affecté les cotisations employeurs de la branche maladie et très partiellement celles de la branche famille. Cette situation s'explique par le choix fait, à partir de 1993, de privilégier l'exonération des cotisations maladie et famille sur les bas salaires. La poursuite de la substitution de la CSG aux cotisations patronales, qui était une autre façon d'alléger les prélèvements sur les entreprises est, dès lors, apparue moins urgente du point de vue de l'emploi.

Si on se place exclusivement du point de vue de la cohérence entre nature des ressources et nature des prestations, peut-on tenir la structure de financement actuelle pour satisfaisante ? La réponse doit être nuancée et appelle un large débat. On distinguera le cas des prestations maladie de celles des prestations familiales. L'existence de cotisations maladie à la charge des employeurs n'est pas propre au système français. Elle se rencontre dans tous les pays, y compris ceux dont les cotisations relèvent directement des conventions d'entreprise. Sous réserve qu'elles se situent dans la moyenne de nos partenaires, elles ne constituent pas en soi un facteur de moindre compétitivité.

La question est plus complexe pour la branche famille, dont les prestations se partagent pratiquement à part égale entre prestations universelles et prestations sous conditions, mais ne sont financées qu'à hauteur de 50 % par des ressources de même nature. Un financement à 100 % des premières par la CSG supposerait d'augmenter celle-ci de 56 MdF (8,5 Md€), soit 1,1 point, et pour celui des secondes, un apport de ressources budgétaires à peu près équivalent, 53 MdF (8,1 Md€).

Le fait que les prestations familiales, quelle que soit leur nature, soient déconnectées de toute condition d'activité entraîne-t-elle pour autant une absence de lien avec la sphère productive ? A cette question, on peut répondre par la négative, arguant des relations entre vie familiale

et vie professionnelle⁹⁹. Le développement, depuis la fin des années quatre-vingt des allocations centrées sur la naissance, l'accueil des enfants en bas âge et l'interruption d'activité de l'un ou l'autre des parents, plaident en ce sens. Cela peut justifier le maintien d'un certain financement impliquant les entreprises.

Peut-on dégager un critère simple ? Les allocations qui visent à compenser les charges de famille, attribuées avec ou sans conditions de ressources, relèvent strictement de la solidarité nationale. En effet, elles ne sont pas de nature différente du quotient familial, qui, quelle que soit l'analyse qu'on en fait, vise à maintenir une certaine parité de niveau de vie entre les familles avec ou sans enfant disposant d'un revenu d'activité équivalent. Qu'il s'agisse d'une dépense fiscale ou d'une dépense de prestation, le financement devrait avoir la même origine et donc être assuré par une ressource du type CSG ou de nature budgétaire. Il en va différemment de l'allocation parentale d'éducation et des cotisations vieillesse aux parents au foyer, qui sont assimilables à des prestations assurantielles. Dans cette optique, il n'est pas illogique que la contribution versée par la branche famille à la branche vieillesse pour financer l'AVPF ou que le financement de l'APE le soit par des cotisations sociales employeurs, traduisant la solidarité du monde du travail avec ceux qui font le choix de se consacrer pendant une période plus ou moins longue à l'éducation des enfants. Au total, s'il apparaît normal que les prestations de la branche famille restent financées par des cotisations, elles pourraient peut-être l'être à une hauteur moindre qu'actuellement.

La diversification des ressources du régime général a considérablement réduit le déséquilibre qui existait au début des années quatre-vingt entre des prestations maladie et famille servies à l'ensemble de la population et un financement alors assis presque exclusivement sur les salaires et les autres revenus d'activité. Par ailleurs, la mise en place de transferts entre branches ou transitant par le FSV, s'ils rendent moins immédiatement visible la nature réelle des financements qu'ils apportent, permettent d'imputer à chacun les charges qui lui incombent. Pour autant la réforme initiée avec la montée de la CSG paraît inachevée. N'y aurait-il pas lieu de la poursuivre, même dans des proportions limitées ?

CETTE SECTION N'A PAS APPELE DE REPONSE

99. Claude Thélot et Michel Villac, *Politique familiale : bilan et perspectives*, Rapport à la ministre de l'Emploi et de la solidarité et au ministre de l'Economie, des finances et de l'industrie. Mai 1998.

Classement des différentes dépenses du régime général (1980 et 2000)*

Maladie	AT-MP	Famille	Vieillesse
<u>Prestations d'assurance</u> <u>« perte ou absence de</u> <u>revenus »</u> IJ maladie IJ maternité AP salariés agricoles	<u>Prestations d'assurance</u> <u>« perte ou absence de</u> <u>revenus »</u> Accidents du travail Incapacité permanente Transferts à d'autres régimes	<u>Prestations d'assurance</u> <u>« perte ou absence de</u> <u>revenus »</u> Cotisation d'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) All. parentale d'éduc. <i>All. de salaire unique</i>	<u>Prestations d'assurance</u> <u>« perte ou absence de</u> <u>revenus »</u> Pensions directes Pensions d'inaptitude Pensions d'invalidité Pensions de réversion Prestations diverses Transferts à d'autres organismes
<u>Prestations</u> <u>« universelles »</u> Prestations maladie** Maternité ONDAM Invalidité Décès Transferts à l'étranger Transferts de l'étranger S' Pierre et Miquelon Compensation	<u>Prestations</u> <u>« universelles »</u> /	<u>Prestations</u> <u>« universelles »</u> All. familiales All. de soutien familial All. de garde d'enfant à domicile <i>All. frais de garde</i> AFEAMA All. d'éducation spéciale Congé de naissance et d'adoption	<u>Prestations</u> <u>« universelles »</u> /
<u>Prestations « sous</u> <u>conditions »</u> FSI Travailleuses familiales	<u>Prestations « sous</u> <u>conditions »</u> /	<u>Prestations « sous</u> <u>conditions »</u> Complément familial All. jeune enfant <i>All. prénatales</i> <i>All. postnatales</i> All. logement familial Déménagement ALF All. de parent isolé <i>Assurance personnelle</i> All. de rentrée scolaire All. adultes handicapés All. différentielle All. d'adoption Contrib. FNH et FNAL <i>Prêts jeunes ménages</i> Prêts amél. habitat	<u>Prestations « sous</u> <u>conditions »</u> Majorations L 814-2 Assurance veuvage Prestations prises en charge FSV AVTS directes Secours viager All. supplémentaires
<u>Divers</u> Aide sociale Gestion administrative Frais financiers Dépenses diverses	<u>Divers</u> Aide sociale Gestion administrative Frais financiers Dépenses diverses	<u>Divers</u> Aide sociale Gestion administrative Frais financiers Dépenses diverses	<u>Divers</u> Aide sociale Gestion administrative Frais financiers Dépenses diverses

* Cette annexe décrit les regroupements qui ont été faits pour construire le tableau et les graphiques des p. 179 et 181. Les intitulés repris ici et les montants figurant dans le tableau et les graphiques sont ceux du rapport annuel de la commission des comptes de la sécurité sociale. Les intitulés en italique correspondent à des prestations qui existaient en 1980 mais qui ont été supprimées depuis. ** y.c CMU de base (mais non la CMU complémentaire ; cf. sur cette distinction infra, chapitre IX, p. 360).

III – L'efficacité des taxes affectées à l'assurance maladie

La branche maladie est la première bénéficiaire des taxes affectées : il s'agit du produit des cotisations sur les primes d'assurance automobile et sur les alcools, d'une fraction des droits de consommation sur le tabac et les boissons alcooliques et enfin de l'ensemble des contributions dues par l'industrie pharmaceutique. Ces taxes affectées ont quatre objectifs, qui ne sont pas exclusifs, mais qu'il est intéressant de bien distinguer :

- un objectif financier : la taxe répond alors purement et simplement au souci de fournir des ressources à la sécurité sociale ;
- un objectif d'« internalisation » du risque lié à certains comportements : on souhaite taxer un bien ou un service dont la consommation peut se traduire par des dépenses d'assurance maladie ;
- un objectif de prévention ou d'« évitement » : on entend, par une taxe spécifique, réduire la consommation de certains biens et, par là-même, réduire les dépenses d'assurance maladie qui lui sont liées ;
- un objectif de « réduction de l'offre » : la taxe incite à diminuer l'offre de prescription de soins.

Aujourd'hui, le montant du total des taxes affectées à l'assurance maladie est assez faible : 24,5 MdF (3,7 Md€) en 2000, soit environ 3 % de ses dépenses. Mais cela ne dispense pas d'examiner leur efficacité au regard des finalités qui leur ont été assignées, même si le bilan s'avère difficile à établir, les outils d'analyse n'ayant pas toujours été mis en place.

A – Des finalités différentes

La première taxe de ce type a été, en 1967, la cotisation sur les primes d'assurance automobile. Puis ont suivi les cotisations, contributions et taxes sur les boissons alcooliques (à partir de 1983 également), sur l'industrie et la distribution pharmaceutiques (à partir de 1983), enfin sur les tabacs (à partir de 1997, couplée avec une politique de hausse des prix) (tableau ci-après).

Date de création, montants (MF et M€) et bénéficiaires des taxes affectées à l'assurance maladie

Taxes affectées à l'assurance maladie	Date de création	Bénéficiaires et montants (MF et (M€) en 2000*
Cotisation sur les primes d'assurance automobile (Art. L 213.1 Cass.)	Ordonnance du 21 août 1967	CNAMTS 4 687 (714,5)
Cotisation sur les boissons alcooliques (Art. L 245-7 CSS)	Loi du 19/1/1983	CNAMTS 2 364 (360,4)
Contribution due par les laboratoires sur leurs dépenses de publicité (Art. 245-1 et suivants CSS)	Loi du 19/1/1983	CNAMTS 1 214 (185,1)
Contribution due par les grossistes répartiteurs et les laboratoires sur leurs ventes (Art. L 138-1 et suivants CSS)	Loi du 12/4/1996	CNAMTS /CANAM /Régimes d'assurance maladie des professions agricoles 2 608 (397,6)***
Taxe additionnelle sur les ventes directes des laboratoires (Art. L 245-6-1 et suivants CSS)	LFSS pour 1997	CNAMTS 180 (27,4)
Affectation des droits de consommation sur les tabacs (Art. L 575 CGI)	LFSS pour 1997	CNAMTS/FOREC/FCAATA 7 883 (1 201,8)
Affectation des droits de consommation sur les alcools (Art. L 403 CGI)	LFSS pour 1997	FOREC/FSV/Corse/BAPSA : Régimes obligatoires d'assurance maladie 5 448 (830,5)
Taxe sur les PREMIX	LFSS pour 1997	CNAMTS 1 (0,2)
Clause de sauvegarde** (Art L 138-10 CSS)	LFSS pour 1999	CNAMTS /CANAM /Régimes d'assurance maladie des professions agricoles 75 (11,4)

* pour le régime général.

**A la charge des laboratoires non conventionnés avec le comité économique pour les produits de santé. CASS (code des assurances), CSS (code de la sécurité sociale), CGI (code général des impôts).

*** Cette somme inclut une contribution exceptionnelle de 1,2 MdF (0,2 Md€), en 2000, des laboratoires sur leur chiffre d'affaires de 1999.

1 – La recherche d'un équilibre entre dépenses et ressources avec la cotisation sur les primes d'assurance

C'est pour compenser les dépenses supplémentaires occasionnées par les accidents de la route à l'assurance maladie, en complément du produit des recours contre tiers, qu'a été créée la cotisation sur les primes d'assurance des véhicules terrestres à moteur (dont le taux a été fixé

initialement à 3 %)100. En 1985, huit mutuelles et compagnies d'assurance se sont appuyées sur cette finalité pour déposer un recours devant le Conseil d'État visant à l'annulation du décret portant le taux de la cotisation de 12 à 15 %. Elles ont en effet estimé que la compensation des dépenses supplémentaires liées aux accidents automobiles était déjà obtenue avec un taux de 12 %101.

La dernière estimation date malheureusement de 1994102 : elle a chiffré le coût global des accidents de la route pour la sécurité sociale à un niveau compris entre 7,8 et 8,9 MdF pour 1994. Les recettes équilibraient alors les dépenses ainsi estimées avec cependant, pour ces dernières, une marge d'erreur pouvant aller, selon la commission, jusqu'à 25 %.

Depuis 1994, aucune étude n'a été conduite pour évaluer les dépenses de l'assurance maladie induites par des accidents de la route. Les recettes procurées à la fois par la cotisation et le produit des recours contre tiers103 liés aux accidents de la route se sont élevées en 1999 à 10,1 MdF (1,5 Md€) – dont une petite moitié 4,6 MdF (0,7 Md€) pour la taxe. Au cours des dernières années, la taxe a évolué moins vite (0,4 % en moyenne par an de 1993 à 1999) que le produit des recours contre tiers (1,7 %).

2 – L'affichage d'objectifs de santé publique avec les taxes sur le tabac et l'alcool

« En raison des risques que comporte l'usage immodéré de ces produits pour la santé », une cotisation sur le tabac et les boissons alcooliques a été instituée par la loi du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale au profit de la CNAMTS.

100. Elle est due par toute personne physique ou morale qui, soit en qualité d'employeur, soit en qualité d'affilié, cotise à un régime obligatoire d'assurance maladie ou bénéficie d'un tel régime en qualité d'ayant droit et qui est soumis à l'obligation d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur.

101. Le Conseil d'État, par arrêt du 26 octobre 1990 n'a pas annulé les dispositions du décret, jugeant qu'il ne ressortait pas du dossier que le montant de la taxe soit hors de proportion avec les charges qu'elle devait couvrir.

102. Estimation faite par une commission présidée par M. Bergeras, conseiller maître à la Cour des comptes.

103. Les données sur les recours contre tiers, communiquées par la CNAMTS, concernent les sommes mises à charge et non les montants recouverts. Elles intègrent l'indemnité forfaitaire pour frais de gestion.

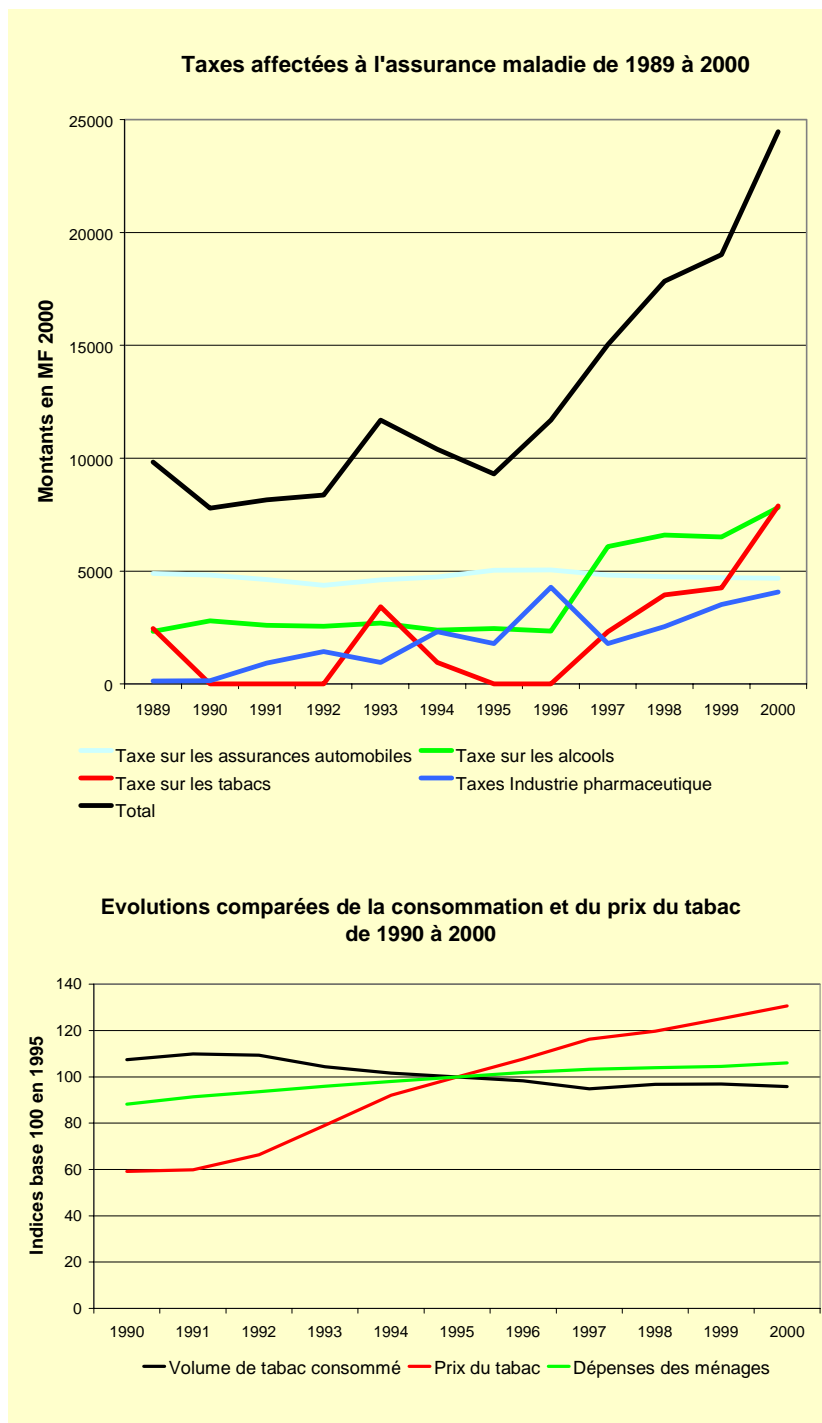
La cotisation sur le tabac a été abrogée par la loi du 9 juillet 1984 pour non-conformité au droit communautaire. Suite à cette décision, les pouvoirs publics ont privilégié la hausse des prix du tabac et, à partir de 1997, l'affectation à l'assurance maladie d'une part croissante des droits de consommation sur le tabac jusqu'en 2000. En 1998 notamment, une augmentation du prix du tabac accompagnée d'une rénovation du système fiscal s'y appliquant et d'une augmentation de la part des droits revenant à la CNAMTS ont été retenues de préférence à la création d'une taxe de santé publique, prévue par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1998 pour dissuader de la consommation du tabac.

Par ailleurs, les droits de consommation sur l'alcool, qui n'avaient pas été modifiés depuis 1993, ont été relevés par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 de 4,9 % et une fraction rattachée à l'assurance maladie. Une taxe nouvelle sur les PREMIX, boissons obtenues par mélange préalable de boissons alcoolisées et non alcoolisées, a été créée par la même loi, avec pour seul objectif de faire disparaître un risque, celui d'inciter des jeunes à consommer ce type de boisson alcoolisée, avec pour conséquence celle d'éradiquer le produit concerné et pour corollaire des recettes faibles. Si l'ensemble de ces décisions a bien correspondu à la poursuite d'objectifs sanitaires, force est de constater qu'il n'en est pas de même pour la fiscalité s'appliquant aux boissons alcoolisées : à degré d'alcool égal, le vin est moins taxé que les alcools. De même, l'objectif financier a prévalu sur celui de santé publique dans les décisions prises en matière d'affectation des droits prélevés sur ces produits. Pour le tabac, si la part des droits de consommation affectée à la CNAMTS a progressé jusqu'en 2000¹⁰⁴ où ils s'élèvent à 15,99 %, la loi de financement pour 2001 les a ramenés à 2,61 % suite au transfert de 97 % de ces droits au FOREC.

3 – La réduction de l'offre et l'augmentation des ressources avec les taxes de l'industrie pharmaceutique

Les deux principales taxes sur l'industrie pharmaceutique portent sur les dépenses de publicité des laboratoires, depuis 1983, et sur les ventes réalisées par les grossistes répartiteurs, cette taxe ayant été créée à titre exceptionnel en 1991, pérennisée en 1996 puis étendue en 1997 aux ventes directes des laboratoires qui connaissaient alors un développement important.

104. Le pourcentage était de 6,39 % en 1997 et de 9,10 % en 1998 et 1999.



La loi de financement pour 1998 a créé une taxe additionnelle sur les ventes directes. Une contribution nouvelle a été instituée en 1999 avec une finalité différente des autres taxes s'appliquant à l'industrie pharmaceutique puisqu'elle ne concerne que les laboratoires qui n'ont pas passé de convention avec le comité économique pour les produits de santé, lesquels sont en nombre de plus en plus limité (27 en 1999 et 18 en 2000). Les entreprises conventionnées restent néanmoins soumises au versement de remises (cf. à ce propos *supra*, chapitre II, p. 85) à l'assurance maladie.

B – Une efficacité variable

1 – L'efficacité financière

Selon le rapport de la commission des comptes, les quatre taxes – assurances automobiles, alcools, tabacs, industries pharmaceutiques – s'élevaient en 2000 à respectivement 4,7 MdF (0,7 Md€), 7,8 MdF (1,2 Md€), 7,9 MdF (1,2 Md€) et 4,1 MdF (0,6 Md€), soit au total, à 24,5 MdF (3,7 Md€). Ces montants correspondent aux encaissements effectivement réalisés par l'ACOSS au 31 décembre de l'année.

En dix ans, le produit des taxes affectées au régime général a progressé de 93,3 % en francs constants, soit 6,8 % par an, ce qui est rapide (graphique ci-avant). L'évolution n'est cependant pas régulière (sauf peut-être pour la cotisation sur les assurances automobiles) et reflète les dispositions ponctuelles prises chaque année pour chaque taxe. Elle devient cependant moins heurtée à partir de 1996, période qui voit la création ou la pérennisation de nouvelles contributions, les taxes sur l'industrie pharmaceutiques notamment, le rattachement à l'assurance maladie d'une fraction des droits sur le tabac et l'alcool et enfin l'amélioration du rendement de ces taxes par un accroissement de leur taux ou de leur assiette. C'est en particulier le cas de la taxe sur la publicité pharmaceutique.

a) Le rapprochement avec les dépenses de l'assurance maladie

Pour ce qui concerne l'évaluation du coût du tabagisme et de l'alcoolisme, les études économiques restent rares et le plus souvent contradictoires, posant à la fois des problèmes de méthodologie et de disponibilité des données. La plus récente, réalisée en 2000 par l'observatoire français des drogues et des toxicomanies évalue le coût social de l'alcool à un montant compris entre 97 MdF (14,8 Md€) et 115 MdF (17,5 Md€) et celui du tabac entre 58 MdF (8,8 Md€) et 89 MdF

(13,6 Md€)¹⁰⁵. Or, le produit des taxes perçues par la sécurité sociale au titre de la consommation et la circulation de boissons alcoolisées, comprenant les vins et bières, et affectées à l'assurance maladie s'élève en 1999 à 6,4 MdF (1,0 Md€) (et à 19,1 MdF (2,9 Md€) si on retient toutes les taxes de cette espèce, affectées à la sécurité sociale et pas seulement à l'assurance maladie)¹⁰⁶. En ce qui concerne le tabac, la part affectée à la CNAMTS, soit 9,10 % en 1999, s'élève à 4,3 MdF (0,7 Md€) et se limite en 2001 à 2,61 %. On ne peut que souligner l'écart entre l'évaluation du coût du tabagisme et de l'alcoolisme – quelle que soit l'imprécision de cette évaluation – et le produit des taxes correspondantes rattachées à l'assurance maladie¹⁰⁷.

b) Le rendement des taxes déclaratives est minoré par l'insuffisance des contrôles

Les taxes affectées sont recouvrées selon différentes modalités : par la direction générale des douanes et des droits indirects pour ce qui concerne l'alcool et le tabac et par l'ACOSS pour les taxes pharmaceutiques et la cotisation sur les primes d'assurance automobile. Le décret relatif au recouvrement direct du 31 mai 1997 a donné pleine compétence à l'ACOSS, assistée en tant que de besoin par les URSSAF, pour contrôler les taxes de nature déclarative dont elle assurait le recouvrement.

Or, alors même que la convention d'objectifs et de gestion de l'ACOSS, signée pour la période 1998 à 2001, retient pour objectif le contrôle sur pièces ou sur place de chaque déclarant avant la fin de l'année 2001, le bilan des actions conduites reste très en retrait des objectifs fixés. Comme l'indique l'ACOSS dans sa réponse, sur 110 laboratoires pharmaceutiques, 70 auront été effectivement contrôlés entre 1998 et 2001 pour un montant de redressement évalué à 400 MF (61,0 M€).

105. Cette étude, en visant à cerner un coût social, ne fait intervenir que les dépenses engagées par les agents privés ou publics sans prendre en compte l'aspect « recettes » ou « bénéfiques » lié à la consommation de ces substances. C'est un coût global, et pas seulement le coût pour l'assurance maladie.

106. Les droits de consommation sur l'alcool sont répartis entre la CNAMTS (45 %) et le FOREC (55 %) ; les autres droits portant sur la production et la circulation des boissons, revenant au FSV de 1994 à 1999, sont à partir de 2000 intégralement affectés au FOREC.

107. Le produit global (et pas seulement affecté à la sécurité sociale) est cependant beaucoup plus élevé : 53,3 MdF (8,1 Md€) pour le tabac, et 19,1 MdF (2,9 Md€) pour l'ensemble des droits perçus sur les boissons alcoolisées.

Sur les 14 laboratoires auxquels l'ACOSS a adressé une notification de redressement, 7 ont déposé un recours auprès du tribunal des affaires de sécurité sociale. Le taux de redressement moyen est de 22 % pour 1998 (pour un montant de 24,9 MF) et de 36 % pour 1999 (pour un montant de 32,5 MF (5,0 M€)).

Différentes raisons sont avancées par l'ACOSS pour expliquer ce retard. Elles sont liées en premier lieu à des difficultés d'interprétation des textes, notamment pour ce qui concerne la taxe sur la publicité et la définition de son assiette. Alors que l'ACOSS a constaté lors de ses premiers contrôles que les laboratoires interprétaient de manière restrictive les textes, ne retenant que les frais directement liés à la prospection et ce, auprès des seuls prescripteurs de médicaments, le ministère de l'emploi et de la solidarité, saisi par l'ACOSS, s'est prononcé en faveur d'une interprétation plus extensive.

Outre les difficultés rencontrées par les inspecteurs de l'URSSAF dans la conduite des contrôles, l'ACOSS devrait s'interroger sur l'organisation la plus adaptée pour optimiser ces contrôles. Il n'est pas sûr que le choix de 27 inspecteurs répartis dans quatre URSSAF ayant chacun peu de dossiers en charge, deux ou trois au plus par an, alors que leur traitement requiert une technicité particulière, soit la meilleure solution.

2 – L'efficacité en termes de santé¹⁰⁸

On peut rappeler quelques-unes des conclusions de travaux existants sur l'efficacité de ces taxes en termes de santé, sans que la Cour ait procédé elle-même à une investigation spécifique.

a) Le cas des boissons alcoolisées

Les statistiques établies par l'institut de recherches scientifiques sur les boissons pour mesurer l'évolution de la consommation d'alcool font apparaître une décroissance de la consommation d'alcool : de 1970 à 1998, le nombre de litres d'alcool pur consommé chaque année par Français de plus de 15 ans passe de 15 à 11. Cependant, alors que la consommation des vins décroît, celle des spiritueux et des bières progresse. Le choix des consommateurs se porte par ailleurs plus volontiers sur les vins d'appellation contrôlée et sur des alcools tels que le

¹⁰⁸. Le bilan des taxes de l'industrie pharmaceutique est évoqué dans le rapport de la Cour sur le financement de la sécurité sociale de septembre 1999 à propos de la distribution des médicaments, et dans le présent rapport, *supra*, chapitre II, p. 85, à propos du médicament.

whisky, le gin et la vodka. D'autre part, la décroissance de la consommation globale d'alcool, si elle est marquée de 1970 à 1990, semble se stabiliser, voire amorcer une légère reprise de 1994 à 1998, alors même qu'un plan de lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme a été présenté par le gouvernement en 1990, la loi Evin constituant le volet législatif de cet ensemble.

Le volet « alcool » de la loi Evin s'est avéré beaucoup moins contraignant que le volet « tabac », les amendements successifs ayant vidé la loi d'une partie de sa substance, comme le souligne le rapport d'évaluation de cette loi¹⁰⁹. Les taxes sur les boissons alcoolisées ont été peu utilisées comme instrument de lutte contre l'alcoolisme.

b) Le cas du tabac

De nombreuses études ont confirmé que le tabagisme constituait un facteur majeur de risque de pathologies graves, au premier rang desquelles figure le cancer et que celui-ci pourrait être réduit par une baisse de la consommation de tabac¹¹⁰. Depuis 1990, les ventes de tabac chutent en volume (graphique ci-avant). La consommation de tabac diminue régulièrement parmi les hommes (35 % d'entre eux disent fumer régulièrement, contre 47 % en 1980) alors qu'elle augmente parmi les femmes (22 % disent fumer régulièrement, contre 17 % en 1980).

La baisse résulte notamment de la mise en œuvre d'une politique délibérée de hausse des prix. L'élasticité à long terme de la consommation de tabac au prix peut d'ailleurs être estimée à - 0,3 : cela signifie que, sans préjuger de l'impact des autres variables - revenu des ménages, effets de mode, ... -, une hausse des prix de 1 % se traduit, au total et au bout d'un certain temps, par une baisse de la consommation de 0,3 %.

Dans cette ligne, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, suite au dépôt du rapport du député M. Recours, prévoit de renforcer la lutte contre le tabagisme avec une hausse du prix du tabac d'au moins 5 % par an au cours des années 2000-2002.

109. La loi de lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. Rapport d'évaluation élaboré par la commission d'évaluation présidée par M. G. Berger, président de chambre à la Cour des comptes, Commissariat général du Plan, octobre 1999.

110. Le rapport de la Cour sur le financement de la sécurité sociale de septembre 2000 a présenté la politique de lutte contre le tabagisme à propos de la politique de prévention et de dépistage des cancers.

SYNTHESE

Si la création des taxes affectées répondait initialement à des finalités qui n'étaient pas strictement financières mais aussi sanitaires, l'objectif d'équilibre des comptes de la sécurité sociale intervient cependant en permanence dans la décision. La complexité et le caractère très évolutif des dispositions régissant une partie de ces taxes, notamment en matière d'affectation, ont contribué à réduire la lisibilité des finalités qui leur étaient assignées et à rendre parfois difficile leur gestion ou leur contrôle.

Leur montant s'est accru de manière régulière, mais reste faible par rapport au total des recettes et aux enjeux de politique de santé publique. En outre, il est affecté par le nombre limité des contrôles effectués par l'ACOSS sur les taxes déclaratives.

Bien que leur incidence en matière de santé soit difficile à isoler des autres mesures prises en matière de lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, les indicateurs disponibles montrent que la politique volontariste menée en matière de lutte contre le tabagisme, notamment à partir d'une action sur les prix, porte des fruits.

RECOMMANDATIONS

1. Conduire régulièrement une étude sur le coût des accidents de la route pour l'assurance maladie afin d'ajuster, le cas échéant, le taux de la cotisation appliquée aux primes d'assurance automobile.

2. Développer les évaluations des effets des politiques de prix et de taxation des boissons alcoolisées et du tabac et les études de coût des pathologies générées par la consommation de ces produits.

3. Exiger de l'ACOSS qu'elle renforce ses contrôles en matière de recouvrement des taxes sur les laboratoires pharmaceutiques et sur les sociétés d'assurance, comme prévu dans sa convention d'objectifs et de gestion avec l'Etat.

Chapitre VI

Les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale

PRESENTATION

La complexité des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale est le signe le plus net à la fois du désordre où l'on est parvenu et de la nécessité de réformes : les flux de financement croisés, les dettes et restes à recouvrer qui en résultent, les règles hétérogènes de facturation des services rendus par l'Etat à la sécurité sociale, et par la sécurité sociale à l'Etat, l'existence de fonds à vocations très disparates, multiples, financés de façon diverse et variable d'une année sur l'autre, l'existence de structures « à part », qui ne sont ni dans l'Etat ni dans la sécurité sociale, mais qui jouent un grand rôle comme la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), tout tend à rendre la situation incompréhensible. Le chapitre s'efforce cependant de mettre de la clarté dans cet enchevêtrement, d'abord en posant quelques principes (première section), puis en étudiant de façon plus approfondie les points évoqués.

I – Le cadre général

Les organismes de sécurité sociale sont des institutions autonomes, à statut privé – à l'exception des caisses nationales du régime général – qui sont dotées de ressources propres. Jusqu'à la fin des années soixante-dix, les relations financières avec l'Etat étaient réduites à trois types de versements : d'une part, le paiement par l'Etat (en tant qu'employeur) des cotisations d'assurance maladie, effectuées directement auprès de l'ACOSS, d'autre part le paiement de la différence entre les cotisations et les prestations familiales directement versées par l'Etat aux agents publics, enfin le versement de subventions de l'Etat (en tant que puissance publique) à certains régimes déficitaires, notamment le régime agricole.

Ces deux dernières décennies, ces relations sont devenues à la fois plus nombreuses et plus complexes pour trois raisons : l'affectation aux organismes sociaux de ressources de nature fiscale, le remboursement de prestations à la charge de l'Etat mais gérées par ces organismes, enfin, le remboursement d'exonérations de cotisations sociales décidées par l'Etat.

Dans son rapport au Parlement de septembre 1999, la Cour avait critiqué la présentation des recettes qui sert de base au vote de la loi de financement de la sécurité sociale, et qui distingue : cotisations effectives, cotisations fictives, contributions publiques, impôts et taxes affectées, transferts reçus, revenus de capitaux et autres ressources. Cette classification ne permet de repérer ni la participation de l'Etat au financement de la sécurité sociale selon qu'il agit en tant qu'employeur et

gestionnaire des retraites de ses agents ou en tant que puissance publique, ni les opérations de trésorerie lorsque la sécurité sociale agit pour le compte de l'Etat.

En outre, l'analyse des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale est obscurcie par les différentes modalités de comptabilisation des contributions publiques, selon que la ressource ou la prestation préexistait au transfert ou qu'il s'agit d'une création ex-nihilo.

Lors de la création de la CSG, dont la loi a reconnu le caractère fiscal, le choix qui a consisté à affecter directement ce prélèvement aux organismes bénéficiaires sans l'inscrire en recettes et dépenses du budget de l'Etat, répondait à un double souci : garantir les ressources propres des organismes sociaux, quelle que soit leur nature sociale ou fiscale, d'une part ; ne pas créer de transferts superfétatoires entre le budget de l'Etat et la sécurité sociale, d'autre part. Toutefois, du fait du caractère fiscal de la ressource, son recouvrement doit être autorisé annuellement en loi de finances et figure à ce titre dans les voies et moyens annexés à la loi de finances.

De même, lors de la création du RMI, le législateur a distingué l'organisme gestionnaire de la prestation, en l'occurrence les caisses d'allocations familiales, de la nature de la prestation, considérée comme une prestation d'Etat et non comme une prestation de sécurité sociale. Ni le RMI ni l'AAH ne sont dans le champ de la sécurité sociale. Mais ils sont traités de façon contradictoire : le RMI est inscrit dans le budget de l'Etat, mais non dans les comptes sociaux¹¹¹. Le remboursement du budget à la CNAF correspond donc uniquement à une opération de trésorerie. A l'inverse, l'allocation aux adultes handicapés (AAH), gérée également par les caisses d'allocations familiales, donne lieu à un remboursement de l'Etat à la CNAF et est intégrée dans les dépenses de la branche famille, bien qu'elle ne soit pas considérée comme une prestation familiale.

L'affectation aux régimes sociaux de ressources fiscales et au budget de l'Etat d'une prestation financée sur ressources budgétaires respecte l'une et l'autre le principe d'autonomie des caisses de sécurité sociale par rapport à l'Etat. Dans un cas, il y a bien affectation d'une ressource propre, dans l'autre, la gestion de la prestation par la CNAF donne lieu à un flux de trésorerie, non à un transfert entre l'Etat et la CNAF. Il n'en va pas de même des subventions à certains régimes de retraite et du remboursement de la majoration de l'allocation de rentrée scolaire (ARS) ou plus récemment de l'allocation de parent isolé (API),

111. Cela ne couvre pas, en outre, les dépenses d'insertion liées aux dispositifs du RMI et qui sont à la charge des départements.

considérées comme des prestations familiales financées par des crédits budgétaires, ou encore du remboursement des exonérations de cotisations sociales également financées sur crédits budgétaires. Celles-ci constituent de véritables transferts inscrits à la fois en dépenses du budget de l'Etat et en recettes des régimes sociaux.

La montée en charge des exonérations a pu donner le sentiment d'une budgétisation progressive de la sécurité sociale. Mais surtout, elle multiplie les flux croisés entre l'Etat et la sécurité sociale. Les dépenses et recettes du budget de l'Etat s'en trouvent majorées sans que celles des régimes sociaux soient réduites, sans incidence toutefois sur le taux global de prélèvements obligatoires ni sur le déficit global des administrations publiques au sens du traité de Maastricht.

Au total, les relations entre l'Etat et la sécurité sociale peuvent être synthétisées comme dans les deux encadrés ci-dessous. Cette présentation reste toutefois incomplète dans la mesure où elle ne retrace pas les dépenses fiscales réalisées au titre des politiques sociales. Une évaluation de leur montant et une étude détaillées en sont présentées *infra*.

La contribution de l'Etat à la sécurité sociale

L'Etat employeur et gestionnaire de ses retraites

Les *charges sociales* de l'Etat employeur figurent en dépenses dans le budget de l'Etat au chapitre rémunération et en recettes des régimes sociaux : il s'agit du paiement des cotisations maladie - effectué désormais directement par le réseau du Trésor public aux URSSAF - de l'apurement des cotisations familiales dues par l'Etat et du versement de la charge nette de compensation vieillesse.

L'Etat puissance publique

Les *impôts et taxes affectées* aux régimes sociaux sont votés en loi de finances, mais ne figurent pas en recettes du budget de l'Etat (et cela indépendamment des modes de recouvrement par les services fiscaux ou par les régimes sociaux) : part des taxes sur le tabac et l'alcool reversées à la sécurité sociales, CSG, CRDS, prélèvement sur les revenus du capital.

Les *subventions d'équilibre* des régimes et les *remboursements de prestations sociales* ou *d'exonérations de cotisations* sont à la fois inscrits en dépenses dans le budget de l'Etat et en recettes des régimes de sécurité sociale.

La sécurité sociale, gestionnaire pour le compte de l'Etat

Le *RMI*, créé comme une prestation d'Etat, est inscrit en dépense dans le budget de l'Etat mais ne figure pas dans les comptes des régimes sociaux. Toutefois, il donne lieu en trésorerie à un transfert entre l'Etat et l'ACOSS, au titre du remboursement des prestations que la CNAF verse aux bénéficiaires du RMI pour le compte de l'Etat. L'AAH devrait être traitée de la même façon que le RMI, mais elle ne l'est pas pour des raisons historiques.

A – La création de fonds

La multiplication, au cours des dernières années, de différents fonds destinés à recevoir des ressources jusqu'ici directement attribuées aux organismes sociaux (FSV) ou créées pour prendre en charge une dépense nouvelle (FOREC, fonds de réserve des retraites¹¹²) constitue un élément supplémentaire de complexité. Ces fonds introduisent un écran entre l'Etat et les régimes sociaux et visent à mieux circonscrire les ressources et les dépenses consacrées à l'objet pour lequel ils ont été créés.

La transformation d'une dépense inscrite au budget de l'Etat - au titre, par exemple, du remboursement des exonérations de cotisations sociales - en une ressource propre des régimes sociaux, n'est pas liée à l'existence ou non d'un fonds. Une telle opération est neutre pour la sécurité sociale, dès lors que les montants sont identiques. En revanche, elle se traduit pour le budget de l'Etat par une diminution concomitante des dépenses et des recettes. En première lecture, elle s'analyse donc comme une débudgétisation. Dans la mesure où cette transformation vise à mieux tracer la frontière entre l'Etat et la sécurité sociale, elle constitue un facteur de transparence. La création de fonds y contribue. Toutefois, la pratique des dernières années tend à s'écarter de cet objectif.

L'expérience malheureuse du FOREC montre les difficultés auxquelles se heurte la mise en œuvre de l'idée même de fonds. Dès lors que les droits ne sont pas limitatifs et que les recettes ne peuvent être que prévisionnelles, la réalisation de l'équilibre, qui découle de leur autonomie juridique, ne peut être qu'incertaine. La section 2 du présent chapitre dresse la liste des fonds existants ou prévus et tente d'en évaluer l'intérêt et la pertinence tant pour l'Etat que pour la sécurité sociale.

112. Le Fonds a été créé comme une section du FSV, mais bénéficie de recettes propres et est identifié en tant que tel dans les documents annexés à la loi de finances.

De plus, l'objectif de transparence ne peut être atteint que s'il est possible de définir la nature des recettes affectées aux fonds et d'assurer leur stabilité dans le temps. Or, l'affectation des ressources fiscales est marquée par une rare complexité et par une grande instabilité, comme l'illustrent le graphique et le tableau ci-après.

La CSG (370 216 MF (56 439,1 M€) en 2000) est ainsi répartie entre les régimes obligatoires d'assurance maladie, la CNAF et le FSV. Lors de sa création, le FOREC s'est vu affecter la majeure partie des droits sur le tabac (49 309 MF (7 517,1 M€)) et sur les alcools (12 210 MF (1 861,4 M€)), auparavant attribués aux régimes maladie. Or, s'agissant de financer des exonérations de cotisations sociales, dans la logique de la substitution entre cotisations sociales et CSG, il aurait été préférable de le faire par un apport de CSG et de maintenir aux régimes maladie l'affectation des taxes sur le tabac et les alcools qui contribuent à la réalisation d'objectifs de santé publique.

L'affectation de diverses ressources d'origine fiscale

en MF et (M€)

	2000		2001	
CSG	CNAMTS	247 874	CNAMTS	260 956
2000 : 370 216 (56 439,1)	CNAF	56 073	CNAF	57 503
2001 : 379 567 (57 864,6)	FSV	66 269	FSV	61 108
2 % capital	CNAMTS	882	CNAMTS	néant
2000 : 11 030 (1 681,5)	CNAF1	434	CNAF	néant
2001 : 11 500 (1 753,2)	CNAV	3 309	CNAV	3 450
	FRR	5 405	FRR	5 750
			FSV	2 300
Taxes tabac	CNAMTS	8 379	CNAMTS	1 512
2000 : 49 309 (7 517,1)	Fonds amiante	205	Fonds amiante	210
2001 : 53 800 (8 201,8)	FOREC	40 725	FOREC	52 078
Droits alcools	CNAMTS	7 750	CNAMTS	7 943
2000 : 18 936 (2 886,8)	BAPSA	118	BAPSA	120
2001 : 19 633 (2 993,0)	FOREC	11 068	FOREC	11 570
Conventions d'assurance*			CNAMTS	5 236
2001 : 11 490 (1 751,6)	néant		CNAF	1 104
			FOREC	3 990
			FSV	1 160

Source : Bilan des relations financières entre l'Etat et la protection sociale.

* Cette mesure ayant été annulée par le Conseil constitutionnel, seule subsiste l'affectation au FOREC. Les autres sommes ont été placées dans un compte d'attente.

B – Une information trop peu lisible

La difficulté à appréhender correctement la nature des relations entre l'Etat et la sécurité sociale ne tient pas seulement à la diversité des règles, à la multiplicité des affectations et à leur instabilité dans le temps, laquelle a eu pour effet, ces dernières années, de modifier le périmètre des dépenses publiques. Elle résulte aussi de la nature des documents annexés tant à la loi de finances qu'à la loi de financement de la sécurité sociale, dont aucun ne retrace ces relations précisément et de façon immédiatement lisible.

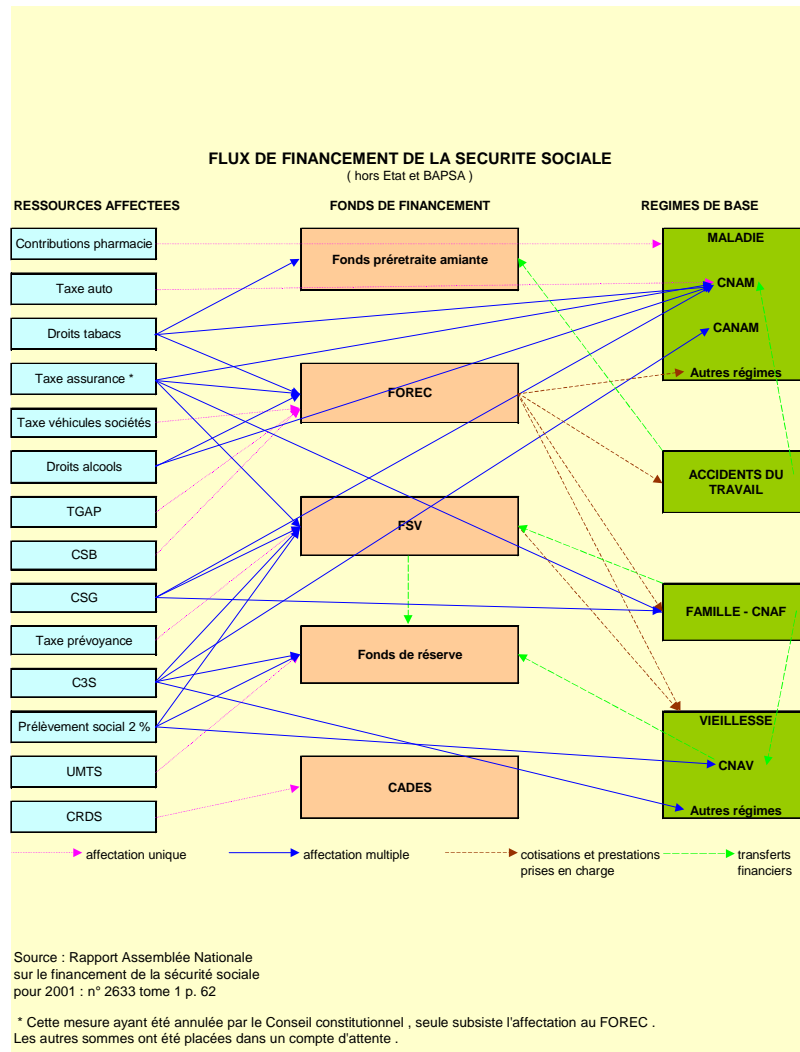
L'article 40 de la loi de finances rectificative pour 2000, du 13 juillet 2000, a fait obligation, à compter de 2001, de fournir en annexe au projet de loi de finances, « un rapport sur les relations financières entre l'Etat et la protection sociale au cours du dernier exercice clos, de l'exercice en cours et de l'exercice à venir ». La création de ce « jaune », intitulé « bilan des relations financières entre l'Etat et la protection sociale », remplace trois documents qui recensaient auparavant de façon séparée les impositions affectées aux organismes de sécurité sociale, les flux budgétaires de l'Etat en faveur des régimes spéciaux et « l'effort social de la nation ».

Si ce nouveau document donne une vision synthétique des relations entre l'Etat et la protection sociale, il introduit plusieurs éléments qui rendent ces relations peu lisibles et conduisent à une évaluation des « engagements financiers de l'Etat » qui englobent des charges budgétaires de nature différente et débordent largement de ce qui constitue une charge nette pour le budget de l'Etat.

D'une part, il inclut dans le champ de la protection sociale les charges qui incombent à l'Etat employeur et totalise aussi bien les versements effectués au titre du paiement des charges sociales et de la compensation aux régimes vieillesse, que les pensions civiles et militaires versées directement par l'Etat à ses agents sans déduire les cotisations vieillesse des fonctionnaires civils et militaires inscrites en recettes de l'Etat (29 500 MF (4 497,3 M€))¹¹³ ;

D'autre part, le champ de la protection sociale retenu dans le « jaune » est une notion extrêmement large, qui inclut à côté de l'ensemble des régimes de sécurité sociale de base et complémentaires et des structures qui concourent directement ou indirectement à leur

113. Alors que dans le cas des charges de pensions des ouvriers de l'Etat, le document ne retient que la contribution d'équilibre de l'Etat, hors cotisations salariés et employeurs. Cf. *Le bilan des relations financières entre l'Etat et la protection sociale*.



financement, l'assurance chômage, les contributions de l'Etat au financement des préretraites, mais aussi la CADES pour la CRDS et le RMI pour le montant des dépenses inscrites au budget de l'Etat. En ce qui concerne la CADES, le document ne fait pas apparaître le montant de 12,5 MdF (1,9 Md€) qu'elle verse à l'Etat au titre de l'amortissement de la partie de la dette prise en charge par l'Etat ; en ce qui concerne le RMI, la relation avec la CNAF est purement de trésorerie.

Relations financières entre l'Etat et la protection sociale

(estimations pour l'année 2000)

en MF et (M€)

	Engagements sociaux de l'Etat*	Charges nettes du budget	Recettes des régimes sociaux
Champ de la sécurité sociale			
- Etat employeur			
. cotisations et compensation	68 819	68 819	68 819
- Etat puissance publique			
. impôts et taxes affectées			
hors CRDS	494 336		494 336
CRDS	28 742		28 472
. recettes non fiscales	7 719		
. cotisations et prestations	94 586	94 586	94 586
prises en charge			
. subventions aux régimes	31 365	31 365	31 365
Total	725 567 (110 612,0)	194 770 (29 692,5)	717 578 (109 394,1)
Hors champ sécurité sociale			
- Etat employeur			
. pensions**	193 956	193 956	
. cotisations des fonctionnaires		- 29 000	
- Etat puissance publique			
. RMI	28 700	28 700	
. prestations prises en charge	27 903	27 903	
. versement CADES au budget		- 12 500	
Total	250 559 (38 197,5)	209 059 (31 870,8)	
Total général	976 126 (148 809,4)	403 829 (61 563,3)	717 578 (109 394,1)

Source : *Projet de loi de finances pour 2001.*

* figurant au « jaune ».

** Ce poste regroupe les pensions civiles et militaires (187 343 MF (28 560,3 M€)), la contribution d'équilibre de l'Etat au FSPOEIE (5 736 MF (874,5 M€)) et celle du budget de la Défense aux départs anticipés à la retraite (877 MF (133,7 M€)).

Le tableau ci-avant montre les différences qui résultent des différents champs. Le concept d'« engagements sociaux de l'Etat » rend compte de « l'effort social de la Nation ». Il déborde du champ strictement budgétaire comme de celui des régimes de sécurité sociale. En 2000, les estimations annexées au projet de loi de finances chiffrent ces engagements à 976 126 MF (148 809,5 M€) (déduction non faite des cotisations versées par les fonctionnaires) alors que les charges nettes pour le budget de l'Etat (2^{ème} colonne du tableau) s'élèvent à 403 829 MF (61 563,3 M€), soit moins de la moitié. Si on se limite au champ de la sécurité sociale, ces charges nettes, en y incluant les cotisations et la compensation vieillesse versées au titre de l'Etat employeur, s'élèvent à 194 770 MF (29 692,5 M€), soit environ le cinquième des « engagements sociaux de l'Etat », tandis que l'ensemble des recettes budgétaires et fiscales en représentent les trois quarts, à 717 578 MF (109 394,1 M€), compte tenu des ressources d'origine fiscale dont bénéficient les régimes de sécurité sociale.

De son côté, la loi organique du 22 juillet 1996 relative aux lois de financement de la sécurité sociale a prévu la production, en annexe au projet de loi, de trois documents : l'annexe **c** récapitule les recettes et dépenses des régimes de base comptant plus de 20 000 cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres (en résultats pour l'exercice clos et en prévisions pour l'exercice en cours et celui à venir) ; l'annexe **d** retrace les ressources des régimes obligatoires de base par catégories de recettes (en prévisions pour l'exercice clos et celui en cours) ; enfin, l'annexe **g** présente les comptes de la protection sociale pour le dernier exercice avec une rétrospective sur cinq ans. Suite à la publication du « jaune » du projet de loi de finances, le projet de loi de financement ne présente plus de tableau synthétisant les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale¹¹⁴.

Aucun des documents actuellement disponibles ne répond par conséquent à la recommandation de la Cour, faite dans son rapport sur le financement de la sécurité sociale de septembre 1999, d'aboutir « à un document unique » retraçant les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale, qui serait annexé aux deux projets de loi. Les documents annexés à la loi de financement ne permettent pas de recouper de façon immédiate le « jaune » du projet de loi de finances. D'une part, les deux premières annexes à la loi de financement n'ont pas le même champ et ne comportent aucune présentation synthétique des relations entre les régimes sociaux et l'Etat ; d'autre part, l'annexe qui présente les comptes de la protection sociale ne porte que sur l'année précédente ; il en résulte

114. Sur les annexes c et d de la loi de financement, cf. le rapport de la Cour sur le financement de la sécurité sociale de septembre 2000.

qu'il n'existe aucun document annexé à la LFSS qui, pour l'année en cours et l'année à venir, présente les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale.

La Cour, qui a déjà regretté cette situation, insiste à nouveau pour que soit inclus dans les annexes obligatoires aux projets de loi de financement de la sécurité sociale et de loi de finances un document unique présentant de façon synthétique les relations entre l'Etat et la sécurité sociale, qui pourrait reprendre la présentation du tableau ci-dessus.

RECOMMANDATION

Créer un tableau unique, au sein des annexes aux projets de loi de finances et de loi de financement de la sécurité sociale, qui retrace les engagements sociaux de l'Etat, les charges nettes du budget qui en découlent et les recettes budgétaires et fiscales affectées aux régimes sociaux, en résultats pour l'exercice clos, et en prévisions pour l'exercice en cours et à venir.

REPNSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES PAGE 535

II – Flux de trésorerie et état des créances entre l'Etat et les régimes sociaux

L'Etat participe de manière significative au financement de la protection sociale. Comme dans les précédents rapports, cette section présente les résultats d'un examen de la Cour portant sur l'articulation de ses comptes avec ceux des organismes sociaux qui ont procédé au versement des prestations ou au décompte des cotisations exonérées dans le cadre de la politique de l'emploi.

A – Les transferts de l'Etat aux régimes

En 2000, les transferts directs de l'Etat vers les régimes de sécurité sociale se sont élevés à 164 MdF (25,0 Md€)¹¹⁵, soit une réduction de

115. Il s'agit de versements faits, au titre du budget de 2000, soit en 2000, soit pendant la période complémentaire à 2000, c'est-à-dire jusqu'au 26 janvier 2001. A noter également que sont prises en compte dans ce montant les dépenses budgétaires qui transitent par des fonds (en particulier pour l'aide au logement).

35 MdF (5,3 Md€) par rapport à 1999 qui s'explique principalement par le transfert au FOREC du financement de deux mesures emploi (voir infra) et par la réduction de 5,2 MdF (0,8 Md€) du financement par l'Etat de la majoration exceptionnelle de l'allocation de rentrée scolaire.

Ces 164 MdF (25,0 Md€) se décomposent en plusieurs catégories de dépenses :

l'Etat compense des exonérations de cotisations sociales décidées au titre de la politique de l'emploi pour 28,1 MdF (4,3 Md€) ;

l'Etat prend à sa charge certaines prestations pour 62,2 MdF (9,5 Md€), notamment le RMI (29,2 MdF (4,5 Md€)) et l'allocation aux adultes handicapés (26,4 MdF (4,0 Md€)) ;

l'Etat contribue au fonds spécial d'invalidité (1,6 MdF (0,2 Md€)), au FASTIF (0,9 MdF (0,1 Md€)), au fonds national de l'habitat (15,4 MdF (2,4 Md€)) et au fonds national de l'aide au logement (19,3 MdF (2,9 Md€)), pour des prestations versées par les régimes de sécurité sociale ;

l'Etat subventionne un certain nombre de régimes pour 35,0 MdF (5,3 Md€), notamment la SNCF (14,0 MdF (2,1 Md€)), le budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA) (6,1 MdF (0,9 Md€)) et le fonds spécial de pensions des ouvriers de l'Etat (5,4 MdF (0,8 Md€)), les invalides de la marine (4,6 MdF (0,7 Md€)) ;

enfin, l'Etat prend en charge certaines cotisations et prestations pour 1,8 MdF (0,3 Md€), notamment les prestations des pensionnés de guerre (1,3 MdF (0,2 Md€)).

B – Les sommes reçues par les régimes¹¹⁶

Les sommes retracées dans les trois tableaux suivants le sont en encaissement-décaissement sur l'année civile (1^{er} janvier-31 décembre). Elles n'incluent donc pas les versements faits en janvier 2001 au titre de la période complémentaire du budget 2000. Mais elles incluent des versements de l'Etat faits en janvier 2000 au titre de la période complémentaire 1999.

A - Exonérations de charges sociales compensées par le budget de l'État

en MF et (M€)

116. A l'exception des 35 MdF (5,3 Md€), de subventions directes de l'Etat à certains régimes, décrites ci-dessus).

LIBELLES	Total des versements de l'État sur l'exercice 2000 (1)	ACOSS (régime général)	CCMSA	UNEDIC	ARRCO	Autres régimes (CANAM, CNAVPL, CRPCEN, IRCANTEC)	Total des encaissements reçus en 2000 par l'ensemble des régimes
EMPLOI ET SOLIDARITE							
Contrats d'apprentissage	5 253,2	3 750,8 (2)	239,0	439,8	613,6	36,8	5 080,0
Contrats de qualification	2 407,1	2 347,0 (3)	48,8				2 395,9
Contrats initiative-emploi	4 364,7	4 108,9 (4)	183,5				4 292,4
Insertion par l'économique	225,6	220,0	5,6				225,6
Contrats de retour à l'emploi (métropole)	381,6	361,5	20,1				381,6
Incitation à la réduction du temps de travail, loi AUBRY du 13 juin 1998	2 293,3	2 251,7	41,6				2 293,3
Réduction dégressive des cotisations sociales patronales sur les bas salaires	1 121,5	484,9	586,7			50,0	1 121,5
Incitation à l'aménagement et à la réduction du temps de travail (loi du 11.06.96)	2 891,7	2 486,1	405,6				2 891,7
Réduc. des charges sociales plan textile-habillement	0,0	0,0					0,0
Embauche du deuxième au cinquantième salarié dans les entreprises situées en zones de revitalisation rurale ou de redynamisation urbaine	345,1	333,8 (5)	27,9				361,7
Dispositif en faveur des cinquante premiers salariés des entreprises situées en zone franche	1 169,8	1 135,9	5,8			28,10	1 169,8
Versements en application de la loi n° 96-1143 du 26 décembre 1996 relative à la zone franche de Corse	277,5	271,1	6,4				277,5
Correspondants locaux de la presse régionale ou départementale	0,6					0,6	0,6
Exonérations DOM (art. 4 de la loi n°94-638 du 25 juillet 1994) (b)	632,0	632,0					632,0
Contrats d'accès à l'emploi, champ Exo-DOM (art. 5 de la loi n° 94-638 du 25 juillet 1994) – Loi PERBEN	56,9	56,9					56,9
Dispositif en faveur des hôtels, cafés et restaurants (au titre de l'art. L.241-14 du code de la sécurité sociale)	189,7	189,7					189,7
Exonérations de cotisations d'allocations familiales	468,4	468,4					468,4
Exo. des cotisations de sécurité sociale des travailleurs non salariés non agric.	1,0					1,0	1,0
AGRICULTURE							
Plan global pêche	0,00	0,5					0,5
OUTRE-MER							
Contrats d'accès à l'emploi (DOM)	46,2	125,6 (6)					125,6
Contrats de retour à l'emploi (DOM)	0,0	0,0					0,0
Total des exonérations de cotisations	22 126,0 (3 373,1)	19 224,7 (2 930,8)	1 571,1 (239,5)	439,8 (67,1)	613,6 (93,5)	116,5 (17,8)	21 965,7 (3 348,7)

(1) Période complémentaire 1999 + versements hors période complémentaire 2000

(2) Ecart de 173,2 MF (26,4 M€) provenant de la non prise en compte par l'ACOSS du versement effectué par l'État le 31.12.00

(3) Versement de 11,2 MF (1,7 M€) effectué par l'État le 31 décembre 2000

(4) 73 MF (11,1M€) correspondant à une reprise de ce montant réalisée par l'ACOSS sur les attributions aux caisses nationales

(5) Régularisation d'un montant de 16,6 MF (2,5 M€) sur les attributions aux caisses nationales correspondant à un trop versé

(6) Ecart de 79,4 MF (12,1 M€) provenant de la reprise de l'État de l'avoir constaté fin 1998.

B - Contributions de l'État, directes ou via des fonds et remboursements

en MF et (M€)

LIBELLES	Total des versements de l'État sur l'exercice 2000 (1)	ACOSS (Régime général)	CCMSA	CANSSM	CNMSS	Autres régimes (CANAM, SNCF, RATP, CFE, Banque de France, ...)	Total des encaissements reçus en 2000 par l'ensemble des régimes
Contributions et remboursements de l'État							
SANTE ET SOLIDARITE							
Allocation de parent isolé	4 754,5	4 352,0 (2)					4 352,0
Allocation de revenu minimum d'insertion	30 160,2	30 042,0 (3)					30 042,0
Allocation de revenu minimum d'insertion au BAPSA	658,0		658,0				658,0
Contribution de l'État au financement de l'allocation aux adultes handicapés	25 750,0	25 550,0 (4)					25 550,0
Remboursement aux organismes de sécurité sociale des dépenses afférentes à l'interruption volontaire de grossesse	191,5	188,1	0,4	0,1	0,7	2,2	191,5
Fonds d'action sociale en faveur des travailleurs immigrés et leurs familles	0,00	0,0					0,0
Fonds spécial d'invalidité	1 828,7	1 682,1					1 682,1
CHARGES COMMUNES							
Contribution de l'État au financement de l'allocation aux adultes handicapés au BAPSA	422,0		422,0				422,0
Majoration d'allocation de rentrée scolaire exceptionnelle	6 967,0	6 967,0					6 967,0
Total des contributions	70 731,9 (10 783,0)	69 864,6 (10 650,8)	1 080,4 (164,7)	0,1 (0,02)	0,7 (0,1)	2,2 (0,3)	69 864,6 (10 650,8)
Contributions de l'État via des fonds							
EQUIPEMENT, TRANSPORTS ET LOGEMENT							
Contribution de l'État au Fonds National de l'habitat (5)	15 400,0	18 933,3					18 933,3
Contribution de l'État au Fonds National de l'aide au logement (5)	19 115,0	22 949,1					22 949,1
Contribution de l'État au FNAL pour l'aide aux associations logeant à titre temporaire des personnes défavorisées (5)	170,0	175,1					175,1
Total des contributions via des fonds	34 685,0 (5 287,7)	42 057,5 (6 411,6)	0,0	0,0	0,0	0,0	42 057,5 (6 411,6)
Total général des contributions	105 416,9 (16 070,7)	111 922,1 (17 062,4)	1 080,4 (164,7)	0,1 (0,02)	0,7 (0,1)	2,2 (0,3)	111 922,1 (17 062,4)
(1) Période complémentaire 1999 + versements hors période complémentaire 2000							
(2) La différence de 402,5 MF (61,4 M€) correspond à un versement effectué par l'État le 31 décembre 2000							
(3) Versement de 118,2 MF (18,0 M€) adressé à l'ACOSS par l'État le 31 décembre 2000							
(4) Écart de 200 MF (30,5 M€) correspondant à un versement fait le 31 décembre 2000							
(5) Pour le FSI, le FNH et le FNAL, la colonne concernant les autres régimes n'est pas renseignée dans ce tableau							

Ces tableaux rapprochent les flux financiers émanant des différents intervenants (Etat, ACOSS, autres organismes) au cours de l'année 2000. Dans la première colonne figurent les versements de l'Etat, vus dans la comptabilité de l'Etat. Dans les cinq colonnes suivantes figurent les sommes reçues par les régimes, vus dans leur comptabilité. L'addition

de ces cinq colonnes doit, bien entendu, correspondre à la première. C'est le cas, sauf pour un nombre très limité de mesures (les explications des écarts sont données dans les tableaux).

C - Cotisations prises en charge par l'État

LIBELLES	Total des versements de l'État sur l'exercice 2000 (1)	en MF et (M€)					Total des encaissements reçus en 2000 par l'ensemble des régimes
		ACOSS (régime général)	ORGANIC CAVICORG	CANCAVA	CNAVPL	Autres régimes (CNBF)	
ANCIENS COMBATTANTS							
Prestations assurées par l'État au titre du régime de sécurité sociale des pensionnés de guerre	1 277,6	1 277,6					1 277,6
CHARGES COMMUNES							
Aide au rachat des cotisations à la CNAVTS des rapatriés	126,3	118,6	6,1	1,4	0,3	0,1	126,3
JUSTICE							
Cotisations maladie maternité des détenus	357,2	382,6 (2)					382,6
Total des cotisations	1 761,2 (268,5)	1 786,5 (272,4)	6,1 (0,9)	1,4 (0,2)	2,3 (0,4)	0,1 (0,02)	1 786,5 (272,4)
<small>(1) Période complémentaire 1999 + versements hors période complémentaire 2000 Ce montant comprend 27,3 MF (4,2 M€) (période complémentaire 1999) et 54,7 MF (8,3 M€) (payés le 30 décembre 1999). Une somme de 27,3 MF (4,2 M€) versée le 30 décembre 2000 n'a pas été inscrite par l'ACOSS sur cet exercice. De plus, les versements correspondant aux cotisations maladie et maternité des détenus versés par les services déconcentrés de l'État et remontés par les URSSAF n'ont pas été pris en compte par l'ACOSS (2,0 MF (0,3 M€)).</small>							

C – Les restes à recouvrer sur l'Etat au titre de la politique de l'emploi

Suite à la création du FOREC par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, les exonérations de cotisations sociales donnent lieu à une prise en charge selon deux modalités différentes¹¹⁷ :

trois mesures relatives à l'aide incitative à la réduction du temps de travail (loi du 13 juin 1998, dite loi Aubry I), à l'allègement pérenne lié à la réduction du temps de travail (loi du 19 janvier 2000, dite loi AUBRY II) et à la réduction dégressive de cotisations patronales sur les bas salaires¹¹⁸ ont vu leur financement transféré au FOREC ;

les autres exonérations continuent d'être financées par une contribution de l'État.

117. Sur la création du FOREC, cf. *supra*, chapitre I, p. 25.

118. En 2001, le FOREC prendra également en charge l'exonération totale de cotisations d'allocations familiales de certains salariés et les aides incitatives à la réduction du temps de travail de la loi 11 juin 1996, dite loi Robien.

1 – Le FOREC

Trois problèmes principaux sont apparus en 2000 : le financement des exonérations au titre de 1999, le versement aux organismes de sécurité sociale des recettes du FOREC et, enfin, l'insuffisance de ces recettes.

a) Le financement des exonérations au titre de la fin de l'année 1999

Les exonérations enregistrées lors de l'exigibilité de janvier 2000 (ou de l'émission du 1er trimestre 2000 dans le cas de cotisants trimestriels MSA) correspondent à des périodes de salaire de décembre ou de 4ème trimestre 1999.

Du point de vue du budget de l'Etat (comptabilité en encaissement/décaissement), la compensation a lieu à la date où est enregistrée la perte en trésorerie ; ainsi, l'exigibilité de janvier n (afférente à des salaires de n-1) est habituellement financée par des crédits budgétaires de l'année n. Mais aucun crédit n'a été inscrit en 2000, au motif de la mise en place du FOREC au 1er janvier 2000.

Toutefois, le FOREC étant un établissement public dont la comptabilité doit être présentée selon la logique des droits constatés, les exonérations de janvier 2000, dont le fait générateur est antérieur à la création du fonds, ne paraissent pas entrer dans son champ de financement.

Le débat sur cette question ne semble pas encore tranché. En 2000 et au début 2001, l'Etat a toutefois versé aux organismes de sécurité sociale un montant de 3,1 MdF (0,5 Md€)¹¹⁹ au titre des mesures dont le financement avait été transféré au FOREC. Mais, d'une part, ce remboursement n'a pas permis de solder sa dette¹²⁰ et d'autre part, les versements sont intervenus très tardivement¹²¹ ce qui a fait supporter une charge de trésorerie non négligeable aux régimes sociaux.

119. Reports de crédits, mouvements internes sur le chapitre 44-77 et abondement en loi de finances rectificative.

120. Si la comptabilité de l'ACOSS laisse apparaître un avoir de l'Etat de 195 MF (29,7 M€) à fin janvier 2001 au titre de ces deux mesures, la CCMSA estime disposer d'une créance sur l'Etat de 844 MF (128,7 M€).

121. 87 % du remboursement total (soit 2,7 MdF (0,4 Md€)) a été versé entre octobre 2000 et janvier 2001.

Il est souhaitable que le solde soit apuré rapidement et que de tels délais de paiement ne se reproduisent pas pour les mesures dont le financement a été transféré au FOREC en 2001.

b) Les versements au titre du FOREC

En l'absence de la publication du décret créant le FOREC sous la forme d'un établissement public, les recettes affectées au FOREC ont été centralisées à l'ACOSS. Elles ont été réparties entre les branches du régime général et des caisses de MSA concernées sur la base d'une lettre du ministre de l'économie, des finances et de l'industrie et de la ministre de l'emploi et de la solidarité au directeur de l'ACOSS en date du 22 février 2001. La caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA) n'a reçu le versement correspondant au titre de 2000 qu'en mars 2001, versement qui n'a d'ailleurs pas couvert l'ensemble de sa facturation au titre de 2000 (versement de 3,2 MdF (0,5 Md€) alors que la facturation de la CCMSA était de 4,4 MdF (0,7 Md€)).

c) L'insuffisance des recettes du FOREC

Fin 2000, les recettes affectées au FOREC sont apparues inférieures aux dépenses constatées. La loi de financement de la sécurité sociale créant le FOREC, ayant prévu un strict équilibre de ses recettes et de ses dépenses et confié la réalisation de cet équilibre à l'Etat, il en résulte une créance sur l'État¹²² de 10,2 MdF (1,6 Md€) en droits constatés (13,3 MdF (2,0 Md€) en trésorerie), non apurée à ce jour (cf. le tableau *supra*, chapitre I, p. 29).

2 – Les restes à recouvrer hors FOREC

Hors FOREC, les restes à recouvrer concernent le financement des exonérations non transférées au FOREC et le solde des versements au titre de 2000.

122. En effet, selon les dispositions de l'article 5 de la LFSS pour 1999 reprises dans les articles L. 131-10. et L. 131-9. du code de la sécurité sociale, « le solde annuel des dépenses et des recettes du fonds doit être nul » et les versements du FOREC se substituent à la compensation par le budget de l'État « sous réserve que cette compensation soit intégrale. Dans le cas contraire, les dispositions prévues à l'article L. 131-7 s'appliquent [c'est-à-dire une compensation intégrale par le budget de l'État] ».

Restes à recouvrer sur l'Etat au 31.12.2000 pour le régime général

En F et (€)

Catégories d'exonérations	Solde au 31/12/1999 Droits constatés	Total Produits droits constatés 2000	Encaissements répartis dans les caisses nationales en 2000	Solde au 31/12/2000 Droits constatés
BUDGET DU MINISTERE DE L'EMPLOI				
Contrats d'apprentissage	1 187 217 979	3 559 951 079	3 742 629 816	1 004 539 242
Contrats de qualification	494 319 433	2 543 761 180	2 347 029 193	691 051 420
Contrats initiative-emploi	-464 135 127	4 494 148 250	4 108 850 172	-78 837 049
Insertion par l'économique	-62 631 047	354 513 861	220 000 000	71 882 814
Contrats de retour à l'emploi (Métropole)	205 847 182	213 686 440	361 529 768	58 003 854
Incitation à la réduction du temps de travail Aubry I (loi du 13 juin 1998)	3 100 646 306	-73 043 228	2 251 684 313	775 918 765
Réduction dégressive de cotisations sociales patronales sur les bas salaires	-465 783 644	-19 880 107	484 846 729	-970 510 480
Incitation à l'aménagement et à la réduction du temps de travail (loi du 11 juin 1996)	196 796 177	3 104 471 142	2 486 135 129	815 132 190
Exonérations de cotisations au profit du secteur textile-habillement	1 815 583 728	86 135 825	0	1 901 719 553*
Embauche du deuxième au cinquantième salarié dans les entreprises situées en zones de revitalisation rurale ou de redynamisation urbaine	38 879 990	366 876 324	333 750 765	72 005 549
Dispositif en faveur des cinquante premiers salariés des entreprises situées en zone franche	609 582 832	1 573 118 052	1 135 918 367	1 046 782 517
Versements en application de la loi n° 96-1143 du 26 décembre 1996 relative à la zone franche Corse	19 063 456	296 418 903	271 077 897	44 404 462
Exonérations DOM (art. 4 de la loi n° 94-638 du 25 juillet 1994) - loi PERBEN -	95 776 561	1 124 243 004	632 018 068	588 001 497
Contrats d'accès à l'emploi, champ exo-DOM (art. de la loi n° 94-638 du 25 juillet 1994) - Loi PERBEN-	-11 813 516	61 721 854	56 872 275	-6 963 937
Dispositif en faveur des hôtels, cafés et restaurants (au titre de l'article L.241-14 du code de la sécurité sociale)	-56 528 974	138 504 548	189 731 026	-107 755 452
Exonérations de cotisations d'allocations familiales	1 909 103	1 269 231 649	468 404 013	802 736 739
BUDGET DU MINISTERE DE L'AGRICULTURE				
Plan global pêche	0	19 028 959	465 499	18 563 460
Sous-total	6 704 730 439 (1 022 129 566,3)	19 112 887 735 (2 913 740 951,7)	19 090 943 030 (2 910 395 503,1)	6 726 675 144 (1 025 475 014,98)
BUDGET DE L'OUTRE-MER				
Contrats d'accès à l'emploi	10 355 055	86 120 780	125 620 440	-29 144 605
Contrats de retour à l'emploi	-1 339 742	1 769 809	0	430 067
Sous-total	9 015 313 (1 374 375,6)	87 890 589 (13 398 833,9)	125 620 440 (19 150 712,6)	-28 714 538 (-4 377 503,1)
Total	6 713 745 752 (1 023 503 941,8)	19 200 778 324 (2 927 139 785,7)	19 216 563 470 (2 929 546 215,7)	6 697 960 606 (1 021 097 511,9)

Source : ACOSS. * La dette de l'Etat à ce titre s'établit ici en droits constatés à 1 901 719 553 F (289 915 276,9 €). En réalité, la charge que l'Etat a acceptée à ce titre, c'est-à-dire en trésorerie, est de 2 101 902 939 F (320 433 037,4 €). C'est ce dernier montant qui a été repris dans le corps du texte.

Si le reste à recouvrer du régime agricole sur l'Etat a diminué en 2000¹²³, celui du régime général est resté stable au 31 décembre 2000, par rapport au 31 décembre 1999, s'élevant à 6,7 MdF (1,0 Md€) (tableau ci-dessus).

La stabilité du solde masque en réalité une certaine dégradation du comportement de payeur de l'Etat en 2000. Si on exclut les deux mesures concernées par le FOREC en 2000 (incitation à la réduction du temps de travail et réduction des cotisations sur les bas salaires), le solde en fin d'année est en effet passé de 4,1 MdF (0,6 Md€) en 1999 à 6,9 MdF (1,1 Md€) en 2000, soit une augmentation de 2,8 MdF (0,4 Md€) (+ 69 %).

Cette forte augmentation des restes à recouvrer (hors mesures concernées par le FOREC) s'explique principalement par :

- une sous-estimation initiale des dépenses relatives au dispositif d'incitation à l'aménagement et à la réduction du temps de travail (loi du 11 juin 1996, dite loi « Robien », qui ne sera prise en charge par le FOREC qu'en 2001), sous-estimation corrigée par un abondement en collectif budgétaire de fin d'année et un versement de 753 MF (114,8 M€) à l'ACOSS le 26 janvier 2001 au titre de la période complémentaire 2000 ;

- des paiements très insuffisants au titre des exonérations de cotisations d'allocations familiales (la partie qui ne sera intégrée au FOREC qu'en 2001) qui ont connu une forte croissance en 2000 (les produits de l'ACOSS en droits constatés sont passés de 645 MF (98,3 M€) pour 1999 à 1 269 MF (193,5 M€) pour 2000) ; un versement de 789 MF (120,3 M€) a été effectué en période complémentaire ;

- enfin, des paiements très tardifs de l'Etat sur deux mesures qui ne font pas l'objet d'acomptes fixés dans le cadre des avenants annuels de la convention du 2 mai 1994 conclue avec l'ACOSS : le dispositif en faveur des cinquante premiers salariés des entreprises situées en zone franche et les exonérations dans les DOM (art. 4 de la loi du 25 juillet 1994). Contrairement à 1999 et à ce qui devrait être la règle pour éviter de faire supporter à l'ACOSS un coût de trésorerie excessif, l'Etat a effectué une partie substantielle de ses paiements le 26 janvier 2001, au titre de la période

123. Selon les données de la CCMSA, le reste à recouvrer sur l'Etat au 31 décembre 2000 n'est que de 1,5 MdF (0,2 Md€), contre 2,1 MdF (0,3 Md€) au 31 décembre 1999.

complémentaire 2000 (832 MF (126,8 M€) pour le dispositif en faveur des cinquante premiers salariés et 606 MF (92,4 M€) pour les exonérations DOM, montants qui n'apparaissent pas dans le tableau ci-dessus présentant les soldes au 31 décembre 2000). Il serait souhaitable que ces deux mesures, qui ont fait l'objet de dépenses significativement supérieures à 1 MdF (0,2 Md€) en 1999 et 2000, soient reprises dans les prochains avenants à la convention Etat-ACOSS¹²⁴ afin d'assurer à l'ACOSS des versements réguliers de l'Etat.

Pour l'ensemble des mesures emploi, l'Etat a versé à l'ACOSS au 31 décembre 2000¹²⁵ ou au 26 janvier 2001 au titre de la période complémentaire 2000, un montant total de 3,2 MdF (0,5 Md€). Les restes à recouvrer sur l'Etat, à l'issue de l'année budgétaire, s'élèvent donc à 6,7 MdF (1,0 Md€) – 3,2 MdF (0,5 Md€) = 3,5 MdF (0,5 Md€), soit une réduction sensible par rapport à 1999 (4,3 MdF (0,7 Md€)).

Il convient toutefois de signaler que cette réduction s'explique principalement par la réduction du solde sur la mesure d'incitation à la réduction du temps de travail qui est désormais financée par le FOREC. En revanche,

le reste à recouvrer sur l'Etat au titre des contrats de qualification atteint un montant significatif (680 MF (103,7 M€) en tenant compte d'un montant de 11 MF (1,7 M€) versé en période complémentaire) ;

le reste à recouvrer au titre des contrats d'apprentissage, dont le niveau élevé avait été signalé dans le rapport de l'année dernière, a été insuffisamment réduit (il s'élève à 831 MF (126,7 M€) en tenant compte d'un versement de 173 MF (26,4 M€) en période complémentaire) ;

la dette de l'Etat auprès de l'ACOSS sur le dispositif de réduction dégressive des charges sociales sur bas salaires pour les entreprises du secteur textile-habillement-cuir-chaussure¹²⁶ n'a toujours pas été apurée (2,1 MdF (0,3 Md€)), ce qui entraîne un coût de trésorerie important pour l'ACOSS.

124. Toutes les mesures d'un coût annuel supérieur à 1 MdF (0,2 Md€) doivent normalement figurer dans l'avenant.

125. Ces versements n'ont été comptabilisés par l'ACOSS que dans les premiers jours de 2001 et ne figurent donc pas dans le tableau ci-dessus.

126. Ce dispositif et la dette de l'Etat à cet égard sont décrits dans le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2000 (cf. aussi *supra*, chapitre préliminaire, p. 14).

Au total, on constate donc qu'en 2000, l'Etat a remboursé assez tardivement à l'ACOSS un certain nombre d'exonérations et n'a pas apuré sa dette sur la mesure textile citée ci-dessus. Toutefois, si on prend le solde en fin de période complémentaire (hors mesure textile) et si on tient compte de la convention Etat-ACOSS qui indique que le paiement des exonérations dues au 4^{ème} trimestre pour les contrats de qualification et d'apprentissage n'a lieu que l'année suivante, il apparaît que le reste à recouvrer pour l'ACOSS s'élève à 0,9 MdF (0,1 Md€).

D – La prise en charge par l'Etat de mesures de solidarité nationale

Le tableau B ci-dessus (« Contributions directes de l'Etat ») présente une liste des mesures de solidarité nationale prises en charge par l'Etat ainsi que le montant des versements de l'Etat pendant l'année calendaire. Seront décrits ci-dessous les circuits financiers relatifs aux prestations familiales, les restes à recouvrer de l'Etat relatifs au RMI, à l'AAH et à l'API, et les évolutions en 2000 de la majoration d'ARS.

Par ailleurs, même si ces questions ne feront pas l'objet de développements plus détaillés dans cette section, il convient de rappeler qu'un litige subsiste entre la CNAMTS et l'Etat sur le remboursement des prestations de sécurité sociale des pensionnés de guerre¹²⁷, que l'allocation spécifique d'attente, créée en 1998, n'a toujours pas fait l'objet d'une prise en charge par l'Etat¹²⁸ et enfin que l'Etat reporte depuis plusieurs années un solde négatif concernant le remboursement des dépenses afférentes à l'interruption volontaire de grossesse¹²⁹.

127. Le litige porte sur un montant de 275 MF (41,9 M€) datant de 1992, que la CNAMTS considère comme étant un arriéré de l'Etat à son égard. Cette question avait fait l'objet d'une description plus détaillée dans le précédent rapport de la Cour. Aucune évolution n'a été constatée depuis.

128. En raison d'un désaccord sur le remboursement des frais de gestion, la convention de gestion n'a pas encore été signée entre la CNAF et l'Etat. Au 31 décembre 2000, le reste à recouvrer de la CNAF est légèrement supérieur à 40 MF (6,1 M€).

129. La dotation annuelle de l'Etat (162 MF (24,7 M€) depuis plusieurs années) n'a pas été suffisante, de 1990 à 1996, pour couvrir les dépenses des organismes de sécurité sociale. Une dette de l'Etat s'est donc formée. Elle a atteint un niveau maximal de 94 MF (14,3 M€) à fin 1996 et s'élève encore à 80 MF (12,2 M€) à fin 2000.

1 – Présentation simplifiée du circuit financier des prestations familiales

L'article 9 de la loi de finances pour 1963 a prévu que l'ensemble des prestations familiales seraient retracées dans les comptes du régime général, ainsi que les ressources destinées à la couverture de ces prestations. Si cette mesure a eu l'intérêt de donner une vision globale du financement des prestations familiales, elle a entraîné la mise en place de circuits financiers et d'information parfois complexes, en particulier avec le régime agricole qui est, après le régime général, le principal régime versant ces prestations.

Les circuits relatifs aux prestations familiales agricoles peuvent être résumés, schématiquement, par le tableau suivant :

Prestations familiales relatives aux cotisants du régime agricole

	Versement des prestations familiales	Consolidation des comptes	Facturation établie par	Demande de fonds
Exploitants agricoles	MSA	CNAF	CCMSA	BAPSA
Exploitants agricoles DOM	CAF	CNAF	CNAF	Différents ministères
Salariés agricoles	MSA	CNAF	CNAF	Différents ministères

Les remboursements de l'Etat à la CCMSA sont effectués selon le circuit retracé dans l'encadré ci-dessous. En dehors d'une relative complexité, ce circuit ne semble pas poser de problèmes particuliers à la CNAF. Il convient toutefois de noter que :

- la MSA est parfois en retard pour donner à la CNAF les informations dont cette dernière a besoin, ce qui retarde d'autant l'arrêté des comptes et la préparation de la facturation ;
- le paiement du solde par l'Etat n'intervient, au plus tôt, qu'à l'automne $n + 1$, alors que la majeure partie des prestations a été payée en année n ou au tout début de $n + 1$; il y a donc un coût de trésorerie pour la sécurité sociale¹³⁰.

130. Mais ce coût de trésorerie est faible car les montants concernés sont en général peu élevés. De plus, lorsqu'il s'avère que ce solde est un avoir de l'Etat, l'Etat exige rarement son reversement immédiat ce qui peut permettre à l'ACOSS certains gains de trésorerie.

Le circuit financier CNAF - MSA

Les prestations sont versées par les CAF et les caisses de MSA. La CNAF consolide les comptes de la MSA pour les prestations concernant l'ensemble du régime agricole, mais ne présentera la facture à l'État que pour les salariés agricoles et les exploitants DOM.

L'ACOSS reçoit un acompte mensuel de l'État pour les principales prestations (AAH et API), acompte fixé dans le cadre de l'avenant annuel à la convention Etat-ACOSS du 2 mai 1994. Cet acompte, qui est immédiatement reversé à la CNAF (qui en reverse une partie à la CCMSA), est calculé en principe à partir d'une estimation des dépenses mensuelles des CAF et de la MSA (exploitants agricoles). Les dépenses de la MSA relatives aux exploitants agricoles (hors DOM) font l'objet de remboursement par le BAPSA.

En fin d'exercice comptable, la CNAF établit une facturation « définitive » des dépenses de l'exercice à sa charge (sans frais de gestion), facturation qu'elle adresse à l'État (mai n + 1).

Après la réception de ce document, l'État verse à l'ACOSS la différence entre le montant total de la facturation et les acomptes versés (y compris les paiements effectués en année n et relatifs aux exercices précédents). Ce versement est effectué, en général, à l'automne n + 1.

2 – Les restes à recouvrer de l'ACOSS sur les principales prestations remboursées par l'Etat

a) Le calcul des restes à recouvrer

La majeure partie des prestations prises en charge par l'Etat font l'objet de remboursements de l'Etat à l'ACOSS. Des restes à recouvrer assez élevés apparaissent en fin d'année pour les principales mesures* :

en MF et (M€)

	1998	1999	2000
RMI	3 970	2 765	4 286
AAH	2 290	2 517	2 138
API	**	402	379
Total	6 260	5 684 (866,5)	6 603 (1 006,6)

* Les paiements de l'Etat en période complémentaire sont pris en compte dans ce tableau. ** L'API n'a été prise en charge par l'Etat qu'à partir de 1999.

Ces montants (6,6 MdF (1,0 Md€)) de restes à recouvrer au titre de l'année 2000, à comparer à des dépenses qui se sont élevées pour

l'ACOSS à un peu moins de 60 MdF (9,2 Md€) donnent l'impression que l'Etat paie en retard et laisse à la charge des organismes de sécurité une charge de trésorerie importante.

Dans la réalité, la majeure partie de cette dette de l'Etat au 31 décembre est expliquée par des écarts de comptabilisation : les caisses de sécurité sociale qui, à la différence de l'Etat, fonctionnent en comptabilité d'engagement, comptabilisent dans leur facturation au titre d'une année n, les créances nées au cours de cette année, même si elles n'ont pas encore fait l'objet de paiement de leur part. Ainsi, pour le RMI dont le paiement est fait au bénéficiaire le mois suivant l'ouverture des droits, les droits ouverts en décembre 2000 ne feront l'objet de paiement par les CAF qu'en janvier 2001, mais sont comptabilisés dès décembre 2000 comme créance de l'ACOSS à l'égard de l'Etat.

Financement du RMI depuis 1995 (prestations versées par les CAF)

en MF et (M€)

	1995	1996 (13 mois)	1997	1998	1999	2000
Prestations :						
Dépenses rattachées à l'exercice	20 950	24 279	24 447	27 333	30 073	30 176
<i>(pour mém. dépenses en encais/décais)(1)</i>	20 950	22 456	23 972	25 872	(4 584,6) 29 620	4 600,3 nc
Versements de l'État rattachés à l'exercice	21 349	24 518	23 916	25 764	31 467	28 732
LFI de n (2)	18 028	22 544	21 715	22 710	(4 797,1) 23 694	(4 380,2) 25 888
LFI de n + 1		1 974	2 064	2 154	2 342	2 419
LFR de n	3 500			900	5 430	425
Reports	-179		135			
Solde	399	239	-531	-1 568	1 393	- 1 444
Solde cumulé	44	283	-248	-1 817	-423 MF	-1 867
					(-64,5)	(-284,6)
Solde cumulé avec une comptabilisation traditionnelle (3)	44	- 1 691	- 2 312	- 4 071	- 2 765	- 4 286
					(-421,5)	(-653,4)

(1) Calculés à partir de 1996 comme équivalents aux droits constatés de décembre n-1 à novembre n.

(2) Diminuée du premier versement qui a été comptabilisé depuis 1997 dans le cadre de l'année précédente.

(3) C'est-à-dire en ne comptabilisant pas en année n le premier versement effectué au titre de n+1.

Cet écart d'un mois existe depuis 1996, année du passage des organismes de sécurité sociale d'une comptabilité en encaissement-

décaissement à une comptabilité d'engagements¹³¹. Pour éviter de faire apparaître ainsi une dette au montant artificiellement gonflé, la direction du budget intègre à ses versements effectués au titre de l'année n¹³², le premier versement effectué au titre de l'année n+1, selon un schéma résumé par le tableau ci-dessus.

Pour 2000, les prestations comptabilisées par l'ACOSS au titre du RMI ont donc été de 30 176 MF (4 600,3 M€) (droits ouverts en 2000). Les paiements comptabilisés selon le mode de calcul de la direction du budget ont été de 28 732 MF (4 380,2 M€) (soit, en arrondissant, 28,8 MdF (4,4 Md€), obtenus comme 28,7 MdF – 2,3 MdF comptabilisés sur 1999 + 2,4 MdF en loi de finances rectificative). Le solde cumulé, avec ce mode de calcul, laisse apparaître une dette de l'Etat de 1,9 MdF (0,3 Md€) (dette qui s'élèverait à 4,3 MdF (0,7 Md€) avec un calcul traditionnel).

Ce calcul n'est pas rigoureux en terme méthodologique car il revient à compter en 2000 un versement effectué au titre de 2001. En revanche, il donne une image plus réaliste de la dette réelle de l'Etat en fin d'exercice. A ce titre, c'est le montant qui est donné, sans être expliqué, dans le jaune budgétaire diffusé depuis l'année dernière avec le projet de loi de finances¹³³. Pour les trois principales prestations, il laisse apparaître les soldes suivants :

Restes à recouvrer de l'ACOSS sur l'Etat en fin d'exercice*, en prenant en compte le premier versement au titre de l'année n + 1

en MF et (M€)

	1998	1999	2000
RMI	1 817	423	1 867
AAH	126	403	- 73
API**		402	- 12
Total	1 943	1 228 (187,2)	1 782 (271,7)

* Les paiements de l'Etat en période complémentaire sont pris en compte dans ce tableau. ** L'API n'a été prise en charge par l'Etat qu'à partir de 1999, et le premier acompte de l'Etat en 2000 étant trimestriel (1 088 MF (165,9 M€)), il n'a pas été pris en considération dans ce tableau.

131. Ce changement a conduit l'ACOSS à comptabiliser 13 mois au titre de 1996 : les dépenses réelles constatées de janvier à décembre et les droits ouverts en décembre qui ne donneront lieu à des versements de prestations qu'en janvier 2001.

132. C'est-à-dire comprenant le versement en période complémentaire effectué en janvier n+1.

133. Les montants présentés dans le jaune budgétaire peuvent être légèrement différents de ceux présentés dans le tableau ci-dessus car le montant des prestations facturées par l'ACOSS fait l'objet de rectifications en cours d'année.

b) L'accroissement du reste à recouvrer sur l'Etat au titre du RMI

Quel que soit le mode de calcul, il apparaît qu'en fin d'année 2000, l'Etat a réduit sa dette à l'égard de l'ACOSS en ce qui concerne l'AAH et l'API, mais l'a fortement augmentée pour le RMI.

En effet, si les dépenses au titre du RMI avaient été fortement sous-estimées en loi de finances initiale pour 1999¹³⁴, des abondements par décret d'avance et loi de finances rectificative (5,5 MdF (0,8 Md€)) avaient permis de compenser l'intégralité des produits à recevoir des organismes de sécurité sociale au titre de 1999 et de réduire significativement le reste à recouvrer sur l'Etat. En 2000, en revanche, la sous-estimation en loi de finances initiale a été moindre, mais les abondements en cours d'année n'ont pas permis de compenser l'intégralité des prestations, ce qui a entraîné une augmentation de plus de 1,4 MdF (0,2 Md€) du reste à recouvrer sur l'Etat en fin d'exercice.

3 – La majoration exceptionnelle de l'allocation de rentrée scolaire

Instituée, à titre exceptionnel, par un décret du 25 août 1993, la majoration de l'ARS était destinée à abonder le montant de l'ARS financée par les CAF et servie sous condition de ressources. Reconduite dans son principe d'année en année, cette majoration est prise en charge par l'Etat depuis 1994.

Lors de la conférence de la famille réunie en juillet 1999, le gouvernement a décidé de pérenniser cette mesure qui aurait ainsi vocation à devenir une véritable prestation à caractère familial et donc à être progressivement prise en charge par la branche famille. Il était prévu que le transfert de financement serait de 2,5 MdF (0,4 Md€) en 2000, l'Etat conservant à sa charge un solde estimé à 4,6 MdF (0,7 Md€).

Or, d'une part, comme les années précédentes, aucune dotation n'a été prévue en loi de finances initiale pour 2000 ; d'autre part, suite au collectif de fin d'année, l'Etat a seulement pris en charge les dépenses de la CNAF à hauteur de 2,3 MdF (0,4 Md€). Toutefois, compte tenu de l'avoir de 577 MF (88,0 M€) dont l'Etat disposait au titre de 1999, il n'a

134. Cette sous-estimation s'explique en partie par la non prise en compte de la « prime de Noël » accordée depuis 1998, de manière exceptionnelle, aux bénéficiaires du RMI (coût compris entre 1,5 MdF (0,2 Md€) et 2 MdF (0,3 Md€)). Cette prime est versée dans les jours précédant Noël, alors que le décret n'est pas toujours publié à cette date (publication le 14 décembre en 1999, mais les 23 et 26 décembre en 1998 et 2000).

été versé à la CNAF que 1 723 MF (262,7 M€). Le solde de la majoration de l'ARS a été financé par le fonds des prestations familiales de la CNAF, sollicité à hauteur de 4,5 Mdf (0,7 Md€). Cela laisse subsister un excédent de financement de 549 MF (83,7 M€) dans les comptes de la CNAF, qui n'a pas encore été affecté. En 2001, le coût de cette mesure sera intégralement pris en charge par la branche famille.

En contrepartie de ce transfert de charges, il avait été indiqué, lors de la Conférence de la famille de 1999, que l'Etat prendrait en charge le financement du fonds d'action sociale pour les travailleurs immigrés et leurs familles (FASTIF). Là encore, aucune dotation n'a été inscrite en loi de finances initiale pour 2000. Les dépenses de l'Etat auront finalement été de 947 MF (144,4 M€), montant inscrit dans la seconde loi de finances rectificative pour 2000. Pour 2001, le financement du FASTIF a été inscrit en loi de finances initiale avec une dotation de 1,1 Mdf (0,2 Md€).

RECOMMANDATIONS

1. Apurer la dette de l'Etat auprès de l'ACOSS sur le dispositif de réduction dégressive des charges sociales sur bas salaires pour les entreprises secteur textile-habillement-cuir-chaussure.

2. Veiller à ce que les versements de l'Etat au titre du remboursement des prestations ou des cotisations exonérées soient plus réguliers en cours d'année et que le reste à recouvrer sur l'Etat au titre du RMI soit significativement réduit.

3. Inclure dans les avenants à venir de la convention financière entre l'Etat et l'ACOSS la prise en charge par l'Etat des dépenses en faveur des cinquante premiers salariés des entreprises en zone franche urbaine, et des exonérations dans les DOM.

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES PAGE 535

III – Les fonds institués dans le périmètre de la sécurité sociale

La notion de fonds est apparue dans la sécurité sociale dès les ordonnances de 1945 et a été reprise par celle de 1967. Elle visait, à

l'origine, à distinguer les gestions techniques des gestions budgétaires au sein des caisses du régime général. Depuis, et notamment au cours des dernières années, de nombreux fonds ont été créés, tantôt au sein même des régimes sociaux, tantôt à l'extérieur, avec des acceptions très différentes. A cette profusion s'ajoute la diversité des statuts et des financements. Certains d'entre eux ont été créés pour gérer des recettes fiscales et les répartir entre les régimes ou prendre en charge des prestations quand d'autres sont financés par les régimes sociaux pour des actions qui n'entrent pas dans le champ de la loi de financement de la sécurité sociale. La présente section étudie cet ensemble par rapport à trois critères : l'objet des fonds, le statut de leurs (éventuels) excédents de gestion, et enfin leur incidence sur le périmètre de la loi de financement de la sécurité sociale.

A – L'objet des fonds

Un même terme, « fonds », est utilisé dans le champ de la sécurité sociale pour désigner des réalités extrêmement différentes qui, dans certains cas, correspondent effectivement au sens commun du mot de « ressources propres affectées à un objet particulier », quand, dans d'autres cas, il s'agit uniquement de distinguer différentes sections comptables au sein de la gestion d'un organisme.

1 – Un terme inapproprié pour distinguer les différentes gestions des caisses

Cette dernière acception a été la première utilisée lorsque les ordonnances de 1967 ont cherché à distinguer, au sein des dépenses des caisses, celles relatives aux prestations, à la gestion administrative et enfin à l'action sociale. Trois catégories de fonds ont ainsi été créées au sein des caisses nationales du régime général, qui correspondent à leurs différentes missions et à leur gestion administrative : un ou plusieurs « fonds national de prestations », un « fonds national de gestion administrative » (FNGA) et un « fonds national d'action sanitaire et sociale » (FNASS), ainsi que des fonds de prévention (fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires -FNPEIS-, fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles -FNPAT- et fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires des professions agricoles -FNPSEIA).

L'idée était de mettre en regard de chaque catégorie de dépenses une recette dûment identifiée. En outre, en ce qui concerne les fonds de gestion administrative, de prévention et d'action sanitaire et sociale, cette

recette est déterminée *ex post* pour équilibrer l'enveloppe limitative de dépenses, qui ne peut être dépassée sauf procédure d'autorisation. Toutefois, cela ne confère aucune autonomie particulière à ces fonds. Leur compte de résultat n'a d'ailleurs aucune signification comptable. Par construction, ces fonds couvrent la totalité des dépenses des caisses. Si la distinction entre les différentes gestions est essentielle à la clarté des comptes, le mot de fonds n'a, en revanche, aucun sens particulier et devrait être abandonné au profit soit de « gestion », soit de « section comptable ».

Cette distinction se retrouve à la caisse d'assurance maladie des non salariés non agricoles (CANAM), mais pas dans les caisses de retraite de ces mêmes professions, ni dans les caisses du régime agricole qui utilisent la notion de « section comptable ». Dans ces caisses, qui gèrent des prestations complémentaires à côté des prestations de base, il serait souhaitable de réserver le mot fonds pour identifier chacun des régimes de base et complémentaires.

2 – Les fonds destinés au financement d'actions spécifiques

La deuxième catégorie de fonds, ceux qui sont destinés au financement d'actions spécifiques, est la plus nombreuse. Leur création vise à faire assurer cette action par une entité autonome par rapport aux caisses. Ils sont en général créés pour une durée limitée fixée à l'action dont ils assurent la prise en charge. Ils peuvent être internes ou externes aux caisses. Quand ils sont internes, ils ne disposent d'aucune autonomie par rapport à celles-ci. Le fait d'être externes leur confère au contraire une autonomie financière, mais pas toujours la personnalité morale. Enfin, ces fonds gèrent des montants relativement faibles, inférieurs à 1 MdF (0,2 Md€).

a) Les fonds internes aux caisses

A côté de la gestion des prestations, les organismes sociaux se sont vu confier par les pouvoirs publics un certain nombre d'actions dont le lien avec le risque couvert par les prestations justifiait cette proximité. C'est le cas du fonds d'investissement pour le développement des structures d'accueil de la petite enfance (FIDSAPE) créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 au sein du fonds national d'action sociale de la CNAF et qui a été doté de 1,5 MF (0,2 M€) provenant des excédents 1999 de la branche famille.

Cette même proximité a également justifié la création, en 1996, du fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale

(FORMMEL) pour financer notamment la cessation anticipée d'activité des médecins conventionnés¹³⁵ et, en 1999, du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) qui finance des actions visant à favoriser la coordination des soins et le développement de réseaux de soins. Ces fonds n'ont ni personnalité morale ni autonomie de gestion, mais un comité de gestion associe les représentants des médecins à leur gestion.

b) Les fonds externes aux caisses

Dans d'autres cas, les pouvoirs publics ont choisi d'extérioriser des actions proches de celles évoquées précédemment du fait de leur mission propre ou à la suite du transfert du financement de certaines prestations à des organismes distincts des caisses.

Dans la première catégorie, on trouve les trois fonds qui interviennent dans le champ de la restructuration des établissements hospitaliers. Deux d'entre eux, qui disposent de l'autonomie financière mais n'ont pas de la personnalité morale, sont gérés par la caisse des dépôts et consignations : le fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé (FASMO), créé en 1998 pour une durée de cinq ans et remplacé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 par le fonds pour la modernisation des établissements de santé (FMES) sans limitation de durée, et le fonds pour la modernisation des cliniques privées (FMPC), créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 pour une durée de cinq ans.

La seconde catégorie regroupe le service de l'allocation spéciale vieillesse (SASV) et le fonds spécial d'invalidité (FSI). Ils ont été créés en 1993 lors du transfert du financement des prestations minimales d'invalidité et de retraite au FSV. L'allocation spéciale vieillesse est prise en charge par le FSV tandis que le FSI est financé par une dotation budgétaire de l'Etat. Ces deux fonds disposent de l'autonomie financière.

Enfin, quatre fonds interviennent dans le champ des accidents du travail sous la forme d'un compte ouvert à la caisse des dépôts et consignations ou au Trésor public. Les deux premiers disposent de l'autonomie financière : il s'agit du fonds commun des accidents du travail (FCAT) qui finance les rentes servies aux salariés de professions non agricoles, victimes d'accidents du travail avant le 1^{er} janvier 1947, et du fonds commun des accidents du travail agricole, créé en 1957 sur le modèle du précédent. Les deux autres sont consacrés aux victimes de

135. Le FORMMEL a repris le dispositif créé en 1988 pour une durée de deux années qu'il a prorogé jusqu'au 31 décembre 1999. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a reporté cette échéance au 31 décembre 2004.

l'amiante : il s'agit du fonds de cessation d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) qui verse une préretraite et du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), qui assure aux victimes un complément d'indemnisation du préjudice subi.

3 – Les fonds destinés à recevoir des recettes fiscales ou budgétaires qui financent des prestations ou des régimes

La troisième et dernière catégorie de fonds est constituée par ceux qui ont été créés, soit pour apporter une contribution budgétaire au financement de prestations dont la gestion est confiée aux caisses de sécurité sociale, soit pour regrouper des ressources fiscales que le fonds répartit ensuite entre les organismes gestionnaires des prestations.

Le premier cas correspond au fonds national d'aide au logement (FNAL) et au fonds national de l'habitat (FNH). Ils financent l'un, l'allocation de logement à caractère social (ALS), créée en 1971, le second, l'aide personnalisée au logement (APL), instituée en 1977. Ces deux fonds, auxquels l'Etat (y compris le BAPSA) contribue à hauteur de 52 % et la CNAF de 48 %, disposent de l'autonomie financière mais non de la personnalité juridique. Leur gestion financière est assurée par la caisse des dépôts et consignations et les prestations sont versées par les CAF. Les fonds sont administrés par un comité de gestion qui comprend des représentants de l'Etat et des régimes concernés.

Le second cas correspond au fonds de solidarité vieillesse (FSV), créé en 1993, et au fonds de financement de la réforme des cotisations patronales (FOREC), institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 (sur le FOREC, cf. *supra*, chapitre I, p. 25). Ces fonds ont le statut d'établissement public et sont dotés de ressources propres, notamment fiscales, pour concourir au financement des régimes sociaux. Le FSV comprend deux sections : la première correspond à sa vocation initiale de financement de prestations de solidarité aux différents régimes d'assurance vieillesse, la seconde gère le fonds de réserve des retraites (F2R), créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, en l'attente de son éventuelle transformation en un établissement public autonome¹³⁶.

136. Sur les comptes en 2000 de ces deux sections du FSV, cf. *supra*, chapitre III, p.125 et sur spécifiquement le fonds de réserve, cf. chapitre IX, *infra*, p. 374

B – Le statut des excédents de gestion des fonds

1 – Les caisses du régime général

La gestion du régime général obéit à deux règles : l'unité de trésorerie et un équilibre de chacune des branches. Cette double règle constitue un facteur de transparence des conditions dans lesquelles l'équilibre est réalisé à la fin de chaque exercice. Si les opérations de trésorerie font l'objet de règles – fixation d'un plafond d'avances, rémunération des excédents et déficits de trésorerie –, aucune règle en revanche n'a fixé l'affectation des excédents qui apparaîtraient en fin d'exercice, à l'exception de la CNAMTS qui peut mettre en réserve d'éventuels excédents de gestion.

Le solde comptable des différentes gestions des caisses du régime général, administrative, action sociale, n'ayant pas de signification, l'équilibre de chacune d'entre elles n'en a pas davantage (seul le solde des fonds de prestations est significatif pour une année donnée). Les reports d'excédents de telle ou telle gestion d'une année sur l'autre ne devraient donc pas être autorisés. En ce qui concerne la gestion administrative, la possibilité de reports de crédits non dépensés, systématisée dans la programmation financière pluri-annuelle qui accompagne les conventions d'objectif et de gestion (COG), se veut un élément de responsabilisation des gestionnaires. Mais cela suppose que les budgets de gestion administrative soient établis avec une plus grande rigueur et donnent lieu à un rebasage précis au terme de la COG, ce qui est loin d'être le cas, comme la Cour l'a relevé dans son bilan des COG¹³⁷.

La règle d'équilibre annuel s'étend naturellement à chacun des fonds. Mais aucun d'entre eux n'est autorisé à faire des déficits ni à recourir à des avances en cours d'année, soit parce qu'ils ne se distinguent pas des régimes, soit parce leurs dépenses ne peuvent excéder les ressources qui leur sont affectées. En revanche, en cas de résultat excédentaire, certains fonds sont, de par les textes qui les régissent, autorisés à reporter leurs excédents sur l'exercice suivant, alors que d'autres ne disposent pas de cette faculté. L'enquête à laquelle a procédé la Cour a fait apparaître une utilisation disparate et souvent incohérente des éventuels excédents de gestion.

137. Cf. le rapport sur le financement de la sécurité sociale de septembre 2000, et pour la CNAMTS, le rapport sur le financement de la sécurité sociale de septembre 1999.

La CNAV couvre deux risques que le législateur a souhaité distinguer, l'assurance vieillesse et l'assurance veuvage. Chacune dispose de ressources propres sous la forme de cotisations affectées. La loi de janvier 1987 dispose que « les excédents du fonds national d'assurance veuvage constatés à l'issue de chaque exercice sont affectés en priorité à la couverture du risque veuvage ». De son côté, la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 qui a créé le fonds de réserve des retraites (F2R) a prévu que la CNAV lui affecte « le résultat excédentaire de l'exercice clos de chacun des fonds dont elle a la gestion (...) », sans que la disposition citée de la loi de 1987 ait été abrogée. Dans les faits, les excédents du risque veuvage sont affectés au risque vieillesse (ce qui n'est pas contraire au texte de 1987), ce qui conduit à réduire ceux qui pourraient être mis en réserve chaque année car l'effort demandé au risque vieillesse est moindre qu'il ne serait sans cette affectation. Une mise en cohérence de ces deux textes serait pour le moins souhaitable.

La CNAMTS gère deux branches correspondant aux risques « maladie - maternité - invalidité - décès » et « accident du travail - maladie professionnelle » (AT-MP). L'équilibre de chacune de ces branches est une obligation législative. L'ordonnance de 1967 a créé un fonds de réserve au sein de la branche maladie auquel auraient été affectés les excédents constatés à l'issue de chaque exercice. Un tel fonds n'existe pas pour la branche AT-MP, mais la loi dispose que celle-ci « rétablit l'équilibre par un prélèvement sur les excédents financiers ou, à défaut, par une modification des éléments du calcul des cotisations ». Les excédents de la branche AT-MP ont été, à plusieurs reprises, transférés vers la branche maladie.

Dans le cas où les fonds sont financés par des prélèvements sur les ressources annuelles des différents régimes, - cas du FMES, du FMPC, du FNAL et du FNH - le report d'éventuelles sous-utilisations des crédits n'a pas d'objet et, d'ailleurs, n'est pas prévu par les textes. Mais il arrive aussi que des dispositions particulières, réglementaires ou législatives existent.

2 – Les fonds internes aux caisses

Le report des excédents de gestion peut en revanche se justifier lorsque les fonds ont reçu une dotation unique - cas du FAQSV et FIDSAPE - ou lorsqu'ils sont alimentés par une cotisation particulière sans rapport avec celle qui finance le risque - cas du FORMMEL financé en partie par une cotisation des médecins libéraux.

3 – Les fonds externes

Lors de la création du F2R, le législateur a expressément prévu que les excédents du FSV et de la CNAV seraient affectés au fonds de réserve des retraites. Par ailleurs, il lui a transféré une partie du produit du prélèvement de 2 % sur les revenus du capital antérieurement perçus pour partie par la CNAVTS, réduisant d'autant ses résultats annuels et donc les versements que celle-ci peut faire au F2R. Ces dispositions ne sont pas en soi critiquables, car une recette permanente au F2R, indépendamment des résultats la CNAV, est sans doute préférable au versement d'excédents, par nature aléatoires. Toutefois, ce transfert change la signification des soldes des branches prises séparément et introduit une rupture dans la série chronologique. Ce transfert étant acquis, il importe désormais que les règles d'affectation des différentes ressources fiscales demeurent stables.

Or tel n'est pas le cas : ainsi, en prévoyant d'affecter au FOREC les droits sur les alcools dont bénéficiait auparavant le FSV, celui-ci a vu ses recettes amputées de 5,4 MdF (0,8 Md€). En 2000, l'excédent du FSV aura, de ce fait, été limité à 1,88 MdF (0,3 Md€), somme qui, en application des textes, devrait être prochainement versée au F2R. Les recettes du FOREC étant destinées à compenser les exonérations de cotisations sociales, et donc à apporter un complément de financement aux régimes de sécurité sociale, la mesure précédente a donc consisté à transférer à ceux-ci des ressources fiscales initialement destinées à alimenter le fonds de réserve des retraites.

C – L'incidence sur le périmètre de la loi de financement de la sécurité sociale

Les fonds entretiennent des rapports complexes avec les lois de financement de la sécurité sociale. Ces rapports sont différents selon que les fonds sont alimentés par des ressources qui entrent ou non dans le champ des régimes de base de la sécurité sociale, selon qu'ils financent des actions qui correspondent ou non à des prestations sociales, enfin selon qu'ils sont créés ou modifiés par les lois de financement sans que leurs ressources et leurs dépenses en relèvent. On peut distinguer deux cas.

Le premier regroupe les fonds qui gèrent des ressources et des dépenses qui entrent entièrement dans le champ de la sécurité sociale et sont à ce titre retracées par les lois de financement dans les prévisions de recettes et de dépenses : en dehors des fonds qui correspondent à de

simples gestions, il s'agit du FSV 1^{ère} section et des recettes fiscales du F2R, du FOREC, du FCAT, du FCATA.

Le second cas concerne les fonds qui sont alimentés par des prélèvements sur les ressources des régimes ou des ressources propres pour financer des actions autres que des prestations sociales. Les lois de financement retracent dans les dépenses des régimes sociaux les contributions que ceux-ci leur apportent : il s'agit pour la famille, du FNAL, du FNH et du FIDSAPE, et pour la maladie et les accidents du travail des dépenses engagées au titre de la prévention (FNPEIS, FNPAT et FNPEISA), des pré-retraites des médecins (FORMMEL), de la qualité des soins (FAQSV) et de la restructuration des établissements (FMES, FMCP). Bien que les actions de ces derniers fonds aient une incidence sur l'offre et la demande de soins, donc sur l'ONDAM, leurs dépenses ne figurent pas dans celui-ci¹³⁸.

Enfin, les fonds relatifs aux victimes de l'amiante (FCAATA et FIVA) peuvent être rattachés à ce même groupe dans la mesure où ils bénéficient, pour une partie de leur financement, d'une contribution des régimes sociaux.

Typologie des fonds, ressources et dépenses en 2000 (droits constatés)

en MF et (M€)

		Recettes	Dépenses	Solde
1^{ère} catégorie	FSV 1 ^{ère} sect.	77 914	76 034	1 880
Fonds dont les ressources et les dépenses entrent dans le champ de la LFSS (hors fonds de gestion des régimes)	F2R	18 799	22	18 777
	FOREC	65 000	75 200	-10 200
	FCAT	540	540	0
	FCATA	838	841	-3
Total		163 091	152 637	10 454
2^{ème} catégorie	FORMMEL	998	966	32
Fonds dont seules les contributions des régimes sociaux sont retracées, à titre des dépenses de ceux-ci, dans la LFSS	FAQSV	500	31	469
	FMES	700	122	578
	FMCP	100	0	100
	FCAATA	798	320	478
Total		3 096	1 439	1 657
Total général		166 187 (25 335,0)	154 076 (23 488,7)	12 111 (1 846,3)

Source : CNAMTS, commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2001 et caisse des dépôts et consignations.

Le FSI, qui constitue un cas particulier, ne figure pas dans ce tableau. Ses recettes et ses dépenses s'élèvent à 252 MdF (38,4 Md€). D'autre part, le FIDSAPE et le FIVA n'y figurent pas non plus car ils ont été créés en 2001.

138. Cf. le rapport de la Cour sur le financement de la sécurité sociale de septembre 2000.

Cette typologie exclut la CADES qui, bien que gérant la dette reprise aux régimes sociaux, est considérée comme étrangère au champ des lois de financement (sur la CADES, cf. *infra*), et le FIMHO qui relève de la loi de finances¹³⁹. Elle est synthétisée dans le tableau ci-dessus.

Les dépenses du FORMMEL, du FAQSV, du FMES et du FMCP représentent 1 119 MF (170,6 M€) en 2000, qui réduisent d'autant les recettes destinées au financement des prestations.

Enfin, au sein même du périmètre de la loi de financement de la sécurité sociale, le fonds national des prestations familiales ne retrace qu'imparfaitement l'ensemble des prestations servies puisque, comme la Cour l'a déjà noté, les dépenses de prestations familiales servies aux fonctionnaires des DOM n'y figurent pas contrairement à ceux de la métropole. De plus, les critères de distinction entre prestations familiales et comptes de tiers ne sont pas clairs puisque les premières intègrent l'allocation aux adultes handicapés (AAH) qui est prise en charge par l'Etat au même titre que le RMI, alors que ce dernier est traité en compte de tiers. La Cour demande que les textes législatifs soient modifiés pour harmoniser ces deux points, c'est-à-dire pour que l'AAH soit traitée comme le RMI.

RECOMMANDATION

Réserver la dénomination de « fonds » à des entités dotées de la personnalité morale ou de l'autonomie financière.

REPNSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES PAGE 536

IV – La CADES

La caisse d'amortissement de la dette sociale, établissement public à caractère administratif, a été créée en 1996 pour apurer la dette du régime général de la sécurité sociale des années 1994 et 1995. Elle devait rembourser cette dette (137 MdF, comprenant 17 MdF au titre de la dette prévisionnelle de 1996), au plus tard en 13 ans. Pour ce faire elle a bénéficié du produit d'une nouvelle imposition, la CRDS, portant sur la

139. Chapitre 66.12 du budget du ministère de l'emploi et de la solidarité, fascicule santé et solidarité.

quasi-totalité des revenus du travail et du capital, ressource qui lui a été affectée par la loi.

Le schéma initial est donc simple : c'est une caisse « fermée », c'est-à-dire dévolue à l'amortissement d'une dette précise, qui est « adossée » à l'Etat et qui bénéficie d'une ressource régulière. Le montant de la dette et ceux, prévisibles, de la CRDS rendent plausible la durée de vie prévue. Deux compléments doivent être apportés :

du côté des dépenses, la CADES devait la première année rembourser 3 MdF à la CANAM, et, surtout, doit chaque année jusqu'en 2008 verser à l'Etat 12,5 MdF (1,9 Md€) pour rembourser la dette de la sécurité sociale antérieure à 1994 qu'il avait prise à sa charge ;

du côté des ressources, elle bénéficierait du patrimoine des caisses nationales, lesquelles devaient au plus tard au 1^{er} janvier 2000, soit le lui transmettre soit, l'ayant vendu, lui verser le produit de cette vente.

Le schéma initial a été modifié à deux reprises.

En premier lieu, la durée de vie de la caisse a été allongée de cinq ans pour tenir compte de la reprise supplémentaire de la dette des années 1996 et 1997 (87 MdF), décidée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998. Avoir ouvert la caisse à une nouvelle dette était en contradiction avec le principe initial et risquait d'affaiblir la position de la caisse aux yeux des prêteurs français et étrangers.

La seconde modification, beaucoup moins ample, a été introduite dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 : la CRDS a été supprimée sur certains revenus (les allocations de chômage et retraites des chômeurs et retraités non imposables¹⁴⁰). A nouveau, en dépit des montants en cause, qui sont faibles, c'est le fait de changer la ressource de la caisse qui importe.

La Cour a contrôlé la CADES à deux reprises, peu après sa création et en 2001. Les constatations du premier contrôle avaient été publiées dans le rapport sur le financement de la sécurité sociale de septembre 1997, et ceux du second nourrissent la présente section.

L'activité principale de la CADES est de gérer la dette, ce qui signifie que, dans les faits, elle est un établissement financier (petit puisqu'au total il y a 9 personnes) même si elle a un statut d'établissement public administratif. Cette situation conduit à trois

140. En contrepartie, le versement de 12,5 MdF (2,0 Md€) a été minoré de 350 MF (53,4 M€) par la loi de finances pour 2001.

questions principales: comment s'assure-t-on de la « qualité » de la gestion de la dette ? quels sont les instruments permettant à la caisse d'orienter son action ? quelles sont les conséquences pour l'agent comptable de cette position particulière ?

A – Les procédures de contrôle de la gestion de la dette

La qualité de la gestion de la dette dépend notamment de l'existence de contrôles effectifs interne et externe, des opérations et décisions.

1 – Le contrôle interne

La caisse est organisée comme une petite salle de marchés. Un « front office » prend les décisions de marché (entre 2 et 5 par jour), un « back office » les enregistre, s'assure de leurs contreparties, et en fait le compte-rendu (ou, si l'on préfère retenir le terme usuel, le « reporting ». Chaque opération donne lieu à un ticket d'opération émis vers le back office d'une part, l'agent comptable de l'autre.

Le contrôle interne de la caisse est assuré de trois façons :

un document, validé par le conseil d'administration, qui fixe les « principes d'intervention sur les marchés », en particulier le « cadre d'emploi » des différents instruments financiers et les délégations de pouvoir accordées ;

la définition et l'organisation du travail dans la caisse : outre la division du travail entre front et back office, on peut signaler l'enregistrement, à vrai dire tardif (depuis janvier 2001), des conversations téléphoniques, ou encore l'existence d'une charte déontologique définissant les obligations personnelles et professionnelles des personnels (par exemple ne pas entretenir de comptes chez des intermédiaires avec lesquels ils sont en relation professionnelle) ; il faudrait y inclure la nécessité de respecter ces règles même après le départ de la CADES ;

un compte-rendu quotidien des opérations effectuées vers le président de la caisse.

Cette organisation du contrôle interne par l'ordonnateur paraît bien fonctionner. Le nombre d'incidents est d'ailleurs réduit.

L'agent comptable effectue par ailleurs lui-même un contrôle (cf. *infra*) qui renforce celui de la caisse.

2 – Le contrôle externe

Deux structures doivent exercer un contrôle des activités de la caisse : le conseil d'administration, et un comité de surveillance.

En droit, le conseil d'administration oriente, décide, contrôle. En réalité, il est bien informé par un compte-rendu mensuel, il se réunit régulièrement, mais il ne paraît pas beaucoup peser, ni dans les orientations générales, ni dans les contrôles. Le fait que le président du conseil exerce les fonctions de directeur de la caisse, que ce conseil soit assez « fermé » (direction du Trésor, direction de la sécurité sociale, direction générale de la comptabilité publique, composition fixée par les ordonnances de 1996), enfin que la direction du Trésor y joue naturellement un rôle prépondérant, expliquent sans doute cette situation.

Le rôle du directeur est en fait prépondérant. En outre, la caisse est sous la tutelle assez étroite de la direction du Trésor, qui considérait et a utilisé la caisse comme un « laboratoire » expérimentant une gestion active d'une dette publique. L'agence France Trésor, créée récemment pour gérer la dette de l'Etat, bénéficiera des enseignements tirés de ce laboratoire.

Quant au comité de surveillance, présidé par un parlementaire, son rôle effectif est très faible. Il ne s'est d'ailleurs réuni que trois fois.

Plus originales, deux autres dispositions de contrôle externe ont été mises en place par la caisse.

D'abord, des audits trimestriels de contrôle des opérations de marché, obligatoires selon le décret d'application de l'ordonnance, permettent de vérifier que les opérations des trois derniers mois se sont déroulées correctement et conformément aux décisions du conseil d'administration, que les contrôles et garanties fonctionnent, que les opérations ont été bien enregistrées. Cette intervention fonctionne correctement et est suivie d'effet, au sens où le conseil d'administration et la caisse en tirent les conséquences. On pourrait cependant souhaiter que, pour éviter un risque de « routine », le cabinet retenu pour effectuer ces audits trimestriels soit, lors du renouvellement du marché, différent du précédent.

En second lieu, la caisse a décidé de se conformer aux règles qui s'appliquent aux établissements financiers, en faisant appel à un cabinet privé pour contrôler annuellement ses comptes. Le résultat de ce contrôle est assimilable à une certification, et ce sont les comptes financiers ainsi certifiés (et non les comptes établis dans la forme standard d'un établissement public) qui sont diffusés et utiles aux prêteurs.

Au total, l'ensemble de ces procédures de contrôle sont de nature à favoriser la sécurité des opérations. Il est évidemment impossible d'affirmer que la sécurité est totale, mais les mécanismes et procédures destinés à s'en assurer – et c'est la seule chose qui puisse être contrôlée – paraissent globalement satisfaisants. Il conviendrait d'ailleurs de s'en inspirer pour apprécier et, si nécessaire, améliorer le contrôle des opérations de placement des caisses de sécurité sociale des non salariés non agricoles.

B – Les instruments de la gestion de la dette

La gestion de la dette est d'abord encadrée par les décisions du conseil d'administration qui fixe des plafonds pour recourir à tel ou tel type d'emprunt. Sauf en une ou deux occasions, ces décisions ont entériné les propositions de la caisse, et les plafonds retenus ne sont pas très contraignants.

Les propositions de la caisse viennent elles-mêmes de la confrontation entre la structure actuelle de sa dette, et la définition d'une structure optimale.

La structure actuelle de la dette demeure marquée par les débuts de la caisse : créée au 1^{er} janvier 1996, mais mise en place en avril, la CADES a dû, dès juin, rembourser à la caisse des dépôts et consignations les 137 MdF de dette qu'elle avait portés à titre provisoire. Les emprunts que la CADES a levés étaient alors, dans une très grande majorité, à court terme, donc présentaient un très fort risque de taux. La gestion de la dette a d'abord consisté à diminuer progressivement la part des emprunts à court terme. Dans un second temps, elle a consisté à se rapprocher d'une structure optimale. La caisse a en effet développé, et aussi fait faire par certains établissements financiers, des travaux destinés à dégager une cible.

Les trois variables principales pour l'évolution de la dette sont l'évolution future des taux d'intérêt, celle des revenus, sur lesquels est assise la CRDS, donc du PIB, enfin celle des prix, car depuis 1998 la CADES, comme le Trésor, peuvent émettre des obligations indexées sur l'inflation. Deux critères sont majeurs pour apprécier un portefeuille, c'est-à-dire une structure de dette: la valeur attendue de la caisse à la fin de sa vie (janvier 2014), et le risque que sa valeur soit, à cette date, négative. Chaque portefeuille peut alors se juger à la valeur que prennent ces deux critères dans les diverses hypothèses d'évolution future possibles des trois variables économiques précédentes. La caisse peut

ainsi identifier un ou des portefeuilles, sinon optimaux du moins meilleurs que d'autres.

Cet effort permet d'orienter les décisions quotidiennes de gestion de la dette, même si les difficultés intrinsèques de tels modèles économétriques et la très grande incertitude sur les évolutions économiques futures sur une aussi longue période (une quinzaine d'années) ne conduisent pas à des résultats aussi opérationnels que ce que l'on souhaiterait.

De ces simulations se dégagent deux enseignements importants.

D'abord, il semble intéressant d'accroître la part des obligations indexées dans le portefeuille, au détriment des obligations à taux fixe et variable. Un tel objectif est actuellement mis en œuvre, en tenant compte des conditions du marché.

Le second enseignement consiste à souligner l'ampleur des incertitudes économiques et financières à l'horizon 2014, laquelle interdit de prévoir quelle sera la valeur de la CADES dans les dernières années de sa vie. Aussi la Cour recommande-t-elle de ne rien changer au dispositif actuel, la stabilité des règles étant un élément fondamental de la crédibilité de la caisse sur les marchés et du bon fonctionnement des institutions

Indépendamment de l'incertitude sur les taux, les prix et la croissance économique futurs, un facteur essentiel de la situation de la caisse réside dans le bon recouvrement de la CRDS. Or la caisse n'y prête pas toute l'attention souhaitable. La CRDS provient de deux sources : l'ACOSS et les services fiscaux. La situation s'est certes améliorée par rapport à ce qu'elle était en 1996, grâce notamment à l'action du FSV avec lequel la CADES avait passé un contrat à cette fin : le fonds établit les prévisions de rentrée de la CRDS et les compare avec les réalisations. Mais le contrôle précis de l'assiette n'est fait ni sur la CRDS venant de l'ACOSS ni sur celle venant des services fiscaux, de sorte qu'aucune garantie n'existe quant aux montants reçus. La CADES soit directement, soit par délégation, doit se préoccuper davantage de cette question. L'ACOSS et les services fiscaux, chacun pour leur part, doivent améliorer le recouvrement.

C – Les conséquences pour l'agent comptable

L'agent comptable de la CADES exerce les fonctions habituelles dans un établissement public. Mais il a été conduit à les étendre à des

aspects qui découlent spécifiquement des activités financières de la caisse.

D'abord il opère, on l'a souligné, un contrôle quotidien des opérations en parallèle avec celui du back office.

Ensuite il a participé à l'établissement d'un corps de doctrine comptable adapté à la CADES, conduisant à établir une comptabilité financière – les enregistrements des opérations du back office étant « convertis » dans une forme comptable – et à en extraire, en fin d'année, des comptes dans le cadre habituel des établissements administratifs.

Enfin, l'existence de la quasi certification des comptes de la caisse par un cabinet privé a été une source d'enrichissement et de réflexion sur certaines pratiques comptables.

RECOMMANDATIONS

1. Mieux connaître et contrôler l'assiette et le recouvrement de la CRDS, tant du côté de l'ACOSS que des services fiscaux.

2. Ne plus modifier le dispositif de la CADES (existence et durée de vie de la caisse, assiette de la CRDS, ...).

3. Tirer les enseignements de l'organisation du contrôle au sein de la CADES :

- pour les contrôles interne et externe des organismes de sécurité sociale ;

- pour l'organisation du contrôle des activités de placement des caisses de sécurité sociale des professions indépendantes non agricoles.

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES PAGE 536

V – La facturation des coûts de gestion entre l'Etat et la sécurité sociale

Comme on l'a vu dans le chapitre et les sections précédents, l'Etat recouvre des impôts et taxes pour le compte de la sécurité sociale et, inversement, la sécurité sociale, en particulier la branche famille, verse

certaines prestations pour le compte de l'Etat, par exemple le RMI et l'AAH. Ces services croisés peuvent donner lieu à la facturation de frais de gestion. C'est à leur examen et à leur justification qu'est consacrée cette section : en étudiant d'abord les frais d'assiette et de recouvrement perçus par l'Etat, puis les frais de gestion que l'Etat verse ou non aux organismes de protection sociale (et en évoquant, à des fins de comparaison, les versements de l'Etat à l'UNEDIC pour la gestion de certaines aides aux chômeurs)¹⁴¹.

A – Les frais d'assiette et de recouvrement perçus par l'Etat

Le recouvrement des impôts et taxes affectés au financement de la protection sociale est réparti entre trois directions du ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie :

La direction générale de la comptabilité publique (DGCP) recouvre principalement les impositions qui font l'objet de l'émission d'un rôle (CSG, CRDS et prélèvement social de 2 % sur les revenus du patrimoine, mais également contribution sociale de 3,3 % sur les bénéfices des sociétés) ;

La direction générale des impôts (DGI) a en charge le recouvrement des prélèvements sociaux (CSG, CRDS et prélèvement de 2 %) assis sur les revenus de placements. Elle perçoit en outre les taxes sur les véhicules de sociétés et sur les conventions d'assurance, affectées jusque-là au budget de l'Etat et reversées en tout ou en partie depuis le 1^{er} janvier 2001 au FOREC (sur le FOREC, cf. *supra*) ;

La direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI) recouvre les droits sur les tabacs (article 575 du code général des impôts), sur les boissons alcoolisées, ainsi que la taxe générale sur les activités polluantes (TGAP).

1 – La disparité des bases juridiques des frais d'assiette

L'article 1647-III du code général des impôts prévoit que « *pour frais de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement sur les cotisations*

141. Cette section n'évalue pas les frais de gestion des prestations familiales versées par l'Etat à ses agents. D'un commun accord entre l'Etat et la CNAF, cela donne lieu, avec l'action sociale, à une réfaction de 0,2 point de taux de cotisation utilisé pour calculer la soulte versée par l'Etat à la CNAF.

perçues au profit des organismes de sécurité sociale soumis au contrôle de la Cour des comptes (...). Le taux de ce prélèvement et les modalités de remboursement sont fixés par arrêté du ministre de l'Economie et des finances ».

Les textes d'application de cette règle ont dans un premier temps fixé le taux des frais d'assiette et de gestion par **référence au bénéficiaire** des impositions concernées. Ainsi, un arrêté du ministre du Budget du 19 juillet 1989 a prévu un prélèvement de 1 % sur le produit de la contribution de 0,4 % affectée à la CNAV, instaurée par la loi du 13 janvier 1989 portant diverses mesures d'ordre social. Il a par la suite été porté à 1,2 % par un nouvel arrêté du 25 avril 1990¹⁴². De même, les frais de gestion prélevés sur la part de la CSG sur les revenus du patrimoine affectée à la CNAF ont été fixés à 0,5 % pour ce qui concerne les revenus des années 1990, 1991 et 1992 par arrêtés successifs des 9 août 1991, 31 juillet 1992 et 28 septembre 1993. Ce prélèvement a perduré au cours des années ultérieures sans que de nouveaux textes soient pris. L'Etat perçoit en outre 0,5 % des contributions reversées au Fonds de solidarité vieillesse (FSV), en vertu d'un arrêté conjoint des ministres des affaires sociales et de la santé et du budget du 4 février 1994, pris en application de l'article L. 135-6 du code de la sécurité sociale.

Plus récemment, les frais ont été fixés par **catégorie d'imposition**. L'arrêté du 23 juillet 1996, pris en application de l'article 8 de l'ordonnance du 24 janvier 1996 portant création de la CRDS, permet à l'Etat de prélever 0,5 % du produit de cette contribution, reversée à la CADES.

Au total, la diversité des taux, des bases juridiques et de l'imputation budgétaire est très grande et même excessive, comme on le voit en annexe de cette section, où ces éléments figurent pour chaque taxe recouvrée au profit des organismes de sécurité sociale.

L'Etat a entrepris de rationaliser ses pratiques à compter de 1998. Un arrêté du 26 août 1998 a uniformément fixé le taux des frais d'assiette et de recouvrement à 0,5 % pour l'ensemble des prélèvements sociaux portant sur les revenus du patrimoine et recouverts pour le compte de l'ACOSS.

Ce texte ne clarifie cependant que partiellement les bases juridiques des frais d'assiette. En effet, celles-ci n'ont pas toujours été actualisées pour tenir compte de l'évolution des différentes impositions

142. La contribution de 0,4 % ayant elle-même été portée à 1 % par l'article 25 de la loi de finances rectificative pour 1989.

concernées. La Cour a ainsi relevé une divergence d'interprétation entre les services de l'Etat et l'ACOSS sur le régime applicable au produit du prélèvement social de 2 % sur les revenus de placement revenant à la CNAV. L'ACOSS estime que les frais perçus pour le recouvrement de cette contribution doivent être limités à 0,5 % par référence à l'arrêté du 26 août 1998. La DGI retient pour sa part une interprétation de la notion de revenus du patrimoine au sens de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale et écarte l'arrêté de 1998 pour appliquer celui du 25 avril 1990, qui prévoit 1,2 % de frais d'assiette.

D'autre part, la pratique elle-même de ce prélèvement est disparate d'un service de l'Etat à l'autre. La Cour a pu observer des divergences d'interprétation entre les divers services du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie en charge du recouvrement de cette contribution. Le réseau du Trésor Public ne prélève pas de frais sur la part revenant à la CNAV du prélèvement social de 2 %. Contrairement aux services fiscaux, la DGCP estime en effet que l'arrêté du 25 avril 1990 portant sur la contribution de 1 %, ne peut s'appliquer au prélèvement social de 2 % qui a été substitué à celle-ci.

2 – Une relation tenue entre les frais facturés et les coûts supportés

Le rapprochement entre les frais de gestion perçus et l'évaluation des coûts supportés à raison du recouvrement des contributions précitées aboutit aux résultats suivants pour l'année 2000 :

en MF et (M€)

Année 2000	Montants recouvrés (1)	Montant des frais d'assiette perçus (2)	Estimation des charges supportées (3)	Rapport (3)/(2)
DGCP	51 522 (7 854,5)	209 (31,9)	172 (26,2)	0,8
DGI	24 684 (3 763,0)	40 (6,1)	8 (1,2)	0,2
DGDDI	68 818 (10 491,2)	91,5 (13,9)	829* (126,4)	9,1

Source : ministère de l'Economie, des finances et de l'industrie.

* Ce montant concerne en fait l'année 1999 et a été repris par convention pour 2000 en l'absence d'évaluation spécifique. Si on l'applique au montant des frais d'assiette perçus de 1999 (soit 103,2 MF (15,7 M€)), le rapport est de 8.

Les différences sont donc très grandes entre le montant des frais d'assiette prélevés par l'Etat et les charges liées au recouvrement des impôts et taxes reversés aux organismes sociaux, telles qu'elles sont estimées par les services qui recouvrent. Le coût de gestion des contributions indirectes, tel qu'il est évalué par la DGDDI, est neuf fois

plus élevé que le montant des frais perçus. A l'inverse, les charges liées au recouvrement des prélèvements sociaux assis sur les revenus du patrimoine sont cinq fois inférieures aux frais prélevés. Ces deux exemples démontrent l'absence de lien entre les coûts supportés par l'Etat et la rémunération qu'il s'octroie.

3 – L'absence de connaissance précise des coûts

L'évaluation qui précède résulte essentiellement d'estimations réalisées à la demande de la Cour par les trois directions du ministère de l'Economie, des finances et de l'industrie concernées, à partir du temps consacré par leurs agents aux tâches de gestion et de recouvrement des taxes et cotisations affectées aux organismes sociaux.

Les services de l'Etat ne disposent pas à l'heure actuelle d'une comptabilité analytique permettant de mesurer les charges de gestion de chaque catégorie d'imposition. Un certain nombre d'études ponctuelles ont été réalisées en la matière, mais leur champ d'investigation se restreint aux principaux types d'impôts et n'apporte pas d'éclaircissements sur les coûts afférents au recouvrement des contributions et taxes destinées aux organismes sociaux.

L'évaluation précise des charges concernées nécessite au demeurant la mise en place d'outils de déclinaison des coûts au plan local. A titre d'exemple, si le coût d'assiette des prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine ne peut être isolé au sein des dépenses consacrées à l'établissement de l'impôt sur le revenu, la gestion de ces cotisations n'en génère pas moins des charges pour les services fiscaux, notamment d'accueil des contribuables après l'émission des rôles de CSG.

B – Les frais de gestion versés aux organismes de protection sociale

Les régimes de sécurité sociale assurent la liquidation et le versement d'un certain nombre de prestations liées à des politiques de solidarité, dans des domaines tels que les aides au logement, à l'emploi, à l'accès aux soins, les préretraites, ou encore les minima sociaux. Si l'Etat assure le financement de ces mesures, la prise en charge de leurs coûts de gestion est variable en fonction des allocations, comme le prouve l'exemple des prestations dont le versement incombe à la branche famille.

1 – La compensation des charges supportées par la branche famille n'est que partielle

La compensation des frais de gestion exposés par la branche famille ne s'applique qu'à certaines prestations du bloc « logement » : l'aide personnalisée au logement, l'allocation de logement à caractère social et l'allocation de logement temporaire donnent lieu au versement d'une rémunération calculée forfaitairement en pourcentage des prestations servies. Initialement fixé à 6 %, le taux des frais sur l'APL a été réduit à 4 % en 1983. Sur l'ALS et l'ALT, le taux des frais s'élève à 2 %. D'autre part, depuis 1989, l'assiette de ces frais s'est réduite : le taux ne s'applique plus qu'au montant de la participation de l'Etat et du fonds national d'aide au logement (FNAL). Ces différents taux ne reposent sur aucune étude des coûts de gestion.

La branche famille assure également la liquidation et le versement du revenu minimum d'insertion (environ 23 MdF (3,5 Md€)) et de l'allocation adulte handicapé (environ 25 MdF (3,8 Md€)) depuis la création de ces prestations. Les frais supportés par les caisses d'allocations familiales (CAF) à raison de la gestion de ces aides ne sont pas pris en charge par l'Etat.

S'agissant de l'AAH, la CNAF avait engagé des discussions avec l'Etat, lorsque ce dernier a pris en charge le financement de cette mesure en 1983, en vue d'obtenir une compensation des frais de gestion, évalués à l'époque à 1,54 % du montant des prestations versées. Les deux partenaires ne sont pas parvenus à un accord sur cette question, l'Etat contestant notamment la méthode d'évaluation des charges mise en œuvre par la branche famille.

Ce débat a perduré avec la création de l'allocation spécifique d'attente (ASA), servie par les CAF depuis le 1^{er} juin 1998 aux allocataires du RMI totalisant plus de 40 années de cotisations à l'assurance vieillesse. La conclusion d'une convention de gestion, prévoyant notamment un échancier des remboursements par l'Etat, achoppe depuis 1998 sur la question de la prise en charge des frais de gestion. Le projet de convention élaboré par la CNAF prévoyait une rémunération de 1 % des allocations versées, par analogie à l'accord conclu entre l'Etat et l'UNEDIC pour la liquidation par cet organisme de l'ASA versée aux bénéficiaires de l'allocation de solidarité spécifique. Malgré l'absence de signature d'une convention avec les pouvoirs publics, la branche famille a fait l'avance des prestations versées.

2 – Les avancées dans l'évaluation des charges de gestion

Le débat récurrent sur l'évaluation des charges de gestion entre la CNAF et l'Etat a conduit à la création en 1997 d'un observatoire national des charges de gestion, prévue par l'article 37-2 de la convention d'objectifs et de gestion passée entre la CNAF et l'Etat. Cette structure, qui associe les deux partenaires, doit normalement évaluer les frais de gestion des prestations versées pour le compte de l'Etat. Elle est destinée à passer d'une situation dans laquelle la branche famille mesure seule ses charges à un processus d'évaluation conjointe par les deux acteurs des coûts liés aux modifications législatives et réglementaires des prestations familiales.

Les travaux entrepris par cet observatoire ont permis des avancées dans la connaissance des coûts de gestion, notamment par des études sur la structure du fichier des allocataires. Celles-ci permettent de mesurer l'évolution des charges par catégorie de prestations (précarité-invalidité, logement, famille), et servent de base à la répartition des moyens budgétaires entre les CAF.

Compte tenu des objectifs assignés à cette structure lors de sa création, les études menées à ce jour ont cependant essentiellement porté sur les charges inhérentes aux nouvelles prestations. Consacrer pour l'avenir une partie des moyens de l'observatoire à l'examen des coûts de gestion d'allocations existantes, telles que le RMI, l'AAH ou l'APL revêtirait un intérêt certain.

3 – L'absence de comptabilité analytique

La branche famille ne possède pas à ce jour de comptabilité analytique. Elle n'est donc pas à même de connaître avec précision les coûts supportés à raison de la gestion des prestations de solidarité qu'elle verse pour le compte de l'Etat. Cette situation résulte pour partie d'une position de principe : la branche famille estime en effet que la ventilation des charges administratives par allocation n'aurait d'intérêt que dans l'hypothèse où les pouvoirs publics accepteraient d'en tirer les conséquences s'agissant de la prise en charge des frais de gestion à leur niveau réel.

Ce faisant, la CNAF se prive cependant d'un élément d'éclairage utile dans le débat qui l'oppose à l'Etat. L'exemple de l'UNEDIC, qui s'est dotée d'une comptabilité analytique en 1996, le démontre : l'ensemble des prestations de solidarité gérées par le régime d'assurance-chômage ouvrent droit à une rémunération, fixée d'un commun accord avec l'Etat en proportion des montants servis ou sur la base des coûts

réels. Cela étant, indépendamment d'une comptabilité analytique, les éléments dont dispose la CNAF devraient permettre, ne serait-ce qu'à titre provisoire, que l'Etat lui verse une rémunération approchée du service qu'elle rend.

Au total, il est nécessaire que l'Etat adopte une position homogène en ce qui concerne les frais de gestion et qu'il se donne, ainsi que les caisses de sécurité sociale, les moyens de les évaluer précisément.

RECOMMANDATIONS

Pour l'Etat

1. *Etendre les outils de mesure du coût de gestion des différentes composantes de la fiscalité aux impôts et taxes reversés aux organismes de protection sociale pour évaluer de façon plus précise et périodique les coûts de ces derniers.*

2. *Revoir les modalités de fixation des frais d'assiette et de recouvrement, sur la base des coûts réels constatés.*

3. *Adopter une politique homogène dans la prise en charge des frais effectivement supportés par les organismes de protection sociale à raison de la gestion des prestations de solidarité que l'Etat finance.*

Pour la CNAF

4. *Mettre en place une comptabilité analytique afin de permettre l'établissement d'une facturation aux coûts réels.*

Annexe
Situation au 1^{er} janvier 2001 des frais de gestion prélevés par l'État sur les produits recouverts
au profit des organismes sociaux

1. CSG et CRDS

Comptables chargés du recouvrement	Nature du produit recouvert	Organismes sociaux bénéficiaires	Taux des FAR	Taux des FDNV	Bases juridiques	Imputation budgétaire
Comptables du Trésor	CRDS sur les revenus du patrimoine	CADES	0,5%		Art. 1647-III CGI, art.8 de l'ordonnance n°96-50 du 24janvier 1996 et arrêté du 23 juillet 1996	Compte 901-530 « <i>Budget général – Recettes – Taxes, redevances et recettes assimilées – Année courante</i> », spécification comptable 309-01 « <i>Frais d'assiette et de recouvrement des impôts et taxes établis ou perçus au profit des collectivités locales et de divers organismes – Produits compris dans les rôles d'IR</i> »
				3,6%	Art. 1641-I-2 CGI	Compte 901-530, spécification comptable 309-01
	CRDS sur les produits de placement	CADES	0,5%		Art. 1647-III CGI, art.8 de l'ordonnance n°96-50 du 24janvier 1996 et arrêté du 23 juillet 1996	Compte 901-530, spécification comptable 309-21/22 « <i>Frais d'assiette et de recouvrement des impôts et taxes établis ou perçus au profit des collectivités locales et de divers organismes – Produits encaissés par les comptables du Trésor sur titres de perception/Produits encaissés par les comptables du Trésor au comptant</i> »
Comptables des Impôts	CRDS sur les produits de placement	CADES	0,5%		Art. 1647-III CGI, art.8 de l'ordonnance n°96-50 du 24janvier 1996 et arrêté du 23 juillet 1996	Compte 901-530/531, spécification comptable 309-23/309-24 « <i>Frais d'assiette et de recouvrement des impôts et taxes établis ou perçus au profit des collectivités locales et de divers organismes – Produits encaissés par les comptables des Impôts MEDOC sur prise en charge/Recettes au comptant</i> »

FAR : frais d'assiette et de recouvrement ; FDNV : frais de dégrèvement et de non valeur

Comptables des Impôts et des Douanes	CRDS sur les ventes de métaux précieux, bijoux, objets d'art, de collection et d'antiquité	CADES	0,5%		Art. 1647-III CGI, art.8 de l'ordonnance n°96-50 du 24/01/96 et arrêté du 23 juillet 1996	Compte 901-530/531, spécification comptable 309-23/309-24/309-27 « <i>Frais d'assiette et de recouvrement des impôts et taxes établis ou perçus au profit des collectivités locales et de divers organismes – Produits encaissés par les comptables des Impôts MEDOC sur prise en charge/Recettes au comptant/Autres produits encaissés par les comptables des Douanes – Recettes au comptant</i> »	
Comptables du Trésor	CRDS sur le produit des jeux	CADES	0,5%		Art. 1647-III CGI, art.8 de l'ordonnance n°96-50 du 24/01/96 et arrêté du 23 juillet 1996	Compte 901-530/531, spécification comptable 309-21/309-22	
Comptables du Trésor	Prélèvement social de 2% sur les revenus du patrimoine	CNAVTS (30%)	0,5%		Art. 1647-III CGI et arrêté du 26 août 1998	Compte 901-530, spécification comptable 309-01	
				3,6%		Art. 1641-I-2 CGI	Compte 901-530, spécification comptable 309-01
		Fond de réserve du FSV (50%)	Néant			Art.1647-III CGI et absence d'arrêté	
				3,6%		Art. 1641-I-2 CGI	Compte 901-530, spécification comptable 309-01
		FSV- opérations de solidarité	0,5%			Art L135-5 CSS, art. 1647-III CGI et arrêté du 4 février 1994	Compte 901-530, spécification comptable 309-01
				3,6%		Art. 1641-I-2 CGI	Compte 901-530, spécification comptable 309-01

Comptables des impôts	Prélèvement social de 2% sur les produits de placement	CNAVTS (30%)	1,2%		Art. 1647-III CGI et application de l'arrêté du 25 avril 1990	Compte 901-530, spécification comptable 309-23/309-24
		FSV-opérations de solidarité	0,5%		Art. 1647-III CGI et arrêté du 4 février 1994	Compte 901-530, spécification comptable 309-23/309-24
		Fond de réserve du FSV (50%)	Néant		Art. 1647-III CGI sans arrêté	
Comptables du Trésor	Prélèvement social de 2% sur les produits de placement	CNAVTS (30%)	Néant		Non application de l'arrêté du 25 avril 1990 car applicable à l'ancien prélèvement social de 1%	
		FSV-opérations de solidarité	0,5%		Art. 1647-III CGI et arrêté du 4 février 1994	Compte 901-530, spécification comptable 309-21/309-22
		Fond de réserve du FSV (50%)	Néant		Art. 1647-III CGI sans arrêté	
Comptables du Trésor	CSG sur les revenus du patrimoine	CNAF (1,1)	0,5%		Art. 1647-III CGI et arrêté du 26/08/98	Compte 901-530, spécification comptable 309-01
				3,6%	Art. 1641-I-2 CGI	Compte 901-530, spécification comptable 309-01
		CNAMTS (5,25)	0,5%		Art. 1647-III et arrêté du 26 août 1998	Compte 901-530, spécification comptable 309-01

Comptables du Trésor (suite)	CSG sur les revenus du patrimoine (suite)	FSV- opérations de solidarité (11,5)	0,5		Art. L135-5 CSS, art. 1647-III CGI et arrêté du 4 février 1994	Compte 901-530, spécification comptable 309-01
				3,6%	Art. 1641-I-2 CGI	Compte 901-530, spécification comptable 309-01
	CSG sur le produit des jeux	CNAF (1,1)	Néant		Art. 1647-III CGI sans arrêté	
		CNAMTS (5,25)	Néant		Art. 1647-III CGI sans arrêté	
FSV- opérations de solidarité		0,5%		Art. L135-5 CSS, article 1647-III CGI et arrêté du 4 février 1994	Compte 901-530, spécification comptable 309-21/309-22	
Comptables des Impôts et du Trésor	CSG sur les produits de placement	CNAF (1,1)	Néant		Art. 1647-III CGI sans arrêté	
		CNAMTS (5,25)	Néant		Art. 1647-III CGI sans arrêté	
		FSV- opérations de solidarité	0,5%		Art. L135-5 du CSS, art.1647-III CGI et arrêté du 4 février 1994	Compte 901-530, spécification comptable 309-21/309-22/309-23/309-24

2. Autres impositions

Comptables chargés du recouvrement	Nature du produit recouvré	Organismes sociaux bénéficiaires	Taux des FAR	Taux des FNDV	Bases juridiques des FAR	Imputation budgétaire
Comptables du Trésor	Contribution sociale sur les bénéfiques des sociétés	FOREC (100 %)				Compte 391-01(ACOSS s/c CDC)
Comptables de la DGDDI	Taxe générale sur les activités polluantes	FOREC (100 %)				Compte 391-01(ACOSS s/c CDC)
	Droit de consommation sur les tabacs	FOREC (97 %) CNAMTS (2,61 %) FCAATA (0,39 %)				Compte 391-01(ACOSS s/c CDC) Compte 475-9427 (ACOSS) Compte 475-9427 (CDC)
	Droit de consommation sur les alcools (art. 403 I 1° du CGI)	FOREC (55 %) CNAM (45 %)				Compte 391-01(ACOSS s/c CDC) Compte 468-25 (CDC)
	Droit de consommation sur les alcools (art. 403 I 2° du CGI)	FOREC (54,42 %) BAPSA (1,05 %) CNAM (44,53 %)				Compte 391-01(ACOSS s/c CDC) Compte 475-9427 (ACOSS)
	Cotisation sur les boissons alcooliques	CNAMTS (100 %)	2,50 %		Arrêté interministériel du 25 avril 1983	Compte 475-9427 (ACOSS)

Comptables de la DGDDI (suite)	Droit de consommation sur les produits intermédiaires	FOREC (100 %)				Compte 391-01(ACOSS s/c CDC)
	Droit sur les bières et les boissons non alcoolisées	FOREC (100 %)				Compte 391-01(ACOSS s/c CDC)
	Droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels	FOREC (100 %)				Compte 391-01(ACOSS s/c CDC)
	Taxe sur les PREMIX	CNAMTS (100 %)				Compte 475-9427 (ACOSS)
Comptables des Impôts	Taxe sur les conventions d'assurance	FOREC CNAF CNAMTS FSV				Compte 901-170 (Budget général) à hauteur de 56,1 % du produit Compte de transfert 391-01 (compte ACOSS/CDC tenu à l'ACCT) à hauteur de 14,1 %, destiné au FOREC. Compte 475-983 (imputation provisoire de recettes diverses) à hauteur de 29,8 %.
	Taxe sur les véhicules de sociétés	FOREC				Compte 391-01 (ACCT)
Comptables du Trésor	Contribution de solidarité de 1 %	Fonds de solidarité				

Chapitre VII

« Dépenses fiscales » et politiques sociales

PRESENTATION

Les interventions qui relèvent de la sécurité sociale prennent traditionnellement deux formes : l'octroi d'un revenu de remplacement, la prise en charge de certaines dépenses. C'est d'ailleurs à ce titre que les flux financiers correspondants sont qualifiés de transferts sociaux. L'objet de ces transferts est de « mutualiser » la charge de certains « risques » ou coûts particuliers, le fait d'être à la retraite, d'être malade ou accidenté du travail, d'avoir des enfants. Mais l'appréciation de l'impact et de l'effectivité des mesures en cause reste partielle si l'on ne tient pas compte d'un autre instrument à la disposition de la collectivité pour assurer des avantages particuliers à tout ou partie des personnes bénéficiant par ailleurs de transferts sociaux, à savoir l'outil fiscal. De nombreuses dispositions fiscales à caractère dérogatoire ont été prises en effet en leur faveur. La situation réelle de ces personnes résulte alors de l'effet combiné des transferts sociaux et des avantages fiscaux, ces derniers constituant une partie de ce que le Conseil des impôts appelle depuis 1979 les « dépenses fiscales ».

L'ampleur des transferts sociaux, les problèmes que pose leur financement, le risque d'incohérence que comporte l'accumulation de mesures prises sans tenir compte de tous leurs effets directs ou indirects justifient les développements qui suivent consacrés à une amorce d'analyse des dépenses fiscales dans le domaine des politiques sociales.

Après une présentation rapide de la notion de dépenses fiscales, des problèmes que soulèvent leur délimitation, leur coût et leurs effets directs et indirects, le présent chapitre est consacré à une première illustration de l'articulation des dépenses fiscales et des politiques sociales en s'appuyant notamment sur les deux exemples des dispositions en faveur des familles et de celles en faveur des personnes âgées.

I – La problématique des dépenses fiscales

L'expression dépenses fiscales est apparue en 1979 dans le rapport annuel du Conseil des impôts. La loi de finances de 1980 dispose que le gouvernement retracera l'évolution des dépenses fiscales dans le fascicule « Voies et moyens » annexé au projet de loi de finances. Le fascicule annexé à la loi de finances de 1981 donne une définition de la notion de dépense fiscale : « peut être qualifiée de dépense fiscale toute disposition législative ou réglementaire dont la mise en œuvre entraîne pour l'Etat une perte de recettes et donc pour le contribuable un allègement de sa

charge fiscale par rapport à ce qui serait résulté de l'application de la norme, c'est-à-dire des principes généraux du droit fiscal français ».

On remarque immédiatement que cette définition implique que la norme fiscale soit fixée. Or, aucun document officiel ne décrit l'ensemble des principes de la fiscalité française. Aussi ne s'étonnera-t-on pas qu'au fil du temps le concept de dépense fiscale évolue. En 1998, une nouvelle définition est donnée. Les critères désormais mis en avant sont l'ancienneté et surtout « *le caractère général de la mesure : une disposition applicable à la grande majorité des contribuables peut être considérée comme la norme (par exemple, l'abattement de 20 % sur les traitements et salaires). A l'inverse, l'avantage accordé à une catégorie particulière de contribuables ou d'opérations constitue une dépense fiscale* ».

Et à cette redéfinition correspond une modification significative du champ de la dépense fiscale : si en 1981 le quotient familial est inclus dans la liste car « il constitue un outil essentiel de la politique menée en faveur des familles », il disparaît à partir du projet de loi de finances pour 1998 et ne réapparaîtra pas bien que le débat auquel a donné lieu la mise sous condition de ressources des allocations familiales du 1^{er} juillet 1998 au 1^{er} janvier 1999 et le « remplacement » de cette mesure par un abaissement du plafond du quotient familial, semble dénoter que le quotient familial est un des avantages consentis aux familles. Quoi qu'il en soit, le quotient familial est désormais considéré comme une donnée structurelle de l'impôt sur le revenu.

A l'inverse, et toujours pour illustrer le caractère en partie conventionnel de la notion de dépenses fiscales, on peut se demander pourquoi la déductibilité des cotisations obligatoires de sécurité sociale n'a jamais été classée parmi les dépenses fiscales.

En définitive, le champ de la dépense fiscale est défini chaque année par la liste qui figure dans le fascicule « Voies et moyens », liste qui, depuis 2000, est présentée par ministère, ce qui permet un rapprochement entre les crédits et les dépenses fiscales. Cette variabilité du champ s'accompagne d'une grande instabilité du dispositif lui-même. La dépense fiscale constitue un domaine privilégié du législateur et les tendances constatées pour les prestations sociales (complexité et instabilité) se retrouvent dans le domaine fiscal. Les options politiques des différents gouvernements contribuent aussi à cette instabilité. Ainsi voit-on par exemple se succéder des épisodes de majoration du quotient familial (l'octroi de demi parts pour les familles nombreuses entre 1978 et 1981), de plafonnement (1982 et 1999) puis de relèvement modéré de ce plafond (programme fiscal 2001/2002). Ou encore, en cinq ans, on

change deux fois le dispositif des emplois familiaux : institution en 1992 ; fort relèvement en 1994 puis forte restriction en 1998.

Outre cette variabilité sur leur champ, les dépenses fiscales liées à l'impôt sur le revenu, catégorie qui concerne le plus directement les transferts sociaux, se caractérisent par la variété des techniques qu'elles mettent en œuvre et le caractère très partiel de la connaissance de leurs effets, connaissance rendue encore plus difficile par les formules variées d'indexation.

A – La variété des techniques mises en œuvre

La première technique consiste à **exonérer** certains revenus. Les revenus en cause ne sont pas intégrés dans l'assiette de l'impôt sur le revenu (exemple : rentes d'accidents du travail) ou ne le sont que partiellement.

La seconde technique consiste en la création d'**abattements ou de déductions** sur des catégories de revenu. L'abattement est alors libellé en francs (c'est le cas de l'abattement spécial consenti notamment aux personnes de plus de 65 ans) ou en pourcentage du revenu concerné (c'est le cas de l'abattement de 10 % pratiqué sur les retraites). L'abattement, dans ce cas, peut être plafonné.

Troisième technique, l'attribution de **demi-parts supplémentaires**. La progressivité de l'impôt sur le revenu s'appliquant au revenu par part (selon la technique du quotient), l'octroi de demi-parts supplémentaires atténue l'impôt. Les demi parts sont toutes plafonnées.

Les **taux réduits d'imposition** constituent une quatrième technique. Ils concernent certaines catégories de revenus (notamment certains revenus mobiliers et plus-values). Leur sous-taxation par rapport au barème général diminue l'impôt total. Les taux réduits d'imposition concernent également la TVA.

Les **réductions et crédits d'impôt**, cinquième technique, viennent s'imputer sur l'impôt calculé selon le barème. Elles sont libellées en francs (c'est le cas des réductions accordées aux contribuables ayant des enfants scolarisés) ou en pourcentage d'une dépense ou d'une charge supportée par les contribuables (c'est le cas de la réduction consentie pour les emplois familiaux).

La **décote** constitue la sixième technique. Elle allège l'impôt sur le revenu calculé selon le barème pour les contribuables dont l'impôt est d'un montant faible. Dans sa forme actuelle, elle est égale à 2 450 F (373,5 €) diminués de la moitié de l'impôt calculé (avant décote). La

décote ainsi calculée s'impute sur l'impôt avant décote pour le diminuer. Les effets de la décote s'effacent donc lorsque l'impôt avant décote est égal à 4 900 F (747,0 €), et ce quel que soit le nombre de parts du contribuable.

Enfin l'impôt sur le revenu **n'est pas mis en recouvrement** lorsqu'il est inférieur à 400 F (61,0 €), montant fixe quel que soit le nombre de parts du contribuable¹⁴³.

La multiplicité des techniques de dépenses fiscales est accrue par la possibilité de les assortir de modulations « secondaires » (plafonnement des demi-parts, majoration des abattements en fonction des charges de famille par exemple).

Quelle que soit la technique qu'elles mettent en oeuvre, les dépenses fiscales liées à l'impôt sur le revenu présentent deux grands traits communs.

D'abord elles contribuent le plus souvent à réduire le nombre des contribuables effectivement imposés. On ne dispose pas d'un compte agrégé des dépenses fiscales donnant le nombre de ménages qui deviennent non imposables du fait de leur existence. Mais il est sûr que cette réduction est parfois massive. Ainsi en est-il par exemple des personnes âgées (cf. *infra*) dont 650 000 ne sont pas imposées du fait de l'abattement de 10 % sur les retraites, X le sont du fait de l'exonération des majorations de retraites pour enfants élevés, près de 500 000 le sont du fait de l'abattement spécial, près d'un million le sont du fait de la décote¹⁴⁴.

Les différentes dépenses fiscales, deuxième trait commun, procurent aux ménages assujettis à l'impôt sur le revenu des allègements d'impôt souvent significatifs et fréquemment croissants avec leur revenu. Les sommes concernées par les dépenses fiscales sont élevées et ces dispositions contribuent à minorer les taux d'imposition effectifs par rapport à ceux affichés dans le barème.

B – La difficile appréciation des effets des dépenses fiscales

Non seulement l'évaluation « officielle » des effets directs, celle qui figure dans le fascicule « Voies et moyens », est partielle, mais

143. Il conviendrait de rajouter à cette liste de sept techniques, une huitième spécifique aux DOM : l'abattement de 30 ou 40 % sur l'impôt sur le revenu.

144. Il ne faut pas agréger ces effectifs puisqu'ils se recourent en partie.

l'incidence effective des dépenses fiscales est très difficile à déterminer car elle dépend à la fois de facteurs externes, tels que les caractéristiques des bénéficiaires, et de la combinaison, très variable, des mesures intéressant la même personne ou le même groupe.

1 – Les limites des évaluations globales

L'administration fiscale ne connaît que les revenus déclarés. Or, certaines dépenses fiscales – notamment l'exonération de certaines catégories de revenus – sont une source de décalage entre les revenus déclarés et les revenus réels dont disposent les contribuables. Il est donc impossible d'apprécier leur ampleur sans hypothèses, simulations et recoupements avec d'autres sources statistiques. Pour les six autres techniques, il est possible en revanche d'évaluer avec plus ou moins de précision l'effet direct de chaque dépense fiscale, c'est-à-dire l'économie fiscale qu'elle procure. Chaque dépense fiscale est donc évaluée en comparant la législation en vigueur à une législation qui exclut cette seule dépense fiscale, « toutes choses égales par ailleurs ».

Mais, au-delà, il est difficile de prendre en compte les effets induits ou indirects des mesures. Ces effets indirects résultent :

- des modifications de comportement qu'elles peuvent provoquer : effets d'incitation ou réaction d'optimisation des intéressés (par exemple orientation des placements financiers en faveur de telle ou telle formule, assurance-vie ou épargne-logement) ;
- du fait, surtout, que les conditions d'assujettissement à la fiscalité locale et à la redevance télévision ainsi qu'à la CSG, mais aussi que l'accès aux prestations sociales (aide au logement, prestations familiales), dont la base ressources est calée sur des définitions fiscales, dépendent du revenu imposable, donc sont marquées par les dépenses fiscales.

Ce type d'effet indirect concerne toutes les dépenses fiscales assises sur l'impôt sur le revenu, non seulement celles ayant explicitement une finalité sociale mais aussi celles relatives à l'épargne, par exemple. Il est donc possible qu'une disposition fiscale n'ait qu'une incidence directe (en terme de dépense fiscale) faible mais permette aux bénéficiaires de remplir les conditions pour accéder à certaines prestations sociales et génère donc, de ce fait, une dépense non négligeable sur le versant des prestations.

Malgré la qualité des travaux d'évaluation réalisés, des problèmes de quatre ordres différents peuvent être constatés.

Des dépenses non évaluées. Un grand nombre de dépenses fiscales ne sont pas évaluées. Elles correspondraient à l'absence d'éléments statistiques (c'est par exemple le cas pour le régime spécial d'imposition des assistantes maternelles), ou bien à l'impossibilité de fournir une évaluation satisfaisante.

Des écarts d'évaluation. Il peut y avoir, d'une année sur l'autre, des évaluations très différentes. A titre d'exemple, on note un fort écart d'évaluation concernant la mesure 14 01 19 (exonération des produits attachés aux bons et contrats de capitalisation) : pour l'année 1999, le fascicule « Voies et moyens » du projet de loi de finances pour 2000 comporte un montant évalué de 32,5 MdF (5,0 Md€), montant qui passe à 23,8 MdF (3,6 Md€) pour la même année dans le fascicule 2001. L'écart entre les deux évaluations serait lié à un changement d'hypothèse sur le taux marginal moyen des contribuables concernés.

Outre son importance ponctuelle, cet exemple illustre la situation très marginale dans le débat budgétaire des dépenses fiscales autres que les mesures nouvelles. Un écart de cette ampleur sur n'importe quelle dépense, voire sur certaines recettes, aurait suscité de nombreux commentaires. De fait, l'organisation du débat budgétaire aboutit d'une certaine façon à ce que ne soient jamais ou rarement examinées les dépenses fiscales, sauf mesure nouvelle ou modification d'une disposition existante¹⁴⁵.

La consolidation des dépenses fiscales. Il est légitime de s'interroger sur le coût global combiné, et pas seulement une par une, des dépenses fiscales, en particulier dans le champ de la protection sociale. En effet, les dépenses fiscales sont un des instruments des politiques sociales et les situations où les dépenses fiscales et les prestations se cumulent sont fréquentes. Ainsi l'aide aux familles dont les enfants sont scolarisés passe par divers instruments, ce qui a abouti à faire coexister des prestations sociales (bourses, allocation de rentrée scolaire) qui sont exonérées d'impôt, et des dépenses fiscales (réduction d'impôt pour frais de scolarité, demi-part supplémentaire accordée aux contribuables dont un enfant célibataire majeur de moins de 25 ans continue ses études).

La préoccupation légitime de mieux connaître le coût de l'ensemble des aides publiques conduit à préconiser l'inclusion des dépenses fiscales dans l'analyse, ce qui pose le problème de l'agrégation des coûts de ces dernières. Une telle opération se heurte à

145. Un problème du même ordre a été noté aux Etats-Unis par le General Accounting Office dans son rapport publié en juin 1994 : « Tax expenditures deserve more scrutiny ».

des difficultés méthodologiques : l'évaluation de chacune des dépenses se fait « toutes choses égales par ailleurs », mais des interactions entre mesures existent et peuvent être difficiles à quantifier. Cependant, il serait nécessaire que des travaux de ce type soient menés pour faire apparaître des coûts agrégés des dépenses fiscales, tout au moins dans le champ de la protection sociale, quitte à ce que soient publiées des fourchettes indiquant les bornes inférieures et supérieures des montants estimés.

Traitement des dépenses fiscales à l'étranger

En Allemagne, le gouvernement fédéral est tenu de soumettre tous les deux ans au Parlement un rapport sur les dépenses fiscales en tant qu'élément des projections budgétaires. Ce rapport comporte un total des dépenses fiscales. Aux Etats-Unis, les documents budgétaires (comme les documents français) ne contiennent pas de total agrégé des dépenses fiscales du fait des interactions entre les différentes dépenses et de leur influence sur le comportement des contribuables. Le General Accounting Office, dans son rapport précité, note cependant que les montants agrégés constituent une indication de l'ampleur de la perte annuelle de revenus due aux dépenses fiscales et qu'ils permettent des comparaisons avec les dépenses directes. Le General Accounting Office a donc établi, pour compléter son rapport, des montants agrégés à partir des sources budgétaires émanant du Congrès ou de l'administration.

La prise en compte des effets indirects des mesures. Dès lors qu'on fait intervenir des références fiscales pour le calcul d'autres impôts ou contributions, les dépenses fiscales rétroagissent sur ces impôts ou contributions. C'est le cas notamment des impôts locaux. Ainsi la taxe d'habitation est extrêmement sensible au revenu et au nombre de parts. La rétroaction des dépenses fiscales sur la taxe d'habitation est donc forte. Les exonérations ou abattements d'une part, les demi-parts supplémentaires d'autre part diminuent fortement le revenu pris en compte pour le calcul de l'écrêtement de la taxe. C'est le cas aussi de la redevance télévision (les personnes âgées de 70 ans et plus non imposées sur le revenu sont exonérées de la redevance télévisuelle), de la CSG (surtout pour certains types de chômeurs et de retraités – cf. *infra*).

2 – La diversité des mécanismes et des effets directs concrets

Au-delà des évaluations globales publiées dans le fascicule « Voies et moyens » et des problèmes qu'elles posent, les mécanismes et effets concrets des dépenses fiscales méritent d'être détaillés. On mettra en

évidence deux aspects : leur sensibilité au revenu du contribuable puis la diversité de leurs modalités d'actualisation.

a) L'incidence varie d'abord en fonction du revenu du contribuable

Les **exonérations** ou **abattements** sur le revenu ou des catégories de revenu élèvent le seuil d'imposition et procurent une économie d'impôt croissante avec le taux marginal d'imposition.

Les **demi-parts** supplémentaires, elles aussi, élèvent le seuil d'imposition et procurent une économie d'impôt croissant avec le taux marginal d'imposition des ménages. L'économie d'impôt débute au seuil d'imposition correspondant au nombre de parts de la norme fiscale (ainsi la demi part supplémentaire du troisième enfant commence à produire ses effets pour un revenu de 13 440 F (2 049,0 €) par mois, seuil d'imposition à 3,5 parts). L'économie d'impôt est toujours plafonnée, mais le niveau de plafonnement est lui même très différent selon le type de demi-part supplémentaire. Selon la DGI, le déplafonnement du quotient familial représenterait une charge de l'ordre de 10 MdF (1,5 Md€).

Les **réductions d'impôt** ne concernent que les ménages imposés au barème et dans la limite de leur impôt avant réduction. Elles n'affectent donc pas le nombre des contribuables. Elles procurent une économie d'impôt qui croît d'abord avec le revenu (puisque l'impôt avant réduction sur lequel elles s'imputent croît lui-même avec le revenu) puis se stabilise lorsque l'impôt avant réduction devient égal à la réduction maximale.

Pour beaucoup de leurs bénéficiaires, ces réductions d'impôt sont de fait forfaitaires parce que leur montant, souvent modeste ou modéré, est « saturé », c'est-à-dire que l'impôt avant réduction est très fréquemment supérieur à la réduction. Mais on peut trouver des situations inverses (c'est le cas de la réduction pour emplois familiaux pour laquelle seulement 6 % des bénéficiaires sont concernés par le plafond de 22 500 F (3 430,1 €)).

La **décote** diminue de façon linéaire l'impôt avant réduction (avec une élasticité de 50 %) mais sur une plage de revenus d'importance modérée. Son coût est évalué à 5,8 MdF (0,9 Md€) ; 4,3 millions de contribuables voient leur impôt allégé et 3,8 millions deviennent non imposables de ce fait.

Enfin, le **seuil minimum** de recouvrement procure une économie d'impôt variant de 1 F (0,2 €) à 400 F (61,0 €) en fonction de l'impôt et sur une plage de revenus très réduite. Son coût en 2000 est de 120 MF (18,3 M€).

b) L'actualisation des dépenses fiscales au cours du temps repose sur des modalités très diverses, ce qui peut sur le long terme modifier le champ des bénéficiaires

Bien que rarement analysées, les règles d'indexation des dépenses fiscales ont une grande importance sur le long terme. Cette indexation fait l'objet soit de règles codifiées soit d'une fixation annuelle discrétionnaire dans la loi de finances.

Une référence usuelle est l'évolution du plafond de la première tranche d'impôt sur le revenu.

D'autres dépenses fiscales sont fixées de façon discrétionnaire dans les lois de finances annuelles. Leur sort a varié : certaines ont suivi de fait la première tranche du barème ; d'autres sont gelées soit depuis leur entrée en vigueur soit à un moment donné de leur évolution. C'est le cas par exemple de la réduction d'impôt pour les frais de garde d'enfants maintenue depuis 1989 à 25 % de 15 000 F (2 228,7 €), ou de la réduction d'impôt pour les emplois familiaux gelée depuis 1998.

Pour certaines dépenses fiscales, le problème de l'indexation n'a pas d'objet. C'est le cas des exonérations (rentes d'accidents du travail ou majorations des retraites pour enfants par exemple). Dans ce cas, la valeur de la dépense fiscale ne dépend que de l'évolution générale du barème.

Pour les abattements, il n'y a de problème d'indexation que pour ceux qui sont libellés en francs ou qui sont plafonnés. Dans les autres cas, l'abattement est totalement couvert par la dépense fiscale. Si le plafond est élevé (c'est le cas de l'abattement de 10 % sur les retraites), l'essentiel de la population des bénéficiaires n'est pas concerné par son évolution. Le problème a plus d'incidence pour des abattements où le plafond est plus bas (c'est le cas des abattements spéciaux pour les personnes âgées et invalides).

Pour les demi-parts supplémentaires, il faut distinguer :

- la majorité des bénéficiaires qui ne sont pas concernés par leur plafonnement ; pour ceux-ci, il n'y a pas de problème d'indexation ;
- les titulaires des revenus les plus élevés : ce sont les règles d'indexation de l'avantage maximal qui les intéressent ; globalement, une indexation sur les prix est défavorable (parce que les salaires évoluent en tendance plus vite que les prix) et abaisse le nombre des bénéficiaires non plafonnés ; une indexation sur le salaire moyen (ou toute autre référence voisine) serait plus favorable.

Enfin, le terme supérieur de la décote évolue comme le barème de l'impôt sur le revenu. Le seuil de recouvrement, lui, n'est pas indexé.

II – L'incidence des dépenses fiscales sur les prestations sociales

Pour ce premier examen, l'analyse de la Cour a porté sur les prestations prenant en compte la situation familiale et sur les dépenses fiscales propres aux personnes âgées.

A – Dépenses fiscales et politique familiale

1 – Le calcul de l'impôt sur le revenu fait appel à plusieurs titres à la taille de la famille

La norme consiste à compter le contribuable célibataire pour une part, les couples mariés pour deux parts et les enfants pour une demi-part (lorsqu'ils sont à charge et jusqu'à 18 ans). Cette échelle est plus favorable aux familles que celles couramment utilisées pour les équivalences en unités de consommation. Dans cette définition de la norme fiscale, le quotient familial, c'est-à-dire à la fois le quotient conjugal et le quotient enfants, ce dernier estimé à 51 MdF (7,8 Md€), fait donc partie de la norme fiscale, et n'est donc pas, comme on l'a dit plus haut, une dépense fiscale.

Dès lors, les dépenses fiscales mises en œuvre au profit des familles ayant des enfants à charge, sans être négligeables, ne sont pas considérables. Les principales concernent

- la demi-part attribuée à chacun des enfants à partir du troisième : 3,2 MdF (0,5 Md€) en 2001 ;
- les demi-parts attribuées à chacun des enfants au-delà de dix-huit ans : 9,5 MdF (1,5 Md€) ;
- l'exonération des prestations familiales et des aides au logement attribuées aux familles ayant des enfants à charge : la DGI l'estime à environ 8,5 MdF (1,3 Md€).

Cet ensemble de 21,2 MdF (3,2 Md€) peut être comparé au quotient enfant (51 MdF (7,8 Md€)) et aux prestations familiales

(185 MdF (28,2 Md€)). **C'est donc dans la norme même du barème de l'impôt qu'est pris en compte, pour l'essentiel, le fait familial.**

Cela étant, le système tient compte du fait familial de deux façons supplémentaires. Beaucoup de dépenses fiscales, dont les conditions de base sont fixées pour une ou deux parts, sont majorées en fonction du nombre d'enfants à charge. D'autre part, certaines dépenses fiscales bénéficient à des catégories spécifiques de contribuables. Les parents isolés bénéficient d'une demi part supplémentaire. Cette demi-part supplémentaire ne figure pas - à tort - dans les dépenses fiscales recensées dans le fascicule « Voies et moyens ». Elle est estimée entre 1,5 MdF (0,2 Md€) et 2 MdF (0,3 Md€). Le veuf ayant des enfants à charge compte, comme les couples, pour deux parts (auxquelles s'ajoute bien évidemment les demi-parts des enfants). La demi-part supplémentaire du veuf par rapport à un parent isolé est estimée à 230 MF (35,1 M€).

Enfin, avoir élevé des enfants (qui ne sont **plus** à charge) ouvre droit à deux dépenses fiscales significatives :

- les contribuables célibataires, divorcés, séparés et veufs qui ont eu au moins un enfant bénéficiant d'une demi-part quel que soit le nombre des enfants élevés ; la dépense fiscale correspondante est estimée à 9 MdF (1,4 Md€) ;
- les majorations de pensions de retraite accordées aux parents qui ont élevé au moins trois enfants ne sont pas imposables ; la dépense fiscale est évaluée à 3,4 MdF (0,5 Md€).

2 – L'effet indirect sur les prestations familiales

Un certain nombre d'allocataires, proches des plafonds d'exclusion, perçoivent des prestations familiales sous condition de ressources, en particulier l'allocation pour jeune enfant, le complément familial, l'allocation de rentrée scolaire et l'assurance vieillesse des parents au foyer, parce que les dépenses fiscales abaissent leur revenu au-dessous de ces plafonds (sur les prestations familiales sous condition de ressources, cf. *infra*, chapitre IX, p.344). Les exonérations ou abattements sur les revenus ont normalement une telle incidence, sauf lorsque la réglementation des prestations familiales prévoit le découplage entre la base ressources et le revenu fiscal.

En revanche, les demi-parts supplémentaires, la décote ou le minimum de recouvrement, les réductions d'impôt ou les taxations à taux réduit n'ont pas d'incidence.

Les dépenses supplémentaires provoquées par ces dépenses fiscales ne sont pas massives. Toutes les dépenses fiscales qui bénéficient à des ménages dont le revenu avant dépenses fiscales est déjà au-dessus du plafond n'ont pas d'incidence. Le nombre des familles pour lesquelles les dépenses fiscales ont une incidence et les dépenses supplémentaires qu'elles provoquent dépendent donc du niveau du plafond (plus il est élevé, plus ces effectifs et dépenses sont faibles), de l'importance des exonérations ou abattements qui affectent la base ressources des prestations familiales.

Or, dans l'ensemble, les plafonds des prestations sous condition de ressources sont élevés et il n'y a pas de mécanisme d'exonération ou abattement suffisamment général et important pour que l'effet indirect des dépenses fiscales sur ces prestations sous condition de ressources soit élevé.

3 – L'effet indirect sur les aides au logement

On étudie ici la répercussion sur les aides au logement des seules dépenses fiscales liées à la protection sociale. C'est donc une approche incomplète de l'effet indirect des dépenses fiscales puisqu'on ne tient pas compte des autres dépenses fiscales – pourtant de montant élevé. Mais on n'a pas de renseignements suffisamment fins croisant le revenu et le statut de logement des ménages bénéficiaires pour avancer une estimation globale. Il serait utile que l'effet indirect global de toutes les dépenses fiscales soit étudié pour apprécier l'opportunité et les limites d'un éventuel découplage entre la base ressources des aides au logement et les références fiscales.

Dans le champ ainsi délimité, l'incidence des dépenses fiscales est forte. La différenciation des effets selon la technique de dépense fiscale est de même nature que pour les prestations sous condition de ressources : les demi-parts supplémentaires, la décote et le seuil de recouvrement ou encore les réductions d'impôt n'ont pas d'incidence sur les aides au logement, qui ne sont affectées que par les exonérations et les abattements. Mais, à la différence des prestations sous condition de ressources, l'avantage procuré est beaucoup plus diffus puisqu'il concerne potentiellement non seulement des allocataires dont le revenu passe au-dessous des plafonds d'exclusion (effet de champ positif), mais aussi tous les allocataires dont le revenu avant les dépenses fiscales est au-dessous du plafond. Dans un barème où l'aide varie de façon régulière avec le revenu, toute baisse de l'assiette accroît les prestations. L'élasticité moyenne des aides avec l'assiette étant de -0,3, une baisse de

1 000 F (152,5 €) par an de la base ressources augmente l'allocation de 300 F (45,7 €) par an.

Les abattements et exonérations consentis au profit des personnes âgées sont de forte fréquence et d'un montant élevé. Pour beaucoup d'entre elles, l'effet indirect éventuel des dépenses fiscales sur les aides au logement est plus sensible que l'économie directe d'impôt.

4 – L'effet indirect sur les bourses

Comme le barème des bourses est du même type que celui des aides au logement (variation régulière avec le revenu d'assiette) et que l'assiette est calée sur le revenu fiscal de référence, les dépenses fiscales en faveur des familles – dont on a dit *supra* qu'elles n'étaient pas générales – ont une incidence sur les bourses.

5 – Les dépenses fiscales peuvent être exclusives de prestations

A l'inverse, le bénéfice d'une dépense fiscale peut être incompatible avec la perception d'une prestation sociale. C'est le cas de la CMU, où le rattachement fiscal d'un enfant majeur interdit que celui-ci soit éligible à titre personnel à la CMU. C'était aussi l'objet d'un projet tendant à exclure le cumul entre l'aide au logement des étudiants et leur rattachement fiscal au foyer de leurs parents.

B – Les dépenses fiscales spécifiques aux personnes âgées

Les personnes âgées bénéficient de trois types de dépenses fiscales :

- celles qui sont attribuées à l'ensemble des ménages, et notamment celles qui concernent l'imposition des revenus mobiliers ; elles ont une grande importance compte tenu du patrimoine mobilier des personnes âgées ;
- des dépenses fiscales spécifiques aux personnes âgées, sous forme d'aides au revenu ;
- enfin des dépenses fiscales « ciblées » qui aident les personnes âgées dans des situations particulières (placement en section de cure médicale par exemple) ou pour des besoins précis (recours des emplois familiaux).

On étudie ici, pour illustrer sur un cas précis les considérations précédentes, la seconde catégorie dans leurs effets directs (économie d'impôt pour les ménages, nombre de contribuables devenant non imposables, perte de recettes pour l'Etat...) et dans leurs effets indirects.

1 – Le minimum vieillesse n'est pas imposable

Compte tenu du niveau du minimum vieillesse, ses bénéficiaires seraient en tout état de cause exonérés d'impôt sur le revenu au titre du barème et des dépenses fiscales décrites ci dessous. Mais du fait qu'il n'est pas imposable, le minimum vieillesse n'est pas inclus dans l'assiette des ressources prises en compte pour le calcul des aides au logement, ce qui situe ces dernières à un niveau plus élevé que pour des retraités de même revenu. On estime à 600 MF (91,5 M€) l'effet indirect de cette dépense fiscale sur l'aide au logement.

2 – Les retraites bénéficient d'un abattement de 10 % (celui accordé normalement aux actifs pour leurs frais professionnels)

Cet abattement déroge à la norme et constitue une dépense fiscale. Elle est estimée à 13,5 MdF (2,1 Md€). L'abattement est au minimum de 2 080 F (317,1 €) par pensionné et plafonné à 20 400 F (3 110,0 €) par foyer. Ce plafonnement a été introduit en 1996 et nettement durci, c'est-à-dire abaissé. Sa suppression représenterait une diminution d'impôt pour les personnes concernées de 1,6 MdF (0,2 Md€). Il est désormais indexé sur la limite supérieure de la première tranche du barème de l'impôt.

Cet abattement concerne plus de 11,1 millions de déclarants. Il est en moyenne de 8 300 F (1 265,3 €) et procure une diminution moyenne de l'impôt de 1 200 F (182,9 €) ; il rend non imposables plus de 650 000 ménages.

L'abattement de 10 % rétroagit par ailleurs sur la CSG et, le cas échéant, sur la CRDS (la perte de recettes serait de l'ordre de 1,5 MdF (0,2 Md€)), les aides au logement (l'effet indirect serait de l'ordre de 600 MF (91,5 M€)), la taxe d'habitation, la redevance télévisuelle.

3 – Les personnes âgées de plus de 65 ans bénéficient depuis 1973 d'un abattement spécial lorsque leur revenu fiscal de référence est modeste

Pour les revenus perçus en 2000, l'abattement spécial bénéficiant aux personnes âgées de plus de 65 ans est de 10 260 F (1 564,1 €) lorsque

le revenu net global est inférieur à 63 200 F (9 634,8 €) et de 5 130 F (782,1 €) lorsque le revenu est compris entre 63 200 F (9 634,8 €) et 102 100 F (15 565,0 €).

L'abattement est doublé si les deux membres du couple ont plus de 65 ans (ce qui est le cas pour 800 000 ménages).

Montants et plafonds sont indexés depuis 1982 sur la première tranche du barème de l'impôt, élément qui sur le long terme élargit le champ de l'abattement et améliore sa valeur relative si les revenus des foyers concernés évoluent moins vite que le niveau de la première tranche de l'impôt.

Cette dépense fiscale est estimée à 2,1 MdF (0,3 Md€). Elle concerne 5,8 millions de ménages ; 6,4 % bénéficient du double abattement de 20 080 F (3 061,2 €) en 1999 ; 68,7 % de l'abattement de 10 040 F (1 530,6 €) et 24,9 % de l'abattement de 5 050 F (769,9 €). 70 % sont des isolés et 30 % sont mariés. L'abattement moyen est de 9 440 F (1 439,1 €). L'économie d'impôt – 2,1 MdF (0,3 Md€) – représente moins de 0,7 % du revenu de ces ménages. La modestie de ces derniers – dont le montant est au demeurant abaissé par d'autres dépenses fiscales – le faible taux d'impôt qui leur est appliqué compte tenu de la fréquence de la demi part supplémentaire analysée ci-dessous, expliquent que l'économie d'impôt soit très faible par rapport au montant total du revenu de ces 5,8 millions de ménages.

Si l'abattement spécial ne représente qu'une dépense fiscale modeste, ses effets indirects sont plus élevés que ses effets directs : les 650 000 ménages devenant non imposables de son fait bénéficient du taux réduit de CSG et une partie des 3,8 millions de foyers non imposables bénéficie de l'exonération de CSG et de CRDS. La perte de recettes est de l'ordre de 1,7 MdF (0,3 Md€). Tous les ménages concernés par l'abattement ont leur base ressources abaissée du montant de l'abattement pour le calcul de leur aide au logement. Avec une élasticité de l'aide au revenu d'assiette de l'ordre de -0,3, le supplément d'aide est de l'ordre de 3 000 F (457,4 €) par an. Toutefois :

- seuls les locataires et accédants à la propriété sont potentiellement concernés ; compte tenu du taux élevé des propriétaires sans charge d'accession parmi les personnes âgées, le champ où l'abattement joue est relativement réduit ;
- depuis 1996, on ne retient plus l'abattement spécial dans le calcul des aides au logement pour le flux des personnes atteignant 65 ans ; mais il est maintenu pour le stock ;

- l'abattement n'a pas d'incidence pour les titulaires du minimum vieillesse qui ont une assiette nulle.

Compte tenu de ces éléments on peut estimer que l'incidence actuelle de l'abattement sur les aides au logement est de l'ordre de 1,2 MdF (0,2 Md€) à 1,5 MdF (0,2 Md€).

L'effet indirect de l'abattement sur la taxe d'habitation est significatif. Enfin, les bénéficiaires de plus de 70 ans qui deviennent non imposables du fait de cet abattement spécial sont exonérés de la redevance télévisuelle.

4 – Les majorations de retraite dont bénéficient les retraités qui ont élevé au moins trois enfants sont exonérées d'impôt

Le coût direct de cette dépense fiscale est de l'ordre de 3,4 MdF (0,5 Md€). Elle rétroagit par ailleurs sur :

- la CSG et, le cas échéant, la CRDS (taux réduit ou exonération) : la perte de recettes de CSG pourrait être de 500 MF (76,2 M€) ;
- les aides au logement : en faisant l'hypothèse que 40 % des allocataires de plus de 65 ans (hors minimum vieillesse) bénéficient des majorations, la dépense d'aide au logement liée à cette dépense fiscale serait de 1 MdF (0,2 Md€) ;
- la taxe d'habitation ;
- la redevance télévisuelle pour ceux des retraités de plus de 70 ans que l'exonération rend non imposables.

5 – Les contribuables imposés seuls qui n'ont plus d'enfants à charge mais qui ont élevé au moins un enfant ont droit à une demi-part supplémentaire

Cette dépense fiscale est estimée à près de 9 MdF (1,4 Md€) et bénéficie à la très grande majorité des personnes âgées (et notamment des veufs). L'avantage résultant de cette demi-part est plafonné (dans la plupart des cas, c'est-à-dire lorsque le dernier enfant a plus de 26 ans) à 6 220 F (948,2 €). Ce plafonnement intervient pour des revenus nets globaux de 108 004 F (16 465,1 €).

Il ne concerne que peu de retraités (de l'ordre de 10 %).

Cette dépense fiscale rétroagit sur la CSG (et, le cas échéant, sur la CRDS) et sur la taxe d'habitation. Pour la CSG, si on estime que 25 % des bénéficiaires de la demi-part sont de ce fait exonérés ou acquittent la CSG au taux réduit, la perte de recettes pourrait être de 1,5 MdF (0,2Md€).

En revanche, cette dépense fiscale n'a pas d'effet sur les aides au logement.

6 – Compte tenu de leurs revenus, de nombreuses personnes âgées - notamment les contribuables isolés - profitent de la décote

L'avantage fiscal est d'un montant significatif (de l'ordre de 1 000 F (152,5 €) en moyenne pour les contribuables dont l'impôt est allégé ou annulé).

La rétroaction sur la CSG est notable (les ménages en cause ont déjà des retraites significatives puisqu'ils seraient imposés – même après dépenses fiscales – en l'absence de décote). On compte 1,7 million de contribuables non imposables du fait de la décote et déclarant des retraites. La masse de ces retraites est de 130 MdF (19,8 Md€). La perte de recettes de CSG serait donc de l'ordre de 3,1 MdF (0,5 Md€).

La décote, en revanche, n'a pas d'effet indirect sur les aides au logement ou la taxe d'habitation. Elle en a sur la redevance télévisuelle pour les personnes de plus de 70 ans devenant non imposables de son fait.

7 – Pour une partie des personnes âgées, l'impôt n'est pas mis en recouvrement

L'avantage fiscal est faible puisqu'il n'intervient que si l'impôt est inférieur à 400 F (61,0 €). Mais l'effet indirect sur la CSG est important (2,4 % des retraites, soit 1 750 F (266,8 €) pour un célibataire au seuil de recouvrement si son revenu est composé exclusivement de retraites imposables et 2 025 F (308,7 €) pour un couple).

8 – Au total, les sommes en jeu sont importantes

On peut récapituler les effets directs et indirects des sept dépenses fiscales spécifiques aux personnes âgées présentées ci-dessus. Il s'agit d'estimations très « rustiques », fondées sur des conventions de calcul qui devraient être validées par des études complémentaires.

Les montants des effets fiscaux **directs** sont les suivants :

- abattement de 10 % : 13,5 MdF (2,1 Md€) ;
- abattement spécial : l'essentiel des 2,1 MdF (0,3 Md€) ;
- exonération des majorations de pensions : 2,3 MdF (0,4 Md€) ;
- demi part supplémentaire : 9,5 MdF (1,5 Md€) ;
- décote : une partie des 5,8 MdF (0,9 Md€) de la dépense fiscale ;
- minimum de 400 F (61,0 €) : une partie des 120 MF (18,3 M€) de la dépense fiscale.

Pour les raisons de méthode indiquées ci-dessus, il n'y a pas lieu d'additionner ces montants. Mais le résultat intégré qu'on obtiendrait en simulant la situation si toutes les dépenses fiscales étaient supprimées, serait élevé.

Il faut ensuite ajouter les effets **indirects**. Les effets indirects des dépenses fiscales sur les comptes d'autres institutions, en dépenses et en recettes, sont eux aussi élevés :

- en masse : les estimations très grossières précédentes portant sur la CSG – de l'ordre de 8 MdF (1,2 Md€) – et les aides au logement – de l'ordre de 3,5 MdF (0,5 Md€) – donnent des premières indications qu'il faudrait affiner et prolonger sur les impôts locaux (et notamment la taxe d'habitation) ;
- sur les situations individuelles : ils sont parfois plus élevés que l'économie directe d'impôt.

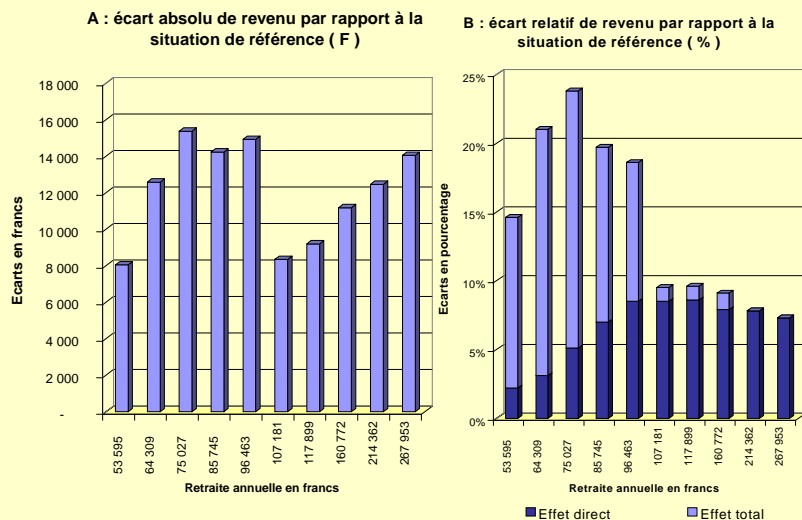
9 – La variation des avantages liés aux dépenses fiscales en fonction du revenu

Le graphique ci-après décrit la variation des avantages liés aux dépenses fiscales en fonction du revenu pour des ménages de locataires et dont les retraites annuelles s'étagent entre 60 000 F (9 146,9 €) (isolés avec 1,5 parts), 80 000 (couples) d'une part et 250 000 F (38 112,3 €) d'autre part.

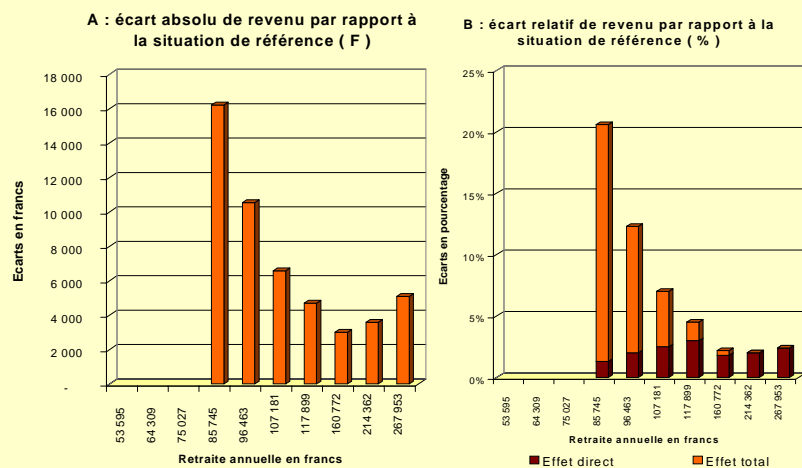
Le revenu disponible des ménages est augmenté de façon très sensible pour les isolés ayant élevé au moins un enfant et encore de façon significative pour les couples (graphique ci-après). On mesure ici le poids de la demi-part supplémentaire (notamment pour les retraités les plus aisés). Cet écart est souvent supérieur lorsque la retraite est majorée pour enfants élevés : l'exonération de la majoration a un effet sensible.

Effet direct et indirect des dépenses fiscales spécifiques aux personnes âgées

Personne âgée isolée ayant eu un enfant



Couple âgé



Lecture : Grâce à l'effet des dépenses fiscales, une personne âgée ayant eu un enfant, avec une retraite brute annuelle, de 53 595 F, a 8 060 F de plus par an (A), ce qui représente 14,6 % de cette retraite (B). L'effet direct seul représente 2,2 % au sein de ces 14,6 % (B).

Note : Les retraités-types choisis ici sont supposés ne pas avoir d'autres revenus que leur retraite.

L'écart de revenu disponible par rapport à la situation de référence où il n'y aurait pas de dépenses fiscales diminue plutôt en pourcentage du revenu disponible, mais la courbe est heurtée. Et, en valeur absolue, l'apport des dépenses fiscales varie avec le revenu de façon très irrégulière.

Dans cet écart, l'effet direct des dépenses fiscales varie beaucoup avec le revenu. Pour les retraités modestes, il est faible (l'impôt dans la situation de référence est nul ou faible). Ce sont les effets indirects qui pèsent le plus. Pour les retraités aisés, l'effet direct est fort (pour les plus aisés, il constitue même l'intégralité de l'écart). Les effets indirects sont faibles et souvent nuls (plus d'aide au logement ; plus de plafonnement de la taxe d'habitation ; taux plein de CSG/CRDS...).

L'importance des dépenses fiscales et de leurs effets pour les personnes âgées pose trois problèmes majeurs : les irrégularités des barèmes (avec effets de seuil et ressauts), le manque de lisibilité de l'aide publique et la dynamique différente des composantes de l'aide publique.

On peut craindre que les bénéficiaires de ces aides n'en comprennent pas l'importance.

On peut par ailleurs s'interroger sur la pertinence de dépenses fiscales, comme la demi-part des isolés ayant élevé des enfants, l'abattement de 10 %, l'abattement spécial ou l'exonération des majorations de retraite¹⁴⁶.

SYNTHESE ET RECOMMANDATION

L'ampleur comme la destination de l'aide publique en matière sociale se trouvent gravement déformées dès lors qu'on néglige les dépenses fiscales et qu'on se limite aux seules prestations pour la caractériser. Ce premier examen que la Cour a conduit grâce à la direction générale des impôts montre l'ampleur du chemin qui reste à parcourir pour bien connaître ce domaine. Il débouche sur une recommandation unique, et qui permette à terme d'agrèger les prestations sociales et les dépenses fiscales :

146. La Cour a dans son rapport sur la loi de financement de la sécurité sociale de septembre 2000 suggéré qu'on revienne sur ce statut fiscal.

- Développer de façon très soutenue les outils d'observation, les évaluations, les études et les publications sur les dépenses fiscales de toute nature, anciennes et nouvelles – et notamment celles qui appartiennent au champ de la politique sociale –, pour en mesurer et faire connaître les effets directs et indirects, tant dépense par dépense que prises globalement.

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES PAGE 537

Chapitre VIII

Le recouvrement

PRESENTATION

L'analyse du recouvrement des cotisations est essentielle : description des procédures, efficacité et coût, contrôle d'assiette et de versement, gestion des exonérations des cotisations sociales intervenues depuis dix ans au titre de la politique de l'emploi.

Ce chapitre étudie ces différents aspects, y compris de façon comparative : la seconde section où l'on rapproche l'efficacité, le coût, l'ampleur et les modalités de contrôle du recouvrement des cotisations sociales d'une part, de la taxe sur la valeur ajoutée de l'autre est très éclairante.

Le recouvrement a notablement progressé grâce à la mise en place d'un logiciel adapté – RACINE – dans les URSSAF. Mais, dans le même temps, il s'est beaucoup compliqué du fait des multiples exonérations de cotisation, à tel point qu'il n'est pas sûr du tout que ces dernières soient bien gérées et contrôlées. La dette de l'Etat au titre de la compensation de ces exonérations est alors très incertaine.

L'ensemble de ces analyses pose de façon centrale la question du rôle de l'ACOSS. C'est là que les changements sont les plus nécessaires. L'agence doit beaucoup plus jouer son rôle de tête de réseau, tant pour effectuer des consolidations comptables que pour élaborer ou agréger les informations nécessaires au pilotage du recouvrement. Cela suppose, dans le respect de l'autonomie des URSSAF, aussi bien des modifications de textes que des compétences internes accrues à l'agence centrale.

I – Le recouvrement et le contrôle d'assiette dans les différents régimes

Le recouvrement des cotisations et contributions assises sur les revenus est assuré par une multiplicité d'organismes qui reflètent la diversité des statuts des cotisants et des régimes sociaux. Les URSSAF collectent les cotisations dues au titre de la maladie par l'ensemble des salariés (des secteurs privé et public), de la retraite de base des salariés du secteur privé et de la famille des salariés du secteur privé et des travailleurs indépendants non agricoles ; l'ARRCO et l'AGIRC pour les retraites complémentaires, les organismes conventionnés de la CANAM, les caisses de base de l'ORGANIC, de la CANCAVA et des caisses de la CNAVPL collectent les cotisations, dues au titre de la maladie pour la

première et la retraite pour les trois autres, par les artisans, commerçants et les membres des professions libérales ; les caisses de MSA pour les exploitants et salariés agricoles ; enfin, la CNRACL encaisse les cotisations de retraite des agents des collectivités locales et de la fonction publique hospitalière et l'IRCANTEC celles de la retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat, des collectivités locales et des personnels hospitaliers.

A partir des enquêtes et contrôles réalisées par la Cour sur tous ces organismes, la présente section présente une comparaison des méthodes de recouvrement et de contrôle d'assiette mises en œuvre par chacun d'eux. Cette comparaison a été étendue ponctuellement aux ASSEDIC, qui, bien qu'elles ne soient pas dans le champ de la sécurité sociale, relèvent en ce qui concerne les salariés du privé d'une problématique comparable à celle des URSSAF.

A – Les trois modèles de recouvrement

Les régimes sociaux constituent un ensemble d'organismes hétérogènes tant par les montants recouverts que par le nombre de comptes cotisants.

En ce qui concerne les salariés (non agricoles), les URSSAF sont de loin l'ensemble le plus large avec 1 109 MdF (169,1 Md€) de cotisations liquidées en 1999, dont 875 MdF (133,4 Md€) pour les seules entreprises privées et 130 MdF (19,8 Md€) pour le secteur public. Les cotisations sur les salaires représentent ainsi un peu plus de 95 % du total des cotisations liquidées par les URSSAF. Mais les comptes d'entreprises privées et du secteur public ne représentent que 37 % des comptes (1 618 286 comptes pour le privé et 77 677 pour le secteur public). Avec 29 % des comptes, les employeurs et travailleurs indépendants (ETI) ne versent que 3,7 % du total des cotisations et les employeurs de personnel de maison respectivement près de 28 % des comptes et seulement 1,1 % des montants liquidés. De plus, 72 % des ETI n'ont aucun salarié.

Dans le domaine des retraites complémentaires, l'ARRCO gère un total de 5,4 millions de comptes, dont 3,7 millions d'employeurs privés (entreprises et travailleurs indépendants) et 1,7 million d'employeurs de personnel de maison, et recouvre 130 MdF (19,8 Md€) et l'AGIRC 600 000 comptes et 61 MdF (9,3 Md€). Le fait que l'ARRCO ait un nombre de comptes plus élevé que les URSSAF vient de ce qu'une même entreprise peut cotiser pour ses salariés à plusieurs caisses de retraite en fonction des branches de rattachement des salariés. A titre de

comparaison, les ASSEDIC gèrent 1,7 million de comptes employeurs et comptabilisent en 1999 134 MdF (20,4 Md€) de cotisations chômage.

Les caisses des régimes de travailleurs indépendants sont de taille beaucoup plus modeste, tant par le nombre de comptes que par les montants des cotisations liquidées. La CANAM qui assure la couverture maladie des indépendants et professions libérales, gère 1,3 million de comptes et recouvre 12,3 MdF (1,9 Md€) de cotisations. Les régimes vieillesse sont, du fait des particularismes professionnels, d'importance moindre : chez les artisans, la CANCAVA gère 491 046 comptes actifs pour un montant de cotisations liquidées de 11,5 MdF (1,8 Md€) et chez les commerçants l'ORGANIC 643 400 comptes pour 10 MdF (1,5 Md€) de cotisations. Les caisses vieillesse des professions libérales sont encore plus hétérogènes, de près de 2 000 cotisants pour celle des sages-femmes à environ 125 000 cotisants pour celle des médecins (CARMF) et un peu plus de 100 000 pour celle des auxiliaires médicaux (CARPIMKO), recouvrant quelque 23 MF (3,5 M€) pour l'une, et 8 MdF (1,2 Md€) et 1,2 MdF (0,2 Md€) respectivement pour les deux autres.

Enfin, la MSA regroupe à la fois les salariés et les exploitants agricoles. Elle gère 199 086 comptes et 37,2 MdF (5,7 Md€) de cotisations et CSG-CRDS au titre des premiers et 551 201 comptes et 22,6 MdF (3,5 Md€) au titre des seconds.

L'histoire des différents régimes et la volonté de préserver l'autonomie professionnelle de certains d'entre eux ont donné lieu à des modes d'organisation très différents. Trois modèles se dégagent, qui ne recourent pas la distinction entre salariés et non salariés : un modèle de **spécialisation par risque**, un modèle de **gestion intégrée par risque** et un modèle de **gestion intégrée globale**.

Le régime général de sécurité sociale des salariés du secteur privé est le seul qui, dès l'origine, a spécialisé la fonction recouvrement en la confiant à des organismes - les unions de recouvrement des organismes de sécurité sociale et d'allocation familiales - distincts des caisses qui assurent le versement des prestations¹⁴⁷. Cette organisation souffre toutefois une exception dans les départements d'outre-mer, où le même organisme, la caisse générale de sécurité sociale (CGSS), gère le recouvrement et le versement des prestations.

Les régimes des travailleurs indépendants, les régimes spéciaux de salariés du secteur public, le régime de retraite des agents des collectivités locales et des établissements hospitaliers, les régimes complémentaires de

147. Les URSSAF assurent également le recouvrement des cotisations familiales des travailleurs indépendants.

retraite des salariés du privé et des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques, enfin, le régime d'assurance chômage des salariés du privé assurent à la fois le recouvrement des recettes et le versement de certaines prestations. Il s'agit bien d'une gestion intégrée, mais par risque puisque les caisses recouvrent seulement les cotisations correspondant aux prestations servies.

La mutualité sociale agricole en revanche assure simultanément le recouvrement des recettes et le versement de l'ensemble des prestations, maladie, famille, vieillesse. Elle offre ainsi aux exploitants et salariés agricoles un guichet unique. Elle constitue le seul modèle de gestion intégrée globale, mais elle n'existe que parce qu'elle est définie sur une base strictement sectorielle.

Dans cet ensemble, la spécialisation de la fonction de recouvrement au sein du régime général apparaît comme une exception. Elle n'est ni une caractéristique des régimes de salariés - dont les cotisations et contributions (CSG et CRDS) sont précomptées par un tiers, en l'occurrence l'employeur - puisqu'il existe des régimes de salariés qui ne séparent pas le recouvrement de la gestion des prestations, ni le propre de ces régimes, puisqu'elle se retrouve dans le cas des prestations familiales servies aux travailleurs indépendants.

Les implications de ces modes d'organisation du recouvrement dans les différents régimes sur les relations avec les cotisants et les assurés sont évidemment très différentes d'un modèle à l'autre. Bien que la relation avec l'usager constitue une priorité des conventions d'objectifs et de gestion (COG) passées entre l'Etat et les caisses nationales des régimes de base, il n'existe à ce jour aucune étude comparative des avantages et des inconvénients de ces différents modes d'organisation.

B – Le contrôle d'assiette

Le recouvrement s'effectue selon deux modes opératoires différents qui distinguent les régimes de salariés - régimes de base et complémentaires obligatoires et régime d'assurance chômage - de ceux des travailleurs indépendants et des exploitants agricoles. Dans les premiers, l'employeur calcule les cotisations et contributions dues et en auto-liquide le montant auprès de chaque caisse dont il est redevable dans le même temps où il fait sa déclaration¹⁴⁸ ; dans les seconds, le cotisant déclare son revenu annuel et la caisse calcule sur cette base le montant de

148. Dans le cas des salariés agricoles, la cotisation est calculée par la MSA sur la base des rémunérations déclarées trimestriellement par les employeurs.

la cotisation appelée. Il en résulte des différences importantes quant aux modalités de contrôle.

Dans tous les cas, le contrôle vise les deux mêmes objectifs : lutter contre l'absence de déclaration, s'assurer de l'exactitude et de l'exhaustivité des informations. Alors que pour chaque catégorie de cotisants, salariés d'un côté¹⁴⁹, travailleurs indépendants de l'autre, les assiettes sont identiques, les contrôles d'assiette ne font l'objet d'aucune coordination entre les régimes d'une même catégorie de cotisants, et, s'ils tendent à se développer, les échanges d'informations entre régimes restent embryonnaires.

Au sein du **régime général**, le renforcement du contrôle s'inscrit dans les compétences nouvelles que la loi du 25 juillet 1994 a dévolues à l'ACOSS. Il s'est traduit par la définition d'orientations nationales adressées aux URSSAF et CGSS, que la convention d'objectifs et de gestion entre l'ACOSS et l'Etat a confirmées. Les URSSAF (ou directions départementales de recouvrement pour l'Ile-de-France) doivent notamment assurer un contrôle triennal des 50 employeurs les plus importants de leur circonscription, mettre en œuvre de plans de contrôles sélectifs des entreprises, complétés par des procédures aléatoires visant l'ensemble des employeurs et consacrer 10 % de leur temps de travail à la lutte contre le travail dissimulé. Aucune étude ne semble exister pour apprécier la pertinence de ces choix et ajuster la stratégie des contrôles.

Afin d'aider les URSSAF, l'ACOSS a élaboré des outils et perfectionné sa méthodologie, notamment en matière d'échantillonnage. Par ailleurs, les décrets du 31 janvier 1996 et du 28 mai 1999 ont précisé le déroulement du contrôle de façon à garantir les droits du cotisant : envoi obligatoire d'un avis de contrôle en lettre recommandée avec avis de réception, remise d'une lettre d'observations à l'issue du contrôle, délai de réponse du cotisant porté de 15 à 30 jours. Enfin, les URSSAF doivent développer les contrôles préventifs pour améliorer la sécurité juridique des cotisants.

En 1999, environ 150 000 entreprises, soit 7,4 % du total, ont fait l'objet d'un contrôle d'assiette. Ces contrôles ont porté sur 203 MdF (31,0 Md€) de cotisations, soit 20 % de l'ensemble des encaissements et donné lieu à 3,9 MdF (0,6 Md€) de redressements effectués, soit 1,9 % des cotisations contrôlées, soit de l'ordre de 0,4 % des cotisations dues. Le redressement moyen par entreprise redressée reste faible avec 63 341 F (9 656,3 €) en 1999, en nette progression cependant depuis 1996 (+52 %). Les entreprises qui ont opté pour le versement en un lieu unique

149. A l'exception des cas où l'assiette de la sécurité sociale est forfaitaire et, pour l'AGIRC, du salaire pris en compte en cas de congé maladie.

(VLU) font l'objet d'un contrôle systématique. Elles donnent lieu en moyenne à deux fois plus de redressement que les autres (95 % contre 41 %). Cette situation résulte largement de la complexité de la législation à laquelle ces entreprises sont soumises (intéressement, participation, régimes surcomplémentaires...) ou dont elles peuvent bénéficier (mesures d'exonération des cotisations sociales destinées à favoriser l'emploi).

Pour l'ensemble des cotisants (y compris des travailleurs indépendants et les employeurs de personnels de maison), le total des redressements s'est élevé en 1999 à 4,2 MdF (0,6 Md€). La part la plus importante des redressements (45 %) est due à la réintégration dans l'assiette des cotisations de rémunérations qui n'y avaient pas été soumises par les cotisants, soit par mauvaise application de la législation (intéressement, participation, indemnités de départ...) soit par omission. Avec les frais professionnels (14 %), ces deux postes représentent près de 60 % du total des redressements. Toutefois, on assiste à une montée régulière des redressements liés aux exonérations de charges sociales (19 % des cas en 1999 contre 8 % en 1996), dont la moitié concerne l'allègement sur les bas salaires.

Le temps que les contrôleurs des URSSAF consacrent à la lutte contre le travail dissimulé est passé, en moyenne, de 5,4 % en 1995 à 10,5 % en 1999. Toutefois, la dispersion est très grande d'une URSSAF à l'autre (de 0,3 % à 24 %), et un effort doit être fait dans de nombreux organismes de base pour atteindre les objectifs fixés¹⁵⁰. Ces actions ont été particulièrement ciblées sur les secteurs à risque - hôtellerie, bâtiment et travaux publics, prestations de services et commerce - qui absorbent environ la moitié des moyens de contrôle. En 1999, 11 976 entreprises concernant 34 000 salariés et 2 472 travailleurs indépendants ont fait l'objet d'un contrôle spécifique à ce titre et 2 700 procès verbaux de travail dissimulé ont été dressés. Le montant des redressements opérés s'élève à 179 MF (27,3 M€), dont 15 MF (2,3 M€) pour les travailleurs indépendants, qui représente respectivement environ 1 500 F (228,7 €) et 6 000 F (914,7 €) par entreprise. Ces éléments font ainsi apparaître une forte disproportion entre le temps consacré à ces actions et les résultats obtenus, sur laquelle la Cour s'interroge.

Les régimes complémentaires obligatoires de retraite des salariés du privé n'effectuent pas de contrôles d'assiette. Des échanges d'information avec les URSSAF seraient souhaitables, mais ils ne sont pas faciles à organiser dans la mesure où les circonscriptions de

150. Sur la lutte contre le travail dissimulé, cf. le rapport de la Cour sur le financement de la sécurité sociale de septembre 1999 ainsi que le chapitre préliminaire, *supra*, p. 7.

recouvrement sont très différentes et surtout où ils se heurtent aux obligations de confidentialité des différents régimes. Il conviendrait de prendre toutes dispositions, y compris législatives, pour surmonter cette difficulté. Aujourd'hui, les caisses des régimes s'en remettent le plus souvent aux bénéficiaires auxquels ils adressent un relevé annuel de leurs droits pour s'assurer que les salaires ont été déclarés correctement, mais rien ne prouve que cet autocontrôle fonctionne correctement. La Cour demande que les caisses des régimes complémentaires s'assurent régulièrement, par des moyens à définir, du bien fondé de cette procédure.

Les **travailleurs indépendants**, depuis 1995, dans un but de simplification des obligations déclaratives, sont tenus à une déclaration unique de revenus effectuée auprès de la caisse d'assurance maladie dont ils relèvent. A cette fin, l'organisme conventionné adresse un imprimé avant le 1^{er} avril que l'assuré doit retourner dûment rempli avant le 1^{er} mai. L'organisme procède à un contrôle des informations administratives relatives à l'assuré et transmet la déclaration à l'ensemble des caisses auxquelles sont versées les cotisations et contributions : caisse mutuelle régionale de la CANAM pour la maladie, ORGANIC, CANCAVA et caisses de la CNAVPL¹⁵¹ pour la retraite, URSSAF ou CGSS pour la famille et pour la CSG-CRDS. Chaque caisse calcule pour son compte le montant de la cotisation due et la notifie au cotisant.

Les revenus déclarés aux organismes de la CANAM sont ceux qui sont retenus pour la détermination de l'impôt sur le revenu. Toutefois, en application de l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale, les revenus soumis à cotisation sont déterminés avant prise en compte de certaines déductions et exonérations prévues par le code général des impôts. Malgré la simplification introduite par la déclaration unique, les redevables sont ainsi conduits à faire deux déclarations en théorie identiques, l'une pour que soit établi l'impôt sur le revenu, l'autre pour que soient calculés leur cotisation et contribution sociales. Cette double démarche est souvent perçue par les intéressés comme une contrainte et peut constituer, pour certains, un motif pour tenter d'échapper au prélèvement social.

Les caisses de base des régimes de retraite -CANCAVA- s'assurent qu'elles ont bien affilié tous les ressortissants potentiels des régimes à partir des répertoires tenus par les centres de formalités des entreprises. Elles disposent pour cela d'une procédure automatisée entre l'INSEE et le centre national informatique de la CANCAVA, *via* la CNAV, appelée « AVISIR ».

151. Hors celles des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés.

En ce qui concerne le contrôle des revenus déclarés, le rapprochement des informations détenues par le régime social avec les revenus déclarés auprès de l'administration fiscale s'est nettement amélioré depuis 1998. La CANAM et la direction générale des impôts ont mis en place, pour le contrôle des revenus de 1995, une procédure d'échange d'informations automatisé permettant aux caisses mutuelles régionales de vérifier la conformité des déclarations sociales avec les éléments fournis à l'administration fiscale.

Cette opération de rapprochement a été renouvelée chaque année sur la base d'une autorisation expresse de la CNIL au cas par cas. Le rapprochement des revenus déclarés pour 1995 a fait apparaître que dans 30 % des cas, celui-ci n'a pu être effectué, faute le plus souvent d'identifier le numéro SIRET. Parmi les cas restants, 78 % présentaient deux déclarations conformes, dans 5 %, les ajustements étaient à l'avantage du cotisant, dans 8 % à son détriment, enfin, dans les 9 % derniers, les informations n'ont pas pu être exploitées pour des motifs de délais (prescription des cotisations au 1^{er} octobre 1999).

Depuis le 1^{er} janvier 2000, la DGI ayant l'autorisation d'utiliser le numéro d'identification au répertoire (NIR) dans ses échanges avec les organismes sociaux en application de l'article L. 152 du Livre des procédures fiscales, le rapprochement automatisé sur les revenus de l'année 2000 sera désormais réalisé sur l'ensemble des assurés. Cette manière de procéder s'inscrit dans la perspective d'utiliser le centre national de transfert des données fiscales pour supprimer la déclaration sociale des revenus. La direction générale des impôts aurait alors pour mission de transmettre directement aux organismes sociaux les revenus servant de base au calcul des cotisations. Toutefois, la mise en place de la déclaration unique se heurte dans l'immédiat à l'incompatibilité des délais de traitement des déclarations fiscales dans les centres des impôts avec l'appel de cotisations effectué en juillet.

La Cour appuie cette orientation et souhaite que la déclaration unique soit mise en place le plus vite possible. Toutefois, celle-ci n'offre par elle-même aucune garantie d'exactitude, que seul un contrôle de la comptabilité de l'intéressé permet d'établir. Dans son rapport sur l'imposition des revenus¹⁵², le Conseil des impôts a, en effet, noté que l'écart entre les revenus déclarés par les travailleurs indépendants et les évaluations des comptables nationaux restait élevé malgré la quasi généralisation des adhésions aux centres agréés de gestion. Cet écart est difficile à mesurer. Il peut être approché par les calculs effectués par l'INSEE pour l'établissement des comptes nationaux. A partir des sources

152. Conseil des impôts, *L'imposition des revenus*, juin 2000.

fiscales, les statisticiens évaluent un résultat comptable courant qui réintègre notamment les cotisations personnelles des travailleurs indépendants. En 1997, il était évalué à 220 MdF. Dans un second temps, l'INSEE calcule, en tenant compte d'autres éléments comptables du compte des entreprises, le revenu mixte des travailleurs indépendants¹⁵³ « avant redressement pour fraude fiscale et travail non déclaré » (le revenu mixte recouvre les deux rémunérations, celle du travail et celle du capital, des indépendants). Ce revenu mixte, qui s'établit à 370 MdF en 1997, peut être comparé au revenu mixte qui figure dans les comptes nationaux, chiffré pour la même année à 520 MdF.

Afin de coordonner les contrôles effectués par les différents organismes qui assurent des fonctions de recouvrement, la CANAM s'est rapprochée, d'une part, de l'ORGANIC et de la CANCAVA, de l'autre, de l'ACOSS. Toutefois, des divergences sont apparues entre la CANAM et les régimes de retraite, la première proposant un plan de contrôle de l'ensemble des revenus sur trois ans, les seconds préférant des contrôles plus ciblés. De son côté, l'ACOSS, tout en souscrivant au principe d'un plan commun, a mis en avant le fait que « sa mise en œuvre soulève une série de questions (juridiques, informatiques, approche risque..) qui nécessite un examen (qu'elle) ne souhaite pas, pour le moment laisser à des initiatives isolées » et a proposé la mise en place d'un simple groupe de travail.

La plupart des caisses procèdent à des contrôles de déclaration de cotisants sur pièces dans des cas particuliers : remboursement des crédits de cotisations du régime de base, comptes individuels faisant ressortir des revenus déficitaires, à chaque interrogation des assurés concernant l'assiette de leurs cotisations, lorsque le revenu fait apparaître une baisse de plus de 30 % d'une année sur l'autre, lors des demandes des assurés sur leurs droits, notamment à l'occasion du bilan quinquennal formalisé et des campagnes annuelles de « rachat de trimestres d'activité ». Mais le nombre de contrôles effectués est faible, de l'ordre de 5 % du total des comptes.

Par ailleurs, les moyens de contrôle des cotisants travailleurs indépendants restent dispersés, dispersion qui conduit à ce que les services fiscaux soient sollicités par plusieurs organismes pour fournir la même information. C'est notamment le cas des URSSAF qui souhaitent

153. Le champ des entrepreneurs individuels des comptes nationaux est toutefois plus restreint que la notion d'ETI retenue dans les régimes sociaux, les premiers considérant les gérants majoritaires et les dirigeants de sociétés civiles professionnelles comme des salariés.

vérifier que les déclarations de revenus incluent bien la totalité des revenus soumis à la CSG et à la CRDS.

Enfin, en ce qui concerne la lutte contre le travail dissimulé, les régimes de travailleurs indépendants ne sont guère actifs. Aucune action commune n'est menée et l'ORGANIC comme la CANCAVA disent ne pas être informées par les URSSAF des résultats de leurs enquêtes. Toutefois, si celles-ci conduisent à des immatriculations au répertoire tenus par les centres de formalité d'entreprises, elles en sont informées par ces derniers.

La Cour souhaite, dans le respect de l'autonomie des organismes, que les pouvoirs publics prennent les dispositions législatives nécessaires pour renforcer la coopération entre les différents organismes.

Dans le régime agricole, les exploitants agricoles sont tenus de déclarer à la caisse de MSA dont ils relèvent le montant de leurs revenus professionnels réels ou, pour la moitié d'entre eux, forfaitaires, à partir desquels sont calculées les cotisations dues au titre de leurs cotisations personnelles. Ces déclarations sont susceptibles de contrôles sur pièces et sur place. Il apparaît, au vu des données disponibles, que le nombre de cotisants contrôlés est faible – inférieur à 7 % tant pour les exploitants individuels que pour les salariés. Les redressements sont plus faibles encore : ils représentent 0,3 % des exploitants individuels et 2,9 % des salariés des exploitations contrôlées, et aboutissent à des redressements s'élevant à 0,5 % et 0,2 % des cotisations liquidées par chacune de ces deux catégories (exploitations individuelles, et exploitations avec salariés)¹⁵⁴. La Cour estime qu'un effort très important reste à accomplir pour améliorer le contrôle d'assiette conformément à l'objectif inscrit dans la COG du régime agricole. Un dispositif de suivi du contrôle d'assiette, qui devrait être mis à la disposition des caisses de base au cours de l'année 2001, devrait y contribuer. Mais il ne sera efficace que s'il s'accompagne d'une volonté clairement exprimée.

La coordination entre les URSSAF et une partie des caisses régionales d'assurance maladie en matière de recouvrement au profit de la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles reste de même insuffisante. Ainsi n'y a-t-il pas de contrôle de la qualité du fichier des comptes-employeurs de la caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France servant à la tarification des risques professionnels, faute de rapprochement avec les fichiers des URSSAF de la région. Une solution informatique appropriée à ce problème tarde à

154. Ces résultats sont entachés du fait qu'entre un tiers et un quart des caisses locales de MSA n'ont pas répondu à l'enquête de la caisse centrale.

l'échelon national, alors que des sondages ont confirmé l'existence d'anomalies à incidence financière.

C – Les moyens de paiement

Les moyens de paiement utilisés sont largement tributaires des modalités déclaratives. L'intérêt des organismes est de recevoir le moins de chèques possible en raison de leur coût de gestion. Dans les organismes qui recouvrent les cotisations de salariés sur la base des déclarations faites par les employeurs, privés et publics, il constitue néanmoins le principal mode de paiement. Le titre interbancaire et le prélèvement automatique ne peuvent en effet être proposés qu'aux catégories de cotisants dont le montant de la cotisation est forfaitaire ou pré-calculé, à savoir travailleurs indépendants, professionnels et auxiliaires médicaux et employeurs de personnel de maison.

Comme l'avait recommandé la Cour dans son rapport sur le financement de la sécurité sociale d'octobre 1998, les entreprises dont le montant annuel de cotisations est supérieur à 6 MF (0,9 M€) ont, depuis le 1^{er} avril 1999, l'obligation de régler celles-ci par virement ou télévirement, à l'instar de ce qui se pratique en matière de TVA¹⁵⁵. Cette mesure a considérablement réduit, au sein du régime général, le montant des encaissements effectués par chèque. Toutefois, le nombre d'entreprises concernées est très limité, ce qui explique que dans les URSSAF, les virements représentent 39 % des encaissements mais seulement 3,5 % du nombre des moyens de paiement. L'abaissement du seuil à 1 MF (0,2 M€) à dater du 1^{er} avril 2001 devrait porter la part des virements à près de 75 % des montants encaissés, mais accroître marginalement la part des cotisants concernés. Toutefois, les problèmes de rapprochement des débits et des crédits inhérents aux virements ne plaident pas pour un nouvel abaissement du seuil.

Le chèque représente, dans les ASSEDIC, 76 % du montant des encaissements (et 70 % en nombre) et 95 à 98 % dans les régimes complémentaires obligatoires. La réduction du chèque comme moyen de paiement reste par conséquent un sujet majeur tant pour les URSSAF que pour les autres régimes de salariés.

Le recouvrement par appel de cotisations est celui qui se prête le mieux aux moyens automatisés de paiement. Il est donc logique que ceux-ci soient plus largement utilisés par les organismes qui recouvrent

155. Ces dispositions ne s'appliquent pas aux entreprises agricoles. La MSA, dans sa réponse, est favorable à une telle extension.

les cotisations et contributions des travailleurs indépendants, y compris les URSSAF. Il devrait en aller de même pour le régime agricole. Malheureusement, les données concernant les moyens de paiement utilisés ne font pas l'objet d'un suivi au niveau de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole.

A la suite de l'arrêté du 22 mai 1997, qui autorise l'étalement des prélèvements sur les douze mois de l'année, l'ORGANIC et la CANCAVA ont engagé une politique visant à favoriser le recours systématique au prélèvement automatique mensuel. Le paiement se partage entre le prélèvement automatique et le paiement par chèque. Toutefois, des différences importantes existent entre les organismes. A la CANAM, le chèque représente 55 % des montants recouverts et 43 % des cotisants, tandis que le prélèvement automatique représente 24 % des montants et 46,5 % des cotisants. De même, avec 40 % des encaissements, le prélèvement automatique n'est pas majoritaire à l'ORGANIC. En revanche, il l'est à la CANCAVA, puisqu'elle assure près de 80 % des encaissements par prélèvement automatique correspondant à 66 % des comptes. Ce dernier est également majoritaire dans un grand nombre de caisses vieillesse des professions libérales (agents généraux d'assurance, chirurgiens-dentistes, vétérinaires, pharmaciens...). Toutefois, certaines caisses, notamment celles des médecins et des auxiliaires médicaux, ont développé l'usage du titre de paiement (TIP) parallèlement au prélèvement automatique. De même, les URSSAF ont certes développé le prélèvement automatique en direction des travailleurs indépendants, mais six d'entre elles, dont celle de Paris, lui préférèrent le TIP.

La solution, tant pour les régimes de salariés que pour ceux d'indépendants, est sans doute à rechercher dans le développement du télépaiement (c'est-à-dire par Minitel ou Internet), qui devrait constituer un objectif prioritaire des prochaines conventions d'objectif et de gestion. A l'heure actuelle, il reste encore très embryonnaire et les quelques expériences tentées par tel ou tel organisme n'ont pas donné les résultats escomptés. Une réflexion collective, destinée à identifier les obstacles au développement du télépaiement et à définir une campagne d'information qui pourrait être commune, serait sans doute utile.

Face à la pluralité des paiements que doivent effectuer les professions indépendantes, des projets ont été élaborés visant la mise en place d'un recouvrement intégré. Dans sa version la plus achevée, le recouvrement intégré se définit comme un système où le cotisant aurait affaire à un interlocuteur unique pour l'ensemble du recouvrement de ses cotisations et contributions sociales personnelles, de l'immatriculation jusqu'à un éventuel contentieux. Au modèle actuel de gestion intégrée par

risque qui caractérise les indépendants, se substituerait le modèle de spécialisation du recouvrement.

Ces projets ont conduit, au début de l'année 1999, le secrétariat d'Etat au commerce et à l'artisanat à confier une mission à MM. Monier, conseiller maître à la Cour des comptes, et Billard, inspecteur général des affaires sociales, pour évaluer la faisabilité de ces projets. La mission n'est pas parvenue à rapprocher les points de vue. Les organismes à gestion intégrée considèrent que le regroupement des opérations de recouvrement des cotisations et de service des prestations est essentiel à la proximité avec le cotisant et au contrôle de l'effectivité du recouvrement. Par ailleurs, ces projets se heurtaient à des considérations à la fois techniques (la solution imaginée n'aboutissait pas à la suppression de la pluralité des réseaux de recouvrement et aurait contraint à la mise en place d'un système d'affectation des cotisations du type RACINE) et politiques (la volonté de chacun de conserver, voire d'étendre, son champ d'intervention pour limiter les conséquences de la modernisation des modes de recouvrement sur l'emploi).

La mise en œuvre effective de la déclaration unique entre la CANAM et la DGI et le rapprochement des contentieux sont des objectifs plus prioritaires que le regroupement des paiements.

D – Les procédures de recouvrement

L'efficacité du recouvrement est traditionnellement appréciée à travers l'indicateur du taux de restes à recouvrer. Cet indicateur doit toutefois être regardé avec prudence. D'une part, l'indicateur dépend largement des pratiques en matière de taxation d'office. Le fait d'asseoir les taxations d'office sur des bases qui se veulent plus proches des salaires ou des revenus estimés à partir des années précédentes d'activité a eu pour conséquence d'améliorer l'indicateur sans que cela traduise une plus grande efficacité du recouvrement lui-même¹⁵⁶. D'autre part, dans la mesure où les cotisations et contributions sociales sont auto-liquidées par les entreprises, la masse des cotisations prises en compte pour le calcul

156. Pour les travailleurs indépendants, la taxation d'office varie, selon les régimes, de un à cinq fois le plafond de la sécurité sociale. Ces montants se révèlent souvent très éloignés des revenus réels, notamment pour les professions à faible revenu. L'ACOSS, la CANAM, l'ORGANIC et la CANCAVA ont fait une proposition commune visant à harmoniser les règles entre les régimes et à ramener le montant de la taxation à 50 % du plafond pour les deux premières années d'activité et, ensuite, aux revenus des deux dernières années connues majorés de 10 %. Le calcul resterait effectué sur la base de cinq plafonds pour les récidivistes consécutifs.

des restes à recouvrer est celle des cotisations déclarées, indépendamment des redressements qui pourront intervenir ultérieurement, alors que pour les indépendants elle est déterminée par les cotisations appelées sur la base des revenus préalablement redressés.

Sous cette double réserve qui s'applique à tous les régimes, la comparaison des taux de restes à recouvrer donne une indication de la performance respective du recouvrement des cotisations (et CSG) de salariés d'un côté, des non-salariés de l'autre (tableau ci-après). Compte tenu des caractéristiques des cotisants concernés, celui-ci est plus faible pour les salariés que pour les travailleurs indépendants et les exploitants agricoles, et cela indépendamment des régimes qui assurent le recouvrement. Et, parmi les organismes de salariés, le taux des restes à recouvrer des URSSAF est proche de celui des ASSEDIC et meilleur que celui des régimes complémentaires.

En ce qui concerne les non-salariés, le développement du prélèvement automatique a incontestablement permis de réduire les impayés et les retards de paiement, et donc aussi le taux de restes à recouvrer. Toutefois, celui-ci reste très inégal. La CANAM, la CANCAVA, et plusieurs caisses vieillesse de professions libérales affichent des taux inférieurs à 3 ou 4 % - et même 0,6 % pour la caisse des pharmaciens. Toutefois, l'ORGANIC et la CARPIMKO ont encore des taux proches de 7 à 8 %, et l'on constate même, pour des caisses où le chèque reste le mode de paiement majoritaire, des taux nettement supérieurs : 15 % pour la CIPAV - architectes, géomètres et assimilés - et 24 % pour la CREA - enseignement, arts appliqués, sport, tourisme -.

La corrélation entre un faible taux de restes à recouvrer et l'utilisation du prélèvement automatique plaide pour la généralisation de ce dernier. La mise à l'étude de la possibilité de rendre celui-ci obligatoire apparaît de ce point de vue souhaitable, même si, comme l'évoque le CNAVPL dans sa réponse, une option pourrait être offerte aux cotisants ayant des revenus irréguliers.

en %

Régimes de salariés			Régimes de non salariés		
	Taux de restes à recouvrer	Taux de mises en demeure		Taux de restes à recouvrer	Taux de mises en demeure
URSSAF	1,0	7,0	URSSAF	8,3	13
ARRCO	1,9	4 à 9	CANAM	3,2	34
AGIRC	2,2	6	CANCAVA	3,7	28
ASSEDIC	1,2	-	ORGANIC	8,5	33
MSA*	3,6	-	MSA*	12,5	nc

* hors CSG.

Les conventions d'objectifs et de gestion passées entre l'Etat et les caisses nationales considèrent toutes l'amélioration du recouvrement comme un objectif important. Dans l'ensemble, les objectifs retenus paraissent avoir été fixés à des niveaux peu ambitieux. Mais les disparités observées au plan régional justifient sans doute cette démarche en conduisant les caisses nationales à donner, dans un premier temps, la priorité à l'amélioration des résultats des organismes de base les moins performants.

Le nombre élevé des mises en demeure témoigne cependant de l'ampleur des difficultés du recouvrement. Cet indicateur est toutefois d'un maniement encore plus délicat que le taux des restes à recouvrer. En effet, le même cotisant peut faire l'objet d'une mise en demeure à chacune de ses échéances, lesquelles sont variables selon qu'il cotise par mois, trimestre ou semestre. De plus, la Cour a observé à l'occasion de ses contrôles, des pratiques très différentes en matière de mise en demeure en fonction du plus ou moins grand développement des procédures de recouvrement amiable.

Les données généralement disponibles et rassemblées pour ce rapport ne permettent pas de construire un indicateur corrigé de ces effets. De plus, les retards qui justifient l'envoi d'une mise en demeure peuvent résulter soit d'un comportement d'indiscipline civique que cet envoi suffit à corriger, soit de difficultés plus sérieuses justifiant l'octroi de délais de paiement qu'une action de prévention aurait permis d'anticiper, soit enfin, d'un comportement délictueux qui relève d'actions judiciaires.

Pour faire face à ces différentes situations, tous les organismes de sécurité sociale et d'assurance chômage disposent d'un ensemble de moyens juridiques : pénalités et majorations de retard, mise en demeure, inscription possible de privilège, procédure de contrainte, assignation devant les tribunaux... Toutefois, ceux-ci ne sont pas identiques d'un régime à l'autre et n'ont pas tous la même force juridique.

Le régime général, les régimes de base maladie et retraite des travailleurs indépendants et le régime agricole disposent de moyens juridiques identiques ou très proches de nature réglementaire. L'absence de renvoi de bordereau de déclaration des cotisations et l'absence de la déclaration annuelle de données sociales pour les entreprises, l'absence de retour de la déclaration de revenus pour les indépendants entraînent l'application de pénalités, dont le montant est fixé par arrêté ministériel.

De même, le retard dans le paiement des cotisations par rapport à l'échéance entraîne l'application de majorations de retard de 10 % du montant des cotisations non versées à l'exigibilité, augmentées de 3 % par trimestre ou fraction de trimestre au-delà d'un délai de trois mois. Les

ASSEDIC appliquent une règle identique, avec une majoration supplémentaire de 1,4 % au lieu de 3 %. En revanche, l'ARRCO et l'AGIRC, qui ne disposent pas d'une base réglementaire, appliquent une taxation provisionnelle de 110 % du montant de l'année précédente en cas de non production de la déclaration de cotisations et une majoration de 0,9 % par mois ou fraction de mois de retard.

Le code de la sécurité sociale prévoit également, pour les régimes qui en relèvent, l'existence d'une commission de recours amiable, émanation de leur conseil d'administration, qui peut accorder des remises totales ou partielles des majorations, en cas de force majeure et de bonne foi dûment prouvée. La demande de remise n'est recevable qu'après le règlement intégral des cotisations correspondantes.

Les organismes tendent de plus en plus à développer des procédures de recours amiable : lettre de rappel, relance téléphonique, et pour les URSSAF, passage du contrôleur dans l'entreprise. Ces démarches permettent dans un certain nombre de cas de régulariser la situation du cotisant et, si besoin, de prévoir des délais de paiement. L'octroi de délais est de la responsabilité du directeur de l'organisme et fait, le plus souvent, l'objet d'une directive nationale aux organismes de base. Dans les régimes de travailleurs indépendants, les délais portent en général sur le semestre en cours, mais peuvent également s'étaler sur une année entière. Par ailleurs, la CANAM a mis en place une procédure de recours amiable pour les créances inférieures à 3 500 F (533,6 €), le recouvrement forcé n'intervenant qu'en cas d'échec.

Dans le régime agricole, la situation est plus complexe. A côté des procédures habituelles de demande de délais, des dispositions exceptionnelles peuvent être prises par le ministère de l'agriculture et de la pêche en faveur des exploitants de tel ou tel secteur en difficulté, soit en tant qu'employeurs de main-d'œuvre soit en tant qu'indépendants¹⁵⁷. Ces mesures peuvent se traduire par des prises en charge partielles de cotisations. Elles sont toutefois réservées aux seuls agriculteurs en situation financière grave et pour lesquels les étalements ne peuvent suffire à remettre à jour leurs cotisations. Les décisions sont du ressort du conseil d'administration de la caisse sur avis d'une commission départementale *ad hoc*.

L'octroi de délais est toujours subordonné à un certain nombre de conditions - être à jour des exigibilités antérieures, précompte de la part salariée payé ...- et de garanties - prélèvement automatique, inscription

157. L'étalement et la prise en charge des cotisations des agriculteurs en difficulté donne lieu à une enveloppe budgétaire inscrite en loi de finances. Elle a été de 190 MF (29,0 M€) en 2000.

de privilège, hypothèques, nantissement... Les paiements font l'objet d'une surveillance particulière dans la mesure où le respect de l'échéancier est un élément de la décision de remise des majorations et pénalités et son non-respect un indicateur des difficultés croissantes de l'entreprise à faire face à ses obligations sociales ou de sa mauvaise foi.

Dans tous les cas, 30 jours après l'échéance d'exigibilité ou la date limite de versement, les organismes sont tenus d'adresser au cotisant qui ne s'est pas acquitté de ses obligations une mise en demeure sous pli recommandé avec accusé de réception. Pour être valable, elle doit faire mention de la somme due en principal, chiffrée ou évaluée (en cas de taxation d'office) et faire état des majorations. La mise en demeure, en accordant au cotisant un dernier délai pour s'exécuter, vaut avis avant poursuites. Pour les régimes qui disposent de la procédure d'inscription de privilège - régimes de base des salariés et des indépendants et régimes complémentaires des salariés -, cette possibilité doit être mentionnée. S'il conteste le bien-fondé de la créance, le cotisant peut saisir, dans le délai d'un mois, la commission de recours amiable.

Au terme du délai imparti, les organismes sociaux peuvent délivrer une contrainte et mettre en œuvre les citations devant les juridictions sociales ou commerciales. Les pouvoirs sont identiques pour les régimes de base des salariés et des indépendants, pour le régime agricole et pour les ASSEDIC. Les régimes complémentaires des salariés du privé sont au contraire soumis au droit commun : assignation ou injonction à payer à partir du huitième mois suivant la première échéance non honorée.

Les procédures de recouvrement amiable et forcé font généralement l'objet de circulaires diffusées par les caisses nationales aux organismes de base. Dans les régimes des indépendants qui assurent à la fois des fonctions de recouvrement et d'affiliation de bénéficiaires, celle-ci constitue un levier important d'une gestion de proximité. L'ORGANIC et la CANCAVA mettent fortement l'accent sur la qualité de l'accueil et la relation téléphonique et ont développé des opérations de communication avec, dans la mesure du possible, une présence sur le terrain. Mais face à la gestion des créances difficiles, relevant ou non de la contestation du comité de défense des commerçants et artisans (CDCA), les circulaires rappellent que « l'intégralité des procédures civiles d'exécution est à mettre en œuvre », y compris à l'encontre du conjoint. L'ensemble des régimes se sont également dotés d'outils informatiques permettant un suivi des créances et des relances, des délais de paiement, ainsi que la réalisation de requêtes.

Dans une lettre circulaire en date de mai 1997, le directeur de la sécurité sociale a rappelé aux caisses nationales des travailleurs indépendants la nécessité d'instaurer une coordination locale avec les

URSSAF et les caisses relevant de la CANAM, seul moyen de « traiter globalement » la situation des cotisants en difficulté. Des travaux ont été engagés, entre la CANAM, l'ACOSS, la CMR d'Auvergne et les deux URSSAF du Puy-de-Dôme et de Haute-Loire, pour la mise en place d'un huissier commun au régime maladie des indépendants et aux URSSAF. Un protocole d'accord a été signé en ce sens fin 2000. En revanche, entre les caisses des régimes vieillesse et les URSSAF la coordination ne semble pas avoir dépassé le stade de l'échange de renseignements permettant d'identifier un cotisant en application des instructions de l'ACOSS.

Or, un tel traitement global reste indispensable aussi bien du point de vue du cotisant, qui dans le système actuel peut se trouver confronté à plusieurs procédures simultanées, que de celui des caisses, qui gagneraient en efficacité à avoir une vision de l'ensemble des difficultés d'un cotisant et à coordonner les procédures judiciaires. Les caisses nationales se sont récemment engagées à améliorer les échanges pour les cotisants proches de la cessation de paiement. Toutefois, dans le passé, les caisses ont justifié leur réticence à un échange d'informations plus en amont par le fait que celui-ci pouvait se faire au détriment de leur propres créances, ou par le risque d'allongement des délais d'exécution. La Cour demande à ce qu'un bilan des avantages et inconvénients des expériences en cours en matière d'huissier commun soit réalisé avant toute généralisation de la procédure.

E – Le cas des caisses de retraite des agents des collectivités territoriales et hôpitaux et des personnels non titulaires

La caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales et des établissements sanitaires et sociaux (CNRACL) et l'institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques (IRCANTEC) constituent des organismes à part au sein des régimes obligatoires de sécurité sociale. L'organisation et les compétences de la caisse nationale ont été définies par le décret du 19 septembre 1947, celles de l'IRCANTEC par un décret du 23 décembre 1970. Leur gestion est assurée par les services de la caisse des dépôts et consignations, établissement public de l'Etat, situés à Bordeaux pour la CNRACL et à Angers pour l'IRCANTEC. Par le caractère public des employeurs et le lien de la caisse des dépôts et consignations avec le réseau du Trésor public qui assure le versement des traitements, ces institutions se situent, en ce qui concerne le recouvrement, assez largement en dehors du droit commun.

La CNRACL gère la retraite des agents des collectivités territoriales et des établissements sanitaires et sociaux. Les organismes cotisants sont au nombre de 40 633 pour un total de 1,6 millions de salariés (900 000 territoriaux et 700 000 hospitaliers). Le montant des cotisations s'est élevé à 61 MdF (9,3 Md€) en 1999, plus 2,3 MdF (0,4 Md€) reversés à l'ACOSS au titre de la CSG et de la CRDS sur les pensions.

En application du décret du 9 septembre 1965, la caisse peut accéder à tous les documents que le conseil d'administration juge utile à fin de contrôle. Dans la pratique, les cotisations sont versées globalement et ne donnent lieu à aucun contrôle autre que de cohérence. La caisse utilise uniquement la déclaration annuelle de données sociales pour vérifier l'existence de l'affilié et sa dernière adresse dans son fichier et, le cas échéant, l'égalité entre le montant des cotisations rétroactives déclarées dans la DADS et le total versé aux différentes échéances, la DADS elle-même ne donnant lieu à aucun contrôle.

En ce qui concerne le précompte des cotisations sociales sur pensions, la CNRACL bénéficie d'un régime dérogatoire, qui résulte du décret du 11 janvier 1960, qui prévoit un délai de trois mois au lieu des cinq jours de droit commun. Cette situation juridique est d'autant plus anormale que les retraités relèvent du régime général pour l'assurance maladie. Dans la pratique, la CNRACL s'efforce d'observer le délai du 5 du mois, mais des décalages de plusieurs jours peuvent exister. De plus, pour les retraités non imposables, la demande de l'avis de non imposition, qui permet l'exonération, n'est pas renouvelée annuellement, le retraité devant prendre l'initiative d'indiquer si, d'une année sur l'autre, il est devenu imposable. La Cour a rappelé à cet organisme que l'avis de non-imposition doit être fourni annuellement par les intéressés.

Les cotisations d'assurance vieillesse sont recouvrées par l'intermédiaire des comptables du Trésor. Le décret de 1947 fixe les dates de versement, identiques à celles applicables aux entreprises privées, et les sanctions en cas de retard de versement (10 % de majoration pour les trois premiers mois et 5 % supplémentaires ensuite par trimestre ou fraction de trimestre). Un recours gracieux en remise ou réduction des majorations est possible en cas de « bonne foi dûment prouvée ». Cette décision appartient au conseil d'administration, lequel l'a déléguée au directeur sans fixer une limite de montant. Dans les faits, les remises sont largement accordées et le conseil d'administration hésite à transmettre les dossiers aux chambres régionales des comptes pour inscription d'office des sommes dues au budget de la collectivité, considérant cette procédure trop brutale. Par ailleurs, le conseil a renoncé à engager les procédures pour recouvrer une majoration de 327 MF (49,9 M€) résultant d'un retard

de paiement de l'assistance publique-hôpitaux de Paris entre décembre 1992 et juillet 1994, suite à une proposition des représentants de l'Etat, après concertation avec l'AP-HP, de transiger sur un montant de 109 MF (16,6 M€) pour solde de tout compte. Enfin, sur 250 MF (38,1 M€) de majorations émises entre 1996 et 1999, seulement 26 MF (4,0 M€) ont été recouvrées, soit 10 %.

Au total, l'absence de contrôle de l'assiette et l'insuffisance de diligences dont fait preuve l'organisme pour recouvrer les majorations de retard et pénalités se traduisent par un taux de restes à recouvrer particulièrement faible (0,29 %), comprenant à 84 % des taxations d'office, mais dont la validité peut être sérieusement mise en doute.

L'IRCANTEC a été créée par décret en 1970 comme institution de retraite complémentaire obligatoire au bénéfice des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques. Ce décret fixe le cadre juridique et renvoie pour le contentieux aux articles du code de la sécurité sociale.

L'institution gère 68 000 comptes, couvrant deux millions de salariés (avec un flux annuel d'entrées et de sorties de 600 000). En 1999, elle a recouvré 8,5 MdF (1,3 Md€) de cotisations avec un taux de restes à recouvrer de 1,2 %. Le système est déclaratif et suit les périodicités mensuelles, trimestrielles ou annuelles fixées en fonction du montant des cotisations dues (moins de 6 000 F (914,7 €), de 6 000 F (914,7 €) à 24 000 F (3 658,8 €) et plus de 24 000 F (3 658,8 €)). Le paiement s'effectue à 85 % par virement automatique via le réseau du Trésor public. L'IRCANTEC n'est pas habilitée à faire des contrôles sur pièces et sur place et se contente de vérifier la cohérence des déclarations reçues à partir des DADS. Il n'existe pas d'échanges avec les URSSAF.

L'institution a développé le recouvrement amiable par lettres de rappel, éventuellement par relances téléphoniques. Des délais peuvent être accordés par le comité de recouvrement qui existe au sein du service gestionnaire ou par le conseil d'administration dans les cas exceptionnels. L'octroi de délai ne fait pas l'objet d'une réglementation. L'envoi de mises en demeure s'effectue selon des périodicités variables, en général neuf mois après l'émission de la somme due. Dans ces conditions, la proportion annuelle de mise en demeure n'a pas de signification et les actions contentieuses, supposées systématiquement engagées au-delà de 2 000 F (304,9 €), sont peu nombreuses.

La CNRACL et l'IRCANTEC disposent de moyens légaux à l'encontre des collectivités débitrices, et elles hésitent à les utiliser. La Cour estime que ces deux institutions doivent y recourir de façon plus systématique.

RECOMMANDATIONS

1. Définir et mettre en œuvre dans la branche recouvrement une stratégie de contrôle d'assiette pour en déduire les actions de contrôle les plus efficaces.

2. Mettre en œuvre à brève échéance une déclaration unique de revenus pour les travailleurs indépendants, faite auprès de l'administration fiscale.

3. Prendre les dispositions légales nécessaires pour renforcer la coopération entre les différents organismes intervenant dans la protection sociale des professions indépendantes.

4. Etudier en commun entre ces différents organismes les problèmes rencontrés dans le développement du télépaiement.

5. Etudier la possibilité de rendre obligatoire le prélèvement automatique pour les travailleurs indépendants.

6. Tirer les leçons des expériences en cours d'huissier unique.

7. Recourir de façon plus systématique, en ce qui concerne la CNRACL et l'IRCANTEC, aux moyens juridiques dont disposent les organismes publics à l'encontre des collectivités débitrices.

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES PAGE 538

II – L'efficacité du recouvrement des cotisations sociales : comparaison avec celle du recouvrement de la TVA

La Cour a consacré par le passé plusieurs enquêtes aux modalités de recouvrement des cotisations sociales. Le rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 comportait des développements relatifs à ces travaux. Par ailleurs, le rapport public annuel pour l'année 1999 a comparé les conditions dans lesquelles les ASSEDIC et les URSSAF exercent leur mission de recouvrement des cotisations d'assurance chômage et de sécurité sociale.

Ces différentes enquêtes ont montré l'intérêt d'une étude destinée à établir un parallèle avec les procédures fiscales en la matière, tant en termes de pratiques de contrôle de l'assiette que de prérogatives de puissance publique. Cette étude se justifie d'autant plus que les URSSAF sont désormais chargées du recouvrement de recettes fiscales, telles que la CSG et la CRDS.

On a retenu comme terme de comparaison fiscal la gestion de la TVA recouvrée par la direction générale des impôts (DGI). La TVA et les cotisations sociales présentent en effet trois similitudes : elles sont prélevées par les entreprises pour le compte de l'Etat ou des organismes de protection sociale, elles reposent sur un régime déclaratif et elles donnent lieu à des versements d'une périodicité mensuelle ou trimestrielle.

A – L'organisation et les résultats du recouvrement

1 – Le cadre général du recouvrement des prélèvements sociaux et fiscaux

En 1999, les URSSAF ont liquidé un montant de cotisations s'élevant à 1 109 MdF (169,1 Md€). Au cours de la même année, 1 018 MdF (155,2 Md€) payés dans le délai légal ont été recouverts par la DGI au profit du budget général, des collectivités locales et d'organismes divers. Les recettes de TVA en représentaient 764 MdF (116,5 Md€), soit 75 %.

L'implantation territoriale des organismes de recouvrement et de l'administration fiscale présente des points communs évidents¹⁵⁸. Cependant, contrairement aux services extérieurs de la DGI, qui sont des émanations de l'administration centrale, les 105 URSSAF constituent autant de personnes morales distinctes de l'agence centrale. Cette situation emporte un certain nombre de conséquences juridiques. Si l'ACOSS possède un pouvoir d'orientation et est compétente pour édicter les mesures nécessaires au bon fonctionnement du service au même titre que les autres caisses nationales, elle se doit de tenir compte de l'autonomie des URSSAF dans les directives qu'elle leur adresse. Une

158. 105 URSSAF perçoivent les cotisations sociales en métropole. Hormis l'URSSAF de Paris et celle d'Ajaccio, qui couvrent respectivement sept des huit départements d'Ile-de-France et les deux départements de la Corse, toutes les URSSAF ont une compétence géographique de champ départemental ou infra-départemental.

large place est alors souvent réservée à l'adaptation des orientations formulées par l'agence centrale aux particularités du contexte local.

Par ailleurs, si le cotisant peut se prévaloir dans ses relations avec une URSSAF des directives et orientations élaborées par l'agence centrale, chacune des unions de recouvrement n'est juridiquement engagée que par ses propres décisions. Le redevable des cotisations sociales ne peut donc faire valoir auprès d'une URSSAF des décisions prises à son encontre par une autre. Cette particularité singularise fortement la branche du recouvrement par rapport aux services de l'Etat en charge des prélèvements fiscaux : en effet, l'article L 80 A du livre des procédures fiscales prévoit au contraire explicitement des garanties pour prémunir les contribuables contre les changements de doctrine ou les interprétations divergentes de la règle fiscale par les différents services de la même administration.

2 – Comparaison des résultats de la branche du recouvrement et de l'administration fiscale

a) Les performances du recouvrement

Le **taux de restes à recouvrer de l'exercice courant** est un premier indicateur de la performance du recouvrement des URSSAF. Il mesure la part des cotisations non recouvrées à la clôture des comptes par rapport aux cotisations liquidées¹⁵⁹ au cours de l'exercice. Cet indicateur permet d'apprécier la capacité à recouvrer les cotisations dues dans l'année au cours de laquelle la créance est née.

L'administration fiscale a recours à des indicateurs similaires. Le coefficient de paiement à l'échéance mesure le rapport entre les sommes acquittées à l'échéance et les charges brutes de l'exercice¹⁶⁰. Par ailleurs, le taux de couverture des charges de l'exercice mesure le rapport entre l'ensemble des sommes recouvrées au cours d'une année (paiements à l'échéance et recouvrements sur prises en charge) et les charges brutes.

159. Les cotisations liquidées correspondent à la somme des cotisations encaissées spontanément (crédits directs) et à celles qui ont été mises en recouvrement. Les cotisations encaissées sont obtenues par l'addition des crédits directs et des encaissements sur mise en recouvrement (y compris des années précédentes).

160. Les charges brutes comprennent les paiements à l'échéance et les prises en charge de l'année (montant des rappels mis en recouvrement suite à des opérations de contrôle fiscal).

Les deux approches divergent dans le mode de prise en compte des sommes redressées à la suite de contrôles : les indicateurs de la DGI intègrent dans les montants à recouvrer au titre de l'exercice en cours les redressements issus des opérations de contrôle fiscal, alors que les URSSAF imputent les cotisations redressées en contrôle comptable d'assiette à l'exercice juridique de rattachement.

Afin de permettre la comparaison entre les organismes de recouvrement et l'administration fiscale, les prises en charge suite à contrôle fiscal ont été exclues du montant des charges brutes des comptes des impôts, ainsi que des restes à recouvrer en fin d'exercice.

en MF et (M€)

Année N	1997	1998	1999
URSSAF			
Cotisations liquidées au titre de l'exercice courant N	1 018 820	1 065 081 (162 370,6)	1 105 807 (168 579,2)
Reste à recouvrer au 31 décembre N	14 049	13 175 (2 008,5)	12 198 (1 859,6)
Taux de RAR	1,38 %	1,24 %	1,10 %
DGI			
Montant des charges brutes année N	878 798	947 376 (144 426,5)	1 035 891 (157 920,6)
Montant restant à recouvrer à fin N	6 184	4 754 (724,7)	8 386 (1 278,4)
Taux de RAR	0,7 %	0,5 %	0,8 %
Comparaison des taux de restes à recouvrer			
Taux de RAR URSSAF- Taux de RAR DGI	0,68 point	0,74 point	0,30 point

Les taux de restes à recouvrer de la branche du recouvrement ont connu des variations sensibles sur longue période¹⁶¹, étroitement liées au niveau de l'activité économique : ils sont passés de 1,23 % en 1979 à 2,06 % en 1985, puis ont diminué pour atteindre 1,76 % en 1988. Un nouveau point culminant est atteint en 1993 avec 2,25 %. Depuis lors, on constate une diminution, qui s'est poursuivie entre 1997 et 1999¹⁶².

Le taux de restes à recouvrer de l'administration fiscale passe de 0,7 % à 0,5 % entre 1997 et 1998. Il augmente à nouveau légèrement en

161. Le retraitement des statistiques fiscales n'a pas été possible sur longue période.

162. Dans sa réponse, l'ACOSS fournit les restes à recouvrer pour 2000. Ces données confirment l'amélioration puisque le taux des restes à recouvrer s'établit à 1,04 %.

1999¹⁶³ pour atteindre 0,8 %. Compte tenu de l'amélioration des performances du recouvrement des URSSAF, l'écart constaté par rapport aux résultats de la DGI se réduit sensiblement au cours de la période considérée et devient faible en 1999 (0,3 point). Sur ce premier indicateur, les performances des deux réseaux sont donc proches.

La comparaison de la situation déclarative d'un échantillon d'entreprises

La Cour a complété l'analyse des performances des URSSAF et de l'administration fiscale par l'examen des dossiers fiscaux et sociaux d'un échantillon de 50 entreprises de la région parisienne*. Les résultats de cette étude expérimentale et **qui ne vise nullement à la représentativité** sont néanmoins éclairants :

- dans près de la moitié des cas examinés, les défaillances déclaratives observées par les services fiscaux se confirment sur le plan des cotisations sociales ;

- 39 des 50 entreprises concernées ont fait l'objet d'au moins un contrôle de l'URSSAF depuis 1990. Ce chiffre révèle une appréciation homogène du risque de non recouvrement entre les services fiscaux et l'URSSAF de Paris ;

- le nombre de salariés, tel qu'il ressort des informations que possède la DGI, ne coïncide avec celui du fichier de l'URSSAF que pour deux entreprises sur 50. Cette discordance s'explique dans la plupart des cas par le fait que seule une partie des effectifs ressort de la compétence de l'URSSAF de Paris. Cependant, pour des entreprises n'ayant qu'un seul établissement, elle peut révéler une dissimulation de salariés. Ce constat incite à intensifier le rapprochement des données des URSSAF avec celles dont disposent les services fiscaux.

* L'échantillon qui a servi de base à la comparaison est de 50 entreprises relevant du ressort territorial de l'URSSAF de Paris, réparties en cinq catégories de taille différentes (0-10, 11-50, 51-100, 101-400, plus de 400 salariés). Chacune de ces sociétés a fait l'objet de la part des services fiscaux d'une vérification de comptabilité au cours des années 1999 ou 2000, qui a donné lieu à des redressements portant sur la TVA, assortis de pénalités.

La comparaison des résultats du recouvrement nécessite également d'examiner l'évolution du **stock des cotisations et impositions restant à recouvrer au titre des exercices précédents**. Au 31 décembre 1999, le

163. Ce phénomène est dû en grande partie à des incidents d'appariement dans le traitement d'encaissements par virement.

stock total de cotisations restant à recouvrer par les URSSAF (France entière) représentaient 79,4 MdF (12,1 Md€), en diminution de 2,4 % par rapport à 1998. Ce stock de créances représentait 7,2 % des cotisations liquidées en 1999. A la même date, le montant des restes à recouvrer globaux de la DGI était de 77,5 MdF (11,8 Md€), soit 7,6 % du montant total des recettes fiscales encaissées par cette administration en 1999. Là encore, les deux valeurs de l'indicateur sont très proches.

Cela étant, à part les deux indicateurs précédents, on ne dispose pas d'éléments pour apprécier la qualité du recouvrement des cotisations sociales. L'ACOSS doit se donner les moyens d'assurer un meilleur suivi du recouvrement, de procéder aux études nécessaires à la définition d'une stratégie de contrôle d'assiette en fonction des risques de non recouvrement. Cela suppose de pouvoir, à des fins de gestion et pas seulement statistique, centraliser l'information relative aux différentes étapes du recouvrement et du contentieux. La base de données que l'organisme a créé peut y contribuer. Il convient toutefois que soit mis au point, au niveau des URSSAF, un tableau de bord de recouvrement comparable à celui qui existe dans les services fiscaux (encadré ci-dessous), permettant une remontée quotidienne des données du recouvrement.

b) Les coûts de gestion

Le coût du recouvrement des cotisations sociales, tel que l'évalue l'ACOSS, peut être rapproché des charges qu'entraîne la gestion de la TVA pour la DGI, telles que cette dernière les évalue. Dans les deux cas, l'évaluation prend en compte les coûts de liquidation et d'assiette des prélèvements, les dépenses de recouvrement et celles liées à la fonction de contrôle.

Pour réaliser des encaissements s'élevant au total à 1 124 MdF (171,4 Md€) en 1999¹⁶⁴, la branche du recouvrement estime avoir dépensé 5,0 MdF (0,8 Md€), soit un taux de prélèvement de 0,45 %. De son côté, l'administration fiscale a recouvré au cours de la même année 580,2 MdF (88,5 Md€) de recettes de TVA nettes. Elle évalue le coût de gestion de cette imposition à 6,2 MdF (1,0 Md€), ce qui correspond à un taux de prélèvement de 1,06 %.

164. Cotisations nettes encaissées par les URSSAF hors mesures compensées.

Le pilotage du recouvrement à la DGI

L'état « M 100 » est le principal outil de suivi du recouvrement au sein de la DGI. Edité mensuellement à partir de remontées quotidiennes, il recense des informations sur l'évolution des restes à recouvrer (en stock au 1^{er} janvier ainsi qu'en flux), la part des paiements à l'échéance, et le montant des sommes dont le recouvrement est pris en charge par le comptable à la suite d'un défaut de paiement ou d'une notification de redressement.

Cet état statistique distingue au sein des créances celles qui ont été déclarées dans le cadre d'une procédure collective ou qui font l'objet d'une contestation au contentieux. Il permet de ce fait d'apprécier l'efficacité de l'action en recouvrement mise en œuvre par un comptable sur la part des créances sur laquelle il peut agir.

Dans la mesure où les informations qu'il contient sont extraites d'une application nationale de suivi du recouvrement (dénommée « MEDOC »), le tableau M 100 présente la particularité de pouvoir être édité pour chaque poste comptable, mais également pour une direction des services fiscaux ainsi qu'au plan national. Par ailleurs, chaque comptable peut comparer les résultats obtenus localement avec les indicateurs nationaux, qui font l'objet d'un téléchargement périodique.

Les résultats du recouvrement des directions des services fiscaux, suivis par l'administration centrale sur la base des données de l'état « M 100 », s'apprécient au travers de plusieurs indicateurs, dont notamment :

- *le coefficient de paiement à échéance*, qui mesure la part des paiements acquittés dans le délai légal dans les charges brutes ;

- *le taux de couverture des charges de l'exercice*, qui mesure le rapport entre l'ensemble des sommes recouvrées au titre de l'exercice (paiements à l'échéance plus recouvrements sur prises en charge de l'année) rapporté aux charges brutes (paiements à l'échéance plus prises en charge de l'année) ;

- *le coefficient de recouvrement net sur prise en charge et le délai moyen pondéré de recouvrement des créances*, qui sont destinés à mesurer l'efficacité de l'action en recouvrement du réseau comptable. Celle-ci est appréciée par le biais du *coefficient de restes à recouvrer nets sur lesquels les comptables peuvent agir* (cet indicateur exclut notamment les créances sur procédures collectives et celles contestées au contentieux) ;

- *l'efficacité globale pondérée* mesure le rapport entre le nombre d'opérations réalisées par les recettes et le nombre d'agents qui y sont affectés.

Rapporté au montant des recettes encaissées, le coût de la gestion est donc nettement plus faible pour les cotisations sociales que pour la TVA recouvrée par le DGI¹⁶⁵, qui constitue il est vrai une imposition plus complexe à gérer. Ce constat milite en faveur du maintien d'une assiette sociale et de taux aussi peu différenciés que possible, de manière à réduire les éléments de complexité qui accroissent significativement les charges de gestion des organismes de recouvrement, comme on peut le voir pour les exonérations de cotisations sociales (cf. *infra*).

B – Le rapprochement progressif des règles de recouvrement des prélèvements sociaux et fiscaux

L'administration fiscale dispose de moyens juridiques plus étendus que ceux des URSSAF pour la mise en œuvre des procédures de recouvrement forcé. Cela étant, les règles de recouvrement des prélèvements fiscaux et sociaux tendent à se rapprocher.

1 – Le recouvrement amiable

Les URSSAF ont mis en place à la fin de la décennie 1980 des procédures de relance amiable en cas de défaut de paiement à l'exigibilité afin de limiter le recours aux mesures de recouvrement forcé, dont la gestion est complexe et coûteuse, et par ailleurs, d'améliorer la relation avec le cotisant, objectif qui constitue un des axes principaux de la COG entre l'Etat et l'ACOSS pour la période 1998-2001. Dans le cadre d'orientations nationales d'avril 1999, l'ACOSS recommande de réserver cette procédure en priorité aux cotisants non professionnels, notamment aux employeurs de personnel de maison, ainsi qu'aux primo-débiteurs. La Cour a cependant constaté que l'agence centrale ne dispose pas de statistiques sur le nombre de relances amiables, et n'est pas en mesure d'évaluer leur efficacité.

Pour sa part, la DGI n'accordait jusqu'à présent qu'une place réduite aux actions de relance amiable. Une expérimentation menée en 1999 a cependant montré l'intérêt de développer cette pratique pour le recouvrement de la TVA, et sa généralisation est actuellement en cours pour les contribuables primo-défaillants.

165. La Cour avait déjà relevé, dans son rapport public de 1999 (p. 856), que le recouvrement des cotisations sociales était par ailleurs moins coûteux que celui des cotisations d'assurance-chômage (le taux de prélèvement des URSSAF était de 0,52 % en 1997, contre 0,75 % pour les ASSEDIC).

2 – Les procédures de recouvrement forcé

a) La contrainte

Face à un débiteur de cotisations sociales qui n'a pas donné suite à une mise en demeure, les URSSAF peuvent recourir à l'émission d'une contrainte. Cette procédure est mise en œuvre par le directeur. Elle comporte, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. A défaut d'opposition et en cas de non paiement persistant, elle peut faire l'objet d'une exécution forcée. Cette procédure, spécifique au recouvrement des cotisations sociales¹⁶⁶, comporte des effets analogues à l'avis de mise en recouvrement émis par les services de l'Etat.

b) Le privilège

Tout comme le Trésor Public, les URSSAF se voient reconnaître un privilège général sur les biens meubles du débiteur, garantissant le paiement des cotisations pendant un an à la date de leur exigibilité. Dès lors que les sommes dues dépassent 80 000 F (12 195,9 €), le privilège doit être inscrit, dans le délai de trois mois suivant l'échéance, au greffe du tribunal de commerce si le débiteur est commerçant, au greffe du tribunal de grande instance s'il s'agit d'une personne morale de droit privé non commerçante.

Cette procédure est relativement plus utilisée par les URSSAF que par l'administration fiscale : par exemple, 4 806 privilèges ont été inscrits par la seule URSSAF de Paris en 1999, contre 14 419 par la DGI pour l'ensemble de la France. Le privilège du Trésor prime toutefois celui des URSSAF. Il est cependant lui-même devancé par les frais de justice ainsi que par les créances salariales.

c) Le rapprochement des procédures : un objectif à poursuivre

L'administration fiscale dispose, en matière de mesures d'exécution forcée, de procédures offrant des perspectives de recouvrement plus rapide des créances que celles des URSSAF. Tel est le cas de l'avis à tiers détenteur, prévu par les articles L. 262 et L. 263 du livre des procédures fiscales. L'émission de cet acte a pour effet de

166. La loi du 31 décembre 1992 permet aussi aux ASSEDIC d'y avoir recours.

constituer débiteur direct du Trésor le tiers détenteur de fonds appartenant au redevable.

La loi du 9 juillet 1991 portant réforme des procédures civiles d'exécution a d'ores et déjà rapproché les dispositions des droits fiscal et social en matière de procédures d'exécution forcée¹⁶⁷. Néanmoins, s'agissant des URSSAF, le code de la sécurité sociale maintient l'exigence d'un titre exécutoire (la contrainte), ainsi que la signification de la saisie-attribution par voie d'huissier.

Or, l'article L. 652-3 du code de la sécurité sociale prévoit la possibilité pour les caisses d'assurance vieillesse des professions non salariées non agricoles et les organismes d'assurance maladie et maternité d'enjoindre aux tiers dépositaires, détenteurs ou redevables de sommes appartenant au débiteur de cotisations sociales, de verser le montant des cotisations, majorations et pénalités non acquittées. Cette procédure peut également être mise en œuvre par les URSSAF pour le recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants. Son extension au régime général pour les entreprises ayant des salariés mériterait d'être examinée.

3 – Les contrôles

a) La création d'une « charte du cotisant » : un alignement progressif des droits du cotisant contrôlé sur les règles prévues par le droit fiscal en faveur des contribuables

Une « charte du cotisant », calquée sur celle que l'administration fiscale a créée à la fin des années quatre-vingt, a été élaborée par la branche du recouvrement en 1999. Ce document, destiné à informer le cotisant de ses droits et des prérogatives dont dispose l'organisme de recouvrement, confirme l'évolution significative des relations entre les URSSAF et le redevable des cotisations sociales.

Jusqu'à une période récente, la procédure de contrôle des URSSAF se distinguait en effet de celle de l'administration fiscale par le caractère moins précis et moins étendu des garanties de procédure reconnues aux cotisants. Les décrets du 31 janvier 1996 et du 28 mai 1999 ont renforcé significativement les droits du cotisant : en particulier en instaurant l'envoi obligatoire d'un avis de contrôle et la communication par écrit des

167. Ainsi, les effets de la saisie-attribution ont été alignés sur ceux de l'avis à tiers détenteur (transfert immédiat des sommes saisies au profit du créancier sauf recours du débiteur).

observations faites au cours du contrôle, de la nature et du montant des redressements envisagés. Là encore, la procédure des URSSAF coïncide désormais avec celle que l'administration fiscale est tenue de respecter en matière de notification de redressement.

b) Le renforcement des prérogatives de contrôle des URSSAF

Les inspecteurs du recouvrement, chargés du contrôle des cotisants, disposent de prérogatives de puissance publique très proches de celles des agents de la DGI.

En application de l'article L. 243-11 du code de la sécurité sociale, les employeurs autres que l'Etat, qu'ils soient des personnes privées ou publiques, et les travailleurs indépendants sont tenus de recevoir les agents de contrôle des URSSAF. Les oppositions ou obstacles à ce **droit d'entrée et de visite** sont passibles des mêmes peines que celles prévues par le code du travail en ce qui concerne l'inspection du travail. Ces prérogatives sont très similaires à celles de l'administration fiscale, qui dispose de la procédure d'opposition à contrôle fiscal lorsque le contribuable fait obstacle à une vérification de comptabilité.

Les agents de contrôle des URSSAF peuvent **accéder à tous documents** du cotisant, y compris sur support informatique, dès lors que l'accès à ces éléments est nécessaire à l'exercice du contrôle. Les pouvoirs des agents de contrôle ont été récemment renforcés¹⁶⁸ : ces derniers peuvent désormais **interroger** les personnes rémunérées par l'entreprise, en vue de connaître leur identité, la nature de leurs activités et le montant de leurs rémunérations et avantages en nature. Cette prérogative étend leurs pouvoirs de vérification à des personnes qui ne sont pas forcément salariées de l'entreprise, en vue de lutter contre le travail dissimulé.

Toutefois, à la différence des services fiscaux, les agents des URSSAF ne disposent pas d'un droit de communication auprès des tiers. L'administration fiscale a en effet la possibilité de confronter les déclarations d'un contribuable avec les éléments détenus par des tiers (établissements financiers, professions libérales, auxiliaires de justice tels que notaires ou huissiers, etc.) dans le cadre de l'article L. 81 du livre des procédures fiscales.

Par ailleurs, l'article L. 10 de ce même livre permet à l'administration de demander aux contribuables tous **renseignements**,

168. Article 33 du décret du 31 janvier 1996.

éclaircissements ou justifications relatifs aux déclarations qu'ils souscrivent.

La Cour estime qu'il faudrait étudier l'extension de ces procédures au profit des URSSAF. Dans le second cas, la possibilité d'interroger le cotisant sur l'origine de certaines anomalies déclaratives peut contribuer efficacement à la régularisation rapide de sa situation.

c) Le ciblage des contrôles

En 1999, les URSSAF ont réalisé 194 008 contrôles, dont 160 396 sur des entreprises. Ces opérations ont entraîné des redressements s'élevant à 4,2 MdF (0,6 Md€) (cf. à ce sujet *supra*). La progression sensible des cotisations redressées par rapport aux années précédentes¹⁶⁹ s'explique en grande partie par la priorité donnée au suivi des cotisants représentant les enjeux les plus élevés. Cela étant, alors que la DGI parvient à un taux d'opérations donnant lieu à redressement de 86,9 % en 1999, seuls 34,8 % des contrôles des URSSAF au cours de la même année ont abouti à un redressement de cotisations. Cette comparaison révèle un ciblage insuffisant des contrôles, et met en évidence la nécessité de développer des outils d'analyse-risque afin d'améliorer les performances de la programmation des vérifications.

La branche du recouvrement se distingue également de l'administration fiscale par la place réduite accordée au contrôle sur pièces¹⁷⁰. Or, cette pratique, qui repose essentiellement sur le rapprochement des différents éléments déclaratifs fournis par le cotisant, est un moyen de régularisation rapide de situations dans lesquelles les enjeux ne justifient pas l'engagement d'un contrôle comptable d'assiette réalisé chez le cotisant. Elle permet en outre d'enrichir la programmation des investigations, par une détection plus précoce des fraudes potentielles.

SYNTHESE

La comparaison du recouvrement des cotisations sociales par les URSSAF et celle du recouvrement de la TVA par les services fiscaux aboutit à trois grandes conclusions. L'efficacité des deux réseaux, mesurée par le taux de restes à recouvrer, est analogue. Le coût du recouvrement des cotisations sociales est deux fois plus faible que celui de la TVA, cette

169. Les redressements atteignaient 2,6 MdF en 1996, 3,02 MdF en 1997 et 3,12 MdF en 1998.

170. La notion de contrôle sur pièces s'entend ici par opposition au contrôle comptable d'assiette réalisé dans les locaux du cotisant. Une expérimentation a été engagée en la matière par l'ACOSS en 1998.

dernière imposition étant il est vrai plus complexe à gérer. Enfin, les résultats et le ciblage du contrôle des URSSAF sont plus faibles que ceux de la DGI, en dépit d'un rapprochement sensible des prérogatives juridiques des deux réseaux au cours des dernières années.

RECOMMANDATIONS

Pour l'Etat

1. Poursuivre le rapprochement des prérogatives juridiques des URSSAF de celles des services fiscaux, notamment par l'extension aux organismes de recouvrement de la possibilité de recourir à l'avis à tiers détenteur.

2. Examiner la possibilité de doter les URSSAF d'un droit de communication vis-à-vis des tiers.

Pour l'ACOSS

3. Evaluer l'efficacité des procédures de recouvrement amiable et forcé.

4. Bâtir un système d'information et de suivi du recouvrement qui soit commun à toutes les URSSAF, dont les résultats puissent être agrégés par l'ACOSS pour l'ensemble de la branche et qui permette, par des indicateurs pertinents, de mesurer, pour chaque URSSAF et pour l'ensemble de la branche, en temps réel, la qualité du recouvrement.

5. Inscrire l'extension des procédures de contrôle sur pièces (dans les locaux de l'URSSAF) parmi les priorités en matière de contrôle dans le cadre du projet de COG en cours d'élaboration.

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES PAGE 551

III – La mise en place du système RACINE dans les URSSAF

Le projet RACINE a été conduit par l'ACOSS à la suite de la loi du 25 juillet 1994 qui a réaffirmé et organisé le principe que chaque

branche devait s'équilibrer. Une lettre du ministère des affaires sociales, datée du 28 octobre 1994, a demandé la mise en place « d'une répartition des encaissements, par branche, au niveau des unions de recouvrement (URSSAF, CGSS), par compte cotisant ». Cette demande, conforme aux attentes des bénéficiaires des ressources, qu'il s'agisse des branches ou des tiers, avait pour objectif de permettre une répartition des cotisations en les affectant aux risques gérés par le régime général en fonction des règles suivantes :

- pour chaque compte individuel de cotisant à partir des données déclaratives ;
- pour chaque période d'exigibilité ;
- pour chaque journée comptable ;
- en fonction des règles de répartition prévoyant notamment une hiérarchie dans l'attribution des produits entre les différents types de cotisations.

Les montants à traiter sont considérables puisqu'ils concernent l'ensemble des ressources encaissées par les URSSAF, à savoir 1 081 MdF en 1998, première année de mise en service du système RACINE. RACINE se traduit également par une détermination, suivant les mêmes principes et au niveau des URSSAF, de la dette de l'Etat au titre des mesures d'exonération de cotisations sociales prises en faveur de l'emploi.

RACINE ne constitue pas une application informatique indépendante ; il constitue en fait une sous-partie du système national de production (SNV2) de la branche du recouvrement qui a été implanté progressivement dans toutes les URSSAF, les dernières à l'avoir adopté étant l'URSSAF de Paris et les CGSS en 1998.

RACINE représente donc un projet ambitieux. Trois ans après son introduction, la Cour fait le point sur sa mise en œuvre à partir des contrôles que les COREC/CODEC ont faits dans 12 URSSAF (Montpellier, Yonne, Ardennes, Sud-Finistère, Haute-Garonne, Vendée, Valenciennes, Tourcoing, Lille, Beauvais, Laval et Paris-région parisienne).

Les constatations des vérificateurs font apparaître que l'ambition du projet a été perçue différemment selon les URSSAF et que la mise en œuvre du système n'est pas homogène. De fait, la pleine réussite du projet dépend de la qualité de la collecte des données auprès des cotisants ainsi que du traitement de ces données, mais surtout de la mise en place de procédures de contrôles efficaces et d'outils de suivi performants dans chaque URSSAF.

Il convient, au préalable, de préciser que le système RACINE n'effectue pas d'analyse des bordereaux récapitulatifs de cotisations (BRC) : il répartit les cotisations en fonction des données issues du BRC adressé à l'URSSAF par le cotisant. Il est donc important de disposer d'outils permettant de s'assurer de la fiabilité des données : si les informations du BRC sont fausses, la répartition sera fautive. Pour parvenir à une collecte d'informations plus exacte, la plupart des URSSAF ont donc engagé des actions visant à fournir une information précise aux cotisants sur la manière de bien remplir le BRC (cf. à ce propos chapitre préliminaire, *supra*, p. 7).

L'expérience montre que les taux d'anomalie sont supérieurs à la moyenne chez trois catégories particulières de cotisants : les employeurs de personnels de maison, les employeurs et travailleurs indépendants et le secteur public. Des actions de sensibilisation particulières ont donc été entreprises par les URSSAF dans leur direction. Toutefois, en parallèle, une recherche sur l'origine de ces difficultés a également été menée pour déterminer si elles ne pouvaient pas provenir d'une mauvaise gestion par RACINE de certaines cotisations plutôt que d'un mauvais remplissage systématique des bordereaux de la part de ces catégories de cotisants.

A – Un outil opérationnel mais imparfait

1 – Un suivi rigoureux des « crédits à affecter »

RACINE a pour objectif affiché de répartir à la source entre les différentes branches l'intégralité des fonds collectés par les URSSAF. Toutefois, en pratique, subsiste une masse de crédits dits à affecter (CAF) qui empêche une répartition totale. Trois raisons principales expliquent leur apparition :

- des conditions liées au comportement déclaratif du cotisant et aux caractéristiques du support déclaratif : les employeurs de personnel salarié sont tenus d'adresser simultanément à l'URSSAF leur versement de cotisations et le bordereau déclaratif s'y rapportant. Toutefois, en raison de la lourdeur des opérations de remise en forme des bordereaux déclaratifs incorrectement remplis, un décalage de plusieurs jours, voire davantage, existe généralement entre la comptabilisation du crédit et la comptabilisation de la pièce de débit. Ce décalage constitue la principale cause de crédits à affecter ;

- des conditions liées aux caractéristiques du SNV2 : dans le système national SNV2, les versements sont automatiquement portés en crédit à affecter s'ils ne peuvent, au moment de leur comptabilisation, être rapprochés des débits correspondants ;
- des conditions liées aux caractéristiques de certaines catégories de cotisants pour lesquelles les encaissements précèdent souvent les BRC, (principalement le secteur public et les comptes de cotisants en versement en lieu unique).

Avant la mise en place de RACINE, les URSSAF ne prêtaient pas beaucoup d'attention à cette situation malgré ses incidences sur la mise à jour des comptes des cotisants. Mais, avec RACINE, les crédits à affecter deviennent un enjeu de gestion majeur et les URSSAF se sont engagées dans des actions visant à réduire leur niveau. Un exemple intéressant peut ainsi être pris à l'URSSAF de Lille : le service des cotisations dispose d'un logiciel informatique de suivi des crédits à affecter qui est une application locale. Une extraction des crédits à affecter à partir de SNV2 est effectuée de manière hebdomadaire. A partir de cette extraction, le logiciel permet d'organiser leur suivi par portefeuille de gestionnaire. Les critères des listes sont l'ancienneté, la période, le montant.

Historiquement, c'est à l'URSSAF de Paris que le niveau des crédits à affecter a toujours été le plus préoccupant puisqu'il a oscillé au 31 décembre de chaque année entre 7,5 et 12,5 MdF à l'exception du 31 décembre 1997 qui était atypique, situation liée, dit l'URSSAF de Paris dans sa réponse, à la migration des comptes du régime général sous SNV2 :

Crédits à affecter à l'URSSAF de Paris au 31 décembre

en MdF et (Md€)

1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
8,7	11,7	7,6	12,6	10,1	34,2	6,3	2,4 (0,4)	2,0 (0,3)

Le montant des crédits à affecter doit être apprécié en se souvenant que l'URSSAF de Paris recouvre en fin de période environ 300 MdF (45,7 Md€) .

Le niveau atteint par les crédits à affecter fin 1997 et au cours du premier semestre 1998 a provoqué des actions de correction sensibles à l'URSSAF de Paris, que la mise en oeuvre de RACINE a rendues encore plus nécessaires, et dont l'effet se voit dans le tableau ci-dessus.

B – Les procédures de traitement des anomalies restent à finaliser

Le système RACINE produit un certain nombre d'états d'anomalies destinés à attirer l'attention des gestionnaires sur des problèmes liés à la répartition des recettes. Quotidiennement, RACINE produit un état, qui fournit les listes d'anomalies suivantes : liste des comptes dont le débit calculé est différent du montant à répartir calculé, liste des comptes dont le montant a été réparti forfaitairement, liste des comptes produits dont le montant a été proratisé. Cet état permet de passer les corrections nécessaires et d'alerter les services techniques. Quotidiennement encore, RACINE produit un état récapitulatif journalier de la gestion R, qui permettra de faire le lien avec le logiciel de gestion comptable des URSSAF SICOMOR. Enfin, mensuellement, RACINE produit un état, sur les statistiques emplois jeunes et un autre sur les anomalies liées aux exonérations de cotisations sociales au titre des mesures prises en faveur de l'emploi.

En pratique, la gestion par les URSSAF de ces listes d'anomalies est très diverse et reflète leur degré d'implication plus ou moins grand dans le processus de répartition des recettes.

Dans certaines URSSAF (Lille, Valenciennes, Vendée), les listes d'anomalies qui n'ont pas d'incidence comptable mais affectent uniquement la répartition des cotisations ne donnent pas lieu à des rectifications systématiques. De même, pour ces URSSAF, aucune action spécifique n'est envisagée pour limiter le nombre d'anomalies. D'autres URSSAF, telle celle du Sud-Finistère, regrettent que, faute de temps et de moyens – voire d'enjeu financier significatif – l'insuffisance de l'exploitation des listes d'anomalies. Leur utilisation doit faire l'objet d'une réflexion au sein de l'établissement : dans les faits, elles sont actuellement classées sans être examinées. L'URSSAF de Paris s'est engagée dans une réflexion plus approfondie de la gestion de ces anomalies, ayant constaté que, proportionnellement, elle présentait un taux très supérieur à la moyenne des autres URSSAF. Elle s'est alors interrogée sur l'utilité de la correction des anomalies signalées en les classant par type de traitement devant les accompagner. Cette analyse a permis à l'URSSAF de Paris d'indiquer que :

- 14 % des anomalies déclarées comme telles actuellement ne nécessitent pas de traitement et donc devraient être à terme écartées de la procédure de traitement des anomalies ;

- 19 % des anomalies peuvent nécessiter un travail sur la pièce justificative et doivent donc faire l'objet d'un circuit particulier ;
- 60 % des anomalies devraient faire l'objet d'une transaction de correction mais aujourd'hui seuls les 3 % obligatoires sont corrigés et ce, globalement, sans intervention au niveau du compte individuel.

Ce constat conduit l'ensemble des URSSAF à souhaiter l'élaboration d'une procédure précise et écrite afin de corriger à bon escient les anomalies signalées. L'ACOSS a pris conscience du problème puisque, interrogée par la Cour à ce sujet, elle a répondu que « sept listes accompagnent le traitement de répartition. A l'occasion de la mise en place de RACINE, il avait été décidé l'examen exhaustif des signalements, considéré comme une garantie de la qualité de la répartition. Plus de trois ans après la mise en œuvre du logiciel, il apparaît que trois des listes demandent à être exploitées exhaustivement, en revanche les autres listes semblent pouvoir tolérer un examen à partir d'un seuil prédéfini ». Trois ans après la mise en place de RACINE, ces constats sont bien tardifs. La Cour attend que l'ACOSS tire très rapidement les conséquences qu'ils appellent.

C – La comptabilisation des mesures en faveur de l'emploi n'est pas précise

Les vérificateurs des COREC et CODEC ont identifié deux types de difficultés pour une comptabilisation exacte, par RACINE, des exonérations au titre des mesures en faveur de l'emploi.

En premier lieu, **la connaissance des contrats de travail et des dates de début et de fin des droits aux exonérations est difficile et imprécise**. Ainsi, par exemple, l'URSSAF de Lille privilégie la vérification des bordereaux nominatifs avec les exemplaires du contrat, et l'examen des exonérations sur place ; à l'URSSAF de Valenciennes, un inspecteur passe tous les 15 jours à l'ANPE et à la DDTE pour récupérer les contrats. Après saisie dans la base informatique à l'URSSAF, il y a envoi systématique au cotisant d'une lettre avec surlignage de l'exonération concernée. Toutefois, même lorsque le contrat de travail du salarié bénéficiant d'une mesure arrive à échéance, le « Code-Type-Personnel » de la mesure apparaît toujours mentionné sur le BRC et le cotisant peut donc se méprendre et penser être encore concerné par l'exonération. Pour remédier à une telle situation, il y aurait lieu de faire

évoluer le SNV2 afin de supprimer l'édition informatique du Code-Type-Personnel ;

Seconde difficulté, **la procédure qui permet d'éditer une liste des anomalies liées aux mesures emploi n'est pas fiable**. De l'avis général de toutes les URSSAF, ce listing généré par RACINE est inutilisable : il apparaît surtout que les seuils qui servent de base aux contrôles effectués par cette procédure ne sont pas très cohérents et que leur fixation au niveau national les rend inadaptés au plan local.

C'est pourquoi les URSSAF se sont toutes engagées dans des politiques de création d'outils propres pour assurer les vérifications nécessaires. Ainsi, l'URSSAF Sud-Finistère a privilégié une approche avec d'autres outils permettant d'avoir un ciblage plus efficace. L'URSSAF de Tourcoing a spécialement délégué un agent pour le traitement des anomalies sur les mesures d'exonération en faveur de l'emploi, chargé de mettre au point un guide opératoire qui a abouti au constat suivant :

- certains « code-types » sont utilisés à tort : par exemple le code 098 (code mines) a pu être utilisé pour un café-grill, le code de zone de revitalisation rurale est utilisé à la place du code de zone franche urbaine, etc... ;
- la principale source de non-fiabilité des données fournies par les cotisants relatives aux mesures-emploi provient de l'inexactitude des effectifs déclarés pour lesquels il n'existe pas de contrôle informatisé.

Les COREC/CODEC concluent donc de manière presque unanime à l'existence d'un risque fort que certaines exonérations pour mesures emploi aient donné lieu à créance sur l'Etat indûment décomptées sans qu'un chiffrage précis soit rendu possible (sur les exonérations de cotisations sociales, cf. *infra*).

D – L'organisation des URSSAF tarde à refléter l'importante réforme que constitue RACINE

1 – Les rôles respectifs des services du directeur et de l'agent comptable doivent évoluer

La répartition à la source des cotisations devrait entraîner un nouveau rôle pour l'agent comptable de l'URSSAF. Il devrait être responsable des comptes issus de la répartition. En réalité, cette

responsabilité nouvelle n'est pas de fait assumée de la même manière que celle liée aux comptes généraux de l'URSSAF et aux comptes des cotisants, qui demeurent une priorité pour toutes les URSSAF. En outre, l'attention portée à l'exactitude des comptes issus de la répartition est différente d'une URSSAF à l'autre. Cette différence d'appréciation se concrétise, dans les faits, par des changements plus ou moins importants dans l'organisation du travail et notamment dans les relations entre le directeur et l'agent comptable. Dans certaines URSSAF, comme celle de Lille ou de Valenciennes, les vérificateurs des COREC/CODEC ont ainsi pu constater que la mise en place d'une nouvelle organisation de travail liée à RACINE a été gérée, en attente des outils nationaux annoncés, *a minima*, se concrétisant *de facto* par la définition de nouveaux circuits de vérification des documents comptables. Pour l'URSSAF de Vendée, les vérificateurs n'ont pas non plus remarqué une évolution notable dans le rôle et les missions de l'agent comptable depuis la mise en place de RACINE - « celui-ci s'attachant à la régularité comptable des opérations » - et dans ce cas précis, il n'y a même pas eu mise en place de procédures de recherche de l'origine des anomalies rencontrées, la raison invoquée étant la complexité du système SNV2.

En revanche, pour d'autres URSSAF, telle celle du Sud-Finistère, le rôle de l'agent comptable s'est bien modifié du fait de la mise en place de RACINE et ce, surtout dans le cadre de sa mission d'alerte des services gestionnaires et du traitement déterminant des différentes sources d'anomalies empêchant le rapprochement immédiat des débits et produits. A l'URSSAF de Beauvais, le rôle de l'agent comptable a été réaffirmé lors de la signature du plan de contrôle interne et s'inscrit, au-delà de la responsabilité juridique traditionnelle, dans un cadre élargi à une responsabilité administrative conjointe avec le directeur. Enfin, la prise en compte de RACINE a profondément modifié l'organisation du travail de certaines URSSAF, telle celle de Montpellier entraînant une révision des méthodes de travail de chacun des services concernés par la remontée des informations.

2 – La rénovation du contrôle interne ne s'est pas faite de manière homogène

Conformément aux articles D 253-1 à D 254-6 du code de la sécurité sociale, un plan de contrôle interne (PCI) doit être établi dans chaque URSSAF par le directeur et l'agent comptable. La mise en place de RACINE a donc nécessité en principe son intégration dans les PCI des URSSAF. Pourtant la pratique est étonnamment variée.

Certaines URSSAF n'ont pas, dès le début, intégré RACINE à leur plan de contrôle interne. Ainsi, en Vendée, le plan de contrôle interne arrêté le 1^{er} juillet 1996 n'a pas été actualisé ni modifié et seule une instruction technique relative à RACINE a été diffusée ; dans les Ardennes, il ne prévoyait pas non plus explicitement de mesures visant à la mise en œuvre de RACINE. Cette URSSAF a, depuis, intégré RACINE dans les prochains plans de contrôle interne. L'URSSAF de la Mayenne, en raison de ses moyens humains limités et aussi d'une qualification insuffisante de son personnel, n'a pas encore intégré la qualité de la répartition dans son plan de contrôle ; dans le Sud-Finistère, le PCI, pour sa première édition arrêtée en 1999, ne consacrait aucune partie spécifique à RACINE, mais le prenait en compte par un rapprochement mensuel obligatoire des crédits à affecter et une analyse croisée des traitements des anomalies liées aux mesures emplois ; à l'URSSAF de Roubaix-Tourcoing, le PCI 1999 n'abordait que d'une façon succincte les contrôles spécifiques à RACINE sans préciser les domaines respectifs ou conjoints de compétence du directeur et de l'agent comptable ni l'autorité chargée de traiter les anomalies.

Certaines URSSAF ont déjà su faire évoluer leur PCI vers une meilleure prise en compte de RACINE. Ainsi, à Lille, la première version du PCI datant de 1999 n'abordait pas de contrôles spécifiques RACINE, alors que la deuxième version arrêtée le 17 août 2000 prend en compte un thème conjoint directeur/comptable consacré au traitement des anomalies de répartition.

Enfin, dans certaines URSSAF, telle celle de Haute-Garonne, depuis l'installation de RACINE, une nouvelle organisation du travail a été mise en place, décrite dans le mode opératoire du PCI et actualisée chaque année. Elle prévoit notamment la gestion des bases SNV2 liées à RACINE ainsi que les domaines respectifs ou conjoints de compétence du directeur et de l'agent comptable. L'autorité chargée de corriger les anomalies est précisée au fur et à mesure des modes opératoires.

Ces observations conduisent au constat que le contrôle de la répartition étant une tâche nouvelle pour les URSSAF, elles éprouvent une difficulté certaine à évaluer l'importance qu'elles doivent lui accorder. Elles ne disposent à cet effet d'aucune synthèse ni préconisation émanant de l'ACOSS, qui leur permettrait de les guider pour la mise en place de modes opératoires de contrôle interne de la répartition. D'ailleurs, les plans de contrôle interne élaborés par les URSSAF n'ont presque jamais fait l'objet de procédure de critique ou de validation au niveau national de la part de l'ACOSS.

De nombreuses URSSAF indiquent dans leur réponse que les outils nécessaires à la bonne répartition des cotisations et à l'affectation des crédits ne sont mis à la disposition de la branche qu'au cours de 2001, et que les formations correspondantes ne seront assurées qu'à la fin de l'année.

RECOMMANDATIONS

1. Intégrer dans le plan de contrôle interne de chaque URSSAF les conséquences de RACINE, notamment en termes de compétences respectives des services du directeur et de ceux de l'agent comptable ; animer et évaluer, au niveau national, cette évolution pour la rendre plus nette et plus homogène d'une URSSAF à l'autre.

2. Développer des outils permettant à chaque URSSAF de suivre et contrôler la validité de la répartition ; que l'ACOSS favorise les échanges sur les outils ou projets d'outils existants et organise leur mutualisation.

3. Mettre en place, en s'inspirant des quelques expérimentations existantes, des cellules d'expertise dans chaque URSSAF, compétentes à la fois pour la comptabilité et le recouvrement, et en assurer l'animation au niveau national.

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES PAGE 553

IV – La gestion des exonérations de cotisations sociales liées à la politique de l'emploi

Les dispositifs de la politique active de l'emploi sont, à des degrés divers, fondés sur la baisse du coût du travail¹⁷¹. Les exonérations de cotisations sociales patronales sont l'instrument le plus fréquemment utilisé. Cette situation a donné de nouvelles responsabilités à la branche recouvrement de la sécurité sociale. Une institution, fondée et organisée dans le but de percevoir des cotisations et de les reverser aux autres

171. Deux d'entre eux – le contrat de retour à l'emploi et le contrat d'initiative emploi – ont donné lieu à une enquête approfondie de la Cour (cf. le rapport public de 1999).

branches, est désormais amenée à gérer un système complexe d'exonérations, pour l'essentiel compensées par le budget de l'Etat¹⁷², et se trouve par ce biais associée à la mise en œuvre de la politique de l'emploi.

Dans le cadre de ses travaux sur le recouvrement, la Cour a enquêté sur la gestion des exonérations de cotisations sociales patronales auprès de l'ACOSS et de onze URSSAF, qui représentent la moitié des encaissements et le tiers des comptes gérés¹⁷³. Les enjeux financiers des exonérations sont triples : l'appréhension de leur montant et l'imputation aux différentes branches dans le cadre de RACINE (cf. *supra*), le calcul de la « facture » de l'Etat pour celles qui sont compensées, l'incidence de leur complexité sur l'exactitude de l'assiette des cotisations. Depuis la loi du 25 juillet 1994, le législateur a prévu que toute exonération nouvelle donnerait lieu à compensation intégrale aux régimes concernés.

Ces exonérations diffèrent profondément par leurs modalités d'application. Certaines sont liées à des embauches, d'autres concernent les salariés en place, certaines sont d'une durée limitée, d'autres sont sans limite de temps, le temps partiel peut avoir une incidence sur le mode de calcul de l'exonération.

Elles diffèrent également par leur champ : le cas le plus fréquent correspond aux seules cotisations patronales de sécurité sociale mais des exonérations plus larges existent ; au titre de l'apprentissage, par exemple, aucune cotisation salariale et patronale n'est due.

Elles diffèrent enfin par leur mode de calcul. Le plus souvent, elles se traduisent par l'application à l'assiette concernée de taux de cotisation inférieurs à ceux applicables dans le cas général. Si l'assiette ne correspond qu'à une partie du salaire (la partie allant jusqu'au montant du SMIC mensuel), les taux « normaux » de cotisation s'appliquent à l'autre partie. Dans d'autres cas (exonération « bas salaires »), le montant de l'exonération est calculé au moyen d'une formule mathématique.

172. La situation ici décrite est antérieure aux dispositions concernant le FOREC (sur le FOREC, cf. *supra*, chapitre I, p. 7 et chapitre VI, p. 206).

173. Il s'agit des URSSAF de Paris, Melun, Lille, Strasbourg, Orléans, Nantes, Lyon, La Roche-sur-Yon, Bordeaux, Toulouse et Marseille.

Rappel sur les exonérations

Le nombre des exonérations de cotisations sociales liées à la politique de l'emploi gérées par les URSSAF s'élève à environ trente-cinq qui, à la fin de l'année 2000, concernaient environ 13,5 millions d'emplois.

Sous l'angle de leur place dans la politique de l'emploi, elles peuvent être, de façon quelque peu arbitraire, classées en trois grandes catégories :

1. Des exonérations ciblées sur certaines catégories de salariés ou de contrats de travail :

- les exonérations associées à des dispositifs dirigés vers des personnes dont l'insertion sur le marché du travail est jugée devoir être aidée (jeunes, chômeurs de longue durée). Il s'agit, par exemple, de l'exonération associée au contrat initiative emploi (CIE).

- les exonérations qui visent à encourager des formes particulières d'emploi : exonération pour l'emploi d'un premier salarié, par exemple.

2. Des exonérations de charges sociales ciblées sur certaines zones géographiques, comme les zones franches urbaines ou la Corse.

3. Des exonérations de caractère général sur les bas salaires et la réduction du temps de travail (qui ont vocation à terme à ne former qu'un seul dispositif) :

- l'allègement général de charges sociales pour les bas salaires, avec les cas particuliers que constituent les secteurs des hôtels-café-restaurants et du transport*.

- les exonérations en faveur de l'aménagement-réduction collective du travail : dispositif « Robien », dispositif « Aubry ».

* A partir de la mise en œuvre de la deuxième loi sur la réduction du temps de travail, le plafond de l'exonération générale peut être de 1,3 SMIC ou de 1,8 SMIC selon les situations au regard de la réduction du temps de travail.

Le nombre des mesures d'exonération combiné à la diversité des cas possibles (catégories d'employeurs, spécificité des départements d'Alsace-Moselle, possibilité de cumuls de mesures différentes, ...) se traduit dans la gestion par un grand nombre de codes-types de personnel (de l'ordre de 130) que les employeurs doivent porter sur les bordereaux récapitulatifs de cotisations pour bénéficier des exonérations. La loi

« Aubry II » s'est ainsi traduite par la création de six nouveaux codes-types de personnel. Lors de la mise en œuvre d'une mesure nouvelle, le nombre de codes-types résulte souvent d'un compromis entre l'administration de l'emploi qui veut suivre le plus finement possible les différentes situations possibles et l'ACOSS qui met l'accent sur la nécessité de ne pas multiplier les codes-types.

Il convient également de distinguer entre les exonérations qui supposent la signature d'un contrat spécifique ou d'une convention soumis au contrôle du service public de l'emploi (il s'agit notamment du premier salarié, de l'apprentissage, du contrat initiative emploi, des mesures de réduction de la durée du travail) et les autres exonérations dont le fait générateur est la seule déclaration de l'employeur (bas salaires). En outre, dans le premier cas, selon les dispositifs, les responsabilités et la participation à la gestion des directions départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP) et parfois de l'ANPE, d'une part, et du recouvrement, d'autre part, varient de façon sensible, ce qui peut entraîner des difficultés de concertation et des interprétations divergentes de la réglementation – comme la Cour l'avait souligné dans son rapport public annuel de 1999. Ce n'est que récemment (début de l'année 2000) qu'une circulaire globale de l'ACOSS a visé à clarifier la situation dispositif par dispositif.

Enfin, la complexité des textes relatifs aux mesures de politique d'emploi s'ajoute à l'autonomie des URSSAF pour accroître le risque d'une application hétérogène de la réglementation.

A – Les procédures de gestion des exonérations

Toutes les opérations relatives aux mesures emploi se placent dans le cadre général d'un système déclaratif et reposent quasi exclusivement sur l'exploitation des éléments mentionnés par le cotisant sur le bordereau récapitulatif des cotisations (BRC).

1 – Les effectifs de salariés concernés par les mesures

Les cotisants sont tenus d'indiquer sur le BRC l'effectif concerné par chacune des mesures d'exonération mais, malgré les efforts d'information des URSSAF, seule une minorité d'employeurs satisfont à cette obligation (ce qui ne bloque pas le traitement des BRC et l'application des exonérations). Au stade actuel du système de contrôle, les effectifs sont demandés uniquement à des fins statistiques.

Au niveau national, le taux de réponse aux cases « effectifs », calculé par l'ACOSS à partir des informations communiquées par les URSSAF, varie selon les mesures : il est au voisinage de 40 % pour plusieurs des dispositifs donnant lieu à l'édition d'un document spécifique et plus faible pour les autres mesures (de l'ordre de 35 % pour la réduction bas salaires à environ 10 % pour les zones franches urbaines). Le taux de réponse est très différent d'une URSSAF à l'autre, par exemple 40 % à celles de Bordeaux et Nantes et 18 % à celle de Marseille. Enfin, il est souvent déclinant dans le temps. L'absence ou le caractère douteux des informations conduit l'ACOSS à recalculer, de manière approximative, des effectifs pour les différentes mesures de politique d'emploi. Les données en la matière actuellement publiées par l'Agence centrale ne sont donc pas fiables, alors même que tant l'ACOSS dans sa réponse que le ministère de l'emploi et de la solidarité (la DARES) considèrent que cette information collectée directement par les URSSAF est indispensable pour l'évaluation des politiques d'emploi.

2 – Enregistrement des exonérations

Pour les exonérations qui supposent un contrat individuel, il doit être procédé, conformément au système d'exploitation des comptes, à un double enregistrement, comptable et administratif. Lorsque des pièces justificatives sont prévues, l'enregistrement administratif est subordonné à leur production. Si ce n'est pas le cas, la demande est mise en instance de traitement et l'exonération s'applique à titre provisoire.

La sécurisation de la gestion des exonérations suppose que soient clairement définies les opérations de vérification et d'enregistrement qui doivent être accomplies par les gestionnaires de compte lors de la réception d'un BRC sur lequel l'employeur a signalé l'utilisation d'une nouvelle mesure. Les pratiques des URSSAF sont très hétérogènes. Certaines (celles de Lyon, de Marseille, de Melun, notamment) ont mené à bien un effort de formalisation des procédures concernant plusieurs dispositifs de la politique de l'emploi. Les agents en charge de la gestion des comptes ont à leur disposition un ensemble de fiches et de schémas décrivant dans le détail les opérations à effectuer. En revanche, dans d'autres URSSAF, les procédures et les règles à respecter reposent encore largement sur le « savoir-faire » des techniciens et des cadres du service ainsi que sur leur connaissance des dispositifs.

3 – Application provisoire des exonérations

L'acceptation par les URSSAF des exonérations appliquées par l'employeur mais qui nécessitent des pièces justificatives est générale, que ces pièces aient été produites ou non. Dans le cas des lois Aubry cependant, certaines URSSAF interprètent strictement des lois en exigeant les pièces justificatives préalablement à l'application de l'exonération, et d'autres non. Un test réalisé en 1999 dans l'URSSAF de Paris, sur trois directions du recouvrement et pour trois mesures, montre que 11,6 % des exonérations pour l'emploi à temps partiel, 14 % des exonérations pour l'emploi d'un premier salarié et 17,3 des exonérations liées au contrat initiative emploi sont appliquées alors que l'employeur n'a pas fourni les justificatifs nécessaires (pour les périodes de mars et du 1^{er} trimestre 1999).

Aucune règle n'a été fixée au niveau national par l'ACOSS pour fixer le moment où, en l'absence de pièces justificatives, l'exonération est remise en cause et donne lieu à un redressement. Il existe un traitement informatique qui génère des lettres de relance aux cotisants mais le suivi des relances est plus ou moins rigoureux selon les URSSAF, et selon les directions départementales du recouvrement au sein de l'URSSAF de Paris. En conséquence, les délais au bout desquels un redressement est susceptible d'intervenir sont variables : un trimestre, un semestre ou bien le redressement peut attendre un éventuel contrôle sur place. Les exonérations accordées à titre provisoire peuvent ainsi être maintenues en l'absence des documents prévus.

4 – Les contrôles informatiques

Le traitement mensuel d'extraction des mesures pour l'emploi permet la détermination d'un fichier des exonérations de cotisations sociales transmis à l'ACOSS. Il permet aussi l'édition de listes d'anomalies et l'analyse de la conformité entre les enregistrements comptable et administratif.

L'exploitation des produits de sortie de ce traitement permet de réaliser des contrôles portant sur les codes types de personnel : par exemple l'application d'une exonération sur une période postérieure à sa date de fin, l'utilisation d'un code-type de personnel correspondant à une autre mesure que celle dont l'employeur bénéficie. Le système permet également de détecter les incompatibilités entre l'application d'une mesure et les caractéristiques de l'entreprise (application de l'exonération « hôtels, cafés, restaurants » par des établissements ne relevant pas de ces secteurs, au sens de la nomenclature des activités françaises) et les

incompatibilités entre mesures. Il ne permet cependant pas de détecter diverses incompatibilités liées à la complexité de la réglementation.

a) Les mesures individuelles supposant un contrat ou une convention

Lorsqu'une première personne est recrutée dans le cadre d'une mesure pour l'emploi, l'employeur signale ce recrutement par une mention manuscrite sur le BRC. Si les pièces justificatives sont fournies, cette situation fait l'objet d'un enregistrement et, ensuite, une mention imprimée est générée sur le BRC suivant qui sera envoyé à l'employeur pour être complété. La durée pendant laquelle cette mention imprimée figurera sur le BRC est fonction de la nature du dispositif d'aide et du contrat communiqué par l'employeur. Pour cette période, l'employeur bénéficie désormais du droit d'appliquer un taux réduit de cotisation au titre de cette mesure.

Toutefois, le système informatique ne permet pas de détecter si ce taux réduit est imputé à la bonne assiette. Les cas suivants peuvent donc se présenter :

- rupture anticipée de contrat aidé non signalé par un employeur qui embauche une autre personne ne présentant pas les caractéristiques nécessaires pour bénéficier de l'aide et applique néanmoins le taux réduit¹⁷⁴ ;
- droit à l'exonération plafonné au SMIC, mais le taux réduit est appliqué sur la totalité du salaire ;
- droit à exonération acquis du fait de l'embauche d'une personne particulière mais le taux réduit est appliqué à plusieurs salariés. Cette situation ne peut perdurer au-delà de la date d'expiration du premier contrat, mais est indétectable si un deuxième contrat aidé du même type est signé ou bien s'il s'agit d'une mesure pérenne (c'est le cas de l'abattement temps partiel).

Selon des informations communiquées par l'ACOSS, des améliorations envisagées du système d'enregistrement devrait, à terme, permettre de détecter les invraisemblances les plus flagrantes.

174. La proportion de sorties anticipées a été chiffrée par l'ANPE à 27 % (cf. le rapport public de la Cour de 1999).

b) La réduction bas salaires et l'aide à la réduction du temps de travail

Il apparaît également que le système ne permet pas de repérer toutes les erreurs (ou les fraudes) concernant la réduction bas salaires. Si le système permet *a priori* de détecter les employeurs s'appliquant indûment un régime plus favorable que le cas général alors que l'entreprise ne possède pas les caractéristiques sectorielles ou géographiques nécessaires, des difficultés sont possibles pour ce qui est du respect du seuil d'annulation de l'exonération et des règles de « proratisation » (en cas de travail à temps partiel).

B – Contrôle et gestion du risque

1 – Contrôle interne

Dans toutes les URSSAF interrogées, la démarche de contrôle interne est présente et des plans de contrôle interne ont été élaborés. Cependant, les travaux conduits en matière de gestion des exonérations apparaissent très hétérogènes dans leur fréquence, les instruments utilisés et les produits qui en résultent. La mise en œuvre du contrôle interne repose en effet sur les URSSAF elles-mêmes, sans réelle coordination au niveau de la branche.

Plusieurs d'entre elles ont réalisé des audits ou des études sur la gestion des exonérations. Ces travaux sont d'ampleur variable. Il en est résulté l'identification de certains risques et la définition de plans d'action plus ou moins complètement mis en œuvre (ce dont témoigne le degré inégal de formalisation des procédures).

Dans certaines URSSAF, les travaux réalisés permettent d'appréhender l'incidence financière des exonérations accordées partiellement ou totalement à tort en raison de défaillances dans les procédures de traitement interne. Les résultats qui suivent, pour partiels qu'ils soient, constituent une indication de l'ampleur des problèmes potentiels.

a) Les travaux menés à Lyon sur l'exonération premier salarié

Les études réalisées par l'URSSAF de Lyon en 1999 ont fait apparaître des taux non négligeables (de l'ordre de 7 % dans les deux cas), soit d'enregistrement de contrats litigieux du point de vue de leur

validité, soit d'enregistrements erronés de la date de fin des contrats (ce qui entraîne la possibilité que l'employeur bénéficie d'une durée d'exonération indûment prolongée). Ces données signifient que le droit à exonération a pu être accordé à tort, totalement ou pour une période de temps excessive.

Devant la persistance des anomalies, l'URSSAF a décidé un contrôle exhaustif des exonérations pour l'emploi d'un premier salarié. Ces travaux fournissent des informations sur les exonérations premier salarié accordées ou prolongées à tort du fait de défaillances dans les procédures de traitement :

- pour les exonérations appliquées à tort : il s'agit du non-respect des conditions tenant à la nature ou à la durée du contrat, à l'effectif antérieur, à la forme juridique de l'entreprise, etc ;
- pour les exonérations prolongées à tort : l'enregistrement d'une date de fin de contrat erronée a permis au cotisant de bénéficier plus longtemps de l'exonération.

Part des exonérations pour l'emploi d'un premier salarié accordées ou prolongées à tort dans l'URSSAF de Lyon et incidence financière de ces exonérations

Périodes	Exonérations accordées à tort (%)	Exonérations prolongées à tort (%)	Valorisation en F et (€)
3 ^{ème} trimestre 1999	9,0	2,6	1 973 257 (300 821,1)
4 ^{ème} trimestre 1999	7,1	0,9	1 792 588 (273 278,3)
1 ^{er} trimestre 2000	8,9	1,7	2 471 335 (376 752,6)
2 ^{ème} trimestre 2000	10,2	1,3	2 216 080 (337 839,2)
3 ^{ème} trimestre 2000	4,0	0,8	1 029 672 (156 972,5)
4 ^{ème} trimestre 2000	4,6	2,3	1 119 468 (170 661,8)

Source : URSSAF de Lyon

NB : La valorisation est calculée en utilisant la formule suivante : [nombre d'exonérations accordées à tort *24 mois* 28,1 %* SMIC brut + nombre d'exonérations prolongées à tort *3 mois* 28,1 %* SMIC brut]. 24 mois correspondent bien à la durée de la mesure premier salarié, et l'hypothèse d'un prolongement de trois mois est conventionnelle.

Les cotisations exonérées au titre de cette mesure ont représenté, pour l'URSSAF de Lyon, 100,6 MF (15,3 M€) en 1999 (soit en moyenne environ 25 MF (3,8 M€) par trimestre) et 79,2 MF (12,1 M€) en 2000 (soit en moyenne 20 MF (3,1 M€) par trimestre). Les montants financiers

correspondant aux exonérations accordées ou prolongées à tort durant la période étudiée oscillent autour de 2 MF (0,3 M€) par trimestre au deuxième semestre 1999 et au premier semestre 2000 et reculent à 1 MF (0,2 M€) au deuxième semestre 2000, ce qui représentent entre 10 et 5 % des réductions de cotisations accordées au titre de cette mesure. La sensible amélioration de la situation dans la deuxième moitié de l'année 2000 doit être notée. L'URSSAF de Lyon l'attribue à un effort accentué d'information interne.

b) Les exonérations accordées sans présence des pièces justificatives dans l'URSSAF de Paris

L'étude sur la gestion des exonérations dans l'URSSAF de Paris (dont certains résultats ont été commentés ci-dessus) comporte un calcul des montants exonérés accordés sans présence de justificatifs.

Part des exonérations accordées sans présence des pièces justificatives dans le total des exonérations de la période étudiée (% du montant exonéré au titre de ces mesures)

	DDR Paris 3	DDR 91	DDR 94
Abattement temps partiel	18 %	3 %	12 %
Exonération 1 ^{er} salarié	16 %	18 %	18 %
CIE	38%	23 %	21 %
Total	23,4 %	16,8 %	18,1 %
Soit (en MF et (M€))	14,7 (2,3)	6,7 (1,0)	9,1 (1,4)

NB : Le calcul fait sur l'échantillon a été extrapolé au montant exonéré pour chacune des mesures étudiées dans chacune des trois directions départementales du recouvrement (DDR) en mars et durant le premier trimestre 1999 en redressant les résultats de l'échantillon par la répartition entre cotisants mensuels et trimestriels.

Ces montants ne peuvent être comparés à ceux de l'étude réalisée par l'URSSAF de Lyon. Il s'agit ici d'exonérations accordées sans pièce justificative dont une large part devrait être récupérée par le mécanisme de relance des cotisants (mais le processus de relance présente des lacunes certaines dans l'URSSAF de Paris, du moins tant que ne seront pas mis en œuvre les procédures récemment élaborées).

2 – Les contrôles sur place

Le bilan du contrôle des cotisants diffusé par l'ACOSS montre une progression sensible de la part des redressements liés aux mesures d'exonération dans l'ensemble des redressements résultant de l'action des inspecteurs du recouvrement. En 1999, ces redressements ont représenté 28 % du nombre total de redressements effectués et 19 % de leur montant. Il s'agit là de données globales cumulant les redressements positifs (en faveur du recouvrement) et négatifs (en faveur du cotisant). Ces derniers ont représenté en 1999, 8,2 % du total des redressements (320 MF (48,8 M€) sur 4,2 MdF (0,6 Md€)).

Pour appréhender leur importance autrement, on peut préciser que les mesures d'exonération représentent près de la moitié (48,7 %) du nombre des régularisations au profit de l'employeur et 39,0 % de leur montant ; comme le note l'ACOSS, ce type de redressement renvoie à la complexité de la législation. Autre indicateur, les mesures d'exonération représentent 27 % du nombre des redressements positifs et 17,5 % de leur montant.

Selon les données nationales, les mesures qui donnent le plus fréquemment matière à redressement sont les mesures purement déclaratives « bas salaires » et l'abattement temps partiel.

Au total, le contrôle sur place joue un rôle essentiel. Les redressements opérés ont un impact direct mais aussi indirect en termes de prévention.

Les plans de contrôle (PCI) des URSSAF tiennent compte des exonérations selon des modalités variées. Dans la plupart des PCI, les mesures pour l'emploi ne paraissent pas être une cible particulière. L'URSSAF de Toulouse, dans sa réponse au questionnaire de la Cour, fait remarquer, à l'appui de cette attitude, que le fort développement des exonérations conduit la majorité des entreprises à en bénéficier. L'orientation semble être plutôt de faire en sorte que les inspecteurs du recouvrement vérifient systématiquement les conditions dans lesquelles sont utilisées les exonérations à l'occasion de leurs contrôles généraux (sauf pour les entreprises nouvellement installées dans les zones franches urbaines et l'exonération pour l'emploi d'un premier salarié).

Certaines mesures présentent des risques particuliers. Ces risques ne renvoient pas forcément à des fraudes mais, souvent, à des erreurs générées par la complexité ou l'instabilité de certaines dispositions. C'est notamment le cas pour la réduction « bas salaires ». La complexité de la mesure et sa modification entraînent le non-respect des règles relatives aux dispositifs sectoriels particuliers, au non-cumul avec d'autres mesures

et, surtout, à la proratisation en fonction de la durée du travail (les logiciels de calcul utilisés se révèlent parfois inadaptés). Il faut souligner que, pour cette exonération, le contrôle sur place est à peu près le seul moyen d'encadrement de l'utilisation de la mesure. L'incidence financière des problèmes liés aux allègements de charge sur les bas salaires est importante : dans l'URSSAF de Paris, la moitié du montant des redressements est liée à cette mesure (51,7 % des montants totaux en 1999, 47,4 % des redressements positifs et 80,8 % des redressements négatifs).

Une forte proportion des URSSAF interrogées soulignent également que des problèmes ne manqueront pas de surgir dans l'application des lois relatives à la réduction du temps de travail en raison de la complexité du dispositif.

Enfin, dans leurs réponses au questionnaire de la Cour, les URSSAF insistent fréquemment sur les incidences négatives de la complexité des mesures qui, à la fois, entraînent des erreurs des cotisants et les rendent plus difficilement appréhendables par les personnels des organismes. L'URSSAF de Paris note ainsi qu'il y a un décalage de plus en plus net entre les niveaux de qualification des agents (malgré les efforts de formation) et le niveau de complexité des mesures¹⁷⁵.

SYNTHESE

Trois faiblesses majeures apparaissent dans la gestion des exonérations de cotisations sociales liées à la politique de l'emploi.

La qualité des informations relatives aux effectifs de salariés concernés par les mesures est fortement sujette à caution. Dans l'état actuel des choses, elles n'ont été prévues qu'à des fins statistiques. Dès lors que les pouvoirs publics estiment qu'elles sont indispensables au suivi et à l'évaluation des mesures, il convient de les rendre obligatoires. Ou bien on ne les rend pas obligatoires, mais alors il faut rechercher des voies alternatives fiables (enquêtes, ...) pour assurer ce suivi.

La fiabilité du système de gestion des mesures pour l'emploi apparaît limitée. Des cotisants, sans qu'il y ait toujours forcément intention

175. Dans sa réponse, l'ACOSS indique que la fiabilisation des données fournies par le cotisant constitue une orientation majeure de la COG. Cette fiabilisation est actuellement en cours. Elle portera sur tous les contrats reçus dans les URSSAF et permettra un recoupement avec les données enregistrées dans la base GECCO. Enfin, elle assurera une uniformisation des procédures suivies par les URSSAF. La Cour en prend acte, tout en regrettant les retards apportés à sa mise en œuvre.

frauduleuse de leur part, bénéficient très probablement d'exonérations totalement ou partiellement indues. Elles ne sont sans doute que partiellement mises à jour par les contrôles a posteriori.

Plusieurs éléments tendent à montrer que la gestion des exonérations liées à la politique de l'emploi n'est sans doute pas homogène sur l'ensemble du territoire national. La définition de procédures formalisées de gestion des exonérations est ainsi très inégalement avancée selon les URSSAF. De même, les pratiques en matière de mise en œuvre provisoire des exonérations (dans les cas où le cotisant n'a pas fourni l'ensemble des pièces justificatives) apparaissent très hétérogènes. L'ACOSS devra impulser les études et enquêtes nécessaires à un diagnostic précis et à la mise en œuvre des corrections nécessaires dans l'ensemble de la branche.

Par ailleurs, la complexité des mesures pour l'emploi est indéniablement une source de difficultés pour la branche recouvrement de la sécurité sociale. L'Etat ne paraît pas toujours faire preuve de suffisamment de considération quant à la mise en œuvre concrète des dispositifs qu'il estime nécessaire à la conduite de sa politique de l'emploi.

RECOMMANDATIONS

1. Contrôler les déclarations des effectifs salariés concernés par les exonérations pour en améliorer la qualité.

2. Accroître les contrôles des URSSAF sur les exonérations déclarées par les entreprises.

3. Rechercher des modalités de déclaration moins complexes que le bordereau actuel et ses codes-types.

Pour l'ACOSS

4. Etudier la diversité des procédures de gestion des exonérations par les URSSAF en vue de réduire les disparités injustifiées.

V – Conclusion : le rôle de l'ACOSS

L'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), établissement public national à caractère administratif, a été contrôlée par la Cour pour les exercices 1994 à 1998. Elle est « chargée d'assurer la gestion commune de la trésorerie des différents risques relevant de la CNAF, de la CNAMTS et de la CNAV ». Elle « exerce à ce titre, un pouvoir de direction et de contrôle sur les unions de recouvrement ». Elle assure également le recouvrement direct d'un ensemble de taxes et contributions. Enfin, au cours des dernières années, ses fonctions d'animation du réseau de recouvrement ont été renforcées, notamment en ce qui concerne le système informatique de gestion des comptes cotisants, de remontée des informations comptables et de gestion de la trésorerie.

A – Le recouvrement direct

L'ACOSS recouvre directement deux types de recettes, d'une part, un ensemble de plus d'une centaine de cotisations et contributions versées directement par l'Etat, d'autre part, des taxes et contributions assises sur les contrats d'assurance, les dépenses promotionnelles des laboratoires pharmaceutiques, les ventes directes aux pharmaciens. Le recouvrement de ces dernières se justifie par leur caractère très spécifique et le petit nombre de redevables concernés. Lors du contrôle de la gestion de l'organisme, la Cour a relevé de nombreuses défaillances dans le recouvrement de recettes auto-déclarées par les redevables, dues principalement au fait que la réglementation confiait aux inspecteurs des affaires sociales, et non à l'ACOSS, le pouvoir de vérifier auprès des entreprises le respect des textes. Le décret du 31 mai 1997, qui confie à l'ACOSS la responsabilité des contrôles sur place, aidée en tant que de besoin par les inspecteurs des URSSAF, répond aux observations de la Cour (cf. à ce propos, *supra*, chapitre V, p. 185).

Toutefois, le nouveau contrôle de gestion effectué par la Cour a mis en évidence que de nombreuses carences subsistent en ce domaine. En ce qui concerne la taxe additionnelle automobile, l'examen des remises gracieuses de pénalités a fait apparaître que des versements réclamés à l'entreprise, mais qui avaient été acquittés à tort auprès des services fiscaux, n'ont été détectés que plusieurs années plus tard, entraînant une perte de trésorerie de près de deux millions de francs. Si la situation a évolué positivement au cours des dernières années, elle n'est pas encore satisfaisante. Ainsi, en ce qui concerne la contribution sur les dépenses promotionnelles des laboratoires pharmaceutiques, les premiers

contrôles n'ont pu débiter qu'à la fin de 1997 (cf. à ce propos chapitre V, *supra*, p. 185).

La convention d'objectifs et de gestion pour 1999–2001 a prévu que l'ensemble des 210 compagnies d'assurance et des 130 laboratoires pharmaceutiques devraient être contrôlés. Malgré les progrès constatés, l'ACOSS ne s'est pas donné les moyens nécessaires pour tenir cet objectif. Jusqu'à une date récente, l'ensemble du recouvrement direct était géré par un effectif des plus réduit : quatre personnes au plus. Des moyens aussi faibles au regard des sommes recouvrées - près de 400 MdF (61,0 Md€) en 2000 - ne permettent guère d'aller au delà du contrôle de 10 compagnies d'assurance par an et guère plus de laboratoires pharmaceutiques. La Cour prend acte du fait, que suite à ses observations, l'ACOSS a entrepris de se doter d'un véritable service doté des moyens à la hauteur des enjeux financiers.

Ces carences s'expliquent aussi par les défaillances des outils de suivi. Le projet baptisé « RESEDA », de traitement automatisé des informations relatives au recouvrement direct, bien que considéré comme un objectif prioritaire du schéma directeur de l'ACOSS depuis 1993, n'est devenu opérationnel qu'au cours de l'année 2000, du fait d'un manque de coordination entre le service ordonnateur et celui de l'agence comptable. L'ACOSS a continué de ce fait d'utiliser des applications bureautiques anciennes et peu adaptées, qui se traduisent par des retards dans les régularisations annuelles et le recouvrement des impayés. Malgré les limites de cet outil, l'ACOSS a engagé des adaptations lourdes pour permettre le passage à l'euro et au plan comptable défini par la MIRCOSS à compter du 1^{er} janvier 2001 et assure la livraison des fonctionnalités manquantes (gestion du recouvrement, gestion de pré-contentieux). La Cour s'étonne qu'un audit n'ait pas été effectué préalablement à ces adaptations de façon à s'assurer que l'outil répondra correctement aux impératifs de suivi du recouvrement direct.

B – La comptabilisation et la centralisation des recettes

La loi du 25 juillet 1994 a confirmé le rôle de l'ACOSS dans le recouvrement direct de certaines cotisations et contributions. Une convention signée entre l'Etat et l'ACOSS définit les modalités des versements pour les cotisations et contributions en provenance de l'Etat – date et montants. Toutefois, la Cour regrette que celle-ci ne couvre pas l'intégralité des cotisations et contributions dues. Par ailleurs, la convention n'a pas explicité la procédure permettant de retracer dans les comptes de l'ACOSS les versements de l'Etat en droits constatés. Cela

supposerait, comme la Cour l'a demandé, que soient inscrits en produits, les mensualités versées au cours de l'exercice, en produits à recevoir, le solde qui intervient l'année suivante, et, en restes à recouvrer, les éventuelles régularisations à venir.

De même, le principe d'une séparation de la trésorerie des différentes caisses du régime général, posé par la même loi de 1994, a conduit l'ACOSS à signer des conventions avec les caisses nationales de façon à mensualiser les versements concernant les opérations réciproques. Toutefois, si l'ACOSS a une compétence en matière de gestion commune de trésorerie, la direction de la sécurité sociale a rappelé récemment que l'agence centrale ne peut « exercer aucune action en recouvrement » concernant l'apurement des opérations de facturations émises par les caisses nationales¹⁷⁶.

Or, faute de se voir communiquer les informations nécessaires à la comptabilisation des versements effectués auprès des caisses nationales, l'ACOSS ne peut assurer correctement la centralisation des données comptables, ce qui entraîne ensuite des retards dans l'arrêté des comptes annuels. C'est pourquoi, la Cour demande qu'il soit fait obligation aux caisses nationales d'adresser à l'ACOSS un double des bordereaux d'encaissement des contributions qu'elles recouvrent elles-mêmes et que les différentes conventions entre l'ACOSS et ses partenaires comportent des dispositions d'ordre comptable et des clauses relatives aux justifications à fournir. Par ailleurs, la Cour demande que l'arrêté des comptes entre l'ACOSS et les caisses nationales soit formalisé sur des bases transparentes et cohérentes et que des rapprochements périodiques soient effectués.

Enfin, la Cour souhaite qu'une réflexion soit entreprise sur l'opportunité et la faisabilité de l'élaboration d'un compte de la branche recouvrement. A défaut de transformer l'ensemble de l'ACOSS et des URSSAF en une « branche recouvrement » à part entière, solution qui a la préférence de la Cour, l'agent comptable de l'ACOSS devrait se voir reconnaître une responsabilité, qui devra être définie avec précision, dans l'élaboration de ce compte. A ce titre, l'agent comptable de l'ACOSS ne peut limiter son rôle à une simple agrégation de différents comptes sans avoir la possibilité de s'assurer de leur sincérité et de leur homogénéité. C'est pourquoi la Cour demande que l'ACOSS se voie confier un pouvoir d'encadrement et de supervision en matière de comptabilisation. Elle devrait en particulier arrêter les modalités d'une consolidation des

176. Lettre du directeur de la sécurité sociale au directeur et à l'agent comptable de l'ACOSS du 8 février 2001.

comptes des URSSAF et des CGSS dans le respect de l'autonomie des conseils d'administration des organismes locaux.

Le bilan de ce compte devrait permettre de suivre les dettes et les créances, notamment les restes à recouvrer et les provisions correspondantes, et les fonds de roulement et de trésorerie consolidés de la protection sociale.

RECOMMANDATIONS

1. Expertiser le système RESEDA pour être sûr qu'il répond bien aux impératifs du suivi du recouvrement direct effectué par l'ACOSS.

2. Exiger de l'Etat et des caisses nationales qu'ils transmettent à l'ACOSS toutes informations nécessaires à la centralisation des données comptables et à leur comptabilisation en droits constatés.

3. Envisager en procédant aux évolutions législatives nécessaires l'élaboration d'un compte de la branche recouvrement, et renforcer à cette occasion les pouvoirs d'encadrement et de supervision de l'ACOSS en matière de comptabilisation.

TROISIEME PARTIE

LA GESTION DES RISQUES ET L'ADMINISTRATION DES ORGANISMES

La gestion des risques et l'administration des organismes sont examinées cette année à travers trois chapitres.

Le premier chapitre rassemble différentes analyses sur les risques : au titre de la famille, les prestations familiales sous condition de ressources, en analysant leur ampleur, leur évolution et leurs caractéristiques ; au titre de la maladie, la mise en place en 2000 de la couverture maladie universelle, en montrant à la fois l'avancée qu'elle représente et sa complexité ; au titre de la retraite, le fonds de réserve, en s'interrogeant sur ses perspectives. L'examen des conditions dans lesquelles les caisses locales de MSA conduisent leur action sanitaire et sociale clôt le chapitre.

Le second chapitre, à cheval entre gestion des risques et administration des organismes, est entièrement dévolu à l'assurance maladie et à la retraite des professions indépendantes non agricoles. Les différentes caisses chargées du recouvrement et du versement des prestations ont été contrôlées par la Cour et ce chapitre contient une synthèse des enseignements à caractère général de ces contrôles. Ces enseignements portent pour l'essentiel sur la gestion des caisses et sur leurs relations avec les assurés, et conduisent à un certain nombre d'évolutions nécessaires ou souhaitables.

Enfin, le troisième chapitre se penche brièvement, à partir des contrôles des COREC et des CODEC, sur deux aspects de l'administration des organismes : la passation des marchés dans les caisses de base de la sécurité sociale d'une part, le fonctionnement des caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) d'autre part, organismes complexes puisqu'en dépit de leur nom, ils assurent les prestations de retraite. Sur ces deux thèmes, les enseignements des contrôles des comités sont assez nets. La Cour les synthétise ici et énonce certaines recommandations.

Chapitre IX

La gestion des risques

PRESENTATION

Au titre de la gestion des risques, ce chapitre examine d'abord un thème dans chacun des domaines majeurs de la sécurité sociale : les prestations familiales sous condition de ressources (famille), la mise en place de la couverture maladie universelle (maladie) et le fonds de réserve (retraite). Les COREC et CODEC ayant contrôlé l'action sanitaire et sociale de la MSA, la quatrième section résume les enseignements de ces contrôles.

Les prestations familiales sous condition de ressources représentent une part notable des prestations, mais leur importance et l'ampleur de leur sélectivité sont moins grandes qu'il est souvent dit : à l'exception notable des aides au logement, qui sont très redistributives et concentrées sur les familles modestes, le montant et les conditions de plafonnement font que la grande majorité des familles, y compris des couches moyennes, voire aisées, en bénéficient, seuls les ménages très aisés en étant exclus. Avec le quotient familial, les prestations (sous et sans condition de ressource) contribuent à limiter la baisse du niveau de vie des familles ayant des enfants, lequel reste cependant inférieur à celui d'un couple sans enfants (sauf parmi les familles modestes).

La mise en place de la CMU s'est faite en moins de six mois, ce qui représente un succès pour une opération de cette envergure, et la Cour relève, même si certains aspects en sont critiquables : textes tardifs, complexité de la période de référence sur laquelle on examine les ressources pour bénéficier ou non de la CMU, automaticité sans contrôle du transfert des bénéficiaires de l'aide départementale vers la CMU, grande complexité de la couverture complémentaire, sont autant de sujets sur lesquels des améliorations devraient être apportées.

Le fonds de réserve est une institution essentielle pour assurer la pérennité de notre système de retraites. Il conviendrait d'une part de préciser et de stabiliser son financement (sa valeur doit passer de 20 MdF (3,1 Md€) actuellement à 1 000 MdF (152,5 Md€) en 2020) et d'autre part, de préciser sa politique de placement financier.

L'action sociale et sanitaire des caisses locales de MSA est plus structurée qu'auparavant par des priorités nationales données par la caisse centrale, processus souhaitable mais qui n'est pas achevé. Sur certains aspects (les subventions accordées par exemple), les contrôles des caisses devraient être plus stricts.

I – Les prestations familiales sous condition de ressources

Les prestations familiales sous condition de ressources représentent plus de la moitié du total des prestations et leur croissance a été forte. Leur nature, aides à la famille, mais ciblées sur certaines d'entre elles, les situe donc au croisement de la politique familiale et de la politique de réduction des inégalités. Cette section s'efforce d'abord d'interpréter le sens de cette évolution, d'analyser les caractéristiques du système de modulation des prestations avec le revenu des allocataires, puis de comprendre leur place dans l'ensemble des aides publiques aux familles – et l'on retrouve ici le thème des dépenses fiscales : cf. *supra*, chapitre VII, p. 253 –, et enfin d'apprécier la cohérence de la « base ressources » et de sa gestion.

A – La place des prestations sous condition de ressources

1 – Une forte croissance

Sur la période 1973/2000, l'ensemble constitué des prestations familiales *stricto sensu*, de l'assurance vieillesse des parents au foyer et de la contribution au financement de l'aide personnalisée au logement (APL) progresse de 59 % en francs constants, mais moins que la richesse nationale : cet ensemble est passé de 2,5 % du PIB à 2,2 % du PIB¹⁷⁷.

Dans cet ensemble, les **prestations sous condition de ressources** progressent de 118 % et celles sans condition de ressources de 23 %.

De ce fait, la part des prestations sous condition de ressources passe de 27 à 51 %.

2 – L'interprétation de cette croissance

Certains présentent la croissance des prestations sous condition de ressources comme la preuve d'une utilisation de plus en plus « sociale » des prestations familiales afin que le système bénéficie plus aux ménages

177. Dans cet ensemble ne figurent ni le RMI ni l'allocation pour parent isolé (API). Ils sont exclus de toute cette section.

les plus modestes – voire dérive vers l’assistanat –, au détriment d’un dispositif fondé sur des prestations universelles.

Certes, l’apport des prestations familiales dans la lutte contre la pauvreté est considérable – plus de 700 000 familles passent au dessus du seuil de pauvreté grâce aux prestations familiales. Le revenu par unité de consommation des familles très modestes, même lorsqu’elles ont de nombreux enfants, est supérieur à celui des couples sans enfants de mêmes ressources primaires (cf. *infra*).

Cependant, une analyse qui dépasse la seule qualification juridique des prestations montre qu’il n’y a pas eu de volonté de réorienter de façon radicale le système des prestations vers les ménages les plus modestes, les conditions de ressources exigées étant fréquemment peu contraignantes.

En effet, le fait qu’existe ou non une condition de ressources ne rend pas compte de la réalité de la prestation. Ainsi, depuis 1998, l’AGED variant avec les ressources est classée dans les prestations sous condition de ressources mais 75 % des allocataires ont un revenu annuel qui dépasse 200 000 F. A l’inverse, l’allocation de soutien familial est sans condition de ressources mais elle est perçue par des ménages très modestes, les personnes seules qui en bénéficient ayant des revenus faibles. Lorsqu’une condition de ressources existe, c’est son niveau relatif qui compte et qui définit concrètement le degré de sélectivité de la prestation.

La poussée des prestations sous condition de ressources traduit en fait non pas un ciblage accru du système d’aide sur les familles modestes, mais plutôt l’élargissement des prestations en cause par l’extension de la cible et l’augmentation des plafonds. Ce double mouvement est bien illustré par le complément familial. Sa création en 1978 étend d’une part aux familles de trois enfants l’aide auparavant accordée aux familles de quatre et plus, d’autre part étend l’aide des familles où la mère n’a pas d’activité professionnelle à celles où les deux conjoints en ont une, et le plafond retenu alors est très supérieur à celui des aides auxquelles le complément familial se substitue (salaire unique majoré).

Ces choix sont très illustratifs d’une politique en faveur des familles de revenus moyens, voire aisés¹⁷⁸.

Au demeurant, les prestations universelles ne sont pas sacrifiées : les allocations familiales augmentent en francs constants de 20 à 50 % selon la configuration familiale, alors que la valeur du complément familial, de l’APJE et de l’ARS stagne en francs constants.

178. C’est-à-dire environ jusqu’au huitième décile des revenus (autrement dit jusqu’au revenu en dessous duquel sont les revenus de 80 % des ménages).

L'analyse des trente dernières années montre que tout s'est passé comme si les marges financières dégagées par l'écart entre les évolutions respectives de la base mensuelle des allocations familiales et de la masse salariale du fait de la sous-indexation des barèmes d'une part, et par la baisse de la natalité d'autre part, avaient été affectées au développement préférentiel de prestations au profit des familles ayant de jeunes enfants – notamment des familles bi-actives, plus aisées que la moyenne – et des familles de trois enfants et plus et de revenus moyens.

La croissance forte des aides au logement et de l'AVPF qui explique 68 % de la croissance des prestations sous condition de ressources n'est pas l'indice d'une politique caractérisée d'aide aux familles les plus modestes. Certes, les aides au logement sont la prestation la plus marquée par le critère de ressources – et la plus redistributrice. Mais leur progression est due à la forte croissance des loyers, à la faiblesse de l'évolution des revenus de la population des ménages modestes ou à la montée du nombre des familles monoparentales de bas revenu. L'explosion de l'AVPF (quintuplement en francs constants depuis 1973) est largement liée à l'élargissement de la population éligible (avec la création du complément familial), à la forte augmentation de la cotisation (croissance du SMIC qui sert d'assiette à la cotisation de 106 % ; hausse du taux de cotisation de 87 %).

Ce bref panorama conduit à une conclusion générale : le système des prestations familiales n'a pas connu de concentration caractérisée sur les ménages les plus modestes et reste largement universel ; les allocations familiales comptent encore pour 33 % du total des aides et la sélectivité des prestations sous condition de ressources est faible. Compte tenu du statut fiscal des familles – plus favorable en France qu'à l'étranger – et de ces prestations, le niveau de vie des familles, même de revenu moyen ou élevé, est sensiblement rehaussé.

Cette conclusion générale n'empêche pas que la modulation des prestations liée aux conditions de ressources soit sensible. On peut en prendre deux mesures complémentaires.

D'abord, supprimer la condition de ressources représenterait une lourde charge financière. Le coût, si on la supprimait pour l'APJE, le CF, l'AVPF qui leur est liée et l'ARS (y compris son actuelle majoration), serait de 19 MdF (2,9 Md€). La simulation d'un déplaçonnement n'est pas techniquement possible pour les aides au logement dont le montant diminue régulièrement avec le revenu. Mais on peut illustrer l'impact d'une réforme desserrant la condition de ressources par l'ampleur des sommes à engager si on voulait donner aux ménages actuellement exclus par la condition de ressources le tiers (3 300 F (503,1 €) par an) de l'aide moyenne actuelle : 28 MdF (4,3 Md€).

B – Les caractéristiques du système des prestations sous condition de ressources

1 – Une sélectivité modérée

Deux cas doivent être distingués pour apprécier la sélectivité.

Premier cas, les prestations de montant unique qui sont supprimées au dessus d'un plafond : APJE, CF, AVPF, qui leur est liée, ARS. Leur sélectivité est mesurée par le taux d'exclusion (pourcentage des familles exclues par le plafond) qui est de 24 % pour l'APJE, 17,4 % pour le CF et 43 % pour l'ARS. L'effet de seuil, lui, peut être mesuré par le rapport entre le montant de la prestation et le plafond d'exclusion : il est faible pour l'ARS (1 à 2,5 %), un peu plus prononcé pour l'APJE (au plus égal à 7,7 %).

	Prestations (F et (€))		Plafond (F et (€))		Effet de seuil (%)
APJE*	986	(150,3)	12 737	(1 941,7)	7,7
CF**	895	(136,4)	18 341	(2 796,1)	4,9
ARS – 1 enfant	133	(20,3)	11 870	(1 809,6)	1,1
ARS – 2 enfants	266	(40,6)	14 610	(2 227,3)	1,8
ARS – 3 enfants	399	(60,8)	17 349	(2 644,8)	2,3

* Couple avec un enfant ; un seul parent actif.

** Couple avec trois enfants ; un seul parent actif.

Deuxième cas, les aides au logement, dont le niveau diminue régulièrement avec le revenu par unité de consommation jusqu'à atteindre 100 F (15,2 €) (niveau où elle n'est plus versée). L'aide est maximale pour les allocataires ayant des ressources égales au RMI – elle couvre jusqu'à 90 % du loyer s'il est égal au loyer et au forfait de charges plafond – et s'annule au plafond d'exclusion. La sélectivité de l'aide est mesurée par la rapidité de cette décroissance. Elle est de l'ordre de 20/25 % : quand les revenus de la famille augmentent de 1 000 F (152,5 €) par mois, l'aide diminue de 173 F (26,4 €)/216 F (32,9 €) par mois.

Le plafond d'exclusion résulte de cette décroissance. Pour un locataire en zone II – grande ville de province –, il s'établit à 9 838 F (1 499,8 €) pour un couple avec un enfant ; 11 748 F (1 791,0 €) pour deux enfants ; 14 294 F (2 179,1 €) pour trois enfants ; 16 667 F (2 540,9 €) pour quatre enfants.

Ce plafond exclut de l'aide au logement un peu moins de la moitié des familles locataires.

Comme on le voit, les conditions de ressources n'éliminent qu'une minorité de familles. Au total, les taux d'exclusion ne sont prononcés que pour l'ARS et l'aide au logement. C'est l'aide au logement dont le montant varie sensiblement avec le revenu qui est la prestation la plus redistributrice.

2 – La prise en compte de la taille de la famille

Les prestations familiales sont fortement progressives avec la taille de la famille.

C'est l'un des traits majeurs des allocations familiales elles-mêmes : elles ne sont servies qu'à partir du deuxième enfant, progressent avec le troisième et ne sont sensiblement accrues par les majorations pour âge des enfants que pour les familles nombreuses (d'au moins trois enfants).

A côté des allocations familiales, les prestations sous condition de ressources contribuent fortement, elles aussi, à cette progressivité. Le complément familial – 895 F (136,4 €) par mois – n'est accordé qu'aux familles ayant au moins trois enfants. Pour l'APJE, le CF (et par voie de conséquence l'AVPF) et l'ARS, le plafond varie en fonction de la taille de la famille.

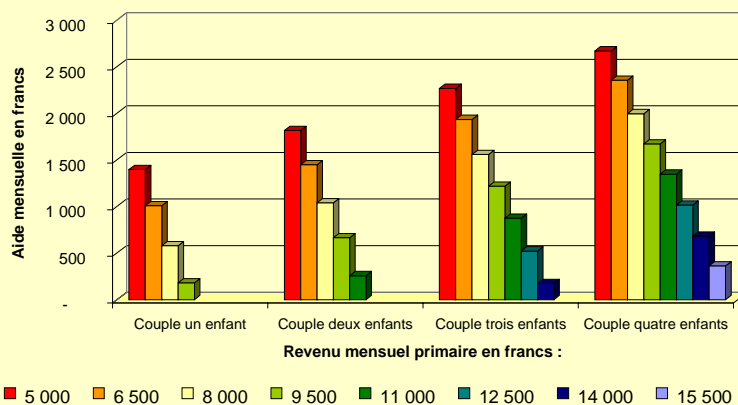
Progressivité du plafond avec le nombre d'enfants (couples avec un seul actif)

en F, (€) et indice

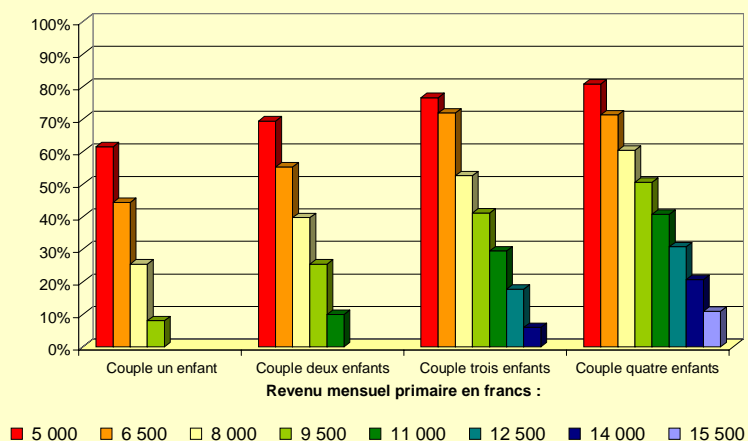
	APJE		CF		ARS	
	F (€)	Indice*	F (€)	Indice*	F (€)	Indice*
1 enfant	12 737 (1 941,7)	100			11 870 (1 809,6)	100
2 enfants	15 285 (2 330,2)	120			14 610 (2 227,3)	123
3 enfants	18 342 (2 796,2)	144	18 342 (2 796,2)	100	17 349 (2 644,8)	146
4 enfants	21 398 (3 262,1)	168	21 398 (3 262,1)	117	20 088 (3 062,4)	180
Enfant supplémentaire	3 057 (466,0)	24	3 057 (466,0)	17	2 740 (417,7)	23

* Base 100 pour un enfant.

Aide au logement selon le nombre d'enfants et le revenu mensuel primaire (en F)



Prise en charge (%) *



* Aide rapportée à l'ensemble du loyer plafond et du forfait de charges (en %)

Note : Le barème de l'aide au logement au 1^{er} janvier 2002 devrait améliorer l'aide au logement des ménages de très faible revenu .

La progressivité du plafond avec la taille de la famille est donc forte même si l'échelle d'unités de consommation qui la sous-tend est un peu plus faible que les échelles couramment utilisées. La probabilité de se situer au-dessous du plafond – et donc de bénéficier de la prestation – croît ainsi avec le nombre d'enfants à charge ; mais la valeur de la prestation ne varie pas.

La taille de la famille intervient aussi pour le calcul des aides au logement, ce qui conduit à des montants d'aide et des taux de prise en charge fortement croissants avec le nombre d'enfants (graphique ci-avant).

3 – La prise en compte du statut professionnel des parents

A l'origine, le système des prestations était très centré sur les familles où la mère restait à son foyer. La forte progressivité des allocations familiales avec la taille du ménage favorisait les familles nombreuses où le taux d'activité des femmes est faible. Par ailleurs, l'allocation pour le salaire unique était très importante.

A partir des années soixante-dix, le système devient plus favorable aux familles où les deux conjoints ont un emploi. La création du complément familial en 1979 ouvre le bénéfice d'une prestation d'un montant significatif à l'ensemble des familles ayant un enfant jeune ou au moins trois enfants, certes sous condition de ressources mais que la mère occupe un emploi ou non. Parallèlement on met en œuvre des prestations spécifiques pour la garde des jeunes enfants.

C'est dans ce contexte qu'il faut étudier comment les prestations sous condition de ressources tiennent ou non compte de l'activité professionnelle des parents.

On tient compte de cette double activité en majorant le plafond en-dessous duquel la prestation est versée. C'est le cas de l'APJE et du complément familial.

On considère ainsi qu'une famille ne se définit pas uniquement par son niveau de revenu mais qu'il faut aussi tenir compte du nombre d'actifs dans le couple. Lorsque les deux parents travaillent, on estime que ses conditions de vie sont moins bonnes pour un revenu donné que celles du ménage où l'un des parents – généralement la mère - n'a pas d'activité professionnelle : la garde des jeunes enfants entraîne des charges financières ; la double journée de travail doit être « valorisée » et la disponibilité de la mère pour produire des biens ou services domestiques (cuisine, couture, éducation des enfants par exemple) est plus faible.

Cette approche appelle trois remarques.

D'abord, ce système de double plafond pour l'APJE n'a pas été modifié depuis sa création, bien que l'aide financière à la garde des jeunes enfants ait considérablement augmenté.

En second lieu, l'option retenue pour favoriser les ménages bi-actifs consiste donc, non pas à majorer le montant de la prestation, mais à majorer le plafond d'exclusion. L'avantage n'a alors qu'une portée limitée puisque deux « petits actifs » auront la même aide (le CF ou l'APJE) qu'un ménage mono-actif de même revenu. C'est seulement pour les ménages de revenu déjà significatif que la prise en compte de la double activité améliorera l'aide en les faisant bénéficier de la prestation dont ils n'auraient pas bénéficié dans le cas d'un plafond unique.

Cela étant, l'avantage en cause est substantiel. Le plafond est majoré de 4 095 F (624,3 €) par mois (montant supérieur à l'allocation parentale d'éducation). 430 000 ménages bénéficient du système du double plafond (ils auraient été exclus de la prestation sans la majoration du plafond) soit 25 % des allocataires de l'APJE et 7 % des allocataires du complément familial. La dépense correspondante est de 4,4 MdF (0,7 Md€) pour l'APJE et 0,7 MdF (0,1 Md€) pour le complément familial.

Pourtant, en dépit de ce double plafond, les taux d'exclusion des ménages bi-actifs sont supérieurs à ceux des ménages mono-actifs : 32 % pour l'APJE (contre 13 % ou 20 % pour les mono-actifs selon le nombre d'enfants), et 25 % pour le complément familial (contre 13 %).

Dans un cas, celui de l'allocation de rentrée scolaire, la double activité professionnelle des deux conjoints est ignorée. Cette exception n'avait guère d'importance lorsque la prestation était faible. Mais depuis 1993 où elle a été fortement majorée, elle en a davantage. Comme au demeurant le plafond d'exclusion de l'ARS est plus bas que celui de l'APJE et du CF, le nombre de ménages bi-actifs exclus est élevé : 56,8 % contre 24,2 % des ménages mono-actifs et 14,5 % des familles monoparentales (la moyenne du taux d'exclusion de l'ARS étant de 44,1 %).

4 – La prise en compte de la monoparentalité

Les familles monoparentales bénéficient certes du système de double plafond décrit ci-dessus mais cet avantage est de faible incidence, la plupart de ces familles ayant des revenus inférieurs au plafond de base. D'autre part, elles ne bénéficient plus d'aucun avantage dans le calcul de l'aide au logement.

C'est donc par d'autres systèmes que les prestations sous condition de ressources que passe l'aide aux parents isolés : outre l'API dont on ne tient pas compte ici, l'allocation de soutien familial (495 F (75,5 €) par mois), les bourses (le barème accorde ainsi 3 points de charge aux familles monoparentales, soit un *bonus* significatif), le barème de l'impôt (demi-part supplémentaire dans le calcul du quotient familial) et le système d'écrêtement de la taxe d'habitation.

Quand on consolide ces différents éléments, on constate que l'aide aux parents isolés n'accroît que faiblement leur revenu (de l'ordre de 7 %), augmente en valeur absolue avec le revenu et est particulièrement modeste lorsque le parent isolé de petit revenu perçoit une pension alimentaire (car l'allocation de soutien familial est alors supprimée).

5 – Les prestations varient très peu avec le lieu de résidence

Depuis la suppression des abattements de zone pour le calcul des allocations familiales et de l'allocation pour salaire unique, les grandes prestations (AF, CF, APJE) ne tiennent pas compte du lieu de résidence. Il en va de même des prestations affectées à la garde des enfants par une assistante maternelle ou une employée de maison. Les plafonds d'exclusion de l'APJE et du complément familial ne sont pas géographiquement différenciés.

Seuls les plafonds de l'aide au logement varient, et encore très peu : les loyers plafonds en zone I (région parisienne et grandes agglomérations) sont les plus élevés ; ceux de la zone II (grandes villes de province) leur sont inférieurs de 10 % et ceux de la zone III de 15 %, ce qui est très inférieur à la différence de loyers et charges entre types d'agglomération.

Au total, cette très faible prise en compte du lieu de résidence est contestable et conduit à des distorsions de taux d'effort, notamment en matière de garde des enfants et de logement.

6 – L'indexation des prestations sous condition de ressources

a) L'indexation du plafond de l'APJE, du CF et de l'ARS

Le plan Juppé a modifié profondément le système d'indexation du plafond des prestations sous condition de ressources. On passe en effet d'une indexation sur l'évolution du SMIC ou celle de la masse salariale à une indexation moins favorable, sur la variation des prix. En longue

période, l'écart entre évolutions des salaires et des prix conduit à la diminution des effectifs éligibles aux prestations. L'élasticité des effectifs à cet écart est de l'ordre - 0,5 : lorsque les salaires progressent de 1 % en francs constants, le nombre de bénéficiaires des prestations et le montant de ces dernières diminuent environ de 0,5 %.

b) L'indexation de la valeur de ces prestations

Le montant des prestations familiales a dans l'ensemble suivi les prix.

L'indexation des aides au logement est complexe. Les paramètres « revenu » des barèmes ont été plutôt indexés sur les prix, ce qui augmente les taux d'effort des allocataires. Les loyers plafonds ont suivi dans l'ensemble l'indice de la construction, qui a progressé beaucoup moins vite que les loyers effectifs. Il en résulte que 73 % des familles avec enfants à charge locataires dans le secteur privé (ALF) et 35 % dans le parc public (APL) ont un loyer supérieur au plafond ; de ce fait, comme la partie du loyer qui excède le plafond ne fait l'objet d'aucune aide, le taux d'effort de ces ménages connaît une brutale augmentation. S'agissant de ménages modestes ou de revenus très moyens, il y a là une incohérence qui pèse sur les locataires du secteur privé (et au demeurant freine la rotation dans les HLM), notamment les jeunes familles.

Le récent effort (1,3 MdF (0,2 Md€)) fait sur les plafonds de l'ALF devrait être poursuivi pour le plafond désormais unique (ALF-APL), quitte à mobiliser à cette fin les marges de financement qui résulteraient de la rationalisation de la « base ressources » (cf *infra*) ou de la suppression progressive du forfait de charges¹⁷⁹.

Au total, les politiques d'indexation retenues conduisent mécaniquement à un appauvrissement relatif des familles.

Sans doute peut-on plaider que si le revenu des Français progresse en francs constants, l'aide peut apparaître moins nécessaire, ce qui peut justifier une indexation partielle. Il n'est pas évident que sur le long terme une telle orientation soit souhaitable. Mais si une telle orientation devait

179. Certains craignent que l'augmentation de l'aide se répercute sur les loyers sans que le taux d'effort du locataire diminue pour autant. Ils ne sont donc pas favorables à une augmentation du plafond ni à une refonte des mécanismes d'indexation. Cette crainte semble à la Cour très exagérée. L'analyse de l'évolution des loyers du parc privé de 1997 à 2000 (période pendant laquelle les plafonds ont augmenté parfois de façon significative) permettrait au demeurant de mieux cerner les termes de cette question.

être suivie, on devrait alors épargner les prestations des ménages les plus modestes.

C – Replacer les prestations familiales dans une analyse plus vaste

Les prestations familiales, avec ou sans condition de ressources, ne sont pas, contrairement à ce que l'on croit parfois, le seul volet financier de la politique familiale. D'autres dispositifs interviennent, les bourses, le statut fiscal des familles, la couverture maladie universelle, pour juger de l'ampleur et de la cohérence globale de la politique conduite en faveur des familles, et pour apprécier les variations de niveau de vie des familles qui en résulte (sur l'analyse des « dépenses fiscales » à la contribution à la politique sociale, cf. *supra*, chapitre VII, p. 253).

1 – L'effet combiné des aides publiques, prestations sociales et « dépenses fiscales »

La Cour a analysé la combinaison de tous ces dispositifs sur trois cibles de la politique familiale : la garde des jeunes enfants, l'aide à la scolarité, l'aide aux jeunes adultes de 18 à 25 ans.

Trois conclusions s'en dégagent :

- les dispositifs souffrent d'une particulière opacité, préjudiciable à une perception correcte de l'effort public par les ménages qui en bénéficient ;
- la combinaison des dispositifs n'obéit pas à une logique claire ; d'où des inégalités dans la courbe des aides, des effets de seuil ou des ruptures inexplicables ;
- enfin, chacun de ces dispositifs a des règles d'indexation propres, ce qui, sur le long terme, déforme le profil des aides.

Il serait indispensable que, « bloc par bloc » (par exemple, garde des jeunes enfants, aide aux jeunes adultes, etc), on recherche comment donner une meilleure cohérence et une meilleure visibilité à l'aide publique.

2 – Les conséquences de la politique globale d'aide sur le niveau de vie des familles

On peut pour définir la politique d'aide aux familles se référer à trois conceptions :

- la compensation des charges de famille, souvent qualifiée de « redistribution horizontale », c'est-à-dire entre les familles et les autres membres de la société de même niveau de vie : à chaque niveau de revenu et pour chaque taille de famille, les aides doivent égaliser le revenu disponible par unité de consommation ; les prestations doivent alors croître avec le revenu ;
- la couverture du coût de l'enfant : dans des conditions sociales « moyennes », l'enfant a un coût, il convient alors de prendre en charge ce « coût normé » par des aides indépendantes du revenu et non imposables ;
- l'égalisation du taux d'effort des familles : comme le taux d'effort des familles pour assumer le « coût normé » des enfants décroît avec le revenu, les aides doivent elles-mêmes décroître avec ce revenu si l'on veut égaliser le taux d'effort ; il s'agit alors de mettre en œuvre une « redistribution verticale », c'est-à-dire entre familles de niveau de vie différent.

Notre système socio-fiscal emprunte des traits à chacune de ces conceptions.

Les allocations familiales se rattachent nettement à la seconde.

Le supplément familial de traitement des fonctionnaires (qui est certes un complément de salaire et non une prestation familiale) se rattache à la première conception, tout comme la prise en compte par le quotient familial des enfants dans le barème de l'impôt, laquelle en diminue la progressivité.

L'institution de conditions de ressources dans les prestations familiales ou les bourses s'inspire de la troisième.

C'est au regard de ces critères de choix qu'on peut juger l'efficacité et l'équité du système global d'aide aux familles. Le graphique qui suit présente le niveau de vie relatif des familles, compte tenu de l'effet combiné des prestations familiales et de l'impôt, en proportion du niveau de vie des couples sans enfant de même revenu primaire initial.

Il s'agit de familles-types, de sorte que les résultats ne prétendent pas à une rigoureuse représentativité. Mais ces types sont suffisamment répandus et significatifs pour que les évaluations soient pertinentes. Elles appellent les commentaires suivants.

Le système global d'aides publiques compense pratiquement ou même surcompense le coût de l'enfant dans le cas des familles les plus modestes, puisque leur niveau de vie est proche (un peu inférieur ou un peu supérieur selon leur taille) de celui des couples sans enfant.

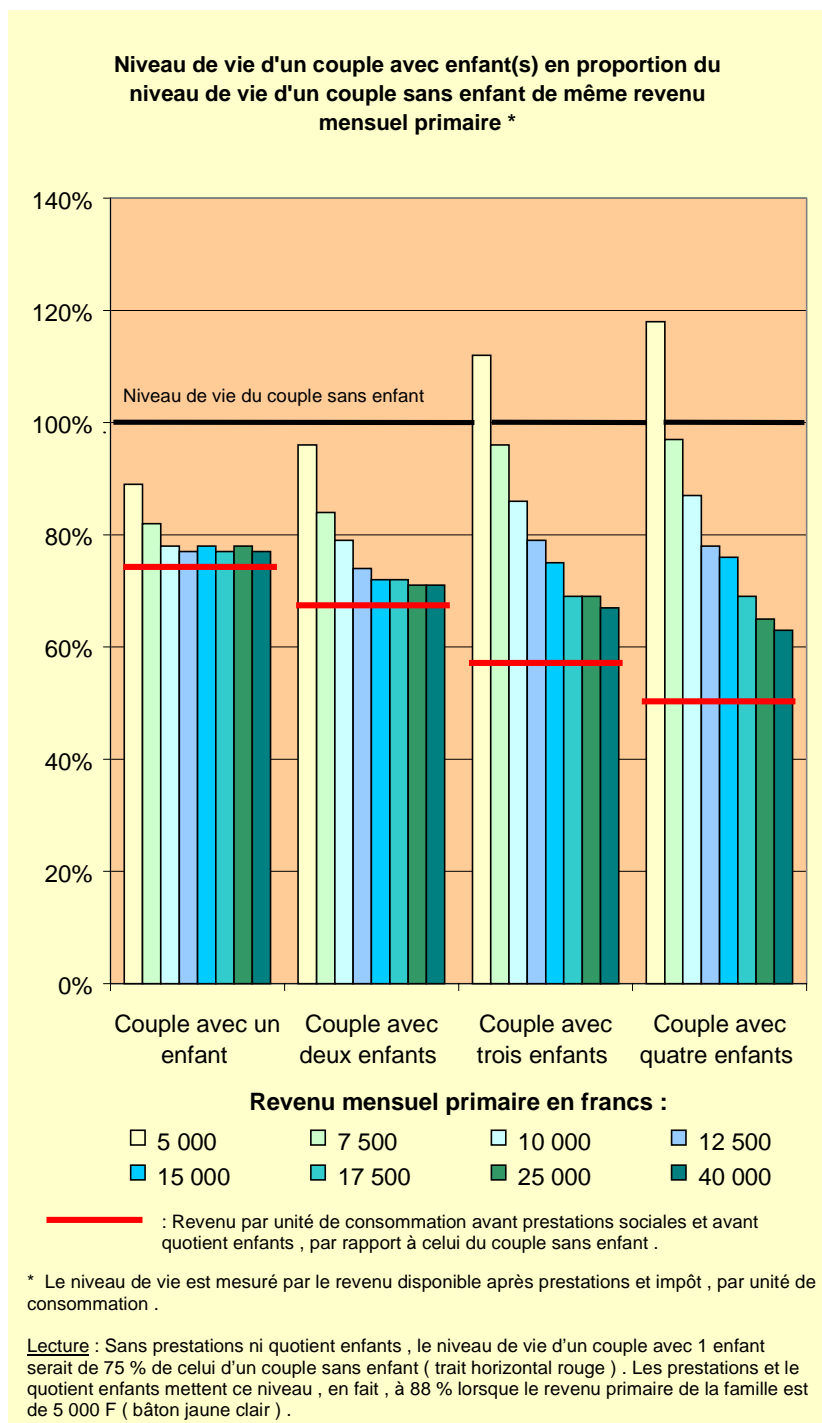
Mais lorsque l'on grimpe dans l'échelle des revenus, la situation change : le système d'aides permet certes de limiter beaucoup la baisse du niveau de vie des familles nombreuses, mais il ne la fait pas disparaître et la dégradation relative du niveau de vie avec le revenu primaire des familles est continue et forte. Pour ne prendre qu'un exemple, le niveau de vie d'une famille de quatre enfants (trois de moins de 14 ans, un de plus de 14 ans) serait environ moitié moindre (51,7 %) sans les aides que celui d'un couple sans enfant ; il n'est qu'un tiers ou un quart plus faible grâce à elles (le rapport des niveaux de vie varie de 87 % à 63 % selon le revenu de la famille, au-delà 10 000 F (1 524,5 €) par mois.

A s'en tenir aux seules prestations familiales, leur sélectivité – dans le champ étudié – résulte principalement des aides au logement. Toutefois l'ARS et le complément familial introduisent une flexion significative au profit des familles nombreuses de revenus faibles et moyens/supérieurs.

La superposition de l'aide au logement, des bourses et de la CMU se traduit par une très forte élasticité des aides au revenu pour les familles les plus modestes, inférieure à - 0,5 (quand le revenu professionnel augmente de 100, le revenu total ne progresse que de moins de 50).

La prise en compte de l'impôt sur le revenu et des dépenses fiscales et sociales liées à la scolarité des enfants modifie sensiblement les résultats de l'analyse. La structure « familiale » du barème de l'impôt sur le revenu combinée à l'universalité d'allocations familiales non imposables assure aux familles aisées un niveau de vie qui tient largement compte des charges liées à l'éducation de leurs enfants. Le système des bourses – en tout cas au lycée – est d'un apport précieux pour les familles les plus modestes.

C'est pour les familles nombreuses de trois enfants et plus que le ratio est dans l'ensemble le plus élevé (sauf en haut de l'échelle des revenus).



D – La gestion de la « base ressources »

Une prestation sous condition de ressources suppose la définition préalable de la « ressource » qui va être comparée au plafond - les spécialistes parlent de la « base ressources » - et celle de la période sur laquelle on va la mesurer. Il faut ensuite qu'on s'organise pour collecter et contrôler les informations nécessaires.

La condition de ressources est appréciée au niveau du foyer, ce qui pose deux problèmes :

- le statut des personnes hébergées au domicile des allocataires, alors qu'elles ne sont pas ou plus juridiquement à charge ; la situation actuelle, qui provoque des effets de seuil dissuadant, dans certains cas, les familles d'héberger ces personnes, mériterait d'être clarifiée pour aboutir à une plus grande neutralité ;
- la dissimulation des revenus du concubin, mais les politiques de contrôle semblent cantonner ce risque à un niveau acceptable.

Le critère qui devrait être retenu à titre principal – voire exclusif – est celui du revenu disponible du ménage. On s'en écarte sensiblement parce que la base ressources est pour l'essentiel calée sur les références fiscales. Elle enregistre donc les « dépenses fiscales » qui diminuent le revenu pris en compte pour le calcul de l'aide (sur les dépenses fiscales, cf. *supra*, chapitre VII, p. 253). D'où un surcroît de dépenses et des inégalités d'aide pour des ménages dont les revenus disponibles sont de fait similaires.

Par ailleurs, la base ressources intègre des abattements et neutralisations propres à la législation des prestations familiales, parfois discutables.

Cette référence au revenu fiscal n'est pourtant pas « fatale » : d'autres prestations – la CMU, la prestation dépendance par exemple – s'en affranchissent. Et sur des points importants, la base ressources des prestations familiales a été découplée du revenu fiscal (l'abattement spécial pour les personnes âgées n'est plus appliqué pour le calcul de l'aide au logement des personnes atteignant 65 ans ; ou encore, les indemnités journalières en matière d'accidents du travail sont désormais dans la base ressources).

Il conviendrait de reprendre systématiquement l'analyse de la base ressources à partir de trois principes complémentaires : le principe de

neutralité (chaque franc doit être équivalent quelle que soit la source de ce franc)¹⁸⁰, l'étalement dans le temps des réformes (même si elles deviennent de ce fait plus difficiles à gérer), l'affectation de tout ou partie des marges de financement ainsi dégagées à l'amélioration des plafonds et à leur correcte indexation.

A quel moment mesurer les ressources ? La gestion des CAF est de fait « en exercice décalé », c'est-à-dire que les prestations sont normalement calculées sur les ressources de l'année n-1. Mais la volonté de « coller » au plus près aux ressources du moment conduit à faire de nombreuses entorses à ce principe, ce qui multiplie les faits générateurs de modification des droits, avec de lourdes conséquences sur la charge des caisses et les relations avec les usagers. Il conviendrait de réfléchir à un système plus rustique qui diminue le taux de rotation des fichiers.

Cela étant, la collecte et le contrôle des déclarations de ressources constituent une charge de gestion que les caisses d'allocations familiales maîtrisent correctement. La politique de contrôle – un peu affaiblie en 1999/2000 par le passage au modèle CRISTAL – est solidement amarrée aux échanges de données, notamment avec l'administration fiscale. Et le risque d'interruption des prestations pour défaut de fourniture en temps utile de la déclaration de ressources est cantonné par une procédure de maintien temporaire qu'il conviendrait de consolider.

Indépendamment de son coût en termes de gestion, la condition de ressources est enfin un des facteurs de complexité des prestations familiales. Cette complexité peut conduire certains allocataires à ne pas entreprendre les démarches – ou à renoncer à les poursuivre – ou encore à ignorer leurs droits à prestation. Les CAF devraient avoir sur le problème de l'accès aux droits une ambition plus exigeante et la prochaine COG entre la CNAF et l'Etat devrait comporter des engagements fermes sur ce point.

RECOMMANDATIONS

1. Engager une réflexion sur les politiques d'indexation, notamment des prestations sous condition de ressources (leur valeur et leur plafond), et tout particulièrement des aides au logement.

2. Renover la « base ressources » en ayant en particulier le souci d'une plus grande neutralité entre différentes catégories de revenu.

180. La réforme des aides au logement appliquée en 2001 a diminué la distorsion d'aide entre les titulaires des minima sociaux et les ménages ayant de faibles revenus d'activité, ce qui va dans le sens de ce principe.

3. Revoir le dispositif social et fiscal d'aide à la garde des jeunes enfants pour mieux égaliser les taux d'effort et accroître la visibilité de l'aide.

4. Réexaminer l'allocation de soutien familial dans son montant et dans ses conditions d'attribution, en particulier dans son rapport avec la pension alimentaire.

5. Tenir compte davantage des différences de charges des familles, notamment en fonction de leur lieu de résidence.

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES PAGE 567

II – La mise en place de la couverture maladie universelle

La couverture maladie universelle (CMU) a été créée par une loi du 27 juillet 1999 pour généraliser la protection de base contre le risque maladie et assurer une couverture complémentaire aux plus démunis. Même si le nombre de personnes jusqu'alors non couvertes par les régimes obligatoires d'assurance maladie était faible, cette réforme est à plusieurs titres importante : elle achève l'extension progressive d'une couverture de base à l'ensemble de la population ; cette généralisation, jointe à l'alignement progressif des prestations servies par les différents régimes, aura à terme des conséquences sur la notion même d'ouverture des droits, alors que cette tâche absorbe aujourd'hui une part non négligeable de la capacité de travail des caisses ; la réforme confie également la gestion de la CMU complémentaire aux caisses primaires, mais pour le compte de l'Etat ; au plan du fonctionnement immédiat, elle a accru la charge de travail des caisses primaires, notamment au premier semestre.

Le législateur souhaitait que la mise en œuvre de la CMU soit rapide et avait fixé son entrée en vigueur au 1er janvier 2000. Il s'agissait en moins de six mois de publier les textes d'application, de concevoir et adapter les procédures et les systèmes informatiques et de former les agents des caisses d'assurance maladie avec, pour perspective, l'application de cette réforme à six millions de bénéficiaires.

Les travaux de la Cour ont essentiellement porté sur les conditions dans lesquelles s'est effectuée cette mise en œuvre et sur les problèmes encore à résoudre. Les développements ci-dessous seront, après la présentation de cette réforme, principalement consacrés aux insuffisances rencontrées et à des recommandations pour les dépasser. Cette approche critique ne doit pas masquer que la mobilisation de tous les acteurs a permis de relever avec succès le défi que constituait la mise en œuvre d'une réforme de cette envergure en moins de six mois.

A – La CMU sur critère de résidence et la CMU complémentaire

La CMU améliore à deux niveaux la protection contre le risque maladie : d'une part par une couverture de base, d'autre part par une couverture complémentaire.

La CMU « sur critère de résidence » assure à tout résident stable et régulier sur le territoire l'accès à la couverture maladie de base. Selon les pouvoirs publics, 150 000 personnes en restaient exclues malgré les extensions successives de la notion d'ayants droit et la création de l'assurance personnelle que la CMU remplace désormais. La Cour constate que l'affiliation est rapide.

La CMU « complémentaire » (« CMUC »), elle, améliore l'accès aux soins pour les plus démunis, en supprimant les obstacles financiers que l'aide médicale départementale (AMD) n'avait que partiellement levés en raison de barèmes d'admission souvent restrictifs. Elle s'efforce également d'abolir la connotation d'assistance qui s'attachait à l'AMD. Elle institue en effet, au profit des personnes dont les ressources sont inférieures à un seuil fixé par décret, la prise en charge du ticket modérateur, du forfait journalier hospitalier ainsi que la délivrance gratuite de certains articles relevant du tarif interministériel des prestations sanitaires (TIPS)¹⁸¹. L'intéressé est en outre, dans tous les cas, dispensé de l'avance des frais. Les bénéficiaires choisissent pour gérer cette couverture soit leur caisse d'assurance maladie, soit une mutuelle, une institution de prévoyance ou une compagnie d'assurance ayant décidé de participer au dispositif.

En complément des dispositions relatives à la CMU, le législateur impose une négociation annuelle sur les modalités d'un régime de prévoyance maladie aux entreprises dont les salariés ne sont pas couverts par un accord de branche ou par un accord d'entreprise. Sans coût direct

181. Optique, appareillages, matériels et pansements.

pour l'État ou pour les organismes de sécurité sociale, cet article 21 de la loi n'a pas bénéficié d'aussi nombreux commentaires que la CMU et son application n'est pas suivie. Il n'en revêt pas moins un intérêt certain pour la généralisation de la couverture maladie complémentaire, en encourageant sa diffusion aux personnels des petites entreprises qui en étaient souvent dépourvus.

B – La production réglementaire

La mise au point tardive du dispositif réglementaire, par ailleurs complexe, n'a pas facilité la mise en place initiale. Les premiers décrets ont été transmis à la CNAMTS en octobre et sont datés du 1er décembre 1999. Ce n'est ainsi qu'un mois avant l'entrée en vigueur de la CMU qu'ont été fixées officiellement les conditions de ressources dont le calcul réclamait un minimum de formation. Quant à la circulaire centrale (DSS 2A n°99-701), elle n'est datée que du 17 décembre 1999.

La procédure et la complexité sont pour partie responsables de ces retards. Aux délais dus aux consultations obligatoires de l'article L-200-3 du code de la sécurité sociale se sont ajoutées les consultations et concertations nécessaires ou souhaitées pour l'application d'un dispositif impliquant l'ensemble des acteurs de la couverture du risque maladie, organismes complémentaires et professionnels de santé, mais également les associations caritatives, qui ont été étroitement associées.

Ce retard s'est poursuivi durant l'année 2000. Au 1^{er} janvier 2001, plusieurs textes importants restaient à adopter, notamment l'arrêté fixant le montant de la cotisation pour la prise en charge par un organisme complémentaire d'un bénéficiaire de la CMUC qui cesse d'y avoir droit parce que ses ressources excèdent le seuil¹⁸². Cet arrêté a été publié le 6 mai 2001.

C – La période de référence pour la prise en compte des ressources

La loi renvoyait au pouvoir réglementaire la fixation du montant des ressources prises en compte pour apprécier le droit à une couverture

182. La loi du 27 juillet 1999 comportait un article visant à rendre plus attractive la souscription d'un contrat auprès d'un organisme complémentaire plutôt qu'une couverture par un organisme gérant un régime obligatoire. Le bénéficiaire en fin de droit devait se voir proposer une prolongation d'affiliation à un tarif préférentiel fixé par arrêté.

complémentaire. Selon l'article R.861-8 du code de la sécurité sociale « les ressources prises en compte sont celles qui ont été effectivement perçues au cours de la période des douze mois civils précédant la demande, sous réserve des dispositions des articles R. 861-11 (bénéficiaires du RMI), R. 861-14 (personnes non-salariées), R. 861-15 (personnes non-salariées non agricoles) ». Cette référence à une période de 12 mois glissants est un compromis entre la volonté d'apprécier les revenus sur une durée significative pour éviter les effets d'aubaine – avoir choisi une année est un bon choix – et celle de suivre au plus près l'évolution des revenus.

Cette période de référence est cependant particulièrement complexe tant pour les usagers que pour les agents des CPAM. C'est en vain que la CNAMTS, lors de la préparation des textes d'application avait tenté de sensibiliser les pouvoirs publics sur les difficultés opérationnelles, et donc les coûts, qu'entraînait un tel choix.

La constitution du dossier est délicate pour le demandeur. Aucune autre déclaration de ressources ne se fait sur cette période de référence ; les demandeurs ont donc du mal à fournir des éléments justificatifs établis par des tiers (administration, banques). A défaut de pouvoir se référer à d'autres déclarations, chaque dossier doit comprendre tous les justificatifs, qui peuvent être nombreux : indemnités ASSEDIC sur douze mois, pensions alimentaires versées à échéance plus ou moins régulière, bulletins de salaire, parfois plus de douze bulletins pour les personnes ayant plusieurs employeurs. La complexité des pièces et la difficulté à les réunir conduisent souvent à accepter des déclarations sur l'honneur, comme d'ailleurs la réglementation le prévoit.

L'ensemble des pièces doit ensuite être analysé, photocopié, archivé. Le temps de traitement de chaque dossier est de ce fait important : 30 à 45 minutes. Les contrôles *a posteriori* ne sont pas facilités pour les caisses : elles ne peuvent les effectuer ni à partir des informations détenues par les CAF, ni à partir des déclarations fiscales.

Les ressources des non salariés sont en revanche analysées sur l'année civile, ce qui introduit une inégalité de traitement entre les ressortissants des différents régimes. Enfin, la situation des titulaires du RMI constitue également une exception à la règle des douze mois glissants ; un droit à la CMU leur est ouvert pour un an alors que la CAF examine les ressources des trois derniers mois pour l'attribution du RMI.

La Cour suggère que, à la lumière de l'expérience acquise, une étude des coûts et avantages des solutions pour la détermination de la période soit réalisée. Elle examinerait, pour chaque solution, les coûts de fonctionnement des CPAM et les contraintes pesant sur les usagers.

D – Le plafond de ressources pour bénéficiaire de la CMUC

Le plafond de ressources pour bénéficiaire de la CMUC avait été fixé à 42 000 F (6 402,9 €) annuels, soit 3 500 F (533,6 €) mensuels¹⁸³. L'assiette est inspirée du dispositif RMI et prend en compte le total des ressources, net des prélèvements sociaux obligatoires : revenus d'activité, des biens et capitaux, allocations familiales. Ces revenus sont complétés d'un forfait de 300 F (45,7 €) pour une personne seule qui s'applique à tous les demandeurs propriétaires de leur logement ou locataires bénéficiant d'une aide personnelle au logement. Ce forfait, qui augmente avec la taille de la famille, abaisse le plafond de ressources.

Cette disposition existe certes dans d'autres réglementations et est techniquement recevable, mais seul le montant de 3 500 F (533,6 €) de revenus mensuels avait été largement débattu lors du vote de la loi. Le forfait logement n'avait pas été explicitement évoqué.

Le dispositif sépare évidemment les personnes ayant droit à la CMU complémentaire des personnes n'y ayant pas droit parce que leurs ressources excèdent ce plafond. Il conviendrait d'étudier l'importance réelle et concrète de ce plafond (nombre et types de personnes qui le dépassent, etc).

E – Le transfert automatique des bénéficiaires de l'aide médicale départementale à la CMUC

Les bénéficiaires de l'aide médicale départementale, titulaires du RMI ou non, dont les droits étaient ouverts au 31 décembre 1999, ont été automatiquement transférés dans la couverture maladie complémentaire durant le mois de décembre 1999. Leurs droits ont été prolongés jusqu'au 30 juin 2000.

Globalement, les CPAM considèrent que ces transferts se sont déroulés de façon satisfaisante. Cette satisfaction mérite cependant d'être tempérée. Des incidents se sont produits notamment dans les départements dans lesquels la CPAM ne gérait pas elle-même l'aide médicale départementale. Les dispositions prises pour s'assurer de la qualité des basculements ont souvent été insuffisantes. Si la CPAM de Seine-Saint-Denis a ainsi découvert un incident dans le transfert initial des fichiers, entraînant l'attribution à tort de 5430 CMUC, d'autres se

183. Il a été porté par an à 43 200 F (6 585,8 €), soit, par mois, à 3 600 F (548,8 €) par un décret du 9 janvier 2001.

sont en revanche contentées de radier les assurés qui retournaient les attestations leur indiquant qu'ils bénéficieraient de la CMUC, sans que cet indice d'imperfection des conditions dans lesquelles s'était effectué le basculement les incite à engager une vérification plus générale.

Ces attributions indues de CMUC sont d'autant plus regrettables que le réexamen des droits initialement prévu pour le 30 juin 2000 a été repoussé.

F – L'examen des droits des personnes transférées de l'aide médicale départementale dans la CMUC

Par deux fois, l'examen des ressources des bénéficiaires de la CMUC provenant des titulaires de l'AMD basculés d'office a été reporté suivant des modalités juridiques discutables et dans la précipitation.

Deux raisons justifiaient le réexamen de la situation des personnes transférées de l'AMD dans la CMUC au regard des nouveaux critères. D'une part, certaines pouvaient bénéficier d'un accroissement de ressources depuis leur admission à l'AMD. D'autre part, plusieurs départements appliquaient des barèmes AMD supérieurs au seuil retenu par la CMUC, notamment dans le cadre de la carte « Paris Santé ».

Dès le vote de la loi, les incertitudes sur les modalités de réexamen des droits étaient perceptibles puisque deux dates différentes d'examen des droits étaient retenues¹⁸⁴.

Une lettre du directeur de la CNAMTS confirmée par une lettre de la ministre, reporte une première fois au 31 octobre 2000 le contrôle des ressources pour les personnes entrées dans le dispositif par basculement. Une lettre ministérielle du 27 novembre 2000 reporte une seconde fois jusqu'au 30 juin 2001 les droits des anciens bénéficiaires de l'AMD dont les droits n'auraient pas été renouvelés antérieurement. La ministre a enfin annoncé, le 9 mai 2001 à l'Assemblée nationale, qu'elle décidait un nouveau report au 31 décembre 2001 pour les anciens bénéficiaires de l'aide médicale gratuite dont les revenus sont inférieurs à 4 000 F

184. L'article 28 de la loi dispose que : « Les personnes titulaires de l'aide médicale à la date d'entrée en vigueur de la présente loi bénéficient de plein droit des dispositions de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, jusqu'à l'expiration de la période d'admission à l'aide médicale et, en tout état de cause, jusqu'au 31 mars 2000. ». L'article 72, 8^{ème} alinéa dispose quant à lui que : « les bénéficiaires de l'aide médicale dont les droits s'interrompent entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2000 bénéficient, sur leur demande, des dispositions de l'article L 861-3 du code de la sécurité sociale jusqu'à cette date ».

(609,8 €) pour une personne seule. Elle introduit, ce faisant, un nouveau seuil qui s'applique aux anciens titulaires de l'aide médicale gratuite et à tous les bénéficiaires de la CMUC dont les droits arrivent à expiration entre juin et décembre 2001, avec toutes les complications qui découleront de l'existence d'un nouveau seuil : inégalité des assurés, difficultés de gestion opérationnelle pour les caisses, - nécessité d'examen des ressources, mise au point de logiciels spécifiques -.

Ces reports successifs de l'examen des ressources des personnes « basculées » ne sont fondés sur aucune base législative ou réglementaire. En outre, ils peuvent décourager les bénéficiaires qui avaient accompli les démarches nécessaires au réexamen de leurs droits.

Ces reports ont également un coût. Sans que la Cour ait été en mesure d'apprécier le bien-fondé de cette évaluation, la DSS évalue à 900 000 le nombre de personnes maintenues dans le dispositif en raison des reports de droits. Elle estime à 450 MF (68,6 M€) le coût du premier report et à 875 MF (133,4 M€) le coût du second¹⁸⁵. Si l'effectif précédent est exact, la régularisation doit intervenir au plus vite.

Au-delà de leur coût, ces reports entachent enfin d'incertitude le nombre des bénéficiaires de la CMUC répondant aux critères réglementaires.

G – Le nombre de bénéficiaires

L'exposé des motifs prévoyait que la CMU complémentaire concernerait six millions de personnes. Au 31 décembre 2000, cinq millions de bénéficiaires (4 977 308 précisément) étaient recensés¹⁸⁶, dont 4 377 000 en métropole soit 1 452 000 de plus que ceux de l'aide médicale gratuite. Le nombre des personnes couvertes est donc inférieur aux prévisions mais excède celui de l'aide médicale départementale.

Ces effectifs méritent cependant d'être considérés avec prudence. Les opérations de révision des droits programmées pour juin puis octobre 2000 n'ayant pas été menées à leur terme, il n'est pas possible d'évaluer avec exactitude le nombre de bénéficiaires qui auraient du être exclus des fichiers en raison de revenus dépassant le seuil d'admission à la CMUC.

185. Sur la base d'une dépense annuelle de 1 500 F (228,7 €) par bénéficiaire. En fait la dépense moyenne par bénéficiaire de la CMU complémentaire est un peu plus faible.

186. Le régime général avec 4 691 103 bénéficiaires enregistrait 94 % des CMU complémentaires, la MSA et la CANAM 3% chacune avec respectivement 160 745 et 125 460 CMU complémentaire.

Sur la base de 900 000 personnes qui, selon la DSS, sont maintenues dans la CMUC alors qu'elles ne satisfont plus aux critères d'admission, le nombre de bénéficiaires relevant de la cible est proche de quatre millions, soit près de deux millions de moins que les estimations initiales.

Plusieurs explications peuvent être recherchées à ce décalage.

La montée en charge de la CMU est nécessairement progressive. Elle l'est d'autant plus qu'il s'agit d'une prestation en nature ne donnant pas lieu à versements d'espèces mais permettant de bénéficier d'une protection maladie. La démarche d'inscription peut donc être négligée par les bien portants.

Parmi les personnes âgées, certains bénéficiaires potentiels peuvent renoncer à faire valoir leur droit. Elles peuvent craindre de résilier, ou transformer, leur contrat complémentaire actuel en raison des incertitudes pesant sur les contrats dont elles bénéficieraient en cas de sortie ultérieure du droit à la CMUC. Ce problème, valable pour tous les bénéficiaires, est encore plus aigu pour les personnes âgées qui constituent des mauvais risques sur le marché de l'assurance complémentaire.

Les jeunes en situation de précarité n'ont pas de " culture sécurité sociale " et, contrairement aux plus âgés, ne se rendent pas dans les centres de paiement de proximité. La solution semble résider dans un fort partenariat avec les associations qui sont au contact des jeunes précaires.

L'amélioration de la conjoncture économique et la baisse du chômage en 1999-2000 peuvent aussi contribuer à expliquer l'écart.

Les pouvoirs publics ont clairement choisi de ne pas inclure les bénéficiaires de certains minima sociaux (les titulaires de l'AAH et du minimum vieillesse) dans la CMUC compte tenu des dispositions qui leur sont par ailleurs applicables.

H – Le panier de soins

Le panier de soins est, par définition, un ensemble de prestations prises en charge par la collectivité et devant répondre efficacement à un besoin de santé. La CMUC a été l'occasion de réaliser un essai « grandeur nature » de définition explicite d'un panier de soins. Le panier de soins pris en charge par la CMU complémentaire est en partie défini par la loi elle-même (art. L. 861-3) et comprend :

- le ticket modérateur, dans les limites des tarifs de responsabilité des prestations couvertes par les régimes

obligatoires, et à l'exclusion de dépassements d'honoraire des médecins du secteur II ;

- le forfait journalier en cas d'hospitalisation, sans limite de durée ;
- les dépassements de tarif pratiqués pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale ainsi que sur l'optique, les audioprothèses et certains autres produits médicaux, dans des limites fixées par arrêté interministériel.

En matière dentaire, le montant maximum des frais en sus des tarifs de responsabilité a été fixé à 2 600 F (396,4 €) par bénéficiaire et par période de deux ans¹⁸⁷. Lors du conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance maladie du 29 décembre 1999, le représentant de l'Etat (direction de la sécurité sociale) rappelait que : « la fixation d'un plafond de dépenses en matière dentaire a été réclamée par toutes les fédérations d'organismes complémentaires et par le président de la caisse nationale. Après un premier refus, le ministre a satisfait à cette demande, en prévoyant cependant deux dérogations à l'application de la règle du plafond pour les appareils dentaires importants (dix dents sur le même maxillaire) et les traitements d'orthopédie dento-faciale. En outre, il est apparu que, dans un certain nombre de cas impossibles à définir à l'avance, il pouvait être nécessaire de dépasser le plafond en cas de situations exceptionnelles où des soins échelonnés dans le temps mettraient en cause la pertinence des premiers soins. Cette dérogation ne devant jouer qu'à titre exceptionnel justifie donc l'emploi de l'expression « d'impérieuse nécessité ».

L'« impérieuse nécessité » permet donc l'ajustement d'une limite rigide aux besoins de soins dentaires. A la lumière des consommations sur une durée significative, il conviendra d'examiner la pertinence de ce plafonnement et son articulation avec la procédure d'entente préalable.

La CMUC a permis, en moyenne, une meilleure prise en charge des soins que celle que permettait l'AMD. Il existe certes des exceptions sur certains points pris isolément : le barème pour l'admission totale, la prise en charge des soins prothétiques dentaires, l'admission partielle qui était possible au-delà des barèmes CMUC actuels. Il est compréhensible que les personnes concernées - bénéficiaires ayant un besoin spécifique ou professionnels de santé - puissent regretter les dispositions antérieures

187. Les « tarifs de responsabilité », c'est-à-dire les tarifs pris en compte par les caisses pour le remboursement, sont très éloignés des prix réellement pratiqués pour les prothèses. Sur ce point, cf. le rapport de la Cour sur le financement de la sécurité sociale de septembre 1999.

de l'AMD, mais globalement la couverture des soins des personnes à bas revenus s'est améliorée. Elle est en outre de bon niveau si on la compare avec les contrats complémentaires actuels.

I – La participation des organismes complémentaires

Le nombre d'organismes complémentaires ayant demandé à participer à la gestion de la CMUC est particulièrement élevé : plus de 850 ont demandé à y participer, soit plus de 40 % d'entre eux¹⁸⁸. La liste des organismes participants est très hétérogène. A côté de groupes comme AXA, on relèvera, pour l'exemple, la société mutualiste d'un grand hôtel parisien ou la mutuelle des sapeurs pompiers d'une petite ville.

Initialement les assureurs avaient évalué à 800 000 le nombre de bénéficiaires de la CMUC qu'ils pourraient être amenés à gérer. La réalisation au 31 décembre 2000 se limite à 65 900. Cependant, la montée en charge des organismes complémentaires est loin d'être achevée en raison du report de l'examen des droits des personnes transférées automatiquement de l'aide médicale dans la CMUC.

Si le plafond de ressources évoluait à la hausse, des assurés seraient attirés dans la CMU complémentaire. Or l'article 23 de la loi prévoit la résiliation de plein droit de son contrat pour l'assuré admis à bénéficier d'une CMU lorsque l'organisme assureur ne participe pas à la CMU. Il est une puissante incitation faite aux organismes complémentaires à se déclarer comme souhaitant gérer la CMUC¹⁸⁹. Ce

188. L'ACOSS évalue à 2000 le nombre de complémentaires ayant une activité en matière d'assurance maladie.

189. « Lorsqu'une personne obtient le bénéfice de la protection complémentaire définie à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale alors qu'elle est déjà garantie par un organisme assureur contre les risques liés à une maladie, une maternité ou un accident dans les conditions prévues aux articles 2 et 3 de la présente loi, elle obtient à sa demande :

« 1. soit la résiliation totale de la garantie initialement souscrite si l'organisme assureur n'est pas inscrit sur la liste prévue à l'article L. 861-7 du code de la sécurité sociale ;

« 2. soit la modification de la garantie initialement souscrite en une garantie établie en application des articles L. 861-1 et L. 861-3 du code de la sécurité sociale ; si la garantie initialement souscrite s'appliquait également à des risques différents de la garantie prévue par l'article L. 861-3, l'organisme assureur doit proposer au bénéficiaire de la protection complémentaire, pour la partie de son contrat initial qui excède cette protection, un contrat correspondant à des conditions tarifaires de droit commun.

seul article aurait suffi à motiver les organismes complémentaires à s'inscrire parmi les organismes participants.

Les conditions de mise en œuvre initiale de la CMUC, avec le basculement automatique des bénéficiaires de l'AMD, ont infléchi la répartition du « marché » entre CPAM et organismes complémentaires.

Durant les premiers mois, les caisses ont fait face à une situation très délicate. Pour participer à la gestion de la CMUC, les organismes complémentaires doivent se faire inscrire sur une liste d'une gestion complexe. Les caisses recevaient des embryons de listes difficiles à exploiter. De plus les documents étaient par nature incomplets dans la mesure où les organismes complémentaires pouvaient s'inscrire jusqu'au 31 mars. Des bénéficiaires ont pu être inscrits à tort auprès d'une CPAM pour leur CMUC, alors qu'ils disposaient déjà d'un contrat dans une compagnie d'assurance ou une mutuelle.

Par la suite, toutes les conditions n'ont pas été remplies pour que les nouveaux bénéficiaires choisissent en priorité un organisme complémentaire dès lors que les textes réglementaires sur les conditions de sortie de la CMUC n'étaient pas publiés¹⁹⁰.

Le grand nombre des organismes, l'obligation qui leur est faite de transmettre à chaque préfet de région concerné la liste de leurs implantations, l'actualisation annuelle de leur engagement, la complexité des échanges informatiques, rendent leur participation difficilement gérable sur le long terme. Or, tous n'ont pas intérêt à recruter des adhérents au travers de la CMUC. La plupart, en revanche, ne souhaitent pas en perdre.

Afin de donner un véritable sens à l'engagement des organismes complémentaires, il pourrait être envisagé de distinguer les organismes actifs de ceux accueillant des bénéficiaires de la CMUC à titre accessoire. Parmi ces derniers figureraient notamment les organismes ne retenant pas l'accueil de nouveaux adhérents parmi leurs priorités mais souhaitant conserver les assurés qui « basculeraient » dans la CMUC. Un nombre minimum de bénéficiaires de CMUC gérés devrait être déterminé pour qu'un organisme puisse être considéré comme actif. Il devrait aussi être également en mesure de respecter des normes en matière de transferts informatiques avec les CPAM.

190. L'arrêté fixant le montant maximum du tarif de prolongation d'adhésion ou du contrat de protection complémentaire en matière de santé est daté du 27 avril 2001 et a été publié au journal officiel du 6 mai 2001.

Quelle que soit la solution retenue, chacun s'accorde à reconnaître que la liste des organismes participants, telle qu'elle est aujourd'hui, est difficile à gérer et exploiter et doit être révisée.

J – Les professionnels de santé et la CMUC

Les professionnels de santé ont été peu, ou tardivement, associés alors qu'ils jouent un rôle essentiel dans le bon fonctionnement de la CMUC. Les pharmaciens doivent notamment gérer les attentes des clients, pas toujours possibles à satisfaire au titre de la CMUC, les articles n'étant pas tous pris en charge. Les dépliants distribués au public n'ont pas été de nature à faciliter leur tâche. Certains pharmaciens estiment par exemple que les tracts et affichettes produits par la CNAMTS proclamant « besoin de médicaments ? avec la CMU, zéro franc avancé, 100 % santé ! », s'ils sont exacts pour les médicaments remboursables, peuvent être interprétés par des patients de manière plus large et leur faire croire qu'ils couvrent tous les produits de santé.

Par ailleurs, le dispositif de plafonnement du panier de soins en matière dentaire est d'une indéniable complexité. Il convient de vérifier que les droits à dépassement, limités à 2 600 F (396,4 €) pour deux ans ne sont pas atteints, et dans le cas contraire s'il n'existe pas une « impérieuse nécessité médicale ». La vérification du suivi du montant de la consommation du panier de soins incombe à l'organisme complémentaire, le constat d'impérieuse nécessité médicale au dentiste-conseil.

Le professionnel de santé n'est pas en état de connaître la situation dans laquelle se trouve son patient ; celui-ci a pu s'adresser à divers praticiens et atteindre ainsi les plafonds autorisés. Le patient risque de lui imputer un refus de soins alors que le traitement aura été différé dans l'attente de connaître la décision de l'organisme complémentaire et du dentiste-conseil.

Quant à la réticence de certains professionnels à traiter les bénéficiaires de la CMUC, les pratiques paraissent diversifiées suivant les départements. La question des refus de soins induit la suspicion et alimente les polémiques. Elle mériterait à elle seule une enquête approfondie.

K – Le financement de la CMUC

Le financement de la CMU complémentaire repose pour partie sur la création d'une contribution nouvelle et pour partie sur une subvention

d'équilibre. Les transferts financiers nécessaires à ce financement sont organisés par le fonds de financement de la protection complémentaire maladie.

Par la création d'une contribution de 1,75 % assise sur le montant des cotisations afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé, le législateur a entendu créer une solidarité entre les personnes bénéficiant déjà d'une couverture complémentaire, et celles ne disposant pas des moyens d'en financer une. Le rendement attendu était évalué à 1,8 MdF (0,3 Md€).

La subvention d'équilibre est, en volume, le premier mode de financement de la CMU complémentaire. L'étude d'impact l'évaluait à 7 MdF (1,1 Md€) et c'est le montant pour lequel elle a été budgétée pour l'année 2000. Les crédits provenaient de la « recentralisation » des crédits que les départements consacraient précédemment à l'aide médicale pour un montant de 9,2 MdF (1,4 Md€), ventilés entre CMU sur critère de résidence et CMU complémentaire.

Les recettes du fonds échappent très largement à l'examen du Parlement. Il est peu informé des ressources fiscales affectées à l'établissement public et ne vote annuellement que la subvention d'équilibre. Celle-ci est susceptible de variations compte tenu de sa nature. Dès la première année, elle a ainsi été ramenée de 7 MdF (1,1 Md€) initiaux à 5,3 MdF (0,8 Md€) en raison d'un nombre de bénéficiaires de la CMU inférieur aux prévisions. Il conviendrait que soit mieux assurée la coordination entre l'examen de la loi de finances et celui de la loi de financement de la sécurité sociale.

SYNTHESE

La Cour constate qu'à la date fixée par le législateur, et malgré des délais de mise en œuvre très brefs, la CMU fonctionnait. Des textes restent cependant à adopter. La question de l'examen des droits des personnes provenant de l'aide médicale départementale, repoussé à deux reprises, reste à régler. Certaines dispositions techniques mériteraient d'être réexaminées : période de douze mois glissants pour l'examen des ressources d'une part, modalités de participation des organismes complémentaires d'autre part. Parmi les questions qui mériteraient d'être approfondies, la Cour en souligne deux qui ont trait à la réalisation des objectifs sanitaires et sociaux de la loi. Il conviendrait tout d'abord d'examiner si les objectifs de la CMU sur critère de résidence sont atteints alors que le nombre de nouveaux assurés se limite à 70 000 personnes pour 150 000 prévues. Il serait nécessaire ensuite, s'agissant de la CMU complémentaire, d'étudier la réalité et l'ampleur des effets qu'induit

l'existence d'un seuil de revenus et les modalités à retenir pour en traiter les conséquences éventuelles.

RECOMMANDATIONS

1. Rechercher la meilleure définition de la période de référence pour l'examen des ressources, en prenant en compte l'ensemble des coûts et avantages.

2. Régler le problème de l'examen des droits des bénéficiaires provenant du transfert de l'aide médicale départementale.

3. Expliquer les écarts entre les prévisions et les réalisations du nombre de bénéficiaires de la CMU et de la CMU complémentaire. En évaluer l'impact sur les objectifs sanitaires et sociaux de la loi.

4. Examiner la pertinence des plafonnements du panier de soins, dentaires notamment, au regard de la consommation, et son articulation avec la procédure d'entente préalable.

5. Reconsidérer les modalités de la participation des organismes complémentaires.

6. Enquêter sur la réalité et l'importance des refus de soins.

7. Etudier la réalité de l'effet de seuil lié aux revenus et évaluer l'impact des mesures prévues par la loi pour atténuer cet effet.

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES PAGE 569

III – Solidarité retraite : le fonds de réserve

La loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a institué, au sein du Fonds de solidarité vieillesse, un fonds de réserve pour les régimes d'assurance vieillesse CNAV, ORGANIC et CANCAVA. Ce fonds dispose de recettes affectées d'origines diverses : contributions, excédents, redevances. Elles sont précisées par cinq lois ; l'une d'entre elles indique explicitement que le fonds peut disposer de « toute ressource affectée par la loi » (cf. encadré).

La loi du 23 décembre 1998 instituant le fonds de réserve, dispose en son article 2 que les recettes affectées au fonds de réserve sont constituées par a) une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, du solde du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (C3S) ; b) tout ou partie du résultat excédentaire de la section du FSV retraçant les opérations de solidarité ; c) toute ressource affectée par la loi.

La loi du 25 juin 1999 relative à l'épargne et à la sécurité financière, en son article 26, attribue au fonds de réserve le produit annuel des versements des caisses d'épargne représentatifs de la souscription des parts sociales des sociétés locales d'épargne.

La loi du 29 décembre 1999 relative au financement de la sécurité sociale pour 2000 prévoit, en son article 16, que soient affectés au fonds de réserve a) les excédents des fonds gérés par la CNAV et ce, dès l'arrêté des comptes de l'exercice 1999 ; b) une fraction égale à 49 % du produit des prélèvements sur les revenus de capitaux, dits « des 2 % sociaux » visés aux articles L 245-14 à L 245-16 du code de la sécurité sociale ; c) un versement de 3 MdF (0,5 Md€) de la caisse des dépôts et consignations sur le résultat net de son activité pour compte propre, dégagé au titre de 1999.

La loi relative au financement de la sécurité sociale pour 2001 prévoit le versement au fonds de réserve :

- des sommes provenant du fonds de provisionnement des charges de retraites et de désendettement de l'Etat créé par la loi de finances pour 2001, fonds lui-même alimenté par le produit des redevances résultant de l'attribution des licences d'occupation du domaine public hertzien par les téléphones mobiles de troisième génération (UMTS) ;

- de 50 % des prélèvements visés aux articles L 245-14 à L 245-16 ;

- du produit des placements effectués au titre du fonds de réserve ;

- de toute autre ressource affectée au fonds de réserve en vertu de dispositions législatives.

La loi du 19 février 2001, relative à l'épargne salariale, prévoit le versement par les employeurs d'une contribution de 8,2 % de l'abondement à l'épargne salariale sur la fraction excédant 2 300 €

La loi du 17 juillet 2001, qui a transformé le fonds en établissement public spécifique, prévoit en outre le versement au fonds de réserve de certains dépôts à la caisse des dépôts et consignations, après prescription.

Les encaissements que le fonds a effectivement reçus en 1999 et 2000 sont résumés dans le tableau ci-après.

Encaissements reçus par le fonds de réserve des retraites

en MF et (Md€)

	« 2 % sociaux »	Produits financiers	Autres affectations	Total
1999		7,0 (1,1)	2 000 (304,9)	2 007,0 (306,0)
2000	5 803,0 (884,6)	191,6 (29,2)	12 745,4 (1 943,0)	18 740,0 (2 856,9)
Total cumulé	5 803,0 (884,6)	198,6 (30,3)	14 745,4 (2 247,9)	20 747,1 (3 162,9)

Les recettes provenant des « 2 % sociaux » font l'objet de versements concentrés en fin d'année.

Les recettes relatives aux produits financiers résultent des placements que le fonds de réserve est autorisé à effectuer, conformément à l'article L. 135-21 du code de la sécurité sociale, et selon les modalités édictées par le ministre chargé de l'économie et des finances. Pour les deux années sous revue, ces placements sont limités à deux catégories d'opérations :

- l'achat ferme de valeurs d'Etat, ou garanties par l'Etat, ou de titres émis par des établissements publics nationaux, de maturité résiduelle inférieure ou égale à deux ans ;
- la prise en pension contre espèces pour une durée au plus égale à un mois de valeurs d'Etat, valeurs garanties par l'Etat ou titres émis par un établissement public national, de maturité inférieure ou égale à 15 ans.

Les « contreparties » autorisées sont les spécialistes agréés en valeurs du Trésor, pour une valeur unitaire limitée à 500 M€

La colonne « autres affectations » comprend les 2 MdF versés en octobre 1999 par l'ORGANIC au titre de la contribution sociale de solidarité des sociétés. En 2000, elle comprend les 3 MdF (0,5 Md€) versés en mai par la Caisse des dépôts et consignations, un peu plus de 5 MdF (0,8 Md€) versés en fin d'année par la CNAVTS au titre de ses excédents, enfin 4,7 MdF (0,7 Md€) au titre du premier versement représentatif du produit de la cession de parts sociales des sociétés locale d'épargne, acquittés par la Caisse nationale des caisses d'épargne et de prévoyance (CENCEP).

Au total, le fonds de réserve pour les retraites dispose à fin 2000 d'un solde cumulé de 20,8 MdF (3,2 Md€) soit une valeur très proche de celle (20 MdF (3,1 Md€)) ayant servi au calcul du « plan de marche » du fonds de réserve, devant aboutir à une valeur cumulée de 1 000 MdF (152,5 Md€) en 2020.

A – La dynamique du fonds de réserve

Pour passer des 20 MdF (3,0 Md€), valeur initiale du fonds atteinte en 2000, à l'objectif des 1 000 MdF (152,5 Md€), vingt ans plus tard, les services du FSV ont formulé en 2000 trois groupes d'hypothèses.

En premier lieu et à court terme, des recettes spécifiques sont prévues pour 2001 et 2002 : suite des versements des parts sociales des caisses d'épargne (4,7 MdF (0,7 Md€) environ par an), versements relatifs au produit de la vente des licences UMTS (18,5 MdF (2,8 Md€) environ en 2001). Comme on le sait, les recettes tirées de la vente des licences UMTS présentent certains aléas ; en revanche, les recettes issues de la mise sur le marché d'une partie du capital des caisses d'épargne sont assurées.

En second lieu et dans le moyen et long terme, l'évolution macro-économique de la France est supposée très dynamique, correspondant au retour à une croissance de long terme de plein emploi, caractérisée par un taux de chômage redescendant et se maintenant à 4,3 %. Cet environnement dynamique permet de construire des hypothèses favorables aboutissant à un flux d'excédents pour la CNAV, à des disponibilités de C3S, à d'importants produits des « 2 % sociaux » portant sur les revenus du capital et du patrimoine, enfin, de façon accessoire, à une contribution significative de la caisse des dépôts et consignations. Ce dynamisme, continu sur une période de vingt ans, correspond de fait à un changement important du sentier de croissance à long terme de l'économie française. Jusqu'à présent, cette modification n'a pas fait l'objet d'un argumentaire justificatif.

En dernier lieu et toujours à moyen et long terme, les services du FSV tablent sur un rendement des produits financiers du fonds de 4 % par an, en valeur réelle. Sur les marchés financiers, il est difficile de caractériser une hypothèse de rendement qui n'est pas accompagnée d'indications sur le niveau de risque associé. L'hypothèse retenue semblait peu compatible avec la nomenclature des placements autorisés au fonds. Mais la transformation du fonds en établissement public spécifique (loi du 17 juillet 2001) s'est accompagnée d'une extension de la liste des instruments financiers que le fonds est autorisé à détenir ou à

utiliser. A l'évidence, cette extension impose d'entreprendre une réflexion sur le lien entre rendement et risque que les autorités en charge jugent souhaitable pour le fonds : il est étonnant que le niveau du rendement ait été fixé avant cette réflexion et, semble-t-il, indépendamment du niveau du risque qu'il requiert.

Le tableau ci-après résume le « plan de marche » du fonds, tel qu'il a été prévu sur la base de ces hypothèses, et l'importance respective des contributions des divers facteurs attendues lors de l'année terminale.

Plan de marche du fonds d'ici 2020 et structure des contributions en 2020⁽¹⁾

Plan de marche					<i>en MdF et (Md€)</i>
2000	2005	2010	2015	2020	
20	170	400	670	1 000	
(3,1)	(25,9)	(61,0)	(102,1)	(152,5)	

Structure des contributions						<i>en MdF et (Md€)*</i>
Excédents CNAV	C3S	2 % sociaux	Contribution CDC	<i>Sous-total</i>	Produits financiers	Total
100	400	150	20	670	330	1 000
(15,2)	(61,0)	(22,9)	(3,1)	(102,1)	(50,3)	(152,5)

* francs et euros de 2000.

(1) Selon les informations communiquées au comité de surveillance du FSV lors de sa séance du 14 novembre 2000.

B – Une répartition lissée grâce au fonds

L'institution du fonds de réserve pour les retraites constitue une innovation majeure pour notre système de retraite par répartition. Il déroge au principe temporel de base de la répartition selon lequel les prestations d'une année sont couvertes par les cotisations ou autres contributions de la même année. Désormais, la répartition prend une dimension inter-temporelle, les prestations d'une année peuvent être en partie couvertes par les ressources d'une autre année. Mais le principe reste « la répartition » au sens où il ne s'agit que d'un lissage du profil des recettes et non de la création d'un lien économique entre une épargne accumulée et la prestation retraite servie. Les intérêts financiers produits par le fonds apparaissent comme une recette complémentaire substantielle et non comme le motif premier de l'opération.

Au-delà de la vraisemblance des montants cibles annoncés pour 2020, l'existence même du fonds incite à s'interroger sur les questions de principe, touchant à l'équité, que soulève sa création : quelles recettes doivent l'abonder ; quels régimes peuvent en profiter, après 2020.

La loi répond à la question portant sur les régimes bénéficiaires : ce sont la CNAV, l'ORGANIC et la CANCAVA, qui ont fait l'objet de la réforme de 1993. Mais en énonçant que le fonds peut être abondé par « toute ressource affectée par la loi », et en décidant dans ce cadre l'affectation de ressources qui ne sont pas spécifiques aux régimes bénéficiaires, comme le sont les produits de la vente des licences de l'UMTS, la loi ne résout pas le problème de principe. Pourquoi en effet exclure durablement tous les autres régimes du bénéfice du lissage des recettes alors qu'ils sont tout autant que les trois régimes cités affectés par le problème du déséquilibre démographique, et ce d'autant plus que les ressources mobilisées pour ce lissage sont, pour partie, prélevées sur l'ensemble de la communauté nationale et non sur les seuls bénéficiaires ?

Ce problème est de même nature que celui rencontré en 1974 lorsque l'apparition des premiers déséquilibres entre nombre de cotisants et nombre de retraités a conduit, par souci d'équité, à l'instauration de la « compensation démographique généralisée ». A cette époque, on a quitté la logique de la répartition régime par régime pour y introduire une solidarité inter-régime. C'est à une mutation de même nature qu'invite la création du fonds de réserve : passer d'une répartition période par période à une solidarité inter-générationnelle.

RECOMMANDATIONS

1. Arrêter et stabiliser les règles et les pratiques régissant les ressources et les dépenses du fonds de réserve.

2. Préciser la politique de placement financier du fonds en tenant compte du niveau de risque acceptable.

3. Engager une réflexion sur la mise en œuvre d'une « compensation généralisée inter-temporelle » la mieux apte à préserver l'usage équitable du fonds de réserve pour les retraites.

IV – L’action sanitaire et sociale des caisses de la mutualité sociale agricole

A – La politique d’action sanitaire et sociale

Le code rural, le code de la sécurité sociale, ainsi que le décret n° 85-192 du 11 février 1985 fixent le cadre législatif et réglementaire de l’action sanitaire et sociale de la MSA. Elle répond également aux critères fixés par la convention d’objectifs et de gestion pour 1999-2001 qui précise notamment :

« La politique d’action sanitaire et sociale est définie par les conseils d’administration des caisses et vise en particulier à maintenir pour les actifs et les retraités de l’agriculture les services sociaux de proximité indispensables. Afin de contribuer à la lisibilité de l’action sanitaire et sociale du régime agricole, la caisse centrale et les caisses de MSA se dotent d’une politique d’action sanitaire et sociale, exprimée sous forme de priorités pluriannuelles ».

Les conseils d’administration fixent les principes généraux et les moyens de la politique menée par chaque caisse. Ces moyens sont regroupés dans une section d’action sanitaire et sociale financée, à titre principal, par une fraction des cotisations complémentaires perçues sur les assurés. La caisse centrale apporte un soutien plus méthodologique que financier (moins de 28 MF (4,3 M€)) à la mise en place de la politique que chaque caisse entend conduire.

En 1998, la caisse centrale a défini de nouvelles orientations. Elles prévoient notamment la mise en place d’un « socle » de quatre prestations minimales dites « extra légales », c’est-à-dire allant au-delà des minima prévus par la loi, et servies au même niveau que celles du régime général. Il s’agit de :

- l’aide à domicile aux personnes âgées (aide ménagère, télé-assistance, portage de repas) ;
- l’aide à domicile aux familles (travailleuses familiales et femmes de ménage) ;
- l’aide aux vacances et au temps libre des enfants et des familles (séjours collectifs, séjours familiaux, loisirs de proximité) ;
- l’aide à la garde du jeune enfant de la naissance à six ans (crèches collectives, familiales ou parentales, haltes-garderies).

La remise en cause des autres actions conduites antérieurement s'est effectuée progressivement, dans la mesure où les caisses sont libres de les financer ou non.

Les comités d'examen des comptes ont contrôlé en 2000 l'action sanitaire et sociale dans les caisses de MSA à l'occasion de la vérification des comptes pour l'exercice 1999 d'un échantillon de seize caisses¹⁹¹

1 – Les orientations nationales ne sont pas pleinement respectées

La prise en compte du « socle » minimal de prestations n'est pas systématique dans les caisses. En 1999, au plan national, l'ensemble des 81 caisses du régime mettait en œuvre l'aide ménagère à domicile des personnes âgées ainsi que l'aide aux vacances pour les familles et les jeunes ; l'aide à domicile en faveur des familles était servie par 78 caisses. En revanche, seules 49 caisses participaient à la garde du jeune enfant, pour une dépense totale de 12,6 MF (1,9 M€) (soit 2,1 % de l'ensemble des prestations extra-légales), et 11 caisses seulement aidaient à la garde à domicile des personnes âgées.

Parmi les caisses contrôlées, deux seulement offraient un niveau de prestation pour l'aide à la garde au jeune enfant comparable à celui du régime général, représentant près de 10 % du budget des dépenses des prestations individuelles.

L'existence de plans de communication et d'information en direction des assurés notamment pour les aides les moins connues n'était pas générale. Trois organismes n'avaient développé aucun plan de communication.

2 – Le partenariat doit être développé et mieux maîtrisé

Le partenariat avec les acteurs du régime général, dans le cadre des conférences régionales de santé et avec les URCAM, a débuté en 1998. Les caisses de MSA doivent améliorer les procédures nécessaires à une meilleure exploitation des bases d'information dont elles disposent. Cela étant, la majorité des caisses contrôlées font part de leur déception du fait que leurs partenaires dans les URCAM ne suivent pas leurs propositions en matière de gestion du risque.

191. Caisses de la mutualité sociale agricole du Bas-Rhin, des Bouches-du-Rhône, de la Corrèze, de la Corse-du-Sud, de l'Eure-et-Loir, de la Haute-Marne, d'Ille-et-Vilaine, de l'Indre, du Jura, de la Lozère, du Nord, de l'Orne-et-Sarthe, du Puy-de-Dôme, des Pyrénées-Atlantiques, de la Somme et du Vaucluse.

Seules deux caisses développaient de réels partenariats avec les CAF : l'une sur la coordination de la politique de la petite enfance (Bas-Rhin), l'autre sur l'action sociale des travailleuses familiales (Haute-Marne). Sur ce dernier sujet, le partenariat avec les CAF devrait être plus fréquent. Par ailleurs, deux autres caisses de MSA participaient de manière indirecte à un programme européen de formation au bénéfice des femmes en difficulté.

Parmi les autres partenariats locaux, la mise en commun avec une CRAM des interventions d'aide ménagère et de la formation des intervenants a été jugée intéressante.

a) Les partenariats avec les associations d'aide à domicile en milieu rural

Sauf exception, les caisses délèguent des enveloppes à des associations qui ont pour objet d'assurer une aide à domicile en milieu rural. Les enveloppes ainsi déléguées peuvent représenter jusqu'à 80 % du budget des aides individuelles des caisses contrôlées.

Les exceptions méritent d'être évoquées. Ainsi la MSA du Nord a choisi de ne pas recourir à des associations, mais de s'adresser directement à des employés de maison. Le coût moyen horaire des interventions a été fortement réduit, alors même que la formation de ces employés était assurée par l'intermédiaire d'associations. Ce choix est innovant.

Pour les autres caisses qui sous-traitent cette activité, les pratiques constatées appellent plusieurs observations.

Les relations entre la caisse et les institutions qui interviennent ne font pas toujours l'objet de conventions.

Les instruments mis en place pour maîtriser les dépenses ne sont pas toujours fiables : la convention conclue par une caisse ne fixait aucun plafond aux dépenses que les associations pouvaient engager. Le défaut d'outil visant à contrôler le bon emploi des fonds est très général.

La préoccupation d'assurer une prestation avec le meilleur rapport qualité/prix n'est pas assez présente. Cette lacune se traduit notamment par le fait que les coûts horaires des interventions peuvent être très différents au sein d'une même caisse entre les diverses associations intervenantes.

L'intérêt que présente la possibilité de comparer plusieurs partenaires conduit à critiquer, parce qu'elles présentent des risques, deux situations extrêmes dont plusieurs exemples ont été relevés :

- soit une pluralité de prestations, mais trop spécialisées ;
- en sens contraire, trois caisses n'avaient recours aux services que d'une seule association.

Dernière anomalie qui mérite d'être relevée dans une caisse : le défaut de protection des données individuelles concernant les bénéficiaires de l'aide.

b) Le partenariat avec les conseils généraux

Les relations avec les conseils généraux diffèrent selon les caisses. Parmi les caisses contrôlées, six exercent des missions pour leur compte dans le cadre de domaines ciblés : contrats RMI, prestation spécifique dépendance, protection de l'enfance, sans que la prise en charge de ces activités soit rémunérée. Cette situation est confirmée au plan national : 23 % de l'activité des assistants sociaux s'effectuait en 1999 dans le cadre de missions placées sous la responsabilité des conseils généraux alors que les rémunérations versées par les conseils généraux aux caisses pour ce service ne concernaient que 7 % des assistants sociaux.

Les caisses ont été invitées, dans le cadre de la mise en œuvre des partenariats avec les conseils généraux et les URCAM, à créer un réseau gérontologique. Ces réseaux sont encore en phase de démarrage. L'engagement de neuf caisses de l'échantillon sur ce projet était réel. Il n'a cependant pas conduit à la création de postes spécifiques.

La caisse d'Orne-et-Sarthe mettait à la disposition du conseil général, par convention, des locaux sans aucune contrepartie hors le remboursement des charges locatives. D'autre part, elle mettait également à disposition des locaux pour des activités qui n'entrent ni dans le champ de la politique d'action sanitaire et sociale ni dans celui des subventions d'équipement ou de fonctionnement ni dans celui des autres avantages financiers prévus à l'article 12 du décret du 21 juin 1971.

B – Les moyens de la politique et le fonctionnement des services

1 – Budgets et clefs de répartition

Le pilotage des dépenses paraît délicat. En effet, les organismes ne maîtrisent pas le flux des demandes présentées. Il est en outre difficilement envisageable de modifier, en cours d'année, et pour des

raisons strictement budgétaires, les conditions ou les niveaux de prise en charge. Une fluctuation importante des taux d'exécution budgétaire a donc été constatée pour la majorité des caisses. Elle pouvait se traduire par un doublement de l'effort net d'action sociale d'un exercice à l'autre.

Les dépenses de prestations individuelles représentent la part la plus importante du budget et, en leur sein, les actions en faveur des personnes âgées sont majoritaires et progressent chaque année.

Parmi les caisses contrôlées, la MSA du Puy-de-Dôme se signale en gérant directement un service d'assistance éducative en milieu ouvert et de tutelles aux prestations familiales. Il représente près de 25 % de son budget d'action sanitaire et sociale. Cette activité de diversification s'est révélée déficitaire au cours des exercices 1998 et 1999. Elle impose à l'organisme de veiller au maintien de l'équilibre de gestion de cette activité et à lui garder un caractère complémentaire à sa mission.

Les contrôles effectués tant *a priori* qu'*a posteriori* par les caisses se sont révélés insuffisants dans 15 des 16 caisses vérifiées, qu'il s'agisse de l'octroi des subventions ou de la vérification de l'existence et de la qualité du service fait.

2 – Personnels

Au niveau national, les dépenses d'action sanitaire et sociale se sont élevées en 1999 à 1,5 MdF (0,2 Md€), dont 46 % étaient consacrés aux seules charges de personnel.

L'analyse de la politique du personnel du service social des caisses depuis cinq ans montre une grande stabilité des effectifs. Cependant, malgré les objectifs annoncés par la COG et comme indiqué ci-dessus, de nombreuses caisses n'ont pas obtenu une rémunération des conseils généraux notamment dans le cadre du traitement des dossiers de RMI et de la PSD. Parmi les caisses de l'échantillon, six d'entre elles emploient directement 54 assistantes sociales de secteur (en équivalent temps plein), correspondant à une masse salariale de près de 12 MF (1,8 M€), sans contrepartie de la part des conseils généraux.

La MSA de l'Indre assume depuis 1996 la tutelle des majeurs protégés et la tutelle d'État. Le service comprend six agents, pour les ressortissants agricoles et non agricoles. Cette activité est déficitaire. Il convient que la caisse obtienne de ses partenaires une disparition de ce déficit.

3 – Subventions et prêts

Les concours financiers accordés aux institutions, œuvres ou groupements sont en général de faible montant voire nuls.

Les caisses auraient dû arrêter d'aider les fédérations départementales des maisons familiales rurales d'éducation et d'orientation ainsi que les fédérations départementales de l'enseignement agricole privé, l'État participant désormais à leur fonctionnement. Cependant trois caisses ne s'étaient pas désengagées de ce dispositif. Outre la MSA d'Orne-et-Sarthe (voir *supra*), une caisse versait toujours en 1999 des subventions à de tels établissements pour un total certes faible, mais qui représente 80 % du total des subventions attribuées. Une autre caisse accordait une aide à deux organismes d'enseignement privé agricole.

SYNTHESE

Les contrôles effectués par les COREC se sont déroulés pendant une période de transition. Les conseils d'administration ont éprouvé des difficultés à mettre en œuvre les nouvelles orientations de la COG 1999-2001. C'est ainsi qu'ils ont eu à appliquer la recommandation nationale visant à favoriser les aides directes, sans connaître les modalités de sa mise en œuvre, notamment pour ce qui concerne leur personnel. Ces éléments indiquent que la politique d'action sanitaire et sociale ne saurait évoluer que progressivement.

En effet, il n'est pas facile de relayer des orientations nationales dans une organisation où le caractère souverain de chaque conseil d'administration de caisse est affirmé.

RECOMMANDATIONS

1. Améliorer la connaissance des caractéristiques et des besoins des ressortissants des caisses afin de mieux appréhender les besoins financiers nécessaires.

2. Réduire les inégalités en matière de garde du jeune enfant entre les départements, soit en achevant d'étendre au plan national la prestation versée par les caisses de MSA, soit en faisant participer les caisses de MSA aux contrats enfance de la CNAF.

3. Achever la cessation des aides apportées aux fédérations départementales des maisons familiales rurales d'éducation et

d'orientation ainsi qu'aux fédérations départementales de l'enseignement agricole privé.

4. Mettre en place un contrôle effectif, a priori et a posteriori, pour l'octroi et le suivi des subventions.

5. Améliorer le contenu des partenariats avec les acteurs du régime général. Mettre en commun des moyens de contrôle du service fait et de mesure de la qualité des prestations fournies avec les autres mandataires comme les CAF, les CRAM ou les CPAM. Rechercher systématiquement la participation financière des conseils généraux pour les missions exercées par la MSA pour le compte de ces derniers.

Chapitre X

Les régimes des professions indépendantes non agricoles

PRESENTATION

Les artisans, les commerçants, les membres des professions libérales ont leurs propres régimes d'assurance maladie et de retraite : l'assurance maladie est gérée par la CANAM et le réseau des caisses mutuelles régionales (CMR) et des organismes conventionnés (OC) ; la retraite est gérée par de multiples caisses, différentes pour chaque profession libérale, pour les artisans (c'est la CANCAVA), pour les commerçants (c'est l'ORGANIC). Toutes ces caisses assurent à la fois le versement des prestations et le recouvrement des cotisations y afférentes selon un modèle de « gestion intégrée par risque » (cf. supra, chapitre VIII, p. 279). Sont analysés ici pour chacun de ces régimes les points suivants : description de leur organisation et de leurs fonctions ; réflexions sur leur avenir démographique et financier ; relations avec les usagers, à la fois cotisants et assurés ; gestion.

Les réseaux paraissent bien fonctionner : les prestations sont versées sans retard et les assurés expriment leur satisfaction (mais le contrôle du recouvrement, on l'a vu dans le chapitre précédent, est inexistant). Cependant, la gestion pourrait sur plusieurs points s'améliorer. Surtout, la question des perspectives de ces régimes, en tout cas pour la retraite, se pose, dès lors que les déséquilibres démographiques, déjà marqués, vont très probablement s'amplifier.

I – L'assurance maladie des professions indépendantes non agricoles

La Cour a contrôlé la gestion de la CANAM et, plus généralement, du régime maladie des professions indépendantes sur la période 1991-1999, et cette section est issue de ce contrôle.

A – L'organisation du régime

1 – Caractéristiques

Le régime d'assurance maladie des travailleurs non salariés non agricoles, devenu régime d'assurance maladie des professions indépendantes, a été créé par une loi du 12 juillet 1966. Il est entré en vigueur le 1^{er} janvier 1969. Ce régime est obligatoire et assure les professions artisanales, commerciales, industrielles et libérales. Les

affiliés sont les artisans, inscrits au répertoire des métiers, les industriels et commerçants, inscrits au registre du commerce, ou assujettis comme commerçants à la taxe professionnelle, les professions libérales, certains associés ou dirigeants de société (associés uniques gérants d'EURL, gérants majoritaires de SARL, associés de sociétés en nom collectif,...).

Le régime présente une certaine originalité que traduisaient les principes sur lesquels il était fondé, à savoir une responsabilité des groupes professionnels concernés dans la définition des prestations, et une organisation territoriale et fonctionnelle particulière de la gestion administrative et financière, qui contient notamment le libre choix de l'assureur (mutuelle ou compagnie d'assurances).

Les intéressés ont décidé de faire évoluer les prestations : en juillet 1995, un dispositif d'indemnités journalières a été créé pour les artisans ; en 2000, un dispositif comparable a été instauré pour les commerçants et, depuis le 1^{er} janvier 2001, le régime garantit à ses ressortissants les mêmes prestations en nature que celles du régime général¹⁹².

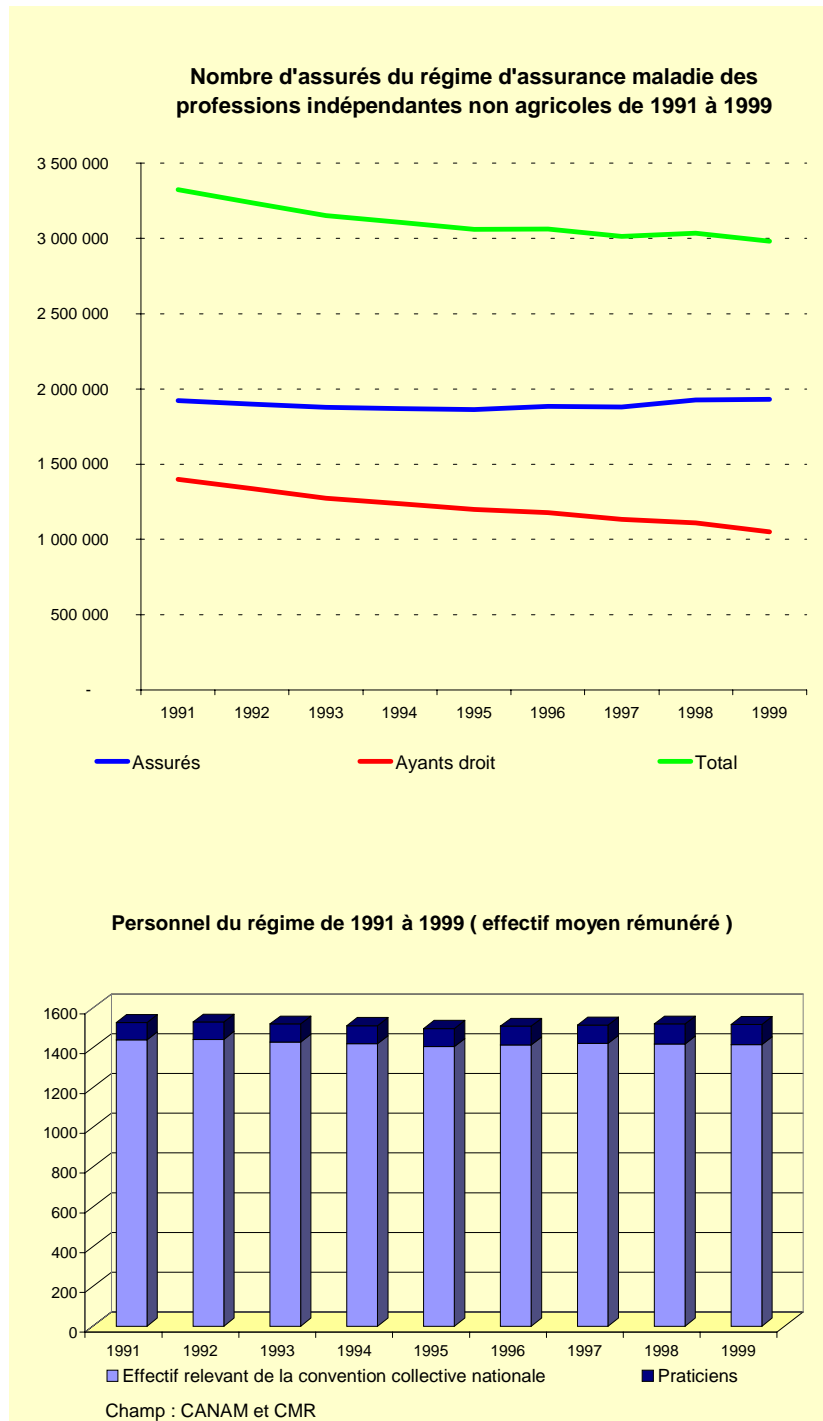
Depuis 1991, le régime d'assurance maladie des professions indépendantes connaît une légère diminution du nombre de ses assurés, ce constat connaissant toutefois deux atténuations :

- d'une part, l'évolution n'est pas la même selon les groupes professionnels : si la baisse des effectifs est vérifiée sur le long terme pour les artisans et les commerçants, elle ne l'est pas pour le groupe des professions libérales qui connaît un accroissement régulier du nombre de ses assurés ;
- d'autre part, la tendance à la baisse constatée sur longue période ne se vérifie plus dans la période récente, un accroissement du nombre des assurés commerçants actifs depuis 1997 et une stabilisation du nombre des artisans actifs étant même enregistrée depuis 1994.

Entre 1991 et 1999, les effectifs des assurés (hors ayants droit) sont passés de 949 034 à 911 080 pour les industriels et commerçants, de 771 758 à 732 275 pour les artisans, et de 238 872 à 280 627 pour les professions libérales.

Au total, de 1991 à 1999, le régime des professions indépendantes a connu une baisse de 10,3 % du nombre de ses bénéficiaires, assurés et ayants droit (graphique ci-après). Cette diminution est due principalement

192. Ce mouvement d'alignement s'est accompagné d'une augmentation des cotisations, mais l'analyse comparée de l'effort contributif des différents cotisants reste à conduire.



à la baisse du nombre des ayants droit qui s'est réduit de 350 000 entre 1991 et 1999, alors que celui des assurés, après une légère diminution pendant sept ans (- 2 %), est revenu en 1999 à un niveau voisin de celui de 1991. La baisse du nombre des ayants droit est due, pour une part, au vieillissement de la population couverte qui va de pair avec une diminution du nombre des enfants bénéficiant du régime¹⁹³.

2 – L'organisation administrative

L'organisation du régime repose sur trois niveaux :

- au niveau national, la caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes (CANAM) ;
- au niveau régional, 31 caisses mutuelles régionales (CMR)¹⁹⁴ ;
- au niveau local, des organismes conventionnés (mutuelles ou compagnies d'assurances).

a) La caisse nationale

La caisse nationale est un organisme privé qui est chargé, notamment, d'assurer l'unité de financement du régime, d'animer, de coordonner et de contrôler l'action des caisses mutuelles régionales, de contrôler conjointement avec celles-ci l'activité des organismes conventionnés, de proposer les ajustements de cotisation nécessaires en cas de rupture de l'équilibre financier du régime.

Elle est administrée par un conseil d'administration de 46 membres (41 élus par les caisses mutuelles régionales, deux représentants de l'Union nationale des associations familiales, trois nommés par les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget à raison de leur compétence en matière de protection sociale, de prévoyance et de mutualité) qui a pour rôle, notamment, d'établir le règlement intérieur de la caisse nationale, de voter son budget de gestion administrative et son budget d'action sanitaire et sociale, d'arrêter ses comptes annuels et les comptes consolidés du régime.

193. Dans sa réponse, la CANAM évoque aussi l'effet dissuasif qu'ont pu avoir jusqu'en 2000 des conditions de prise en charge des soins moins favorables que dans le régime général.

194. Le terme « caisse mutuelle régionale » est celui utilisé dans le code de la sécurité sociale. La pratique tend à lui préférer le terme « caisse maladie régionale ».

b) Les caisses mutuelles régionales (CMR)

Les caisses mutuelles régionales (CMR) sont responsables, dans leur circonscription, sous le contrôle de la caisse nationale, de la gestion du régime. En particulier, elles ont pour missions de représenter le régime au niveau régional, d'immatriculer les assurés, de calculer et émettre les cotisations, de contrôler les organismes conventionnés, d'assurer le contrôle médical, d'organiser une action sanitaire et sociale en faveur des assurés ainsi qu'une action de prévention médicale, d'examiner les réclamations des assurés. Les trente et une caisses régionales se répartissent comme suit :

- vingt-quatre gèrent les artisans et commerçants de leur circonscription ;
- une gère les professions libérales de province ;
- trois gèrent respectivement les artisans, les commerçants et les professions libérales en Ile-de-France ;
- une gère les bateliers¹⁹⁵ ;
- deux gèrent les professions indépendantes des DOM.

Chaque CMR est administrée par un conseil d'administration qui comprend de 18 à 41 membres élus, leur nombre étant fonction du nombre d'affiliés.

c) Les organismes conventionnés (OC)

Les organismes conventionnés, au nombre de 174, sont des organismes privés, mutualistes ou assureurs, qui interviennent comme prestataires de services après avoir été habilités par la CANAM pour remplir cette fonction. Ils passent avec la CMR une convention établie conformément à un modèle approuvé par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ils ont pour mission de recouvrer les cotisations et de payer les prestations. Les assurés adhèrent à l'OC de leur choix.

3 – L'organisation financière

La CANAM gère notamment le fonds national du régime qui retrace l'ensemble des dépenses et des recettes du régime et dont le solde en fin d'exercice exprime le résultat de l'activité, le fonds national des

¹⁹⁵. Cette caisse a confié la gestion à la caisse des industriels et commerçants d'Ile-de-France.

prestations obligatoires, le fonds national de la gestion administrative, le fonds national d'action sanitaire et sociale, le fonds national de la médecine préventive.

Ces quatre derniers fonds doivent, en fin d'exercice, être équilibrés en recettes et en dépenses. Cet équilibre est assuré, pour chacun des fonds, par une dotation annuelle provenant du fonds national du régime, dont la charge est établie au vu de l'état détaillé d'exécution des dépenses communiqué par la CANAM et arrêtée par les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. Ce fonds national reçoit en recettes les cotisations des ressortissants, une part de la C3S et des transferts. La dotation permet de couvrir les dépenses de chaque fonds, lesquelles se composent des dépenses supportées par la caisse nationale (y compris la compensation démographique), des dépenses supportées par les caisses régionales et, dans le cas du fonds national de la gestion administrative, du montant des remises de gestion que la caisse nationale verse aux caisses régionales pour rémunérer les organismes avec lesquels elles ont passé convention.

La CANAM gère, par ailleurs, le fonds national des prestations supplémentaires des artisans créé le 1^{er} juillet 1995 pour verser des indemnités journalières à cette catégorie de professionnels.

B – Les résultats du régime

1 – La convention d'objectifs et de gestion

Une convention conclue entre l'Etat et la CANAM détermine les objectifs de gestion pluriannuels du régime, les moyens de fonctionnement dont la caisse dispose pour les atteindre et les actions à conduire par chacun des signataires à cette fin. La convention d'objectifs et de gestion de la CANAM a été conclue le 7 juillet 1998 pour la période 1998-2001. Ce dispositif contractuel a été complété par des contrats pluriannuels de gestion conclus entre la CANAM et les CMR en 1999 et 2000 et est venu encadrer des contrats d'objectifs conclus entre les CMR et les organismes conventionnés en 1998 et des contrats d'intéressement du personnel.

La convention signée entre la CANAM et l'Etat a fixé des objectifs relativement mesurés, témoignant probablement des interrogations que la démarche pouvait initialement susciter au sein du régime.

Selon les résultats définitifs de 1999 et provisoires au 30 juin 2000, la réussite est contrastée.

L'un des objectifs de la convention était d'améliorer le contrôle et la connaissance des revenus. Si des démarches ont été engagées en la matière, elles sont restées relativement modestes (les actions significatives ont été mises en place avec la direction générale des impôts, dans le but de comparer par appariement de fichiers les revenus déclarés, d'une part, dans la déclaration fiscale, d'autre part, dans la déclaration sociale)¹⁹⁶.

Lorsque les revenus ne sont pas déclarés, le contrôle est encore plus embryonnaire : si la CANAM a diffusé en 1998 aux caisses régionales et aux organismes conventionnés des informations sur le travail dissimulé, le faux travail indépendant ou encore la délocalisation de l'entreprise, le régime n'a pas mis en place les instruments qui lui permettraient, par exemple, d'effectuer un suivi au moins par sondage des entreprises radiées et de vérifier ce que deviennent les entreprises qui déclarent cesser leur activité.

L'amélioration du taux de recouvrement des cotisations a également été inscrite dans la convention d'objectifs et de gestion Etat-CANAM, qui précise que « *la CANAM s'engage à améliorer le taux moyen pondéré d'encaissement au 31 décembre des cinq derniers appels annuels émis avec un objectif compris entre 94 % et 94,5 % au 31 décembre 2001* ».

Cet objectif a été fixé à un niveau modeste, proche de ce qui avait été constaté au cours des années précédentes. Ceci a été confirmé par les résultats obtenus au plan national : dès 1997, un taux de recouvrement moyen de 94,34 % a été atteint, supérieur à la prévision et proche de l'objectif le plus élevé (94,5 %) fixé dans la convention pour la période 1998-2001.

Ces résultats s'expliquent, notamment, par la baisse des cotisations. Outre que celle-ci a pu favoriser un paiement plus spontané des cotisations par les assurés, elle a eu un impact mécanique favorable sur le taux de recouvrement : en effet, le poids relatif des dernières cotisations émises (dont le taux de recouvrement est le plus faible des cinq années prises en compte) s'est trouvé réduit, alors que, inversement, celui des cotisations émises dans les premières années de la période prise en compte (qui sont aussi celles qui connaissent le taux de recouvrement le plus élevé) s'est trouvé augmenté. L'amélioration du contexte économique et la diminution de la contestation ont pu, par ailleurs, avoir un impact positif sur le paiement des cotisations.

196. Cf. à ce propos *supra*, chapitre VIII, p. 279.

Ce constat a conduit la CANAM à intégrer cette modification du contexte dans les instructions adressées aux caisses régionales en juin 1998 concernant le renouvellement des contrats d'objectifs conclus avec les organismes conventionnés et à leur proposer des objectifs sensiblement plus ambitieux : la valeur optimale nationale du taux de recouvrement a été fixée à 97,55 % pour 1998, 98,01 % pour 1999, 98,29 % pour 2000. Cette démarche a pu alimenter les réticences manifestées par certaines CMR à l'égard du dispositif, celles-ci considérant que les objectifs étaient fixés à un niveau trop élevé. Dans les contrats conclus avec les CMR, la CANAM a alors renoncé à arrêter un taux pour chacune des années pour ne déterminer qu'un objectif final pour 2001, les caisses restant libres de définir leurs objectifs intermédiaires en matière de recouvrement.

Les taux de recouvrement atteints pour les années 1998 (95,88 %) et 1999 (96,11 %) confirment le bien fondé d'une révision à la hausse des objectifs fixés. Cette amélioration du recouvrement se retrouve dans toutes les CMR. Seules les caisses de Paris commerçants (92,85 %), de Paris artisans (93,97%), de Languedoc-Roussillon (92,79 %), de Corse (88,59 %), d'Antilles-Guyane (63,22 %) et de la Réunion (60,83 %) n'ont pas atteint le taux de 94 % en 1999.

En matière d'amélioration de la qualité des prestations servies par le régime, plusieurs indicateurs permettent de suivre l'activité des organismes conventionnés. Ainsi, les délais de liquidation des prestations ont été réduits : entre 1995 et 1999, le délai moyen est passé de 6,9 jours à 6,0 jours. Cette amélioration reflète imparfaitement une évolution de ce délai plus contrastée selon les organismes conventionnés.

S'agissant des résultats mesurés par des indicateurs comme le taux d'anomalies dans la codification des actes, le taux de contrôle de la validité des décomptes ou encore le taux de récupération des indus, une amélioration apparaît, plus ou moins marquée selon les organismes. Mais selon ces indicateurs, certains de ces organismes obtiendraient des résultats en apparence exemplaires, leurs actes ne faisant apparaître aucune anomalie. Il conviendrait de s'assurer que ces résultats ne sont pas dus à une insuffisance des contrôles exercés par les caisses régionales sur les organismes conventionnés.

Deux des objectifs de la COG sont les suivants : maîtriser l'évolution des coûts de gestion du régime et parvenir à des niveaux relativement homogènes eu égard aux caractéristiques propres des caisses régionales. Pour la mesure du second, l'indicateur utilisé est un coût de gestion moyen par assuré déterminé hors dépenses de personnel, hors amortissements, hors loyers, hors actions innovantes. Il est donc assis sur

un concept qui ne représente environ que 13 % des charges d'exploitation.

Les différentes caisses sont regroupées en plusieurs catégories en fonction du nombre de leurs assurés. On relève ainsi une catégorie exceptionnelle qui comprend les caisses les plus importantes (sept CMR), une première catégorie (sept CMR), une deuxième catégorie (quatre CMR), une troisième catégorie (douze CMR).

Pour chaque catégorie, un coût médian est déterminé et constitue l'objectif, après actualisation annuelle, vers lequel doivent tendre les différentes caisses d'une même catégorie.

On peut, en premier lieu, relever la signification toute relative de ce coût médian, eu égard au faible nombre de caisses dans chaque catégorie et aux écarts de coût qui peuvent être constatés au sein de chaque catégorie, d'autant que l'indicateur utilisé n'intègre qu'une partie des coûts de gestion des caisses. Le ratio coût de fonctionnement/assuré varie ainsi, par exemple, en 1998 de 18,24 F à 37,19 F dans la catégorie exceptionnelle (coût médian : 35,11 F) et atteint 77,10 F en Corse, 91,05 F aux Antilles-Guyane et 92,47 F à la Réunion.

En second lieu, on peut s'interroger sur la cohérence des perspectives affichées dans les contrats pluriannuels concernant l'évolution des coûts médians avec l'objectif figurant dans la convention entre la CANAM et l'Etat d'une stabilité des dépenses de fonctionnement en francs courants : comment espérer atteindre la stabilité des coûts dès lors que les objectifs retenus dans les principales catégories sont supérieures aux coûts unitaires ? Ainsi, pour la catégorie exceptionnelle, le coût médian est fixé à 35,22 F pour 1998, 36,00 F pour 1999 (+ 2,2 %), 36,77 F pour 2000 (+ 2,1 %), 36,36 F pour 2001 (- 1,1 %).

Il ressort du bilan intermédiaire fait par la CANAM que la politique de réduction de la dispersion des coûts de gestion pour les frais de fonctionnement n'a pas donné les résultats attendus. Par ailleurs, sur les 31 caisses régionales, 14 ont enregistré un coût par assuré supérieur à la cible du contrat pluriannuel de gestion. L'exercice 1999 a même globalement conduit à un résultat moins favorable que la situation de départ en ce qui concerne les écarts entre coûts médians : alors qu'il était prévu que le rapport entre le coût médian par catégorie de CMR le plus élevé et le coût médian le plus faible soit ramené à 1,46 au lieu de 1,54, celui-ci a atteint 1,65 à la fin de 1999.

La démarche engagée pour maîtriser l'évolution des coûts de gestion et les homogénéiser s'appuie donc sur des indicateurs partiels et n'a dégagé au cours de la période examinée par la Cour que des résultats peu convaincants.

2 – Le contrat d'intéressement

La CANAM et les représentants du personnel ont conclu un contrat d'intéressement. Le dispositif a été appliqué pour la première fois en 1993 pour une période de trois ans. Deux autres contrats ont été conclus par la suite : l'un pour la période 1996-1998, l'autre pour la période 1999-2001. L'intéressement est versé aux salariés de la CANAM et des caisses régionales au vu des résultats obtenus pour un exercice donné. Ces résultats sont mesurés par rapport à des objectifs quantifiés se rapportant à un certain nombre d'indicateurs. Pour le contrat d'intéressement de la période 1999-2001, les indicateurs retenus visent le recouvrement des cotisations et le recours contre tiers, la gestion du risque, les délais, la qualité de la liquidation des prestations, le contrôle interne.

Chaque objectif ainsi défini est affecté d'un coefficient (20 points pour le taux d'encaissement des cotisations, 17 points pour le montant des indus récupérés, ...), le total des coefficients étant de 100. Les résultats obtenus sont consolidés au niveau national, ce qui permet de déterminer l'enveloppe financière de l'intéressement, qui ne peut excéder 2 % de la masse salariale. Cette enveloppe nationale est complétée par deux dotations d'intéressement, l'une aux performances régionales, l'autre à l'amélioration des performances régionales, chacune d'elles étant égale à la moitié de la dotation nationale. La prime attribuée est la même pour tous les personnels d'une même caisse (sauf dans les cas de temps partiel et de congés maladie).

Les résultats globaux se présentent de la manière suivante.

Année	Contrat	Coefficient de performance	% de masse salariale distribué	Prime moyenne versée (en F et (€))
1994	1 ^{er} contrat	1	2	2 956
1995		1	2	2 868
1996	2 ^{ème} contrat	0,81737	1,63	2 973
1997		1	2,0	3 803
1998		1	2,0	3 923
1999	3 ^{ème} contrat	0,67639	1,35	2 726 (415,6)

La prime a connu une progression constante au cours des trois années du précédent contrat (1996-1998), en raison de l'amélioration des résultats obtenus par les caisses sur l'ensemble des indicateurs, et notamment en matière de recouvrement des cotisations et de délais de traitement des dossiers. En 1999, le coefficient de performance a en revanche globalement diminué. Les résultats ont été marqués, notamment, par les difficultés de conception de l'indicateur de performance lié aux

taux d'encaissement des cotisations. Pour pallier cette difficulté, la CANAM a négocié un avenant avec les organisations syndicales définissant les nouveaux seuils et objectifs en matière d'encaissement des cotisations. Il a été agréé le 29 décembre 2000. La conséquence pratique de cet avenant a été de réduire le niveau d'un des objectifs pour l'avenir pour ne pas trop abaisser le niveau de la prime d'intéressement. Une telle pratique retire une partie de sa signification à la démarche visant à combiner intéressement et amélioration des performances.

Il serait souhaitable, par ailleurs, que ce contrat d'intéressement s'articule davantage avec la COG et les contrats pluriannuels de gestion, voire s'y intègre, en particulier en harmonisant les durées et les calendriers de chaque exercice.

C – La gestion du régime

1 – Les effectifs

La convention d'objectifs et de gestion prévoit de stabiliser pendant toute la période 1998-2001 l'effectif budgétaire de l'ensemble CANAM et CMR à son niveau du 31 décembre 1997, soit 1441 emplois (en équivalent temps plein). L'évolution des effectifs ainsi arrêtée s'inscrit dans un mouvement de très lente réduction (graphique ci-avant).

La convention Etat-CANAM a reconduit le nombre des postes budgétaires qui avait été celui du régime depuis 1995 (hors les postes de praticiens). Cette stabilité des effectifs depuis 1995 est à comparer à l'évolution de ceux de la population couverte : celle-ci a diminué d'environ 300 000 personnes pendant la même période (-8,7 %). Même si une évolution strictement parallèle peut ne pas être toujours justifiée, l'impact de la baisse sensible du nombre des bénéficiaires du régime sur l'activité des CMR n'a ainsi pratiquement pas été pris en compte.

En ce qui concerne les médecins conseils statutaires, le régime d'assurance maladie des professions indépendantes compte 104 postes budgétaires, soit un médecin conseil pour 30 000 personnes protégées, contre 1 pour 18 000 pour le régime général. On en a déduit la nécessité d'aligner le régime des professions indépendantes sur le régime général, ce qui conduit à porter le nombre des médecins-conseils à 157. Une première étape est prévue dans le cadre de la convention 1998-2001 et doit aboutir à la création de 27 postes de médecins-conseils statutaires. Ces créations doivent se faire par redéploiement, en réduisant le nombre

des vacances à hauteur de 22 équivalents temps plein et en ne remplaçant pas cinq agents administratifs partant à la retraite.

2 – Congés et absences

Sur la période 1995-1999, le nombre d'absences a crû, en particulier en raison de l'augmentation du nombre de jours d'absence pour des motifs **autres** que les congés payés, la maladie, la maternité. Ce type de congés « autres » comprend les journées de formalités (3 jours prévus par le convention collective), les journées exceptionnelles liées aux usages, les congés de longue durée, les congés sans solde, les congés syndicaux, les congés sabbatiques et les congés parentaux d'éducation.

Par ailleurs, les situations sont très différenciées selon les caisses régionales, comme on peut le voir à partir des cas extrêmes :

(en % du nombre total de jours travaillés)

	Congés payés	Congés article 32*	Maladie et accidents du travail	Maternité	Autres motifs	Total tous motifs
Poitou Charentes	11,3	0,5	13,9	1,7	2,6	30,0
Provence Alpes Côte d'Azur	10,1	0,6	11,7	2,8	3,0	28,3
Corse	9,4	0,2	2,5	0	16,0	28,1
Picardie	10,5	0,6	10,8	0,6	5,0	27,5
Alsace	10,0	0,4	1,6	4,3	10,4	26,6
Antilles Guyane	10,6	0,3	3,8	1,4	0,4	16,3
Basse Normandie	12,4	0,6	1,2	0	1,5	15,7
Aquitaine	10,1	0,3	4,2	0,4	0,8	15,7
Nord	10,0	0,3	3,1	0	1,2	14,7
Limousin	11,2	0,2	0,8	0	0,7	12,9
Ensemble du régime	10,9	0,4	4,8	1,9	3,4	21,4

* Congés pour événements familiaux (article 32 de la convention collective)

Une partie de ces écarts s'explique par le fait que les CMR sont parfois de très petite taille. Une autre partie, en revanche, apparaît sans doute comme la manifestation d'une inégale qualité de gestion des ressources humaines entre les caisses.

Afin de réduire l'absentéisme, la CANAM a pris très récemment certaines mesures :

- dans le cadre du contrat d'intéressement, la prime individuelle a été réduite de 1/360^{ème} par jour d'arrêt maladie – pour les

arrêts de 9 à 30 jours – ceci en vue de diminuer le petit absentéisme ;

- dans le cadre du protocole d'accord sur l'aménagement et la réduction du temps de travail, le calcul des jours de repos au titre de la réduction du temps de travail a été établi pour partie en réintégrant 3 journées conventionnelles (dites de formalités) ainsi que les jours de repos accordés au titre des usages locaux.

L'impact de ces mesures devra être évalué, notamment dans les caisses qui ont pratiqué, dans ce domaine, au cours des dernières années, la gestion la moins rigoureuse.

D – Le réseau des CMR et des OC

Les COREC et les CODEC ont contrôlé la gestion des caisses mutuelles régionales et des organismes conventionnés. Ces contrôles portent sur l'année 1999. La synthèse des 48 contrôles, répartis dans 18 régions, permet de compléter les observations faites ci-dessus consacrées à la CANAM et à l'ensemble du régime par l'analyse du fonctionnement de ce réseau.

L'impression d'ensemble est positive : selon les comités, le réseau paraît bien fonctionner.

La gestion technique est correcte, comme les indicateurs globaux de qualité du service rendu présentés *supra* le laissaient attendre. Les relations entre caisses régionales et organismes conventionnés sont dans l'ensemble bien structurées et efficaces, les contrôles sur l'exactitude des prestations versées font apparaître des taux d'erreur peu élevés. Le seul problème souvent mentionné concerne les organismes de petite taille : leur gestion fait apparaître une variabilité importante dans les délais et erreurs de liquidation, et parfois un non-respect de la séparation entre ordonnateur et comptable (même si, concrètement, l'organisme peut être bien géré). Cela pose la question de la taille critique minimale de certaines caisses régionales ou de certains organismes conventionnés, et devrait conduire à réfléchir à des regroupements, et cela d'autant plus que les techniques informatiques, élément essentiel de ce type d'activité, permettent aujourd'hui des traitements plus regroupés.

La gestion administrative paraît également aux vérificateurs des COREC et CODEC globalement satisfaisante, même s'ils émettent quelques observations sur tel ou tel aspect. Les moyens en personnel des CMR paraissent confortables. Les taux d'encadrement sont très différents (ils varient de 21 % à 43 % dans l'échantillon des CMR contrôlés) ; ils

sont très élevés dans les petites caisses, ce qui les rend coûteuses et souligne à nouveau l'intérêt d'une réflexion sur l'adaptation du réseau. Les relations entre CMR et OC sont régies par des contrats triennaux de gestion, comportant des indicateurs de résultats, certains imposés par la CANAM, d'autres choisis librement par la CMR dans une liste préétablie. Des points sont attribués en fonction du degré d'atteinte des objectifs ; ils permettent de déterminer le montant des majorations des remises de gestion accordées aux OC. Ces seuils et objectifs déterminés à l'occasion des contrats élaborés par la CMR et ses OC, qui sont connus et diffusés, ainsi que les résultats obtenus par les OC, jouent un rôle de stimulant et d'incitation à de meilleurs résultats. Globalement positif, le dispositif peut cependant présenter quelques effets pervers, sur lesquels les COREC et CODEC attirent l'attention : des OC aux performances médiocres sont récompensés pour des progrès parfois faciles à obtenir, des OC très performants doivent au contraire faire toujours mieux même si certains objectifs, une fois atteints, ne peuvent être que difficilement améliorés. D'ailleurs les résultats des OC paraissent assez différents, bien qu'il soit difficile de les mesurer avec précision s'agissant du régime obligatoire : en l'absence de texte, les organismes considèrent qu'ils n'ont pas à justifier de leurs résultats sur la gestion du régime obligatoire, ce qui entraîne une grande diversité dans la détermination des charges supportées par ce régime d'un OC – ou d'un réseau d'OC – à l'autre.

Enfin, certaines observations des COREC et CODEC portent sur l'organisation informatique du réseau. Il n'y a pas d'accès directs réciproques entre les systèmes d'information des CMR et des OC, ce qui empêche la transmission et l'exploitation des informations d'être optimales. La méconnaissance, par les CMR, des organisations informatiques des OC empêche le binôme CMR-OC d'évoluer vers un fonctionnement plus performant. D'une façon générale, l'organisation informatique du régime repose sur un ensemble sans doute trop hétérogène, ce qui peut être à la source de certains dysfonctionnements ou disparités difficiles à réduire.

RECOMMANDATION

Améliorer la gestion du régime, c'est-à-dire :

- examiner une simplification des structures du réseau, reposant par exemple sur un regroupement de certaines caisses mutuelles régionales, notamment les petites ;

- poursuivre les efforts en matière de réduction des disparités de coût entre CMR ;

- mieux articuler la démarche du contrat d'intéressement avec celle de la COG et des contrats pluriannuels de gestion, et ne plus en affaiblir la signification par des changements de modalités d'application ;

- réexaminer les effectifs de l'ensemble CANAM et CMR, eu égard à la baisse du nombre de bénéficiaires.

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES PAGE 591

II – Les régimes de retraite des professions indépendantes non agricoles

Cette section est principalement consacrée aux régimes de retraite, de base et complémentaires, des artisans et des commerçants.

A – Présentation des régimes des artisans et des commerçants

La retraite des artisans et des commerçants est gérée par deux organisations autonomes : les assurances vieillesse des artisans (AVA)¹⁹⁷ et l'organisation autonome nationale de l'industrie et du commerce (ORGANIC). La Cour a contrôlé ces deux régimes et cette section présente certains enseignements de ces contrôles.

1 – Les régimes obligatoires de retraite

a) Les caractéristiques réglementaires

La loi du 17 janvier 1948 a institué les organisations autonomes d'allocation de vieillesse des professions artisanales et des professions industrielles et commerciales, en même temps que celles des professions libérales et des professions agricoles. Les non salariés avaient en effet choisi de ne pas rejoindre le régime général mis en place par

197. On désigne souvent ce régime par le nom de sa caisse nationale, la CANCAVA (Caisse autonome nationale de compensation de l'assurance vieillesse des artisans).

l'ordonnance du 4 octobre 1945, et se sont dotés d'une couverture vieillesse de base spécifique, différenciée par catégorie professionnelle.

Par la suite, les régimes des artisans et des commerçants ont été alignés sur le régime général par la loi du 3 juillet 1972, avec effet au 1^{er} janvier 1973. Les règles de fonctionnement des régimes de base des artisans et des commerçants sont donc désormais celles du régime général, avec toutefois quelques légères différences. Par exemple, il n'existe pas de cotisation déplafonnée pour les artisans et les commerçants ; l'augmentation du nombre des meilleures années prises en compte dans le calcul du revenu moyen de carrière – augmentation introduite par la réforme de 1993 – suit un calendrier plus étendu que celui du régime général (le calcul ne reposera sur les 25 meilleures années qu'en 2013 au lieu de 2008 au régime général).

Le changement de régime en 1973 entraîne la coexistence des deux réglementations. Les régimes de base actuels servent des prestations qui sont calculées en fonction des droits acquis dans le régime antérieur à 1973 et des droits acquis dans le nouveau régime.

Ces régimes de retraite de base ont été complétés par des régimes complémentaires obligatoires. Le régime complémentaire obligatoire des artisans, créé en 1979, est un régime en points, dont l'objectif est d'assurer, après une carrière complète, une pension équivalant à 20 % du revenu moyen de carrière. De leur côté, les commerçants disposent d'un régime de retraite complémentaire obligatoire dit « des conjoints ». Ce régime, créé en 1978, assure un complément de retraite aux assurés mariés.

Les conjoints des artisans et des commerçants sont souvent associés à l'activité de l'entreprise. Cette participation, qui ne donne pas nécessairement lieu à rémunération, a été reconnue à travers des dispositions particulières de l'assurance vieillesse.

En premier lieu, la reconnaissance du rôle des conjoints s'est traduite, dans les régimes antérieurs à l'alignement, par l'attribution d'avantages spécifiques aux assurés mariés. Ces avantages consistaient en une majoration de la pension du chef d'entreprise et un complément de la pension de réversion du conjoint survivant. Ces avantages, qui ne bénéficiaient qu'aux retraités mariés, étaient financés par les cotisations du régime payées par tous les assurés.

Depuis l'alignement sur le régime général, les régimes de base garantissent des droits identiques à ceux des salariés du secteur privé. Il n'existe donc plus d'avantages particuliers pour les retraités mariés¹⁹⁸.

Cependant, à la suite de l'alignement, les commerçants ont souhaité maintenir les avantages du régime antérieur en faveur des retraités mariés. Un régime complémentaire obligatoire, dit « des conjoints », a donc été créé pour maintenir le service de ces avantages. Conformément aux avantages servis par le régime antérieur à l'alignement, ce régime complémentaire assure aux retraités qui étaient mariés au moins deux ans avant leur retraite, dans des conditions qui ont été revues en 1998 et 1999, une majoration de leurs droits propres dans le régime de base, et une majoration de la réversion du régime de base pour leur conjoint survivant. Ce régime complémentaire est financé par des cotisations payées par tous les adhérents actifs, qu'ils soient mariés ou non.

Les majorations servies par le régime complémentaire des conjoints sont déterminées en fonction des droits acquis dans le régime aligné. Lorsque les droits acquis dans le régime antérieur à l'alignement donnent lieu à majorations, ces dernières sont à la charge du régime de base, comme tous les droits acquis dans le régime antérieur.

Les artisans n'ont pas choisi de créer après l'alignement un régime complémentaire des conjoints, mais ont préféré un régime complémentaire universel. Néanmoins, les droits acquis dans le régime antérieur à l'alignement, à la charge de l'actuel régime de base, sont toujours calculés selon les anciennes règles et sont donc susceptibles de comporter des majorations pour conjoints.

La participation des conjoints à l'activité de l'entreprise est reconnue d'une seconde façon : les régimes de base offrent la possibilité aux conjoints des assurés d'acquérir à titre personnel des droits à retraite, en versant des cotisations au titre de « conjoint collaborateur ». Deux options de cotisation sont offertes. Dans la première, le chef d'entreprise continuant à cotiser sur la totalité des revenus, le conjoint collaborateur choisit une assiette qui peut être soit le tiers du plafond de la sécurité sociale, soit le tiers ou la moitié du revenu de l'entreprise. Dans la seconde option, le chef d'entreprise et le conjoint partagent le revenu de l'entreprise dans des proportions deux tiers/un tiers ou moitié/moitié.

Outre leurs propres prestations, les régimes de base gèrent enfin une prestation spécifique aux artisans et commerçants qui n'est pas une

198. A l'exception de la majoration de la retraite pour conjoint à charge, dont le montant annuel est de 4 000 F (609,8 €).

prestation de sécurité sociale : il s'agit de l'indemnité de départ. Elle constitue une aide aux artisans et commerçants âgés qui éprouvent des difficultés à céder leur fonds. Elle est financée par une taxe à la charge des grandes surfaces¹⁹⁹, la taxe d'aide au commerce et à l'artisanat (TACA), dont le produit sert également au financement direct de l'ORGANIC et de la CANCAVA, ainsi qu'à celui du fonds d'intervention pour la sauvegarde, la transmission et la restructuration des activités commerciales et artisanales (FISAC).

b) La situation démographique

Les régimes de retraite des artisans et des commerçants présentent des situations démographiques déséquilibrées.

A la fin de l'année 2000, la CANCAVA comptait 503 596 cotisants et 778 846 retraités. Parmi les retraités, on comptait 495 937 retraités de droit direct, 63 132 conjoints « coexistants » et 219 777 retraités de droit dérivé.

L'ORGANIC comptait, en 2000, 643 400 cotisants et 933 078 retraités (721 672 de droit direct et 211 406 de droit dérivé).

Ces déséquilibres démographiques doivent être relativisés par les durées de carrière relativement courtes des affiliés. Ainsi, pour l'ensemble des commerçants retraités, la durée d'affiliation à l'ORGANIC est en moyenne de 12 ans. Pour les artisans retraités, la carrière relevant des AVA est en moyenne de 18,5 années. Ces durées moyennes courtes entraînent mécaniquement une faiblesse du ratio cotisants/retraités. Néanmoins, elles ne suffisent pas à expliquer les situations démographiques des deux régimes, qui sont en déséquilibre structurel comme le montrent les résultats financiers.

c) La situation financière des régimes de base

Le déséquilibre démographique des régimes a des conséquences sur leur financement. Les cotisations payées par les actifs ne suffisent pas à couvrir les prestations. Les comptes des régimes doivent donc être équilibrés par des ressources externes.

Les cotisations représentent à peine la moitié des ressources du régime des **artisans** (tableau ci-dessous).

199. Précisément, les établissements de vente au détail de plus de 400 m², dont le chiffre d'affaires hors taxes est supérieur ou égal à 3 MF (0,5 M€).

**Compte simplifié du régime de base des artisans pour l'exercice 2000
(droits constatés)**

Produits	MF et (M€)	%	Charges	MF et (M€)	%
Cotisations, majorations, pénalités	7 887,0	62,2	Prestations d'assurance vieillesse	13 229,7	94,2
Compensation démographique	1 896,2	15,0	Gestion administrative	441,5	3,1
Contribution sociale de solidarité des sociétés	1 886,3	14,9	Action sociale	119,3	0,8
Fonds de solidarité vieillesse	722,4	5,7	Admissions en non-valeur	87,1	0,6
TACA*	143,0	1,1	Provisions pour dépréciation des créances sur cotisants	164,5	1,2
Excédent de gestion financière	49,1	0,4	Actions contentieuses	9,1	0,1
Autres produits (produits exceptionnels, reprises sur provisions)	93,2	0,7			
Total des produits	12 677,2 (1 932,6)	100,0	Total des charges	14 051,2 (2 142,1)	100,0
Résultat	- 1 374,0	- 10,8			

* *Taxe d'aide au commerce et à l'artisanat.*

Les autres ressources proviennent principalement :

- de la compensation démographique entre les régimes de retraite, en raison de la situation démographique dégradée du régime des artisans relativement à celles des autres régimes ; cette compensation, à la charge des régimes de salariés et des professions libérales, bénéficie aux exploitants agricoles (36 MdF (5,5 Md€) à l'ORGANIC et à la CANCAVA ;
- du fonds de solidarité vieillesse qui prend en charge certaines cotisations (validations des périodes de service militaire) et certaines prestations (majorations familiales du régime aligné, minimum vieillesse) ;
- de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), qui assure l'équilibre du régime. Cette contribution, qui est recouvrée par l'ORGANIC, constitue une ressource d'équilibre pour les régimes d'assurance maladie des non salariés non agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des

artisans et des commerçants. Le fonds de solidarité vieillesse reçoit, le cas échéant, le solde de C3S. Calculée à hauteur de 0,13 % du chiffre d'affaires hors taxes (à condition qu'il soit supérieur à 5 MF (0,8 M€)), la C3S est à la charge principalement des sociétés commerciales et de certaines entreprises publiques.

Ces trois sources de financement assurent environ la moitié des ressources du régime. Dans les comptes de l'année 2000, cette proportion apparaît toutefois inférieure. Cela provient d'un versement de C3S limité, insuffisant pour équilibrer le régime. En 1999, un versement de C3S plus important avait conduit à un résultat excédentaire.

Les comptes de l'ORGANIC présentent pour le régime de base des **commerçants** une structure voisine de celle du régime des artisans. Les cotisations constituent un peu moins de la moitié des ressources, le complément étant essentiellement apporté, comme pour les artisans, par la compensation démographique, le fonds de solidarité vieillesse, et le transfert d'équilibre de contribution sociale de solidarité des sociétés. Comme pour la CANCAVA, le versement de C3S en 2000, qui fait suite à un versement important en 1999, ne suffit pas à équilibrer le régime.

Compte simplifié du régime de base des commerçants pour l'exercice 2000 (droits constatés)

Produits	MF et (M€)	%	Charges	MF et (M€)	%
Cotisations, majorations, pénalités	9 015,4	49,8	Prestations d'assurance vieillesse	18 263,4	91,1
Compensation démographique	4 415,6	24,4	Gestion administrative	910,8	4,5
Contribution sociale de solidarité des sociétés	3 363,0	18,6	Action sociale	244,0	1,2
Fonds de solidarité vieillesse	751,7	4,2	Charges exceptionnelles	390,3	1,9
TACA*	157,0	0,9	Dotations aux provisions	228,0	1,1
Autres produits (dont reprises sur provisions)	389,0	2,1	Autres charges	0,7	0,0
Total des produits	18 091,7 (2 758,1)	100,0	Total des charges	20 037,2 (3 054,7)	100,0
Résultat	-1 945,5	-0,9			

* Taxe d'aide au commerce et à l'artisanat

d) La situation financière des régimes complémentaires obligatoires

A la différence des régimes de base, les régimes complémentaires doivent assurer leur équilibre financier avec leurs propres ressources. Les situations sont assez différentes pour les artisans et les commerçants.

En ce qui concerne le régime complémentaire des **artisans**, les comptes financiers présentent un excédent important. Du fait de sa création récente, il n'a pas encore atteint son régime « de croisière » en terme de prestations. En outre, il a accumulé des réserves, de l'ordre de 25 MdF (3,8 Md€), qui produisent d'importants revenus. Ce régime dégage donc un résultat nettement excédentaire (tableau ci-dessous).

Compte simplifié du régime complémentaire des artisans pour l'exercice 2000 (droits constatés)

Produits	MF et (M€)	%	Charges	MF et (M€)	%
Cotisations, majorations, pénalités	3 179,0	62,9	Prestations	3 171,8	93,7
Excédent de gestion financière	1 844,7	36,5	Action sociale	39,6	1,2
Autres produits (reprises sur provisions)	34,3	0,7	Gestion administrative	112,2	3,3
			Admissions en non-valeur	32,5	1,0
			Provisions pour dépréciation des créances sur cotisants	28,3	0,8
			Actions contentieuses	2,2	0,1
Total des produits	5 058,0 (771,1)	100,0	Total des charges	3 386,6 (516,3)	100,0
Résultat	1 671,4	33,0			

Le régime complémentaire des **conjointes des commerçants** affiche une situation moins favorable. Une réforme a été décidée en 1998 (voir *infra*) alors que le régime était déficitaire. En 1999 et 2000, le régime est parvenu à s'équilibrer.

**Compte simplifié du régime complémentaire des conjoints des
commerçants pour l'exercice 2000 (droits constatés)**

Produits	MF et (M€)	%	Charges	MF et (M€)	%
Cotisations, majorations, pénalités	1 757,9	99,1	Prestations	1 536,5	92,7
Excédent de gestion financière	12,5	0,7	Autres charges (dotations aux provisions et charges exceptionnelles)	121,2	7,3
Autres produits (dont reprises sur provisions et produits exceptionnels)	4,3	0,2			
Total des produits	1 774,8 (270,6)	100,0	Total des charges	1 657,6 (252,7)	100,0
Résultat	117,1	6,6			

2 – Les autres régimes

Outre les régimes de retraite obligatoires, les artisans et les commerçants disposent d'autres régimes, obligatoires ou facultatifs.

La couverture obligatoire des artisans comporte un régime invalidité-décès, créé en 1961 pour le risque décès et 1963 pour le risque invalidité. Par ailleurs, il existe deux régimes facultatifs gérés par la mutuelle nationale de retraite des artisans (MNRA) fondée en 1987 : un régime complémentaire de retraite et un régime complémentaire d'invalidité-décès.

La couverture obligatoire des commerçants comprend un régime d'assurance invalidité-décès, créé en 1975. Les commerçants disposent également d'un régime de retraite complémentaire facultatif. Ce régime est facultatif, ce qui le conduit à constituer des réserves importantes pour préfinancer ses prestations. La couverture complémentaire des commerçants est donc assurée par le régime obligatoire des conjoints et par ce régime complémentaire facultatif.

B – Les perspectives démographiques et financières

1 – Les régimes de base

Les régimes de retraite de base des artisans et des commerçants connaissent depuis de nombreuses années un déséquilibre démographique, qui s'est accentué au cours de la dernière décennie. Pour cette raison, les régimes entreprennent différentes actions afin d'élargir leur base cotisante. Néanmoins, les résultats seront sans doute limités et, à long terme, les déséquilibres devraient perdurer.

a) Baisse des cotisants, hausse des retraités

Les effectifs de cotisants de la CANCAVA et de l'ORGANIC ont connu une baisse sensible au début des années quatre-vingt-dix, puis une relative stabilisation ensuite (graphique ci-après). Parallèlement, le nombre total de retraités (droit direct et droit dérivé) a augmenté notablement dans les deux régimes : + 17,3 % à la CANCAVA entre 1990 et 2000, + 9,3 % à l'ORGANIC.

Le « ratio démographique » (rapport entre nombre de cotisants et nombre de retraités) de la CANCAVA a ainsi décliné de 0,82 en 1990 à 0,65 en 2000. Pour l'ORGANIC, il est passé de 0,77 à 0,69.

b) Les actions des régimes pour accroître le nombre de cotisants

Une des principales préoccupations des gestionnaires des régimes est donc la recherche d'un accroissement du nombre des cotisants. Pour cela, les régimes mènent principalement deux types d'actions : des actions de communication auprès des nouveaux actifs pour valoriser le statut de travailleur non salarié, et la promotion auprès des assurés du statut de conjoint collaborateur pour susciter des adhésions parmi leurs conjoints.

Selon les régimes, l'une des causes à l'origine de l'érosion du nombre de cotisants est la « fuite » des artisans et des commerçants vers le régime général. En effet, bon nombre d'entreprises artisanales ou commerciales sont créées sous forme de société : suivant le statut adopté par le chef d'entreprise, ce dernier peut choisir de relever, en matière d'assurance vieillesse, du régime des travailleurs non salariés, du régime général ou de ne s'affilier à aucun régime.

Lors de la création de leur entreprise, les nouveaux artisans ou commerçants font le choix du statut qui leur paraît le plus avantageux. Certains préfèrent ainsi s'affilier au régime général et non pas à un régime de non salariés. La CANCAVA évaluait en 1997 à 100 000 le nombre d'artisans ayant opté pour le régime général. De son côté, l'ORGANIC estime que le nombre des gérants de SARL « affiliables » pourrait être de l'ordre de 90 000.

Les régimes mènent donc une politique active pour valoriser le statut de travailleur indépendant. Des informations sont dispensées aux adhérents potentiels dans les centres de formalités des entreprises. Des rencontres sont organisées afin de leur présenter les avantages et inconvénients des différents statuts. Des conventions sont passées avec les chambres des métiers et les experts-comptables afin d'améliorer le conseil aux nouveaux adhérents.

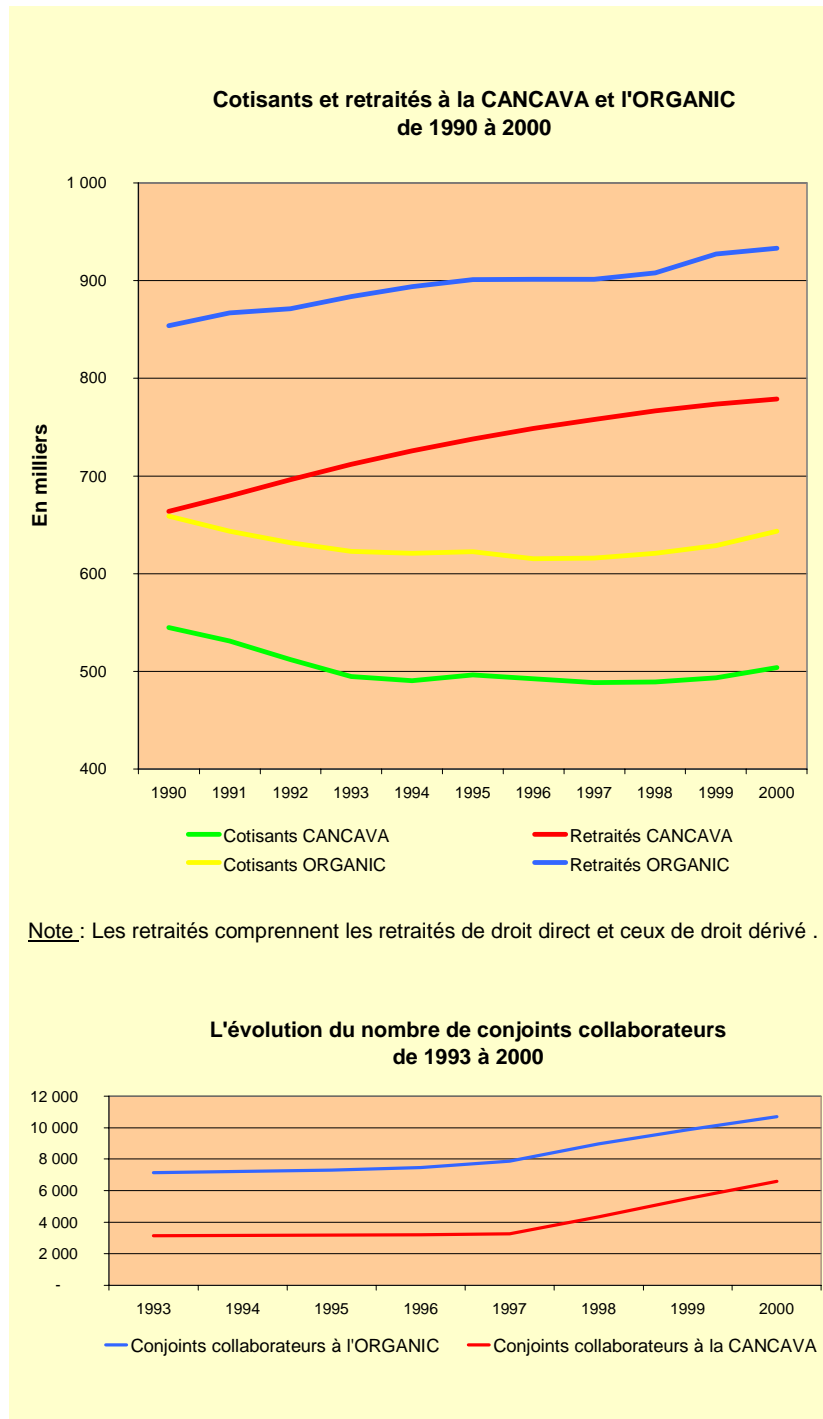
Afin d'accroître le nombre de leurs cotisants, l'ORGANIC et la CANCAVA cherchent également à développer les affiliations au titre de conjoint collaborateur.

Ainsi, en 1998, ORGANIC a adressé un courrier à 176 000 adhérents, afin de promouvoir le statut de conjoint collaborateur. L'augmentation des adhésions a été cette année-là de 1100 personnes, très supérieure à celles des années précédentes (graphique ci-après). Toutefois, les conjoints collaborateurs ne constituent qu'une petite proportion des cotisants (moins de 2 %). En outre, le résultat de l'opération de promotion peut être jugé décevant, si l'on note que les affiliations supplémentaires de l'année ne représentent que 0,6 % de la population destinataire de cet envoi en nombre. Il faut toutefois préciser que le ciblage de l'opération était rendu délicat par le manque d'informations sur le statut matrimonial des affiliés. De surcroît, l'existence du régime complémentaire des conjoints, qui constitue déjà une prise en compte de la participation du conjoint, fait en quelque sorte « double emploi » avec une affiliation comme conjoint collaborateur.

De la même façon, la CANCAVA a cherché à promouvoir le statut de conjoint collaborateur. Les affiliations ont augmenté depuis 1998, mais elles constituent moins de 1,5 % de l'effectif total des cotisants (graphique ci-après).

c) L'avenir des régimes

Les résultats des campagnes d'affiliation, qui restent modestes comparés aux déséquilibres démographiques et aux ambitions, à vrai dire irréalistes, affichées dans les conventions d'objectifs et de gestion des



deux organismes, conduisent à s'interroger sur l'avenir des régimes. Même si les évolutions dépendent dans une certaine mesure de la conjoncture économique, plus ou moins favorable à la création et à la survie des entreprises, les efforts des régimes pour accroître leur effectif de cotisants ne suffiront très probablement pas à rétablir les équilibres financiers.

L'environnement juridique – que les régimes ne maîtrisent pas – incite fortement à choisir le statut de salarié, qui permet de s'assurer une couverture sociale, en se rémunérant au salaire minimum et en se versant des dividendes.

Le recrutement des conjoints collaborateurs permet certes d'accroître l'effectif des cotisants, mais ces nouveaux cotisants apportent des ressources limitées aux régimes. En effet, quelle que soit l'option de cotisation choisie, l'assiette de cotisation est le plus souvent inférieure à celle d'un chef d'entreprise. En conséquence, le développement des conjoints collaborateurs ne peut avoir qu'un impact limité sur leur équilibre financier.

A plus long terme, les projections réalisées dans le cadre des travaux du Commissariat général du Plan (commission « Charpin ») mettent en évidence la poursuite des déséquilibres structurels. Le besoin de financement des deux régimes augmente sur la période, en atteignant en 2040 pratiquement le double de sa valeur actuelle. L'équilibre financier continue donc à exiger une ressource externe.

Malgré la légère remontée des effectifs de cotisants observée ces dernières années, l'évolution à la baisse qui s'est manifestée au cours des dernières décennies constitue probablement une tendance structurelle de long terme. Les régimes ont d'ores et déjà adapté leur gestion à la réduction des effectifs, en particulier en procédant au regroupement de leurs caisses de base. Mais une réflexion de plus grande ampleur pourrait être menée sur les évolutions à envisager dans la mesure où la baisse des effectifs devrait se poursuivre.

En tout état de cause, il serait nécessaire d'améliorer les sources d'informations statistiques sur les artisans et commerçants, et de mener des études afin de mesurer la sensibilité des évolutions et des prévisions à divers contextes économiques et juridiques.

2 – Les régimes complémentaires obligatoires

Les régimes complémentaires obligatoires sont sensibles aux mêmes facteurs que les régimes de base, en particulier au contexte démographique. Néanmoins, ces régimes complémentaires, plus jeunes

que les régimes de base, ne sont pas encore confrontés aux mêmes difficultés. Par ailleurs, les régimes complémentaires obligatoires des artisans et commerçants, qui ne sont pas de même nature, n'ont pas les mêmes évolutions.

a) Le régime complémentaire obligatoire des artisans

Le régime complémentaire des artisans a été mis en place en 1979. Il s'agit donc d'un régime jeune, qui n'a pas atteint sa maturité. Certains ajustements ont cependant été décidés en 1997.

La fixation des paramètres avait à l'origine été établie en fonction de projections réalisées sur une période de vingt ans (le premier contrat de génération 1977-1996). Le taux de cotisation, fixé à 4,4 %, a ensuite été porté à 4,5 % en 1985, pour permettre le financement de la « retraite à 60 ans »²⁰⁰. La faiblesse des droits à verser dans les premières années de fonctionnement a permis au régime d'être en excédent et d'accumuler des réserves. Jusqu'en 1994, les cotisations ont été supérieures aux prestations, les réserves atteignant en 1995 l'équivalent de 9,5 années de prestations. A partir de 1995, les cotisations n'ont plus suffi à financer les prestations qui continuaient leur progression rapide. L'équilibre du régime a donc dû être assuré grâce à une partie des revenus des réserves. La discussion du second contrat de génération (1997-2016) a été l'occasion de fixer des nouvelles valeurs des paramètres susceptibles d'assurer à long terme l'équilibre du régime. Des modifications importantes sont intervenues : le taux de cotisation a été augmenté progressivement de 4,5 % en 1996 à 6 % en 2000 ; le rendement technique a été abaissé de 11,5 % à 8,5 % en 2000²⁰¹ ; le plafond de cotisation est passé, en 1997, de trois à quatre fois le plafond de la sécurité sociale. Selon les projections, ces modifications permettront d'assurer le financement du régime jusqu'au terme du contrat de génération (2016), tout en maintenant le taux de remplacement servi à

200. Cette hausse de 0,1 point lors de l'abaissement de l'âge de la retraite à 60 ans est très modeste. Il s'explique sans doute par la jeunesse du régime qui, compte tenu du faible nombre de pensionnés, pouvait s'équilibrer et même accumuler des réserves grâce à ce taux de cotisation, malgré l'abaissement de l'âge de la retraite. Comparativement, les régimes complémentaires de salariés du privé n'ont pas pris en charge l'abaissement de l'âge de la retraite à 60 ans : ce dernier a été financé par de nouvelles ressources (cotisations et subvention de l'Etat) gérées par l'association pour la gestion de la structure financière (ASF).

201. Dans un régime en points, le rendement technique s'obtient en rapportant la valeur du point (à la liquidation) à son prix d'achat (lequel est dénommé « salaire ou revenu de référence »).

20 % du revenu moyen d'activité. Le redressement du ratio cotisations/prestations est visible dans le tableau suivant.

Evolution des cotisations et prestations

en MF et (M€)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Cotisations	2172,2	2115,9	2082,2	2145,7	2476,8	2577,6	2850,8 (434,6)	3168,2 (483,0)
Prestations	1952,9	2122,3	2284,4	2483,0	2676,9	2836,4	2991,0 (456,0)	3171,8 (483,5)
Ratio cotisations/ prestations (en %)	111,2	99,7	91,1	86,4	92,5	90,9	95,3	99,9

Le régime devrait parvenir à s'équilibrer sur toute la période du contrat de génération, mais la situation pourrait se dégrader rapidement au-delà. En effet, l'équilibre n'est assuré en 2016 que grâce à la consommation des réserves accumulées. Les projections réalisées pour la commission Charpin laissent entrevoir leur épuisement vers 2025. Cette évolution n'est pas surprenante, car le régime complémentaire n'atteindra la maturité que vers 2010-2020 (entre 30 et 40 ans après sa création). Et le taux de cotisation actuel, sans doute inférieur au taux d'équilibre, ne permet pas de constituer des réserves pérennes. La CANCAVA a prévu, dans le cadre d'un observatoire quinquennal, d'ouvrir une discussion régulière sur l'évolution du régime.

b) Le régime complémentaire obligatoire des conjoints pour les commerçants

Le régime complémentaire des conjoints, créé en 1978, est également un régime jeune. Néanmoins, son équilibre est fragile. Jusqu'en 1990, les cotisations ont permis de couvrir les prestations. Après cette date, le régime a connu un déséquilibre croissant, ce qui a conduit à des réformes en 1998 et 1999.

Jusqu'en 1997, le régime garantissait aux retraités qui étaient mariés depuis au moins deux ans à la date d'ouverture des droits à retraite, une majoration de 50 % des droits du régime de base quand le conjoint atteint 65 ans, et une pension de réversion pour le conjoint survivant égale à 75 % des droits du titulaire (si le régime de base sert une pension de réversion de 54 %, le régime complémentaire verse un différentiel portant l'ensemble des droits à 75 %). Les cotisations étaient prélevées, sur l'assiette du régime de base (limitée au plafond), aux taux

de 0,5 % jusqu'au tiers du plafond de la sécurité sociale et de 1,8 % entre le tiers du plafond et le plafond. Ces taux sont passés respectivement à 1,5 % et 3,5 % au 1^{er} janvier 1998, puis à 2,5 % et 3,95 % au 1^{er} janvier 1999. A cette dernière date est également intervenue une baisse des prestations : les droits en service ont été temporairement réduits de 5 %, jusqu'à la fin de l'année 2002 ; pour les droits liquidés depuis le 1^{er} janvier 1999, le taux de la majoration est désormais modulé en fonction de la durée de cotisation, de 25 % pour moins de 15 ans de cotisation jusqu'à 50 % pour 40 ans de cotisation.

Selon les projections établies pour la commission Charpin, la réforme de 1999 permettrait d'équilibrer le régime jusqu'en 2010. A partir de cette date, le solde redeviendrait négatif jusqu'au terme de la projection (2040), le déficit annuel dépassant 1 MdF (0,2 Md€) au-delà de 2030, pour des recettes augmentant jusqu'à 2,8 MdF (0,4 Md€) en 2040.

L'avenir du régime des conjoints n'est donc pas assuré par la réforme. Les gestionnaires mènent actuellement une réflexion sur le remplacement de ce régime par un nouveau régime complémentaire obligatoire, comparable à ceux des artisans ou des salariés du privé. Au-delà des interrogations liées au déséquilibre financier structurel, c'est le principe même d'un régime financé par la totalité des cotisants alors que moins de la moitié des retraités en bénéficient qui est aujourd'hui remis en cause.

Le régime complémentaire qui serait mis en place reprendrait les droits servis et les droits acquis mais pas encore liquidés du régime des conjoints, et offrirait à tous les assurés (avec ou sans conjoint) une couverture complémentaire obligatoire. L'équilibre d'un tel régime suppose un taux de cotisation supérieur au taux de cotisation actuel, de l'ordre de 6 %, sur une assiette limitée à deux fois le plafond de la sécurité sociale. Le plafonnement laisserait la place pour un régime complémentaire de retraite facultatif, comme celui qui existe actuellement.

c) L'autofinancement des régimes complémentaires obligatoires

Les perspectives des régimes complémentaires obligatoires soulèvent les mêmes interrogations que celles relatives aux régimes de base, en particulier en termes d'évolution des effectifs. Mais ces interrogations sont ici encore plus aiguës dans la mesure où, contrairement aux régimes de base, les régimes complémentaires doivent s'autofinancer, en l'absence de toute compensation ou autre ressource externe d'équilibre. La qualité des travaux de projection est donc un élément essentiel de la gestion des régimes, ce qui ne peut qu'inciter à

souhaiter que les informations statistiques s'améliorent et que les études se développent. Mais au-delà, la situation des régimes complémentaires renforce la nécessité d'une réflexion sur l'avenir des régimes.

C – Les relations avec les assurés

La qualité des relations avec les assurés est un élément déterminant de l'efficacité de la gestion des régimes de retraite. L'amélioration de ces relations est donc naturellement l'une des priorités retenues dans les conventions d'objectifs et de gestion. Elle contribue à la réalisation des autres objectifs, en particulier de ceux relatifs au recouvrement des cotisations.

1 – Les conventions d'objectifs et de gestion

En application de l'article L. 633-12 du code de la sécurité sociale, l'Etat a conclu avec l'ORGANIC et la CANCAVA des conventions d'objectifs et de gestion (COG). Ces deux conventions portent sur la période 1998-2001. Les similitudes entre les deux régimes expliquent que de nombreux objectifs soient communs aux deux conventions.

a) Les principaux objectifs

Les conventions d'objectifs et de gestion des deux régimes se rejoignent dans quatre domaines principaux : les affiliations, le recouvrement, la gestion, les relations avec les assurés.

Les deux régimes doivent s'efforcer d'augmenter leurs effectifs de cotisants, afin d'accroître la part du financement provenant des cotisations, en promouvant le statut social de travailleur non salarié auprès des nouveaux affiliés potentiels, et en développant les affiliations au titre de conjoint collaborateur.

L'ORGANIC et les AVA assurent le recouvrement des cotisations de leurs assurés. Les COG comportent un engagement des deux régimes à améliorer les taux de recouvrement, en développant le paiement des cotisations par prélèvement automatique, et en privilégiant les procédures amiables de recouvrement en cas d'incidents de paiement. Les régimes s'engagent également à mettre en place une procédure de recouvrement dans les DOM où les taux de recouvrement sont très faibles.

Parmi les objectifs des régimes figure l'amélioration de la gestion, en particulier dans trois domaines : les moyens informatiques, le contrôle

interne, l'harmonisation des procédures dans toutes les caisses afin de réduire les écarts de frais de gestion.

Enfin, quatrième domaine, l'amélioration des relations avec les assurés est un objectif majeur des deux conventions. Cet objectif n'est pas séparable des trois précédents, la qualité des relations avec les assurés influant sur l'ensemble de la gestion. Les améliorations concernent les différentes étapes de la relation à l'assuré :

- les régimes visent à améliorer l'accueil et l'information des nouveaux adhérents, en particulier pour les inciter à choisir le statut de non-salarié ;
- les liens avec les assurés durant la période d'activité doivent être renforcés ; il s'agit à la fois de prévenir et de gérer les incidents de paiement ; dans les cas les plus difficiles, les cotisations des assurés peuvent être prises en charge par le régime dans le cadre de l'aide sociale en faveur des actifs ; pour maintenir le lien avec les adhérents, les AVA s'engagent à les rencontrer tous les cinq ans pour réaliser un bilan-retraite au cours duquel les assurés sont informés des droits qu'ils ont acquis dans le régime ;
- le passage à la retraite doit être simplifié ; les régimes s'engagent à proposer des préliquidations à tous les adhérents à partir de 55 ans, alors qu'actuellement les préliquidations n'ont lieu qu'à 58 ans et ne sont pas systématiques ; à cette occasion, une information sur les possibilités de rachats de trimestres et sur les aides à la transmission d'entreprise dès 57 ans doit être délivrée ; la demande unique de retraite doit être développée et généralisée, y compris pour les réversions ; les régimes souhaitent également réduire les délais de liquidation : cela suppose certaines améliorations de gestion susceptibles d'accélérer la procédure (échanges d'informations avec les autres régimes, dématérialisation de la demande, participation au répertoire national des retraités) ;
- enfin, pour mieux connaître les opinions et attentes des assurés, les deux régimes ont mis en place des enquêtes de satisfaction ; elles consistent à interroger des assurés, à certaines étapes particulières de leur carrière (affiliation, incident de paiement, bilan-retraite, liquidation de la retraite), pour recueillir leur appréciation du service rendu par les caisses ; des objectifs de taux de satisfaction ont été inscrits dans les COG.

b) Quelques remarques appelées par les COG

Les conventions ont été signées pour la période 1998-2001. Un bilan définitif ne pourra être tiré qu'après la fin de cette année. Quelques observations peuvent néanmoins être formulées dès à présent.

On peut par exemple s'étonner que les régimes déclarent s'engager à mettre en œuvre leur schéma directeur informatique. Cela paraît en effet aller de soi, la mise au point d'un schéma directeur n'ayant guère de sens si elle ne s'accompagne pas d'un engagement des régimes à l'appliquer.

D'autre part, le choix des objectifs de ces premières conventions apparaît *a posteriori* comme un exercice difficile, en l'absence d'expériences précédentes. Si certains objectifs paraissent ambitieux voire irréalistes (comme par exemple les effectifs de cotisants de la CANCAVA), certains au contraire s'avèrent très modestes : dès la fin 1998, la CANCAVA avait déjà atteint trois des objectifs fixés pour 2001 ; à la fin 1999, cinq des huit objectifs prioritaires de l'ORGANIC à l'horizon 2001 étaient remplis.

Enfin, les taux de satisfaction mesurés par les enquêtes auprès des assurés, qui sont très élevés, fournissent en définitive peu d'informations sur les motifs d'insatisfaction.

Si une certaine imprécision était sans doute inévitable dans ces premières conventions d'objectifs et de gestion, et même si certains éléments échappent à la maîtrise des régimes (évolution économique, poids de la contestation, ...), des enseignements devront être tirés de cette première expérience afin de se donner, dans la prochaine COG, des objectifs, selon le cas, plus ambitieux ou plus réalistes.

2 – Le recouvrement dans les départements d'outre-mer

En matière de recouvrement, les départements d'outre-mer sont l'objet d'un traitement particulier. S'appuyant sur une lettre ministérielle de 1979 qui, en référence à une « amnistie » des cotisations vieillesse, invite les régimes à mettre fin provisoirement à toute procédure de recouvrement contentieux des cotisations, l'ORGANIC et la CANCAVA ne mènent actuellement aucune action contentieuse contre les cotisants débiteurs des DOM. La situation dans ces départements est donc assez singulière. Les régimes appellent les cotisations normalement (sauf pour le régime complémentaire des AVA pour lequel les cotisations ne sont pas appelées). Le taux de recouvrement est très faible : 12,0 % en 2000 pour l'ORGANIC et 3,0 % en 1999 pour la CANCAVA. Comme aucune

action contentieuse n'est menée, le recouvrement des cotisations tombe finalement sous le coup de la prescription.

Conscientes de la nécessité d'une action sur le terrain, la CANCAVA et l'ORGANIC ont ouvert des délégations à la Réunion et en Guyane. Le retour de la CANCAVA à la Réunion avait été souhaité par les représentants des artisans locaux, la soumission aux marchés publics n'étant ouverte qu'aux artisans à jour de cotisations. Un retour progressif au droit commun, avec l'appel d'une partie seulement des cotisations légales jusqu'en 2000, a été mis en place en 1995. Les résultats n'ont toutefois pas été probants, puisque le taux de recouvrement à la Réunion est passé de 5,6 % sur l'exercice 1995 à 5,8 % sur l'exercice 1999.

Les régimes se sont engagés dans les COG à rétablir le recouvrement dans les DOM. Des délégations communes seront ouvertes en Martinique et à la Guadeloupe. Néanmoins, au vu des expériences passées, ils considèrent que l'amélioration des résultats restera probablement limitée tant que les procédures contentieuses ne pourront être menées.

La situation des DOM appelle une action forte et rapide. L'absence de procédures contentieuses conduit à ce que les cotisations obligatoires deviennent en fait des cotisations volontaires, ce qui est en contradiction avec le principe de la répartition selon lequel les régimes fonctionnent.

La loi du 13 décembre 2000 d'orientation pour l'outre-mer, dont les premiers décrets d'application ont été publiés au mois d'avril 2001, instaure des conditions favorables aux petites entreprises, puisqu'elle introduit des exonérations de cotisations sociales, et autorise un apurement des dettes sociales pour le passé par des paiements étalés sur sept ans (accompagné dans certains cas d'un abandon de créances).

L'application de ces mesures favorables doit être l'occasion d'adopter une attitude plus ferme vis-à-vis des cotisants débiteurs, et de rétablir l'exercice des procédures contentieuses. Pour cela, les régimes ont besoin du soutien affirmé des pouvoirs publics.

D – L'informatique

Outre son utilisation pour les différents aspects de la gestion administrative (comptabilité, paie, inventaire, placements), la principale fonction de l'informatique est de constituer un outil pour la gestion du régime. Les régimes connaissent actuellement des évolutions très importantes dans ce domaine : multiplication des échanges avec d'autres organismes, renouvellement des équipements.

1 – Le matériel et les applications

a) Une structure centralisée

Dans les deux régimes, l'organisation de l'informatique est centralisée. L'architecture est construite autour de centres informatiques nationaux (CIN), auxquels les caisses de base sont reliées en réseau. Les informations concernant les assurés sont stockées par les CIN, il n'y a pas de fichiers locaux dans les caisses de base.

Compte tenu de cette structure, les CIN sont équipés d'ordinateurs de grande capacité, capable de recevoir et de traiter des bases de grande taille. Pour accéder à ces bases, les caisses disposent de postes de travail (PC ou terminaux) articulés autour d'un ordinateur central qui sert de nœud de réseau vers le CIN et permet des traitements locaux.

La gestion centralisée des informations assure l'homogénéité des procédures et permet de proposer des traitements standards pour toutes les caisses de base. Néanmoins, s'agissant des informations sur les ressortissants, la taille des bases gérées par les CIN constitue un obstacle à leur utilisation pour des fonctions statistiques. C'est pourquoi les régimes ont décidé la création d'infocentres. Des copies des fichiers centraux (ou d'une partie seulement) sont réalisées régulièrement, à partir desquelles différents traitements statistiques sont possibles, sans interférer avec les opérations de gestion.

b) Le renouvellement

L'ORGANIC et la CANCAVA ont engagé un renouvellement important de leurs matériels et applications informatiques. Mais les choix antérieurs pèsent lourdement sur ce renouvellement.

La CANCAVA et l'ORGANIC ont équipé leurs centres informatiques nationaux d'ordinateurs du constructeur Bull²⁰² : DPS7 pour l'ORGANIC et DPS9 pour la CANCAVA. Le choix de ces ordinateurs a entraîné l'utilisation de systèmes d'exploitation propres au constructeur, respectivement GCOS7 et GCOS8. Les applications ont été développées dans cet environnement « propriétaire ». Les caisses locales ont été équipées d'ordinateurs (DPS6 à la CANCAVA, WANG à l'ORGANIC) capables de supporter des applications locales

202. Depuis 1963 pour la CANCAVA.

essentiellement bureautiques et des sessions GCOS de télégestion avec les ordinateurs centraux.

Cette structure, si elle a l'avantage de la cohérence, rend les organismes fortement dépendants du constructeur. De fait, pendant de nombreuses années, les évolutions des équipements n'ont fait que suivre les évolutions du catalogue du constructeur. Mais, confrontés à certaines difficultés d'adaptation des matériels et des applications, les régimes ont inscrit dans leur dernier schéma directeur informatique un renouvellement en profondeur de leurs équipements.

Les régimes s'orientent vers des systèmes ouverts, en choisissant des systèmes d'exploitation UNIX et WINDOWS NT pour les CIN et les caisses de base. Ces systèmes ne les lient pas à un constructeur unique.

La transition, qui est en cours, s'avère toutefois délicate et plus longue que prévu. La réécriture des applications constitue une opération lourde. Tant que les anciennes applications ne sont pas remplacées, leur maintenance et leur mise à jour sont nécessaires. En particulier, des développements sur ces applications ont dû être réalisés pour assurer le passage à l'an 2000, la conversion à l'euro ou la mensualisation des pensions²⁰³. Ces développements coûteux, sur des applications condamnées à disparaître, auraient pu être évités si les nouvelles applications avaient été prêtes à temps. Au contraire, la mobilisation des moyens humains sur ces développements a ralenti l'avancement des autres projets ou obligé à recourir à des prestataires externes.

Les deux organismes souffrent aujourd'hui des conséquences de décisions tardives. Ils auraient sans doute dû envisager plus tôt l'abandon des systèmes propriétaires. Les évolutions prévues par les schémas directeurs ont été ralenties par certains développements prioritaires (passage à l'an 2000, à l'euro), ce qui compromet la réussite des projets. Même si la transition est désormais bien engagée dans les deux régimes, le passage à la nouvelle architecture et le renouvellement des applications doivent rester des priorités.

2 – Le personnel

Dans les deux caisses, les directions informatiques s'appuient à la fois sur des personnels internes et sur des prestataires extérieurs.

203. Le coût pour l'ORGANIC de la mensualisation du paiement des pensions, réalisée sur l'ancienne application de paiement, a pu être chiffré à 34 MF (extension de la configuration Bull, recours à des prestataires extérieurs).

S'agissant des personnels internes, les efforts de formation paraissent limités, alors même que les régimes ont engagé des réformes profondes de leur informatique. La capacité des informaticiens des centres informatiques nationaux à s'adapter aux nouvelles architectures et à gérer les applications pourrait être insuffisante à terme, mettant à nouveau les régimes dans une situation de dépendance vis-à-vis de prestataires extérieurs.

Le recours à des prestataires extérieurs n'est pas à exclure par principe, car les caisses ne peuvent pas disposer en interne de toutes les compétences exigées par les opérations lourdes comme les changements de matériels ou les refontes d'applications. En outre, les retards pris dans l'avancement des projets ont pu justifier le recours à des professionnels externes pour certaines opérations ponctuelles, les personnels permanents n'étant pas disponibles.

Néanmoins les prestations externes sont en général coûteuses et devraient être limitées dans la mesure du possible. Mais les régimes rencontrent certaines difficultés à recruter des informaticiens permanents. Les salaires prévus par la grille de rémunération sont en décalage avec ceux qui sont proposés sur le marché actuellement, ce qui dissuade les candidats potentiels.

Une réflexion est donc nécessaire en matière de personnel des services informatiques, afin de mieux définir ce qui relève des régimes et ce qui exige une compétence extérieure (des solutions d'infogérance pourraient être étudiées), et afin d'inciter les régimes à mieux former leur personnel et de leur donner les moyens de procéder à des recrutements de qualité.

RECOMMANDATIONS

1. Réfléchir aux conséquences pour les régimes (leurs relations réciproques, leur organisation, leur place par rapport au régime général,...) de la persistance structurelle des déséquilibres démographiques et financiers.

2. Parvenir, dans les DOM, à une situation normale en termes de recouvrement des cotisations obligatoires auprès des artisans et des commerçants. Dans le nouveau cadre créé par la loi du 13 décembre 2000, les régimes comme les pouvoirs publics doivent avoir une attitude beaucoup plus ferme, et, en particulier, relancer les actions contentieuses.

3. Transformer rapidement le régime complémentaire des conjoints des commerçants en un régime complémentaire usuel.

4. Lors de la définition de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion des régimes d'artisans et de commerçants, tirer le bilan de la précédente, pour éviter certains de ses défauts les plus manifestes, à savoir s'être assigné, selon le cas, des objectifs hors de portée ou trop facilement atteints.

5. Accélérer le renouvellement des équipements et logiciels informatiques pour sortir de la situation actuelle, et former tant les informaticiens que les gestionnaires de comptes à ces nouveaux produits.

Chapitre XI

L'administration des organismes

PRESENTATION

Ce chapitre aborde deux aspects très différents de l'administration des organismes de sécurité sociale.

D'abord, un sujet très transversal, commun à toutes les caisses locales, la passation des marchés. Les contrôles des COREC et CODEC ont permis d'apprécier si les procédures sont respectées. Elles le sont dans beaucoup de caisses, surtout les plus grosses. Dans d'autres, un certain nombre d'irrégularités se produisent, qui pourraient être évitées par une meilleure connaissance de la réglementation, un meilleur usage des outils de contrôle, et la création d'un service achats.

La seconde section porte sur les caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) qui exercent en réalité de multiples fonctions, certes dans le domaine de la maladie et celui des accidents du travail, mais aussi dans celui de la retraite. La Cour et les COREC ont contrôlé leur activité. Il en ressort des améliorations nécessaires en termes d'organisation du travail (notamment du contentieux) d'une part, de contrôle et de qualité de l'action sanitaire et sociale d'autre part. Par ailleurs, il conviendrait de s'assurer que la situation d'exception de la caisse d'Ile-de-France, qui est très coûteuse, est toujours justifiée.

I – Les marchés passés par les organismes de sécurité sociale

Au cours des contrôles exercés en 2000, les COREC et CODEC ont porté une attention particulière aux marchés passés par les organismes de sécurité sociale, qui font partie des plus importants acheteurs publics.

Ces organismes, qui relèvent du droit privé mais qui sont chargés d'une mission de service public, bénéficient de la personnalité juridique et sont, à ce titre, indépendants des caisses nationales. Si ces dernières peuvent coordonner et harmoniser la politique nationale d'achat au moyen de préconisations, notamment à caractère normatif, (l'encadré ci-dessous en décrit les conditions juridiques), les organismes locaux restent, en théorie, maîtres de leurs choix. Dans ces conditions, il a paru important de mesurer l'application sur le terrain des directives nationales, et les efforts faits au niveau local pour optimiser la politique d'achat dans un cadre départemental ou régional. Les contrôles ont concerné 76 organismes, récapitulés dans le tableau ci-après :

Le cadre juridique des procédures de passation de marchés applicables aux organismes de sécurité sociale

L'article L.124.4 du code de la sécurité sociale dispose que le mode de passation et les conditions d'exécution des marchés des organismes de sécurité sociale respectent les garanties prévues en matière de marchés de l'Etat et que ses conditions d'application sont fixées par arrêté interministériel .

Ce principe d'une réglementation des marchés pour les organismes de sécurité sociale existait déjà dans l'ancienne rédaction de l'article L.124.4, qui a été modifiée par l'article 24 de la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 (Journal Officiel du 27 juillet 1994).

Un premier arrêté, du 4 avril 1984, long de 145 articles, a ainsi porté règlement sur les marchés des organismes de sécurité sociale. Il a été modifié le 29 juillet 1988, en étendant cette réglementation des marchés à tous les organismes privés, unions ou fédérations qui, en tout ou partie, assurent la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale.

L'arrêté du 9 mai 1995 régit les marchés postérieurs au 1^{er} septembre 1995.

Ces deux textes s'inspirent très largement du code des marchés publics. Ils en ont repris souvent littéralement les dispositions, à l'exception néanmoins de celles relatives aux commissions spécialisées des marchés. Cependant, les évolutions réglementaires qui ont affecté régulièrement le code des marchés publics depuis plusieurs années n'ont été intégrées que très tardivement - lorsqu'elles l'ont été - dans le dispositif applicable aux organismes de sécurité sociale. Dans une telle circonstance, les organismes de sécurité sociale se reportent généralement au code des marchés publics, afin de pouvoir passer des marchés "dont le mode de passation et les conditions d'exécution respectent les garanties prévues en matière de marchés de l'Etat".

Cette dualité des sources du droit applicable n'est pas propice à leur bonne application, particulièrement dans les organismes les moins importants. Cela peut de plus, dans certains cas, générer des difficultés d'interprétation.

Il est ainsi par exemple apparu, au cours des contrôles des COREC et CODEC, que l'examen par les commissions des marchés des avenants supérieurs à 5 % du montant initial du marché n'était pas systématique. Il a été relevé dans un rapport que "cette disposition prévue par l'article 8 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 s'applique aux marchés publics mais n'a pas été reprise dans l'arrêté du 9 mai 1995..." Dans cet exemple, seule l'interprétation de l'article L.124.4 du CSS permet de déterminer si ces dispositions s'appliquent. En l'espèce, il semble que la quasi totalité des organismes s'accorde à considérer qu'ils relèvent de cette réglementation, même si certains oublient parfois de l'appliquer.

Aussi conviendrait-il, pour l'avenir - et la mise en œuvre du nouveau code des marchés pourrait en être l'occasion* - que la tutelle veille en permanence, à défaut de textes communs, à l'harmonisation des réglementations applicables aux marchés de l'Etat et à ceux des organismes de sécurité sociale. A tout le moins, un texte pourrait préciser celles des garanties apportées par les marchés de l'Etat qui doivent être étendues aux organismes de sécurité sociale.

Par ailleurs l'article L.224-12 du code de la sécurité sociale, qui autorise les organismes nationaux du régime général de la sécurité sociale à passer des conventions de prix assorties de marchés types ne vise pas la CANAM et ne lui est pas applicable. De ce fait, la CANAM ne dispose d'aucune possibilité juridique pour passer des conventions de prix assorties de marchés types pour l'ensemble des CMR, alors que la caisse nationale de la mutualité sociale agricole bénéficie de dispositions analogues en application de l'article 1002-4 du code rural.

Cette situation est d'autant plus regrettable que le régime d'assurance maladie des professions indépendantes (AMPI) est soumis depuis l'ordonnance du 24 avril 1996 aux mêmes obligations que les autres régimes de sécurité sociale en matière de conventions d'objectifs et de gestion.

** Un projet de nouvel arrêté réglementant la passation des marchés dans les organismes de sécurité sociale est en préparation.*

Nombre de contrôles par nature d'organisme

Caisses d'allocations familiales (CAF)	18
Centres informatiques (CERTI et CTI)	3
Caisses mutuelles régionales (CMR)	1
Caisses de mutualité sociale agricole (CMSA)	1
Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM)	21
Caisses régionales d'assurance maladie (CRAM)	11
Centres régionaux de formation (CRF)	2
Unions pour la gestion des établissements sanitaires et médico-sociaux des caisses d'assurance maladie (UGECAM)	1
Sociétés de secours miniers (SSM)	1
Unions immobilières des organismes de sécurité sociale (UIOSS)	6
Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM)	1
Unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF)	10
Total	76

Les observations des CODEC/COREC ont été complétées, en tant que de besoin, d'éléments extraits du rapport de synthèse de la campagne précédente.

Ces contrôles ont mis en évidence de nombreuses anomalies ou irrégularités, réparties sur un grand nombre d'organismes. Parfois sérieuses, elles ne semblaient pas, dans la plupart des cas, devoir être imputables à une intention frauduleuse ou à de graves négligences. Elles relevaient plus d'une méconnaissance ou d'une mauvaise interprétation des dispositions réglementaires.

Plusieurs organismes, souvent de taille importante, ont au contraire su s'entourer de toutes les sécurités garantissant le respect des règles de la commande publique et maîtrisaient parfaitement l'ensemble des procédures.

Toutefois, il est apparu que dans sept organismes, soit 10 % des organismes contrôlés dont la taille a nécessité la mise en œuvre de procédures de marchés, l'accumulation d'anomalies ou d'irrégularités importantes présentait un caractère inquiétant.

A – L'organisation des procédures d'achat

La plupart des organismes contrôlés disposaient d'un véritable « service achats », seul compétent pour lancer et mener à son terme une commande, quel qu'en soit l'objet. Dans le quart des organismes, ce service figurait dans l'organigramme. Dans 55 % des cas, la taille de l'organisme ne justifiait pas la création d'un véritable service, mais une structure spécialisée existait, parfois limitée à son seul responsable. Cependant, un organisme sur cinq ne disposait pas encore d'un véritable service achats, plusieurs services se partageant alors cette responsabilité.

Dans les caisses les plus importantes (28 % des caisses contrôlées), les procédures de marchés étaient déclenchées par une structure spécialisée. Dans la plupart des autres cas, les agents de direction les mettaient en œuvre, souvent avec l'assistance de l'agent comptable. Pour les plus complexes, notamment les marchés de travaux, les organismes sollicitaient parfois l'assistance de spécialistes de l'union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS).

Les procédures applicables en matière de marchés sont rarement décrites dans des guides de procédure. Seuls treize organismes disposaient d'un guide interne de procédure. Celui-ci n'était pas toujours diffusé dans les services. Six caisses seulement déclaraient utiliser les guides élaborés par l'UCANSS, notamment pour les marchés de

nettoyage ou relatifs aux opérations immobilières. La documentation était bien actualisée dans les organismes les plus gros, mais elle était parfois obsolète pour ceux de petite taille, et le besoin en formation s'y faisait fréquemment sentir.

Les effets de cette fréquente méconnaissance de la réglementation applicable sont aggravés, dans de très nombreux cas, par l'absence de tout contrôle interne. En effet, seuls neuf organismes avaient intégré les marchés dans leur dispositif de contrôle interne et huit autres procédaient à un contrôle sans que le dispositif en soit formalisé. Ainsi, dans plus de trois organismes sur quatre, aucun contrôle interne des marchés n'était effectué.

Les délais de passation des marchés semblent bien maîtrisés dès lors que la consultation a été officiellement lancée (deux à trois mois entre la publication et la notification du marché). De nombreux organismes ont néanmoins les plus grandes difficultés à définir précisément leurs besoins et à les formaliser dans des documents contractuels dans des délais inférieurs à cinq ou six mois.

B – Les différentes catégories de marchés des organismes de sécurité sociale

1 – Les marchés lancés à l'instigation des organismes

Les organismes de sécurité sociale passent les marchés qui leur sont nécessaires en application de l'arrêté du 9 mai 1995. Les contrôles ont mis en évidence le nombre relativement modeste de marchés passés dans la majorité des organismes.

Si quelques-uns parmi les plus importants (surtout les CRAM, et quelques CPAM et CAF) passaient de nombreux marchés (plusieurs dizaines par an), il est apparu que parmi les 76 organismes contrôlés, seuls 10 avaient passé au cours des trois exercices examinés plus de dix marchés par an ; 6 n'en avaient passé aucun, 27 entre un et trois, et 33 entre trois et dix.

2 – Les marchés passés dans le cadre de conventions nationales

Les organismes de sécurité sociale peuvent également passer des marchés dans le cadre de conventions nationales de prix assorties de marchés types, conclues par les caisses nationales en vertu de l'article L.224-12 du code de la sécurité sociale. Dans le cadre de ces procédures,

les organismes locaux sont alors dispensés du respect de certaines obligations, telles celles de procéder à une nouvelle mise en concurrence et de soumettre les marchés ainsi conclus à l'avis de la commission consultative des marchés des organismes de sécurité sociale (CCMOSS). Les organismes locaux ne sont pas liés par l'existence de conventions et peuvent toujours procéder à leurs propres appels d'offres, même pour des prestations identiques. Dans ce cas, la réglementation leur est intégralement applicable.

44 % des organismes contrôlés bénéficiaient de conventions nationales, certains ayant plusieurs dizaines de marchés-types en cours. Dans quelques petits organismes, les marchés-types étaient même les seuls qui y étaient connus. La plupart des organismes qui utilisaient cette possibilité le faisaient de manière systématique, un seul s'interrogeait sur l'opportunité de passer lui-même ses propres marchés.

Il peut également être recouru, à l'initiative conjointe d'un ou plusieurs organismes locaux et de l'organisme national, et après décision de leur conseil d'administration respectif, à la procédure des conventions locales de prix assorties de marchés types. Ces conventions restent assez peu fréquentes, puisque seuls sept cas ont été relevés, qui concernaient essentiellement des matériels informatiques et des fournitures de papeterie.

C – La mise en concurrence

Certains organismes, surtout parmi les plus importants, ont fait du marché leur procédure d'achat de droit commun, et ne présentent que de très rares dépenses hors marchés. Cependant, l'examen des agrégats par nature de dépense montre qu'il est vraisemblable que dans un grand nombre de cas où elle n'avait pas été mise en œuvre, cette procédure aurait été justifiée.

Dans plusieurs cas, des organismes ont réalisé, au cours des trois années examinées, sans mise en concurrence, des dépenses annuelles cumulées pouvant atteindre, sans que toutefois aucune prestation ne dépasse le seuil des marchés, jusqu'à 10,5 MF (1,6 M€) pour des travaux sur constructions, 11,4 MF (1,7 M€) pour des fournitures non informatiques, 2,2 MF (0,3 M€) pour du matériel bureautique, 2,2 MF (0,3 M€) pour des autres fournitures informatiques, 8,2 MF (1,3 M€) pour des prestations de service informatiques.

Enfin quelques cas de fractionnement ont été relevés dont le but est manifestement d'éviter le recours à un marché.

D – Le respect des seuils de marchés

Les COREC et CODEC ont constaté que le seuil de 300 000 F (45 734,7 €) au-delà duquel il est nécessaire de passer un marché avait été dépassé par onze organismes, sans que, dans la plupart des cas, un marché de régularisation ait été ultérieurement conclu²⁰⁴.

A l'occasion de la campagne 1999, il avait été relevé dans un organisme que des prestations fournies par des cabinets d'architectes ou des gérants immobiliers n'avaient pas donné lieu à appel d'offres pendant plusieurs années, malgré des montants d'honoraires atteignant 6,4 MF en 1997. Ce cas semble avoir été exceptionnel puisque, dans la très grande majorité des organismes, les irrégularités constatées ont pour origine l'absence d'outils de contrôle efficace ou leur mauvaise utilisation : certains organismes, qui disposent pourtant de logiciels permettant ce type de contrôles, n'en utilisent pas les possibilités, qu'ils trouvent trop lourdes à mettre en œuvre. Seules six caisses ne disposent d'aucun outil, et certains agents comptables reconnaissent ne pas effectuer cette vérification, ce qui explique la rareté des marchés de régularisation intervenus à leur demande.

Contrairement au seuil de 300 000 F (45 734,7 €), les seuils de publicité pour les marchés communautaires, ainsi que les seuils de présentation des marchés en commission consultative des marchés sont dans l'ensemble bien respectés.

E – Le fonctionnement des commissions des marchés

Les commissions des marchés des organismes sont des émanations des conseils d'administration.

Les plis contenant les candidatures ou les offres sont dans la très grande majorité des cas régulièrement enregistrés à leur arrivée. Ceux qui sont remis en mains propres ont donné lieu, sauf dans six cas, à la remise d'un récépissé. Toutefois, les comités ont constaté que dans un cas sur quatre, l'heure de réception ne figurait ni sur le registre, ni sur les récépissés, ce qui n'assure pas une bonne sécurité juridique. Par ailleurs, l'acceptation des plis arrivés hors délai a pu être constatée à trois reprises.

La recevabilité des offres, c'est-à-dire la présence des attestations et certificats contenus dans la première enveloppe, a été contrôlée, et dans six caisses, des plis qui n'étaient pas accompagnés de toutes les

204. Les marchés de régularisation n'ont aucune valeur juridique et ne servent qu'aux comptables pour éviter la mise en jeu de leur responsabilité pécuniaire.

attestations et tous les certificats requis ont été acceptés, sous réserve d'une régularisation ultérieure.

Dans plusieurs cas, les procès-verbaux de la commission ne permettaient pas l'exercice d'un contrôle externe, tant ils étaient succincts et imprécis. Plusieurs ne comportaient notamment pas l'enregistrement des offres ou des pièces annexées ou n'expliquaient ni ne motivaient les décisions de la commission.

Les comités ont également constaté que seuls cinq organismes procédaient à un "marquage" des pièces contractuelles afin d'empêcher une substitution ultérieure, soit en apposant les signatures des membres de la commission, soit par un procédé mécanique. Un effort en ce sens devrait être fait, au moins pour les organismes les plus importants.

En théorie, les commissions de marché ne donnent qu'un avis sur le choix des titulaires, et l'article 7 de l'arrêté du 9 mai 1995 attribue une compétence de principe au conseil d'administration pour la décision définitive. Toutefois, celui-ci peut déléguer au directeur son pouvoir de décision pour les prestations d'un montant inférieur à 600 000 F (91 469,4 €). Si de nombreux conseils d'administration ont utilisé cette possibilité, il apparaît que, dans la pratique, les directeurs n'ont pas utilisé cette possibilité.

Les titulaires sont généralement choisis selon les critères de sélection préalablement définis. Dans quatre cas seulement des marchés ont été attribués sur des critères non connus des candidats. Les avis d'attribution des marchés sont le plus souvent régulièrement publiés.

De nombreuses commissions vont au-delà de la réglementation en demandant à examiner tous les projets d'avenants, quels qu'en soient le montant ou l'objet. Quatre cas d'avenants supérieurs à 5 % du montant initial du marché ont pu être découverts, sans que, à une exception près, ils aient bouleversé l'économie du marché.

F – Les contrôles des marchés des organismes

Les décisions des commissions des marchés sont examinées par les DRASS dans le cadre d'un contrôle de légalité. Ce contrôle est réalisé au vu du procès-verbal, la DRASS disposant de huit jours pour se prononcer.

Cependant, certaines DRASS, telle celle d'Alsace, prescrivent aux organismes de joindre aux procès-verbaux d'autres pièces ou informations (procédure de passation du marché, montant estimé du marché, règlement de la consultation, copie des avis de publication, copie du registre de dépôt, rapport d'analyse des offres, ...). Ces demandes supplémentaires,

qui portent sur les points essentiels des procédures de marchés, sont de nature à assurer une plus grande sécurité juridique, tout en sensibilisant les organismes à la nécessité de leur existence. De telles initiatives pourraient être encouragées par la tutelle, et même recevoir une consécration réglementaire.

Six organismes locaux sur 76 avaient procédé à la notification d'un marché sans attendre la fin du délai d'examen par la DRASS et l'approbation de la tutelle sur la sélection des candidats.

Par ailleurs, l'article 131 de l'arrêté du 9 mai 1995 prescrit la rédaction d'un document annuel à destination du conseil d'administration, relatant l'exécution des marchés. Cette obligation était bien respectée par l'ensemble des organismes contrôlés, puisqu'un seul manquement a été relevé, et il s'agit d'un organisme passant très peu de marchés.

Enfin, l'article 111 précise les cas et les seuils pour lesquels l'avis de la commission consultative des marchés des organismes de sécurité sociale doit être impérativement recueilli. Cette obligation est également bien respectée, puisqu'un seul marché relevant de la CCMOSS ne lui avait pas été présenté, l'organisme ayant invoqué une « urgence absolue ».

De fait, les montants des seuils sont tels que très peu d'organismes passent des marchés susceptibles de relever du contrôle de la CCMOSS, d'autant plus que, s'agissant des marchés de travaux comportant plusieurs lots, la commission consultative apprécie sa compétence par lot. Deux opérations immobilières d'une CPAM, d'environ 21 MF (3,2 M€) et 7 MF (1,1 M€) pour l'ensemble des lots, n'ont ainsi fait l'objet d'aucun contrôle de la CCMOSS, aucun des lots n'atteignant les seuils d'examen.

G – Le paiement des prestataires

1 – Le respect du délai de mandatement

Le délai de mandatement, qui doit être précisé dans le marché, est en règle générale, fixé à 35 jours au maximum pour le paiement des acomptes et du solde. Ce délai court à partir des termes périodiques ou du terme final fixés par le marché ou, lorsque le marché n'en a pas fixé, à partir de la réception de la demande de paiement faite par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou par tout moyen permettant de lui donner date certaine.

Ces dispositions sont rarement respectées, et l'absence de date certaine qui en découle conduisait les organismes à s'affranchir des règles relatives au paiement des intérêts moratoires.

Dans de telles circonstances cependant, toute date apposée par l'organisme (date d'enregistrement au service du courrier, date de visa par un service...) peut être opposée par le fournisseur comme point de départ du délai de mandatement.

Les contrôles ont permis de constater des délais de mandatement supérieurs aux délais légaux dans 17 organismes sur 76, trois d'entre eux ne datant pas la réception des factures, et l'un ne datant pas l'ordonnancement. Par ailleurs, les COREC et CODEC ont relevé la mauvaise connaissance de ces dispositions, pourtant d'ordre public, qu'avaient nombre d'organismes. Les contrôles ont permis de les rappeler et de les préciser.

Enfin, certaines procédures mises en œuvre par les caisses nationales ne favorisent pas le respect de ces règles. Ainsi, pour les travaux immobiliers, les délais de mandatement étaient inhérents aux procédures mises en œuvre par la CNAMTS. En effet, au-delà de l'autorisation de programme permettant le démarrage du chantier, les fonds sont ensuite attribués par « ouvertures de crédits » successives en fonction de l'avancée des travaux. La CNAMTS demande dans ce cadre aux organismes de regrouper leurs mémoires de travaux afin d'éviter la multiplication des « ouvertures de crédits ». Cette contrainte est plus fréquente au moment du paiement des décomptes généraux définitifs qui doivent être tous regroupés avant que la CNAMTS transmette une « ouverture de crédits » permettant de solder l'opération. Les conditions actuelles de mise à disposition des fonds par la CNAMTS dans le cadre des marchés de travaux génèrent ainsi de façon quasi systématique le paiement d'intérêts moratoires, qui, s'ils étaient régulièrement payés, augmenteraient de manière significative l'enveloppe initiale octroyée²⁰⁵.

2 – L'information des prestataires

L'organisme contractant doit porter à la connaissance du titulaire et par écrit la date du mandatement le jour même de l'émission du mandat. Cette formalité restait inappliquée dans de trop nombreux cas puisque seuls six organismes informaient ainsi leurs fournisseurs. Cette situation était d'autant moins admissible que certains organismes

205. Ce que dit la CNAMTS dans sa réponse n'enlève rien aux constatations des COREC/CODEC sur le terrain.

disposaient de logiciels permettant l'édition automatique de lettres d'information, sans que cette fonctionnalité soit utilisée.

3 – Le paiement des intérêts moratoires

Le paiement d'intérêts moratoires est de plein droit dès lors que le délai maximum du mandatement est dépassé. Un seul cas de paiement d'intérêts moratoires a été constaté par les comités, alors que certains des dépassements de délais de mandatement atteignaient parfois plusieurs mois. L'agent comptable de l'un des organismes contrôlés a ainsi pu évaluer à environ 120 000 F (18 293,9 €) le montant des intérêts moratoires qu'aurait dû payer son organisme en 1999. De fait, la liquidation des intérêts moratoires est très rarement demandée à l'ordonnateur par l'agent comptable, et, lorsqu'elle l'est, cette demande n'est pas suivie d'effet. Enfin, les crédits nécessaires ne sont, dans la plupart des cas, jamais ouverts dans les budgets des organismes.

SYNTHESE

L'examen des marchés des organismes de sécurité sociale fait apparaître des situations contrastées. La plupart des caisses locales de l'échantillon ne connaissent pas de dysfonctionnements majeurs. Assez nombreuses pourtant sont celles qui connaissent des difficultés dans la mise en œuvre de la réglementation, et commettent, pour certaines vraisemblablement de bonne foi, des irrégularités qui dans certains cas pourraient être susceptibles de mettre en jeu la responsabilité de leurs dirigeants. Il conviendrait qu'une sensibilisation accrue du personnel de ces organismes soit mise en œuvre.

RECOMMANDATIONS

1. Veiller à la transposition rapide des évolutions réglementaires applicables aux marchés publics à la réglementation des organismes de sécurité sociale, notamment celles incluses dans le nouveau code des marchés publics.

2. Créer, lorsque la taille de l'organisme le justifie, un service achat unique.

3. Renforcer l'effort de formation et la connaissance de la réglementation, notamment par un recours accru aux services de l'UCANSS, et intégrer les marchés dans le champ du contrôle interne.

4. *Utiliser effectivement les outils aujourd'hui disponibles permettant un contrôle efficace du seuil des marchés, en s'inspirant du nouveau mode de calcul des seuils définis par l'article 27 du code des marchés publics.*

5. *Cibler le contrôle de légalité des DRASS en ne le limitant pas au seul examen des procès-verbaux des commissions des marchés, et en l'élargissant au contrôle approfondi d'un nombre limité de marchés.*

6. *Veiller au strict respect des délais de mandatement, à l'information des fournisseurs de la date du mandatement, et à la liquidation systématique des intérêts moratoires échus.*

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES PAGE 607

II – Le fonctionnement des caisses régionales d'assurance maladie

Les comités régionaux et départementaux d'examen des comptes (COREC et CODEC) ont procédé au contrôle du fonctionnement de 11 des 14 caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), hors Ile-de-France et Alsace²⁰⁶. La Cour a examiné, en parallèle, certains aspects de la gestion de la caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France (CRAMIF). Cette enquête a mis en évidence des constats analogues à ceux des comités mais aussi les inconvénients de la situation d'exception de la CRAMIF, notamment en matière d'invalidité.

A – Des organismes à la gestion complexe

La gestion des CRAM se rattache à trois branches de la sécurité sociale : vieillesse, maladie, accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP). Leur action relève donc de trois programmations budgétaires, de deux conventions d'objectifs et de gestion et de deux plans informatiques.

206. En Alsace, les retraites sont liquidées par une caisse de retraite spécifique, et la CRAM n'a donc pas cette fonction, ce qui a conduit à l'exclure du présent examen.

Les COREC n'ont pas fait état de dysfonctionnements majeurs, générés par cette double tutelle. Ils ont cependant souligné les retards que pouvaient engendrer les calendriers budgétaires et les procédures parallèles ou les ambiguïtés induites dans la détermination des objectifs et des priorités de chacune des branches. Ainsi, la notification tardive des budgets et des reports de crédit, particulièrement par la branche maladie, ne facilite pas la gestion des caisses. Le fait que les dates d'approbation des différents budgets ne coïncident pas peut les conduire à différer l'engagement de dépenses relevant des charges communes.

En matière de travail social également, les caisses ont parfois des difficultés à concilier les priorités de la branche vieillesse et celles de la branche maladie. La dualité des compétences CNAMTS-CNAV nécessite un rééquilibrage constant des missions, l'une risquant de prendre le pas sur l'autre, notamment en matière d'actions en faveur des personnes âgées.

B – Un environnement institutionnel profondément remanié

La création, à la suite des ordonnances de 1996, des agences régionales de l'hospitalisation (ARH), des unions régionales de caisses d'assurance maladie (URCAM) et enfin des unions pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie (UGECAM) a entraîné une adaptation des modalités d'exercice de certaines missions des CRAM voire, pour la gestion en propre d'établissements sanitaires et médico-sociaux, un abandon de cette activité.

Dans le cadre des ARH, les CRAM participent à la définition de la politique hospitalière régionale dans ses deux composantes, publique et privée.

Elles ont été associées à l'ensemble des travaux d'élaboration des SROS même si elles en ont assez peu fréquemment assuré le pilotage. De la même façon, les CRAM participent à toutes les séances du comité régional d'organisation sanitaire et sociale (CROSS) mais elles n'assurent pas les fonctions de rapporteur (ce sont les médecins des échelons régionaux du service médical qui l'assurent), sauf à l'occasion de procédures exceptionnelles telles le renouvellement des autorisations d'activité des établissements d'hospitalisation.

En revanche, les CRAM ont pu faire bénéficier leurs partenaires des ARH de leur savoir-faire méthodologique : études d'évaluation économique des restructurations hospitalières, grilles d'analyse des établissements, bases de données permettant d'exploiter les comptes de

gestion des receveurs, constitution de dossiers de fongibilité des enveloppes de crédits.

La création des agences a permis de développer une collaboration plus étroite et un travail en commun plus large au sein d'équipes mixtes ce qui a entraîné un partage des connaissances et un cumul des compétences très positif.

Mais, s'agissant de responsabilité opérationnelle, les domaines traditionnels de compétence de l'assurance maladie et des services déconcentrés de l'Etat n'ont pas été bouleversés par la création des ARH. 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 des ressources, les CRAM ont continué d'assurer les mêmes missions qu'auparavant.

En matière de relations avec les URCAM, seule la gestion des crédits du FNPEIS, au titre des programmes régionaux de santé qui définissent les actions à mener dans le cadre des priorités de santé publique arrêtées par la conférence régionale de santé, suscite des interrogations.

En effet, l'instruction des demandes et l'évaluation des actions relèvent désormais des URCAM mais l'exécution budgétaire relève toujours des CRAM. La lourdeur de cette procédure, notamment au sein de l'assurance maladie, appelle des mesures de simplification.

C – La gestion des retraites

Lors de l'élaboration de la COG en 1997, la CNAV s'était engagée, au nom de la branche, à mettre à la disposition des assurés et retraités un réseau de points d'accueil retraite où un conseiller pourrait les recevoir en tête-à-tête.

De fait, les caisses régionales ont fait preuve de souplesse et d'adaptabilité dans la constitution et l'évolution de leur réseau d'accueil de proximité. L'élargissement du réseau des agences et des points d'accueil a été réalisé de façon quasi générale avec le double souci de se rapprocher des assurés et de se garder du risque d'émiettement²⁰⁷.

Dans d'autres secteurs du service des retraites en revanche, les caisses n'ont pas progressé au même rythme. Ainsi, en matière de personnalisation des contacts, les initiatives apparaissent encore

207. Sur ce point, cf. le rapport de la Cour sur le financement de la sécurité sociale de septembre 2000.

modestes. Seules les caisses les plus dynamiques ont instauré un suivi personnalisé de chaque dossier par un conseiller retraite ou un accueil spécifique pour certaines catégories de salariés.

Les initiatives en matière d'accueil des populations les plus fragiles sont également assez disparates : cellules « écoute veuvage », conseillers retraite itinérants, conventions avec les établissements pénitentiaires ou actions spécifiques à destination des titulaires du RMI (revenu minimum d'insertion) et de l'AAH (allocation aux adultes handicapés).

De la même façon, certaines caisses apparaissent en retard dans le développement du partenariat avec les autres régimes de retraite, peinant à définir des objectifs communs.

Enfin si des caisses ont commencé à réfléchir à la prise en charge par les agences de la liquidation des retraites, dans l'ensemble, les CRAM se sont montrées très prudentes et n'ont envisagé de l'instaurer que de façon très progressive.

En matière de contentieux, le contrôle de l'organisation des services, du déroulement des procédures et des résultats obtenus par les caisses a fait apparaître que les meilleurs résultats étaient obtenus là où était confiée, à un agent identifié, la maîtrise complète d'un portefeuille de dossiers comprenant une mission de coordination des différents intervenants et assortie d'un guide des diligences minimales à assurer quel que soit le dossier concerné.

D – L'action sanitaire et sociale vieillesse

Le décret du 5 avril 1968 a confié aux CRAM et aux CGSS la mission d'organiser le service social pour l'ensemble des caisses primaires d'assurance maladie de leur circonscription et d'assurer, à la demande de la CNAV, le service social pour les personnes âgées de leur circonscription.

L'action sanitaire et sociale des CRAM dans le domaine de la vieillesse s'organise autour de deux formes principales d'interventions : l'action en faveur du logement et les aides individuelles²⁰⁸. Deux de ces aides individuelles appellent des développements spécifiques : les aides ménagères et l'aide à l'amélioration de l'habitat.

208. Sur ce point, cf. le rapport de la Cour sur le financement de la sécurité sociale de septembre 2000.

1 – Les aides ménagères à domicile

Le mode d'organisation des aides ménagères le plus répandu est celui de la gestion déléguée partielle à un organisme prestataire avec lequel les caisses concluent un accord de prise en charge des heures réalisées au domicile de leurs ressortissants.

Les contrôles réalisés en 1997 avaient mis en évidence, outre l'inflation du nombre d'organismes délégataires, la faiblesse des dispositifs conventionnels et l'insuffisance du suivi opéré par les caisses sur ces organismes. Les comités notaient aussi que les caisses s'étaient dessaisies de leurs prérogatives en matière d'appréciation des demandes individuelles au profit des prestataires, se contentant quant à elles d'une appréciation strictement administrative.

Les contrôles réalisés en 2000 ont permis de noter un début de remise en ordre. D'une part, certaines caisses avaient instauré une démarche qualité auprès des services, fondée sur la réalisation d'un auto-diagnostic établi sur la base d'un schéma élaboré par le service d'action sanitaire et sociale de la CRAM, et complété pour les services les plus importants par un diagnostic sur place. D'autre part, le regroupement des services de moins de dix bénéficiaires avait également été engagé dans plusieurs régions.

En revanche, le nombre de contrôles sur place restait très variable d'une caisse à l'autre et paraissait encore largement insuffisant.

2 – Les aides à l'amélioration et à l'adaptation de l'habitat

Les aides à l'amélioration et à l'adaptation de l'habitat sont destinées à financer des travaux et des équipements qui permettent à l'assuré de rester à son domicile malgré un handicap : travaux de conservation du gros œuvre (couverture, maçonnerie, menuiserie), de mise en conformité (EDF-GDF, eau...) ou d'entretien du logement et d'amélioration du cadre de vie.

Ces aides font l'objet d'une large délégation de gestion à des prestataires de services conventionnés, principalement aux PACT (Protection, amélioration, conservation, transformation de l'habitat), associations départementales qui assurent le suivi administratif et technique. Or, lors de leurs contrôles, les caisses constatent assez fréquemment des dysfonctionnements tels que l'absence de mise en concurrence des entreprises, de visites de chantiers et d'évaluation des besoins précis de la personne âgée. Il leur appartient donc de s'assurer de

la réelle mise en concurrence des entreprises et qu'une véritable assistance technique est apportée à la personne âgée.

E – L'action sanitaire et sociale maladie

L'action sanitaire et sociale des CRAM dans le domaine de l'assurance maladie s'exerce sous la forme de versements de subventions à des associations et de financements d'investissements dans les établissements du secteur médico-social.

Indépendamment des équipes chargées de gérer ces dépenses, les CRAM disposent de services sociaux régionaux dont l'organisation et le fonctionnement appellent des observations.

L'activité des services sociaux régionaux a connu des réorientations, ces dernières années, du fait de la mise en place de la prestation spécifique dépendance (PSD) et de la loi sur les exclusions.

Ils demeurent, en termes d'effectifs, des services importants au sein des caisses régionales. Toutes CRAM confondues (hors CGSS) l'effectif total était, au 31 décembre 1998, de 2 820 équivalents-temps plein, dont 1 632 assistants sociaux et 818 secrétaires, soit un rapport de 2 assistants par secrétaire.

Cette structure d'effectifs mérite d'être soulignée. En effet, la diminution de ce rapport, qu'évoque la CNAMTS dans sa réponse, est faible au regard de ce que la caisse nationale attendait : elle évaluait en effet en 1997 l'impact de l'introduction de l'application nationale pour l'informatisation des services sociaux (ANAISS) à « une division par deux du temps consacré aux opérations élémentaires par les secrétaires ».

Même si des difficultés de montée en charge d'ANAISS ont été notées, les conséquences de cette informatisation n'ont pas été tirées : le rapport entre nombre d'assistants et nombre de secrétaires doit être revu.

F – La situation d'exception de la CRAMIF

Le cadre institutionnel issu des ordonnances de 1996 a modifié l'activité de la CRAMIF dans les mêmes termes que celle des autres CRAM. 17 de ses établissements sanitaires et médico-sociaux ont été transférés aux UGECAM compétentes au 1^{er} janvier 2000, ce qui a entraîné une réduction des effectifs de la caisse de 1 500 personnes environ et une diminution de plus de 600 MF (91,5 M€) de ses moyens budgétaires. De même, sa participation aux travaux de l'ARH d'Ile-de-

France a pu faire bénéficier ses partenaires dans l'agence de son expérience et des informations très riches de ses bases de données.

En revanche, même si sa participation à l'ensemble des travaux de l'ARHIF est effective, ses responsabilités opérationnelles ont peu évolué par rapport à la période antérieure. Principalement chargée du contrôle et de la tarification des cliniques privées, elle n'a eu jusqu'à présent dans les autres domaines que celles de dresser le bilan d'exécution du SROS de 1994 et de conduire la négociation d'un seul contrat d'objectifs et de moyens. Enfin, comme pour les autres CRAM, en dépit du désengagement de la polyvalence de secteur opéré progressivement, son service social régional, à la fois consacré à l'action sociale de la CNAV et à celle conduite en faveur des bénéficiaires de l'assurance maladie, demeure abondamment pourvu en personnel – notamment en secrétaires – au regard de l'activité réelle.

Par ailleurs, la CRAMIF demeure dans une situation d'exception. Contrairement aux autres caisses régionales, elle n'assure ni la liquidation ni le règlement des retraites des assurés du régime général. A l'inverse, elle fixe le montant et paie les pensions d'invalidité pour les ressortissants de sept départements de la région d'Ile-de-France alors que cette mission revient aux CPAM dans le reste de la métropole. Cette situation dérogatoire avait été notée dans les rapports publics de la Cour de 1989 et 1992. Elle présente divers inconvénients.

La détermination des droits à pension d'invalidité se caractérise par un grand retard : seulement 43 % des décisions prises en 1999 respectaient le délai réglementaire de deux mois²⁰⁹. Le transfert des informations administratives et médicales entre les CPAM et la CRAMIF était défaillant. Des ruptures de paiement entre la fin des indemnités

209. Dans sa réponse, la CRAMIF fait état d'un délai moyen de 48,70 jours, soit inférieur aux deux mois réglementaires. Cependant, ce calcul est faussé car s'il prend bien en compte la durée de traitement des demandes qui aboutissent directement à une attribution ou un rejet d'indemnités, il ne prend pas en compte, au contraire, la durée totale de traitement des demandes que la CRAMIF classe « sans suite », c'est-à-dire en instance avant décision définitive d'attribution ou de rejet. En effet, certaines demandes ne peuvent être traitées directement, souvent faute des pièces nécessaires, qui sont alors demandées à l'assuré. Ce sont des demandes qui sont « classées sans suite », c'est-à-dire mises en instance pour être traitées ensuite à la réception des pièces demandées, réception qui peut demander beaucoup de temps, notamment du fait des assurés eux-mêmes. Quoi qu'il en soit, il faut, dans le calcul du délai moyen, tenir compte, pour ces demandes, de la durée totale de traitement et non pas de la seule durée qui a abouti au classement sans suite. Calculée sur ces bases, la durée moyenne de traitement de toutes les demandes est, pour 1999, de 103 jours, soit nettement supérieure à deux mois.

journalières et le début du service de la pension d'invalidité ont été constatées pour plus de 20 % des attributions. La moitié de ces retards ont eu une durée supérieure à un mois. Des dossiers examinés par la Cour, il ressort des délais anormalement élevés pour l'attribution de pensions dans un certain nombre de cas.

Pour le fonds spécial d'invalidité, la CRAMIF, contrairement à la CNAV, ne prend pas l'hypothèque prévue à l'article R 815-47 du code de la sécurité sociale, au détriment des droits de l'Etat²¹⁰.

Pour les titulaires d'une pension d'invalidité inférieure au RMI ou à l'AAH, le droit à ces prestations est maintenu à hauteur de la différence. Le fichier des pensionnés de la CRAMIF a été rapproché de celui de trois CAF de la région. La Cour a constaté des versements indus d'AAH ou de RMI par les CAF pour un montant de 9,5 MF (1,5 M€). Par ailleurs, la CRAMIF est subrogée dans les droits des CAF pour leur reverser les montants d'AAH perçus à tort. Elle prélève pour ce faire les sommes nécessaires sur les arrérages des pensions d'invalidité. Cette subrogation n'a pas d'autre fondement qu'une lettre ministérielle qui ne saurait être tenue pour une base légale. Elle paraît même contraire à l'article L 821-1 du code de la sécurité sociale qui prévoit un reversement par le bénéficiaire lui-même.

RECOMMANDATIONS

1. Etudier les modalités d'un raccourcissement des délais et d'un allègement des procédures d'instruction et de demande de financement s'adressant au FNPEIS.

2. Inciter l'ensemble des caisses à adopter une organisation des services contentieux dans laquelle la maîtrise complète d'un portefeuille de dossiers est confiée à un agent identifié avec une mission de coordination des différents intervenants et un guide des diligences minimales à assurer quel que soit le dossier concerné.

3. Poursuivre et accentuer les efforts à destination des prestataires de services d'aide ménagère à domicile, tant en termes d'incitation au regroupement, de professionnalisation que de contrôles.

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES PAGE 616

210. Dans sa réponse, la CRAMIF justifie sa décision par le caractère désavantageux du rapport coût/avantage, sans apporter de preuves très convaincantes.

QUATRIEME PARTIE

L'ACTIVITE DES COMITES REGIONAUX ET DEPARTEMENTAUX D'EXAMEN DES COMPTES DES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE

Chapitre XII

L'activité des COREC et CODEC

PRESENTATION

Les comités régionaux et départementaux d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale (COREC et CODEC) sont présidés par le trésorier-payeur général de la région ou du département. Y participent le directeur régional des affaires sanitaires et sociales ainsi que le chef du SRITEPSA²¹¹. Sous leur égide, les vérificateurs des administrations déconcentrées de l'État (Trésor Public pour les finances, DRASS pour les affaires sociales, SRITEPSA pour l'agriculture) ont contrôlé en 2000 les comptes de 1999 de 660 organismes de sécurité sociale (soit environ 61 % des organismes existants). Un tiers de ces contrôles ont été des contrôles approfondis, pour lesquels sont simultanément examinés, en détail, les comptes et la gestion. Les tutelles s'appuient sur les observations formulées et les avis émis par les comités pour approuver les comptes.

Lors des contrôles approfondis, les comités d'examen des comptes ont également étudié quatre thèmes de vérification. Ils portaient sur la mise en œuvre par les URSSAF et les CGSS de la répartition à la source des données déclaratives du cotisant grâce à RACINE, sur l'action sanitaire et sociale des caisses de mutualité sociale agricole, sur la passation des marchés dans les organismes de base et sur le fonctionnement des caisses régionales d'assurance maladie. Par ailleurs, deux points particuliers (les accidents du travail et les maladies professionnelles dans la mutualité sociale agricole et le contrôle des organismes de base du régime d'assurance maladie des professions indépendantes non agricoles) ont fait l'objet d'une étude approfondie par les comités, à la demande de la Cour.

Les résultats de ces enquêtes figurent supra dans les chapitres VIII (mise en œuvre de RACINE), IX (action sanitaire et sociale dans la MSA), X (assurance maladie dans le régime des professions indépendantes non agricoles), XI (passation des marchés, fonctionnement des CRAM).

Quant aux observations sur les accidents du travail et les maladies professionnelles dans la MSA, elles feront l'objet d'une publication ultérieure.

211. Service régional de l'inspection du travail de l'emploi et de la protection sociale en agriculture.

I – L'activité des comités en 2000

Pour l'exercice 1999, le nombre d'organismes relevant de la compétence des comités était de 1 085 (tableau ci-après). En 1999 ont été mises en place les unions pour la gestion des établissements de santé et médico-sociaux des caisses d'assurance maladie (UGECAM) relevant du régime général. Elles ont pour objet d'assurer, dans leur circonscription, la gestion des établissements sanitaires et médico-sociaux de l'assurance maladie dans le cadre des dispositifs de planification sanitaire et médico-sociale et des priorités fixées par les agences régionales de l'hospitalisation. Elles ont également pris en charge le patrimoine des établissements dont la gestion était confiée soit à une caisse d'assurance maladie, soit à une fédération de caisses.

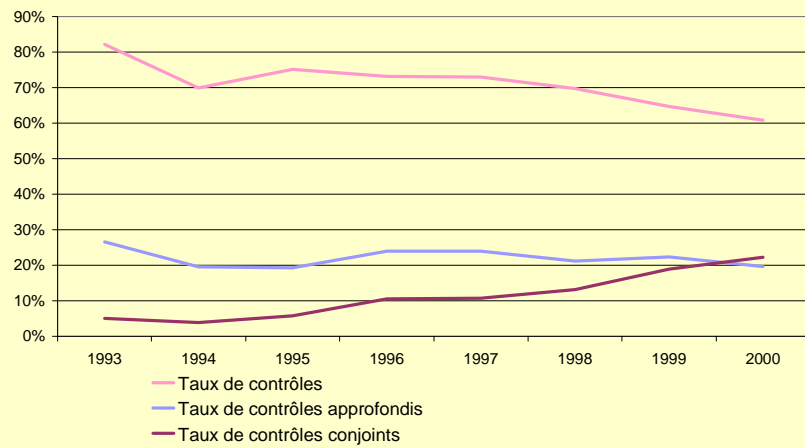
Les contrôles des comités ont été aussi étendus aux unions d'économie sociale, aux groupements d'intérêts économiques et sociétés civiles immobilières pour lesquelles la participation des caisses de MSA atteint 50 % des parts en capital, ainsi qu'aux comptes des associations lorsque la participation de ces caisses atteint la moitié de leurs moyens de fonctionnement.

Liste des organismes relevant de la compétence des COREC et des CODEC

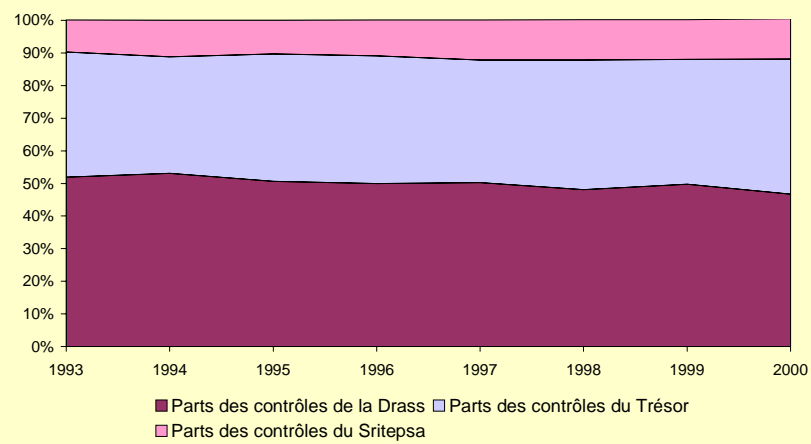
	1998	1999
Union des caisses nationales de sécurité sociale	1	1
Caisses régionales d'assurance maladie	17	17
Caisses primaires d'assurance maladie	129	129
Caisses d'allocations familiales	125	125
Unions pour le recouvrement des cotisations	105	106*
Unions et fédérations d'organismes	115	125
Caisses générales de sécurité sociale et caisses de prévoyance sociale de St-Pierre et Miquelon et de Mayotte	6	6
Total du régime général	498	509
Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM)	22	22
Régime agricole	140	140
Régime minier	23	23
Régimes des non salariés non agricoles	264	261
Régimes spéciaux et particuliers	19	19
Régime du personnel des industries électriques et gazières	111	111
Total général	1 077	1 085

* L'URSSAF de la Lozère a été créée par arrêté du 22 novembre 1999.

Evolution des taux de contrôle de 1993 à 2000



Répartition des contrôles entre les différents corps de contrôle



Les années sont celles où les contrôles ont été pratiqués .

A – Les contrôles réalisés

Le nombre d'organismes contrôlés par les comités en 2000 a diminué par rapport à 1999 (respectivement 660 et 697). Le taux de contrôle est ainsi de 61 %, contre 65 % sur les comptes 1998 et 70 % sur les comptes de 1997 (graphique ci-avant). Toutefois, le taux de contrôle approfondi a moins diminué que le taux de contrôle global, même si le nombre de contrôles approfondis a, de ce fait, lui aussi décré (213 contre 240 en 1999).

48 % des contrôles ont porté sur des caisses du régime général et 22 % sur des caisses des régimes des travailleurs non salariés des professions non agricoles. Plus de la moitié des vingt-deux URCAM ont également fait l'objet d'un contrôle.

Répartition par type de contrôle*

	1996	1999	2000
Contrôles approfondis des comptes et de la gestion	253 33 %	240 34 %	213 32 %
Contrôles de conformité comptable	211 27 %	163 24 %	182 28 %
Contrôles de suivi des observations portées lors du dernier contrôle approfondi	306 40 %	294 42 %	265 40 %
Total des organismes contrôlés	770	697	660

* L'année est l'année des contrôles ; ces contrôles portent sur les comptes de l'année n-1.

Anticipant l'entrée en application de la réforme des contrôles, les comités d'examen ont de plus en plus fréquemment réalisé de manière concomitante des contrôles qui précédemment étaient réalisés sur des exercices distincts.

La répartition des contrôles entre les trois corps montre une stabilité de l'activité des SRITEPSA, une légère progression pour les inspecteurs du Trésor alors que la proportion des contrôles assurés par les DRASS baisse légèrement sur cette dernière campagne (47 % en 2000 contre 50 % en 1999).

A l'avenir, l'instruction interministérielle relative à l'organisation du travail des comités instaurera une remontée d'informations systématique sur la force de travail mobilisée par chacun des corps de contrôle.

Le nombre des contrôles réalisés conjointement par des vérificateurs de deux ou trois corps de contrôle est en nette progression : 22 % des contrôles effectués en 2000, contre 19 % en 1999, 13 % en

1998, 11 % en 1997 et seulement 4 % en 1994. L'essentiel des contrôles conjoints est le fait des inspecteurs du Trésor et de ceux des DRASS : ils ont conduit ensemble 115 contrôles, contre 108 en 1999, dans l'ensemble des régimes de sécurité sociale hormis le régime agricole.

Sept contrôles ont été réalisés par les trois corps contre trois pour 1998.

Répartition des contrôles faits en 2000 par corps de contrôle

	Régime général	Régime agricole	Régime des Mines	Régime des non salariés non agricoles	Autres régimes spéciaux	URCAM	Régime EDF-GDF	Total
Trésor	97	3	3	51	3	1	44	202 31 %
DRASS	130	0	9	64	7	9	26	245 37 %
SRITEPSA	1	63	0	1	0	0	1	66 10 %
TRESOR+DRASS	80	0	4	25	0	3	3	115 17 %
Autres contrôles conjoints	6	22	1	2	0	0	1	32 5 %
Total	314	88	17	143	10	13	75	660

Nombre de contrôles conjoints effectués en 1999 et 2000 par corps de contrôle

	TRESOR + DRASS	TRESOR + SRITEPSA	DRASS + SRITEPSA	TRESOR + DRASS + SRITEPSA	TOTAL DES CONTRÔLES CONJOINTS
En 1999	108 81,8%	17 12,9 %	4 3,0 %	3 2,3 %	132 100 %
En 2000	115 78,2 %	21 14,3 %	4 2,7 %	7 4,8 %	147 100 %

Comme on l'a souligné dans le rapport précédent²¹², l'évolution dans le mode d'organisation et la conduite des contrôles privilégie la complémentarité des compétences. Elle représente une grande avancée dans l'enrichissement des méthodes, l'amélioration de la qualité et de la portée des vérifications. Le comité de pilotage s'attachera à continuer à favoriser la poursuite de cette évolution.

212. Cf. le rapport de la Cour sur la loi de financement de la sécurité sociale de septembre 2000.

B – Les avis émis

Au cours de la campagne 2000, les comités ont formulé 342 avis favorables (359 en 1999), 185 avis favorables assortis de recommandations (229 en 1999), 47 avis favorables avec réserves (33 en 1999) et 83 avis défavorables contre 74 pendant la campagne 1999.

Près de la moitié des avis rendus par les comités (48 %) ont comporté des recommandations ou des réserves ou bien étaient défavorables. Cela confirme le développement du caractère critique des appréciations des comités puisque ce taux n'atteignait que 36 % en 1994.

	1996		1999		2000	
Contrôles approfondis	253		240		213	
Avis favorables	98	38,7%	84	35,0%	76	35,7%
Avis favorables avec recommandations	107	42,3%	117	48,8%	83	38,9%
Avis favorables avec réserves	26	10,3%	15	6,2%	23	10,8%
Avis défavorables	22	8,7%	24	10,0%	31	14,6%
Sursis à statuer	0		0		0	
Contrôles de conformité comptable	211		163		182	
Avis favorables	153	72,5%	116	71,2%	111	61,0%
Avis favorables avec recommandations	35	16,6%	24	14,7%	41	22,5%
Avis favorables avec réserves	5	2,4%	4	2,5%	12	6,6%
Avis défavorables	17	8,0%	17	10,4%	16	8,8%
Sursis à statuer et sans avis	1	0,5%	2	1,2%	2	1,1%
Contrôles de suivi	306		294		265	
Avis favorables	201	65,7%	159	54,1%	155	58,5%
Avis favorables avec recommandations	72	23,5%	88	29,9%	61	23,0%
Avis favorables avec réserves	5	1,7%	14	4,8%	12	4,5%
Avis défavorables	27	8,8%	33	11,2%	36	13,6%
Sursis à statuer et sans avis	1	0,3%	0		1	0,4%
Non contrôlés	283		380		425	
Total	1 053		1 077		1 085	

L'année est l'année des contrôles ; ces contrôles portent sur les comptes de l'année n-1.

L'appréciation du nombre d'avis défavorables et de son évolution doit être relativisée en raison de la situation particulière des caisses mutuelles complémentaires et d'action sociale (CMCAS) du régime social du personnel des industries électriques et gazières. Elle conduit, depuis plusieurs années, les comités à émettre des avis défavorables à la suite des contrôles qu'ils effectuent dans ces caisses. Sur les 83 avis défavorables formulés, 70 ont en effet été adressés à des CMCAS.

Ces 70 avis défavorables portent plus particulièrement sur le remboursement des forfaits hospitaliers et des suppléments pour chambre individuelle pris en charge indûment par le régime complémentaire obligatoire des salariés relevant de ce régime. Cette situation pourrait trouver une issue favorable lorsque sera intervenu le dispositif réglementaire indispensable à la mise en œuvre du plan de redressement quinquennal du régime conclu en janvier 2001 par les employeurs, les organisations syndicales et les caisses.

Certains comités ont également rendu des avis défavorables pour des CMCAS dont la gestion est apparue discutable ou pour lesquelles des observations, formulées lors de précédents contrôles, n'avaient pas été suivies de mesures de redressement.

Hormis les CMCAS, treize caisses appartenant aux différents régimes ont fait l'objet d'avis défavorables. Deux de ces caisses relèvent du régime général, quatre de la mutualité sociale agricole, deux du régime minier et quatre des régimes des non salariés des professions non agricoles et une caisse relevait des régimes spéciaux.

Il faut distinguer deux types de caisses : celles à l'égard desquelles les comités ont renouvelé sans succès des critiques et celles à l'égard desquelles les comités ont formulé un premier avis défavorable.

1 – Certains organismes n'ont pas tenu compte des avis défavorables renouvelés à leur rencontre par les comités

L'union départementale des mutuelles de la Guadeloupe (UDMG) et la mutuelle des travailleurs indépendants de Martinique (MUTIM) font l'objet depuis plusieurs exercices d'avis défavorables récurrents, en raison de la situation très dégradée de leur gestion comptable et budgétaire et de l'exercice déficient de leurs missions de recouvrement des cotisations et de paiement des prestations.

A l'occasion de l'examen des comptes de l'exercice 1999, le COREC a pu noter que les efforts de redressement menés par l'UDMG commençaient à porter leurs fruits en matière de réduction des délais de règlement des prestations. En revanche, la persistance de situations comptables irrégulières, le non-respect des budgets dû à un recouvrement difficile l'ont conduit à émettre un nouvel avis défavorable.

S'agissant de la MUTIM, il a été constaté que le délai moyen de liquidation des prestations s'élevait, en 1999, à 83 jours. Cette situation, même si elle tendait à s'améliorer en fin d'exercice, n'était pas compatible avec la mission de service public de l'organisme. Les opérations de liquidation se caractérisaient de plus par leur médiocre

qualité et un taux d'anomalies élevé. La politique de recouvrement encourageait les mêmes critiques que par le passé. Le recouvrement amiable restait improductif, le recouvrement contentieux en grande partie inefficace et les mesures conservatoires étaient négligées. L'avis défavorable émis par le COREC faisait également état de carences majeures dans la tenue de la comptabilité et dans la gestion de la trésorerie.

Un avis défavorable a également été rendu sur les comptes de 1998 et de 1999 de la **Mutuelle interprofessionnelle de la Réunion**. Cet organisme a été déconventionné par la caisse mutuelle régionale, préalablement au contrôle, en mars 2000 et mis en redressement judiciaire depuis.

Ainsi qu'il a été déjà indiqué, les caisses mutuelles complémentaires et d'action sociale (CMCAS) du personnel des industries électrique et gazière ont fait l'objet de nombreux avis défavorables. La prise en charge irrégulière du forfait journalier et du supplément pour chambre individuelle dans les comptes du régime complémentaire obligatoire en a été la cause principale. Il sera mis fin d'autant plus vite à cette situation anormale que seront publiés les textes réglementaires de mise en œuvre de la « plate-forme commune » signés le 19 janvier 2001 entre les directions générales des deux établissements, les organisations syndicales et les organismes eux-mêmes.

D'autres aspects de la gestion de certains CMCAS ont été critiqués par les comités.

La **CMCAS du Calvados** a fait l'objet d'avis défavorables depuis plusieurs années en raison, notamment, de la dégradation de sa situation financière. Cette critique s'applique, de façon générale, à l'ensemble des CMCAS qui font appel à un fonds de compensation lorsque leurs ressources légales et facultatives sont épuisées. Les cotisations étant inférieures au montant des prestations versées par les CAS, ce fonds attribue à chaque caisse des avances de trésorerie transformées en fin d'exercice en subventions d'équilibre.

Le contrôle de conformité qui devait être effectué sur les comptes 1999/2000 de la **CMCAS de la Réunion** n'a pu être réalisé, les opérations de clôture de l'exercice s'achevant au 31 mars 2000 n'étant pas terminées au 14 novembre 2000, date du contrôle. Un avis défavorable a été rendu sur les comptes de l'année précédente. Il s'appuyait sur des observations devenues récurrentes relatives, pour l'essentiel, à l'insuffisance du suivi des comptes de tiers, à l'absence de régularisations d'avances accordées aux adhérents depuis plusieurs

années et à la non-conformité des procédures d'apurement des créances irrécouvrables.

A la suite du contrôle approfondi effectué sur les comptes de l'exercice 1999/2000 de la **CMCAS de la Martinique**, un nouvel avis défavorable a été rendu. Le comité d'examen a considéré que les recommandations formulées dans le passé n'avaient pas toutes été suivies d'effet, malgré des engagements de régularisation des imputations des prestations de forfait hospitalier, d'allocation décès et de prime de naissance et de suppression de la prise en charge du supplément pour chambre individuelle. Enfin, aucune amélioration n'a été constatée quant au délai de paiement des prestations qui s'élevait à deux mois pour l'exercice 1999/2000.

2 – D'autres organismes sont appelés à prendre les mesures appropriées à la suite d'un premier avis défavorable

Dans le régime général, le contrôle approfondi d'une caisse régionale d'assurance maladie a abouti à un avis défavorable pour des motifs liés à la fois à l'examen des comptes et à la gestion. Le CODEC a jugé que la comptabilité générale de l'organisme manquait de lisibilité et de transparence et que les nombreuses déficiences relevées pouvaient faire douter de la fiabilité des documents de synthèse. En matière de gestion, le comité a noté que certaines dispositions de l'arrêté du 9 mai 1995 relatifs aux marchés publics, n'avaient pas été respectées. En outre, une fraude commise par un agent de la caisse a été découverte en avril 1999. Une somme d'environ 5 700 000 F aurait été détournée sur une période courant de 1991 à 1999 par le biais de dossiers fictifs d'allocation veuvage. Des poursuites pénales ont été engagées contre cet agent. Le CODEC a considéré que cette fraude n'avait pu perdurer sur une si longue période qu'en raison des multiples défaillances des procédures de contrôle, ni la séparation des tâches, ni la supervision, principes de base du contrôle interne n'étant mises en œuvre.

A l'occasion d'un contrôle de suivi et de conformité du COREC, un centre de traitement informatique (CTI) n'a pas été en mesure de produire les documents comptables permettant l'exercice de ce contrôle, ce qui a conduit le COREC à en différer l'examen d'une année.

Quatre avis défavorables ont été émis pour des organismes du régime agricole. Trois de ces avis concernaient des caisses de mutualité sociale agricole et le dernier une association de création récente.

Malgré les observations formulées depuis quatre ans, le défaut de justification des soldes ou d'ajustement de certains comptes, ainsi que la

présence d'anomalies comptables persistaient dans une caisse de MSA. Le COREC a dénoncé ce comportement en adoptant un avis défavorable. Une réserve récurrente portait sur la nécessité d'améliorer les procédures comptables de manière à ce que les soldes des comptes de tiers puissent être justifiés (en octobre 2000, les soldes au 31 décembre 1999 n'étaient pas justifiés pour plus de 40 comptes).

Dans une autre caisse de MSA, l'avis défavorable est intervenu en raison de la mise en évidence, à l'occasion du contrôle, de détournements de fonds portant sur l'exercice 2000. Ces faits étaient susceptibles d'avoir été commis au profit d'une quinzaine de salariés de la caisse. L'enquête diligentée sur le service de vérification de l'organisme faisait apparaître la faible qualité des contrôles effectués par ce service et notamment les insuffisances au regard des délais de mise en œuvre (d'où des prescriptions biennales sur les indus constatés et non recouverts), un manque de suivi des dossiers présentant des anomalies ou manquants, une insuffisance des contrôles portant sur les nouveaux paiements.

Enfin, pour une dernière caisse de MSA, l'avis défavorable a sanctionné l'accumulation de dysfonctionnements. Pas moins de 29 recommandations ont été émises dans le rapport de vérification. Elles concernaient l'ensemble de la gestion de la caisse et notamment : les sécurités en matière informatique, en matière de fonds détenus et d'assurances souscrites ; la mise en œuvre et le contrôle du financement de l'aide ménagère ; l'exactitude comptable des documents produits ; le recouvrement des cotisations ; le paiement des prestations ; les modalités d'attribution des subventions d'action sanitaire et sociale, la gestion de la trésorerie et du parc immobilier.

Dans une autre région, les caisses de MSA ont mis en commun leurs moyens dans le cadre d'une organisation complexe incluant une fédération de caisses et une association exerçant une partie des attributions des caisses dans des domaines qui n'étaient pas prévus explicitement par ses statuts. La régularité des conventions de mise à disposition de l'association de personnels gérés par la fédération de caisses a fait l'objet d'une controverse entre le comité et les organismes contrôlés. Le contrôle des comptes de cette association pour les deux exercices 1998-1999 a conduit le COREC à rendre un avis défavorable. Le comité a relevé que les principes généraux de la comptabilité ont été méconnus, notamment en matière de permanence des méthodes, d'annualité et de mise en œuvre des droits constatés.

Deux caisses de secours minier ont fait l'objet d'un avis défavorable.

Dans le premier cas, c'est la mise en évidence de nombreuses anomalies et carences, aggravées par des dysfonctionnements répétés entre le conseil d'administration et la direction de l'organisme, qui ont conduit à rendre un avis défavorable. Les contrôles antérieurs avaient déjà abouti à un même résultat en 1997 et à un avis favorable avec réserves en 1998. Lors de l'examen des comptes de 1999, le COREC a critiqué les faiblesses du dispositif de contrôle de l'agent comptable, jugeant le plan de contrôle trop succinct et les contrôles peu efficaces. Le paiement des prestations n'était pas exempt de critiques puisque le défaut de polyvalence des agents, l'absence de tableau de bord permettant de suivre la situation de la liquidation, la persistance de remboursements en espèces jusqu'en juillet 2000 s'étaient répercutés sur les délais de liquidation des dossiers et donc sur la qualité du service rendu. Les œuvres de la caisse appelaient de très nombreuses observations. Elles ont porté plus particulièrement sur un hôpital et sur un cabinet d'optique pour lesquels de graves anomalies ont été relevées dans le suivi et le contrôle des inventaires, la gestion des fournisseurs de l'hôpital, des achats et du stock du cabinet d'optique ainsi qu'un non-respect, quasi-systématique, au sein de ce cabinet des prescriptions médicales et des règles de facturation.

Dans le second cas, l'avis défavorable était fondé sur le constat de graves dysfonctionnements dans la passation des marchés. Des irrégularités dans le déroulement des procédures entraînaient un traitement inégal des candidats. Les prestations réalisées par de nombreux fournisseurs dépassaient le seuil des 300 000 F sans qu'aucun marché soit passé. Les raisons invoquées par l'organisme pour s'affranchir des dispositions de l'arrêté du 9 mai 1995 telles que la nécessité de recourir à certains fournisseurs ou la difficulté à chiffrer les volumes en début d'exercice ne constituent pas des justifications recevables. La gestion des nombreuses œuvres de la caisse a également été critiquée par le CODEC. Des anomalies ont été notées en matière de signature de feuilles de soins par les assurés, de cotations, d'adéquation entre la prescription et l'acte exécuté. Des prescriptions médicales irrégulières ont été découvertes dans l'un des sites de liquidation de l'organisme et un service de gestion de matériel médical s'est affranchi quasi systématiquement des marchés passés par la caisse nationale.

Le contrôle d'un organisme conventionné d'outre-mer a conduit le COREC à émettre un avis défavorable aux motifs que la comptabilité n'était ni régulière (pas d'enregistrement de certaines charges pendant six mois) ni fidèle (montants comptabilisés supérieurs à la dépense réelle) et qu'elle présentait, en matière de cotisations, des discordances significatives avec celle de la CMR. En outre, l'organisme conventionné pâtissait de l'absence de relation conventionnelle avec sa banque. Le

fonctionnement et la tarification des services bancaires obéissaient donc au droit commun et étaient particulièrement défavorables à l'OC qui au demeurant ne procédait à aucun contrôle des frais qui lui étaient facturés. La politique de recouvrement encourageait les mêmes critiques que celles émises à l'encontre des deux autres organismes mentionnés ci-dessus : le recouvrement amiable restait embryonnaire et le recouvrement contentieux largement inefficace.

En ce qui concerne les CMCAS, il convient de souligner l'accroissement du nombre des organismes présentant un fonctionnement globalement défaillant.

Ainsi plusieurs caisses ont fait l'objet d'un procès verbal de carence accompagné d'un avis défavorable motivé par l'absence des documents de synthèse comptables annuels qui devaient être transmis à la Trésorerie générale et à la DRASS avant le 1er juillet qui suit la fin de l'exercice. La Cour est intervenue auprès du comité de coordination des CMCAS pour critiquer ces pratiques non conformes aux règles de la comptabilité. Dans une autre caisse, le comité a relevé que des paiements avaient été effectués au vu de factures *pro forma* et que la présence d'opérations non justifiées sur l'état de rapprochement bancaire montrait que de nombreuses écritures comptables n'avaient pas été passées. Ailleurs, c'est le principe de séparation de l'ordonnateur et du comptable qui était mal appliqué ou encore les règles comptables concernant les amortissements et le mouvement des comptes.

Enfin, le service de gestion du risque accidents du travail (AT) d'une entreprise a été sanctionné par un avis défavorable. Le décret n° 60-462 du 12 mai 1960 qui définit les obligations comptables des entreprises qui assurent cette gestion prescrit notamment qu'elle "doit être assurée par un ou plusieurs services spécialisés et faire l'objet d'une comptabilité séparée". Le comité a relevé que la gestion comptable était totalement confondue avec celle de l'entreprise. Les relations financières entre l'entreprise et son service de gestion des AT étaient uniquement retracées dans deux comptes de tiers qui distinguaient les prestations de sécurité sociale et les frais divers. Les opérations propres au service ne faisaient ainsi l'objet d'aucune comptabilisation au sens du plan comptable général, les comptes prévus à la nomenclature n'étant pas ouverts. Le CODEC a également constaté que l'entreprise ne provisionnait pas les créances douteuses, et ne respectait pas dès lors le principe de prudence prévu par les instructions comptables relatives au régime des AT. Enfin, il est apparu que les coûts de la gestion

administrative du risque accidents du travail n'étaient pas retracés en comptabilité, mais faisaient l'objet d'une simple évaluation forfaitaire en fonction de la masse salariale de l'entreprise.

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES PAGE 626

II – L'animation du réseau

L'animation du réseau des COREC est assurée par un comité de pilotage qui réunit, outre le président de la chambre de la Cour des comptes chargée de la sécurité sociale, le directeur général de la comptabilité publique, le directeur de la sécurité sociale, le directeur des exploitations, de la politique sociale et de l'emploi au ministère de l'agriculture.

L'essentiel des travaux de l'année 2000 a été consacré à la rédaction de la nouvelle instruction interministérielle devant régir les travaux des Comités d'examen des comptes. Ce texte a été adopté au mois d'avril 2001. Il accompagne et explicite la réforme réglementaire intervenue en 1999 et codifiée en 2000 dans le code des juridictions financières. Sa mise en œuvre à compter de la campagne 2002, sur les comptes de l'exercice 2001, constituera la dernière étape de l'entreprise de profonde rénovation des anciens CODEC devenus avec la réforme les COREC.

La procédure d'élaboration de cette instruction a associé l'ensemble des participants aux contrôles des organismes de sécurité sociale, c'est à dire les trois ministères, leurs services déconcentrés et la Cour des comptes.

Cette instruction couvre un champ plus large que sa devancière de 1993. Un document unique embrassera désormais tout le champ de l'organisation et des procédures de contrôle des organismes de sécurité sociale. Sont décrits successivement les objectifs poursuivis ainsi que l'articulation des contrôles des COREC avec les procédures d'évaluation instituées par les ordonnances de 1996, les structures nationales de pilotage, comité de pilotage et groupe de travail, les structures métropolitaines locales, les comités à proprement parler, la programmation de leurs travaux, les différents types de vérifications, les procédures de vérifications et d'examen des rapports devant les comités, les suites données aux contrôles tant à l'échelon local que, le cas échéant, devant la Cour des comptes.

Ce travail est un aboutissement. Il n'épuise pas pour autant ce qui doit être fait par les administrations centrales et la Cour pour faciliter le travail des comités et contribuer à l'amélioration du service rendu. Tout d'abord, il conviendra sans doute très régulièrement de mettre à jour ce texte au vu de l'évolution de la réglementation tant en ce qui concerne le droit applicable que le champ des organismes devant être contrôlés. Une attention particulière devra également être portée aux retours du « terrain » sur les procédures ainsi décrites et les éventuelles difficultés d'application rencontrées. L'association de vérificateurs aux travaux d'élaboration de l'instruction a permis à de nombreuses reprises d'améliorer la rédaction du texte.

Le travail d'animation s'est poursuivi avec la préparation des outils d'aide au contrôle pour la campagne 2001, la mise en chantier de la refonte du manuel général de vérification ainsi que par l'organisation de sessions de formation à vocation générale, le nouveau plan comptable, et spécifique, les politiques régionales de gestion du risque, afin d'aider les vérificateurs dans la préparation d'un contrôle dont les résultats devraient figurer au rapport public 2002.

CETTE SECTION N'A PAS APPELE DE REponse

CONCLUSION

Plusieurs conclusions peuvent être tirées au terme de ce rapport. Certaines rejoignent, en les renforçant ou les complétant, les observations que la Cour a formulées les années précédentes, d'autres sont nouvelles, issues des sujets particulièrement étudiés cette année.

Les comptes

La première conclusion a encore trait aux **comptes**. La réforme visant à obtenir, plus rapidement, des comptes plus fiables et en droits constatés, est bien engagée mais doit être menée à son terme dans les plus brefs délais. La loi de financement de la sécurité sociale et la présentation des comptes consolidés doivent faire apparaître clairement l'intégralité des contributions publiques et des impôts et taxes affectés à la prise en charge de prestations et d'exonérations de cotisations dans une nomenclature identique à celle utilisée dans le document sur les relations entre l'Etat et la sécurité sociale annexé à la loi de finances initiale. La Cour recommande la production d'une annexe commune aux deux lois.

C'est la première priorité, sur laquelle la Cour attire à nouveau l'attention avec la plus grande vigueur. Dans la situation actuelle, il n'est encore pas possible d'asseoir un diagnostic certain sur l'état des comptes. Il faut donc que l'application des recommandations de la MIRCOSS soit considérée par les différentes parties prenantes, les organismes de base, les caisses nationales, les pouvoirs publics, comme une priorité de très haut rang. Il est nécessaire en particulier que les comptes de 2001 soient bien établis, comme prévu, en droits constatés en **portant une attention toute particulière à l'estimation des provisions**.

L'imprécision des comptes ne modifie toutefois pas le constat selon lequel après avoir été équilibré l'an dernier, le régime général est **excédentaire en encaissement-décaissement** pour la première fois depuis onze ans. Cette amélioration tient pour l'essentiel à la bonne situation de l'emploi.

Cela étant, l'évaluation du résultat reste affectée d'une grande incertitude. Les difficultés liées au FOREC (qui regroupe et finance

diverses exonérations de charges sociales, notamment celles liées à la réduction de la durée du travail), et surtout le fait que l'établissement chargé de sa gestion n'ait pas encore été créé, ont obscurci la signification des comptes pour 2000. Compte tenu de la décision du gouvernement de ne pas faire couvrir par l'Etat le déficit du FOREC, contrairement aux choix initiaux, celui-ci doit être considéré comme définitivement à la charge des régimes sociaux. Cette décision n'affecte pas le résultat en encaissement-décaissement puisque ne sont comptabilisées que les ressources effectivement reçues par les organismes de sécurité sociale. En revanche, l'excédent en droits constatés qui figure dans le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2001 n'est obtenu que parce que cette insuffisance de ressources est traitée dans les comptes comme une créance à recevoir de l'Etat. Si l'on considère qu'elle restera en fait à la charge de la sécurité sociale, le résultat du régime général en **droits constatés** devient **légèrement déficitaire** en 2000 : selon les corrections de la Cour, il s'établit à -0,9 MdF (-0,1 Md€).

Depuis le dernier apurement des déficits des années 1996 et 1997, les résultats des exercices 1998-1999-2000 font apparaître, malgré l'amélioration de 1999 et de 2000, un déficit cumulé de 10,3 MdF (1,6 Md€) en encaissement-décaissement et de 12,0 MdF (1,8 Md€) en droits constatés, dès lors que le déficit 2000 du FOREC reste à la charge du régime général. Ces résultats ont été réalisés alors que la croissance économique de ces trois années a été excellente et que la progression des charges de retraite a été, notamment pour des raisons démographiques, faible. Cela montre bien que l'équilibre des comptes reste à conforter.

La production d'un bilan du régime général et d'un état des variations de sa trésorerie contribuerait utilement à clarifier le débat sur l'évaluation des résultats.

Cette clarification doit aussi permettre de mieux comprendre les diverses approches légitimes qui permettent d'appréhender le déficit ou l'excédent de la sécurité sociale : celle des comptes de la sécurité sociale, celle des comptes de la Nation, celle du compte de la protection sociale. La Cour recommande l'établissement et la publication de tableaux de passage entre les trois soldes dégagés dans chacune de ces comptabilités.

Le financement

Depuis vingt ans, le financement de la sécurité sociale s'est profondément diversifié. Le double mouvement de montée en puissance des contributions (notamment de la CSG) et de baisse des cotisations a constitué une évolution positive. Mais les changements dans les sources

de financement et leur affectation, changements incessants dont la justification n'est pas évidente, rendent le financement complexe, opaque et peu compréhensible. Il est donc essentiel de **simplifier en les restructurant les relations financières entre Etat et sécurité sociale** et, une fois cette simplification faite, de ne plus les modifier tous les ans au gré des besoins de financement.

La création de **fonds** isolant soit des dépenses soit des recettes peut contribuer à cette transparence, mais à condition que leur champ soit bien défini et que leur financement soit adapté à leur mission, stable dans le temps, et assure leur équilibre. Les fonds actuels ne remplissent pas, pour la plupart, ces conditions et sont donc, au contraire, un élément supplémentaire de complexité. D'ailleurs, ils sont trop nombreux et disparates : il faudrait réserver le nom et la technique aux seules entités dotées de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

Par ailleurs, la Cour insiste sur la nécessité de favoriser la réalisation du plan de marche prévu du **fonds de réserve des retraites** de façon à le mettre en mesure, le moment venu, de jouer son rôle. Il conviendrait d'une part de préciser et stabiliser le financement du fonds (il doit passer de 20 MdF (3,1 Md€) actuellement à 1 000 MdF (152,5 Md€) en 2020) et d'autre part de préciser sa politique de placement financier.

Enfin, l'absence de logique qui préside aux modes de rémunération des services réciproques que se rendent, dans le domaine social, l'Etat et la sécurité sociale, notamment la branche famille, est frappante. Quand ils le sont, ces services sont facturés de façon très variable, sans réel fondement. Une réorganisation, fondée sur **des principes homogènes et de vraies comptabilités analytiques**, s'impose.

Le recouvrement

Les organismes chargés du recouvrement doivent développer les **contrôles d'assiette**, aussi bien le régime général, c'est-à-dire l'ACOSS et les URSSAF, que les régimes complémentaires et de professions indépendantes. Dans un esprit voisin, la connaissance et la gestion des exonérations de cotisations sociales doivent être plus précises, ne serait-ce que pour connaître avec exactitude la dette de l'Etat et du FOREC au titre du remboursement de ces exonérations. Le dispositif d'exonérations est d'ailleurs très complexe et il faut sans doute s'efforcer de le simplifier. D'une façon générale, l'assiette des cotisations sociales – son périmètre et son évolution dans le temps – est trop peu connue et étudiée. Aussi la Cour reviendra-t-elle sur cette question ultérieurement.

Le **rôle de l'ACOSS**, pour centraliser et agréger les comptes, et pour que soient produites les informations nécessaires à la connaissance et au pilotage du recouvrement, doit profondément évoluer. L'autonomie des URSSAF ne s'oppose pas à la nécessité d'améliorer, grâce à ces évolutions, les comptes et la politique du recouvrement. Il faut renforcer le rôle de tête de réseau de l'agence centrale. Cela suppose de prendre les dispositions et textes nécessaires, et d'accroître les compétences techniques des agents de l'ACOSS.

Les « dépenses fiscales » dans le domaine social

L'analyse conduite dans le rapport sur les « **dépenses fiscales** », c'est-à-dire les exonérations et allègements fiscaux, dans le domaine social conduit à plusieurs observations. Leur raison d'être, leur estimation, leur impact, direct et indirect, sont trop peu connus, trop peu étudiés. Il en résulte un réel biais dans l'appréciation de notre politique sociale : elle est, si l'on agrège exonérations fiscales diverses et prestations, très différente dans son ampleur et dans ses effets (sur les divers groupes de bénéficiaires) de ce qu'on croit communément en ignorant les dépenses fiscales. Il conviendrait de consacrer des moyens accrus à l'étude et à la diffusion d'analyses permettant, dans un premier temps une meilleure compréhension et une clarification de la situation, dans un second une réorganisation, au moins par « blocs », de l'aide publique dans le domaine social, pour qu'elle soit à la fois plus efficace et plus équitable.

La maîtrise des dépenses d'assurance maladie

L'évolution des dépenses d'assurance maladie en 2000 et les conditions d'application de la loi de financement de la sécurité sociale illustrent la difficulté persistante que rencontre la maîtrise des dépenses de santé.

La recherche d'une meilleure maîtrise pourrait être facilitée à moyen terme par l'engagement de programmes d'actions venant compléter le dispositif existant :

- un **programme d'études et de recherches** destiné à mieux connaître et faire connaître les déterminants du système de santé et son articulation avec l'état sanitaire général ;

- un effort pour **placer la loi de financement dans le cadre d'objectifs plus larges**, et à caractère pluriannuel, de santé publique, qui relie mieux les dépenses de soins aux actions en matière d'hygiène et de comportements alimentaires d'un côté, aux politiques de prévention de l'autre ; cela suppose de donner un contenu plus précis et plus efficace à l'article 1 de la loi, au prix d'une sélectivité et d'une stabilité plus grandes dans le choix et la conduite des programmes prioritaires.

Se dégageant, en outre, des analyses conduites par la Cour cette année, deux conclusions précises.

D'abord, le **nouveau mode de régulation** instauré par la loi de financement pour 2000 n'a pas fait ses preuves : d'une part, la délégation à la CNAMTS de la gestion d'un objectif de dépenses de ville, avec trois rapports d'équilibre en cours d'année, n'a pas donné les résultats escomptés et pose des problèmes de fond ; d'autre part, les autres mesures de régulation n'ont pas été mises en œuvre, ou trop peu. Cette insuffisance des outils destinés à assurer le respect de l'objectif fixé par la loi – et cela vaut aussi pour les dépenses de médicament – est devenue patente dès lors que l'irréalisme de cet objectif a conduit les pouvoirs publics à retenir la dépense probable de 2000 comme base de l'objectif 2001 figurant dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.

Ensuite, **la politique du médicament** doit être profondément modifiée. La réactivité du dispositif devrait être accrue : en particulier le service rendu par chaque médicament, son prix, son efficacité devraient être réexaminés beaucoup plus fréquemment. Par ailleurs, il est regrettable que les institutions publiques en charge d'analyser les propriétés thérapeutiques des médicaments, de mesurer le service médical qu'ils rendent et d'autoriser leur mise sur le marché ne puissent fournir au corps médical l'ensemble des informations objectives qu'elles rassemblent à l'occasion de l'exercice de leurs missions. De ce fait, l'information des prescripteurs est quasiment abandonnée à la seule industrie pharmaceutique. L'Etat, en liaison avec les universités et l'assurance maladie, devrait développer une expertise médicocientifique autonome. Enfin, une amélioration des conditions dans lesquelles fonctionne la commission de la transparence est indispensable car les évaluations et réévaluations faites à ce stade déterminent largement les décisions prises en aval et l'évolution des dépenses de remboursement.

Mettre en œuvre ces trois priorités – réactivité, diffusion d'informations indépendantes, amélioration du fonctionnement au stade de l'évaluation du service médical rendu et de son amélioration par les nouveaux produits – permettrait au marché du médicament de ne plus

être, comme actuellement, un marché où l'offre influence trop fortement la demande.

Ces remarques sont d'autant plus importantes que l'accélération de la croissance des dépenses de médicaments fait de la maîtrise de cette évolution un élément déterminant pour la régulation d'ensemble des dépenses d'assurance maladie.

Si l'on y ajoute le constat, toujours actuel, que la Cour avait dressé dans son précédent rapport, de la nécessité d'une réforme de la politique conventionnelle entre l'assurance maladie et les professions de santé, et celui fait dans le présent rapport des limites qu'a rencontrées en 2000 l'encadrement des dépenses d'hospitalisation, il apparaît que c'est une réflexion sur les modes de régulation de chacun des principaux postes des dépenses d'assurance maladie qui est aujourd'hui indispensable.

RÉPONSES DES ADMINISTRATIONS

ET DES ORGANISMES

CHAPITRE PRELIMINAIRE
LES SUITES DONNEES AUX RECOMMANDATIONS
PRECEDENTES DE LA COUR

I – Cotisations et recouvrement

REPONSE DU MINISTRE DE L'AGRICULTURE ET DE LA PECHE

Le bilan à mi-parcours de la mise en œuvre de la convention d'objectifs et de gestion conclue pour la période 1999-2001 qui a été établi par le comité national d'évaluation, a montré que, outre l'amélioration sensible de la situation du recouvrement constatée en 2000 (réduction de 1 point du taux des restes à recouvrer), le renforcement des unités de contrôle entièrement spécialisées a été réalisé dans la majorité des caisses de MSA, qu'ont été redéfinies les missions des contrôles et qu'en ont été formalisés les objectifs dans des plans pluriannuels de contrôle.

L'organisation du contrôle s'est profondément modifiée depuis 1999, les caisses de MSA se sont fortement engagées dans la réalisation des contrôles sur les conditions d'affiliation et sur les revenus et salaires déclarés.

Si la plupart des objectifs en matière de contrôle tels que définis par les caisses de MSA sont atteints, la formalisation des programmes de contrôle doit être affinée d'ici à la fin de l'application de la convention d'objectifs et de gestion afin de devenir de véritables instruments de pilotage de l'activité de contrôle des caisses de MSA.

Un groupe de travail constitué de représentants de la caisse centrale de la MSA, des caisses de MSA et de l'administration centrale et des services déconcentrés du ministère de l'agriculture et de la pêche, est chargé de compléter à cet effet les indicateurs permettant lors de l'évaluation finale de convention d'objectifs et de gestion en 2002 d'apprécier les résultats des engagements pris par les caisses de MSA en matière de contrôle.

REPONSE DE LA CAISSE CENTRALE DE MUTUALITE SOCIALE
AGRICOLE

Comme ont pu le constater les COREC/CODEC en 2000 et conformément aux objectifs inscrits dans la convention d'objectifs et de gestion conclue entre le régime agricole et l'Etat pour la période 1999-2001, la MSA s'est engagée dans un processus d'amélioration du recouvrement des cotisations. Elle s'est attachée, tout en renforçant les structures spécialisées existantes, à redéfinir les missions des contrôleurs et à formaliser leurs

objectifs dans des plans pluriannuels. La MSA a également amélioré de façon sensible le taux global de restes à recouvrer en s'appuyant notamment sur la mise en œuvre systématique de l'ensemble des procédures de recouvrement et en privilégiant les procédures précontentieuses.

Conformément aux recommandations de la Cour et aux engagements qui ont été pris, la MSA a mis en place des outils de suivi de la mise en œuvre des procédures de recouvrement (amiable et forcé) en 2001. Cet outil, mis à disposition des caisses de MSA au 2ème semestre 2001, permettra d'identifier, sur l'exercice 2000, les procédures mises en œuvre. Il a également comme objectif de mesurer la pertinence des procédures utilisées pour recouvrer les créances. Cette analyse ne pourra bien sûr s'effectuer qu'au moins sur deux années de plein exercice (2000 et 2001) et au terme de l'exploitation, à la fin de l'année 2002.

Concernant les coûts de recouvrement, la MSA a mis en place une comptabilité analytique qui permettra de dégager le coût du recouvrement. Les premiers résultats sont en cours de consolidation au niveau national pour être analysés.

II – L'ACOSS

REPONSE DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE

La gestion commune de la trésorerie

La Haute Juridiction constate qu'avec le système GEODE, l'alimentation des caisses prestataires s'opère directement par virement du compte ACOSS.

Il est à noter tout d'abord, que cette fonction du système de tenue de compte GEODE ne sera mise en place qu'au second semestre 2002 compte tenu des actions de sécurisation des systèmes informatiques préalables à son déploiement.

L'ACOSS précise ensuite que la conduite du projet GEODE a pris en compte la recommandation de la Haute Juridiction :

- en matière de sécurité : en différant la mise en place de l'alimentation directe par virement aux comptes des organismes tant que les préalables en matière de sécurité des systèmes informatiques, des procédures d'habilitation ainsi que de protection des données n'auront pas été satisfaits.

- en matière de suivi des soldes des comptes de disponibilités, sera mise en place au 1^{er} septembre 2001, dans le cadre du projet GEODE, une procédure de remontée directe au compte de l'ACOSS des excédents des organismes locaux dès lors qu'ils dépasseront le seuil de 50.000 F, seuil qui sera fixé dans une instruction commune aux caisses nationales.

La centralisation des opérations

La Haute Juridiction regrette que l'ACOSS n'ait jamais fourni des éléments permettant de raccorder les nouvelles répartitions entre branche issues de RACINE avec celles de l'ancienne méthode.

Sur ce point, il convient de signaler que les travaux menés par l'ACOSS dans le cadre notamment d'une mission de l'IGAS ont permis de présenter aux tutelles et au conseil d'administration de l'ACOSS une analyse sur les différences de résultats entre les deux systèmes. Celles-ci furent prises en compte par la commission des comptes du printemps 2000 dans la mesure notamment où certaines des investigations de l'ACOSS conduisirent à opérer des régularisations sur les répartitions des années 1996 et 1997.

CHAPITRE I**LES RESSOURCES DE LA SECURITE SOCIALE EN 2000****I – La prise en charge des exonérations de cotisations sociales***REPONSE DE LA MINISTRE DE L'EMPLOI ET DE LA
SOLIDARITE*

Ainsi que le fait remarquer la Cour, les exonérations de cotisations sont comptablement traitées par les organismes locaux de recouvrement comme des cotisations dont la couverture financière sera assurée au niveau national. Il est fait observer que les exonérations de cotisations devraient être imputées non pas en cotisations prises en charge par l'État comme c'est actuellement le cas mais en contributions publiques. Ces remarques, qui soulèvent une question de fond, répondent à une logique différente de celle retenue actuellement et remettent en cause une grande partie de la nomenclature du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale présentée à la Cour le 1^{er} mars 2000, alors même que les organismes de sécurité sociale sont en train de procéder aux transpositions informatiques pour l'appliquer au 1^{er} janvier 2002.

Toutefois une réflexion devra être menée rapidement sur les intitulés des comptes de manière à les rendre plus explicites, mais aussi sur la nature des produits affectés à la sécurité sociale et des cotisations prises en charge par l'État et par le FOREC, voire par les régimes de base et par le FSV. Cette réflexion devra faire l'objet d'un examen par la mission comptable et le Haut conseil de la comptabilité des organismes de sécurité sociale.

II – Les ressources du régime général*REPONSE DE LA MINISTRE DE L'EMPLOI ET DE LA
SOLIDARITE*

La Cour demande qu'un tableau de passage entre encaissement-décaissement et droits constatés pour les ressources et produits d'une part, et les dépenses et charges d'autre part, soit produit, s'agissant des comptes 2000. L'intérêt de cette proposition est certain. Toutefois, outre les changements de nomenclatures comptables, passant de quelques centaines de comptes à plusieurs milliers, qui ne facilitent pas les analyses, il serait nécessaire de retraiter toutes les données comptables au niveau le plus fin pour présenter ensuite les comptes de la commission des comptes sous la forme agrégée comme actuellement. Pour l'information du Parlement et des acteurs

économiques et sociaux, seul un commentaire des écarts constatés entre les deux méthodes portant sur les grandes masses et sur les montants significatifs s'avère nécessaire pour aider à la compréhension des comptes. C'est ce qui a été fait lors de la commission des comptes de juin 2001. Il ne me paraît pas possible dans l'immédiat d'imposer à mes services une telle charge de travail, malgré tout l'intérêt qu'elle représente.

CHAPITRE II**LES DEPENSES DE LA SECURITE SOCIALE EN 2000****III – Les dépenses de la branche vieillesse***REPOSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE
VIEILLESSE*

Concernant l'application de l'article 16 de la loi de financement, la Cour relève qu'aucun acompte prévisionnel n'a été versé au cours de l'année 2000 au titre de l'excédent prévisionnel pour ce même exercice.

Sur ce point, le conseil d'administration de la CNAV a eu l'occasion de se prononcer sur le dispositif de versement d'un acompte prévisionnel. Au regard, d'une part, des incertitudes sur le niveau réel du solde à la clôture de l'exercice et, d'autre part, de la rupture créée par ce mécanisme dans les chroniques des soldes de gestion de la branche retraite, le conseil d'administration a considéré, dans sa majorité, qu'il serait plus judicieux d'attendre l'arrêt des comptes définitifs d'un exercice pour verser le solde excédentaire correspondant au fonds de réserve des retraites.

V – Les dépenses d'assurance maladie*REPOSE DU MINISTRE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET
DE L'INDUSTRIE ET DE LA SECRETAIRE D'ETAT AU BUDGET*

Les observations formulées par la Cour rejoignent dans leur majorité les préoccupations du ministère.

La Cour porte un jugement critique sur le dispositif de régulation des dépenses d'honoraires des professions médicales mis en place par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2000 (variation des lettres-clés dans le cadre de trois rapports d'équilibre établis par la CNAMTS). Selon elle, les objectifs financiers de la loi de financement, qu'elle juge peu réalistes, auraient appelé d'emblée des mesures d'économies de toute autre ampleur.

Le principe de détermination par le Parlement, dans le cadre de la LFSS, d'objectifs de dépenses maladie des régimes sociaux reste fondé. Cependant, le système de maîtrise des dépenses de santé testé en 2000 a incontestablement montré ses limites dans le cas d'une régulation infra-annuelle des honoraires médicaux. De plus, concernant les dépenses de

médicament, la Cour note à juste titre le rôle prépondérant de l'offre dans la dynamique des remboursements pharmaceutiques. Les mesures relatives au médicament adoptées par le Gouvernement en juin 2001 retiennent à cet égard des objectifs précis, mis en œuvre en concertation avec les professions concernées et selon des critères d'efficacité au plan médical.

Accompagnée d'une responsabilisation effective des acteurs du système (incluant notamment les praticiens et les patients), une évolution maîtrisée des dépenses publiques à cet égard est donc possible tout en renforçant sans cesse la qualité d'un système sanitaire jugé parmi les plus performants du monde.

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES

L'évolution des dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM

L'appréciation que porte la Cour des comptes sur les divergences qui existeraient entre l'estimation des tendances faites par la CNAMTS et celle faite par la DSS est largement brouillée par une série de confusions faites entre des notions différentes :

- taux de croissance brut et taux de croissance CJO
- taux de croissance des dépenses du régime général et taux de croissance «tous régimes».

En année de soins, les données fournies par la CNAMTS au conseil pour la transparence des statistiques des soins de ville, en avril 2001, sont les suivantes, s'agissant des taux de croissance 2000 : dépenses déléguées : + 5,3 % ; soins de ville : + 7,7 %.

Ces données résultaient des informations disponibles sur les remboursements effectués à fin mars 2001. Elles sont très proches des données disponibles à fin mai : dépenses déléguées : + 5,2 % ; soins de ville : + 7,5 %.

Il s'agit de données portant sur les dépenses du seul régime général et, par ailleurs, elles sont CJO, c'est à dire corrigées de l'effet du nombre de jours «travaillés» par les professionnels de santé 2000.

Le rapport de la commission des comptes présente, lui, une estimation de la croissance des dépenses de l'ensemble des régimes et cette estimation n'est pas corrigée de cet effet de «jours ouvrables» : dépenses déléguées : + 3,9 % ; soins de ville : + 6,6 %.

Pour rapprocher les données de la CNAMTS de celles de la DSS, il faut appliquer une double minoration :

- en données brutes (non corrigées des jours ouvrables), la croissance des dépenses du régime général a été, suivant les informations disponibles à fin mai, de : + 4,5 % pour les dépenses déléguées ; + 7,2 % pour les soins de ville.

- la croissance des dépenses «tous régimes » devrait être inférieure d'environ 0,3 point à celle du régime général, ce qui donnerait les résultats suivants : + 4,2 % pour les dépenses déléguées ; + 6,9 % pour les soins de ville.

On voit donc que l'écart qui sépare les deux constats, celui de la CNAMTS et celui de la DSS, n'est en réalité que de + 0,3 point.

Si l'écart entre ces chiffres est relativement faible, ce qui n'est guère étonnant puisque la CNAMTS communique régulièrement à la DSS des données en date de soins, l'interprétation qu'en a faite la CNAMTS (et qu'elle a publiée dès le 16 janvier 2001) est effectivement différente.

Les taux de croissance « tous régimes » relevés par la Cour, s'agissant des dépenses de soins de ville en année de soins, s'établissent, compte tenu, de la correction faite ci-dessus pour 2000 à : 1998 : + 5,8 % ; 1999 : + 5,5 % ; 2000 : + 6,9 %.

Afin de juger d'une accélération éventuelle de la croissance des dépenses entre 1999 et 2000, il faut comparer les taux de croissance annuels obtenus, après correction des jours ouvrables, puisque c'est cette correction qui permet d'apprécier l'évolution effective de l'activité des professionnels de santé, toutes choses égales par ailleurs.

Le taux de croissance des soins de ville à prendre en compte est donc de + 7,5 % pour le régime général en 2000. En 1999, ce taux était de + 6,1 %.

Pour reprendre le raisonnement tenu par la Cour, l'accélération des dépenses entre 1999 et 2000 est donc bien significative, puisqu'elle serait de l'ordre de + 1,4 point.

La croissance des dépenses en année de soins apparaît en 2000 inférieure à celle appréciée en année de remboursement (+ 7,5 % contre + 9,0 % pour les soins de ville du régime général en données CJO).

Pour l'essentiel, cet écart est dû aux reports de liquidation intervenus entre 1999 et 2000, ces reports minorant les remboursements effectués en 1999.

Ils majorent à due concurrence l'année 2000. Mais des reports analogues sont intervenus entre la fin de l'année 2000 et l'année 2001. Au total, les remboursements effectués sont inférieurs aux soins délivrés en 1999 mais du même ordre de grandeur que ces soins en 2000.

Le taux de croissance des remboursements est donc naturellement plus fort que celui des soins en 2000, mais ce dernier apparaît malgré tout élevé. Notre analyse est que les tendances étaient encore fortes à la fin de l'année 2000 au moins.

Les dépassements de l'ONDAM

Il est nécessaire d'analyser de façon plus fine ces tendances car les évolutions intervenues depuis 1998 permettent d'éclairer le contexte dans lequel se sont inscrits les rapports d'équilibre de l'année 2000 – avant de considérer, par exemple, a posteriori, qu'un ONDAM est réaliste ou non –.

Il convient tout d'abord de remarquer qu'une forte croissance de la consommation médicale n'est pas une fatalité : la faible évolution de l'activité médicale durant les années 1996 et 1997 en témoigne.

La consommation médicale progresse de façon plus rapide en 1998 et 1999. Mais elle ne s'est accélérée qu'à la fin de l'année 1999. Le premier rapport d'équilibre a donc été élaboré à un moment où cette tendance nouvelle était toute récente, et sans qu'on sache si elle allait perdurer.

Les deux graphiques ci-dessous illustrent cette analyse.

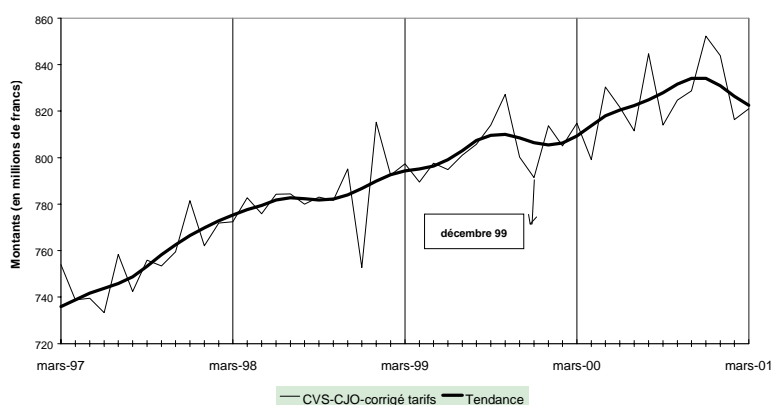
Le premier concerne les consultations des spécialistes (en mois de soins). La tendance soutenue de l'année 2000 contraste avec les évolutions plus faibles de 1998 et 1999.

Le deuxième retrace les consultations des médecins généralistes. Là encore, les évolutions intervenues en 1999 paraissent faibles au regard de celles de 2000. Ce constat est accentué par le positionnement très particulier des épidémies de grippe : celle de l'hiver 1999/2000 et celle de l'hiver 2000/2001 (de plus faible ampleur, il est vrai) se concentrent au début et à la fin de l'année 2000, ce qui explique partiellement la progression relativement importante des honoraires des généralistes.

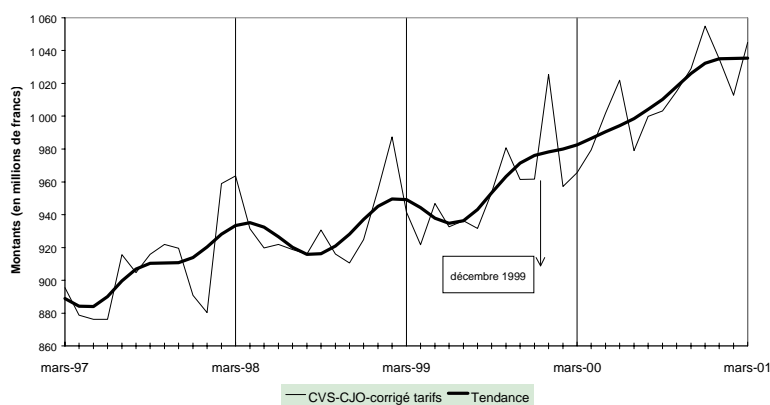
Il est cependant indéniable que la revalorisation de la visite aux personnes en ALD âgées de plus de 75 ans et les mesures de restructuration de l'activité des spécialistes prises lors du deuxième rapport d'équilibre expliquent largement l'écart constaté entre l'évolution des honoraires sans dépassement des généralistes et ceux des spécialistes : sur la période allant de

mai à décembre 2000, les dépenses des généralistes ont ainsi été majorées de 1,5 point et celle des spécialistes minorées de 0,5 point.

**Les dépenses en mois de soins - Risque Maladie
Consultations spécialistes**



**Les dépenses en mois de soins - Risque Maladie
Consultations omnipraticiens**



La régulation des soins de ville

L'objectif des dépenses de soins de ville (ODSV) comprend :

- d'une part l'objectif des dépenses déléguées (ODD) correspondant aux honoraires des professionnels de santé libéraux et à la rémunération des transporteurs sanitaires ;

- d'autre part les dépenses hors ODD (médicament, indemnités journalières, dispositifs médicaux, centres de santé) régulées par ailleurs pour certaines.

Etablissement du Rapport d'équilibre n° 1 pour l'exercice 2000

Le premier rapport de l'année 2000 a été établi sur la base des principes suivants :

- une évolution en volume des actes de chaque profession stabilisée au niveau de 1999, cette pause dans la croissance des volumes, en 2000, permettant de dégager des moyens pour financer des projets restructurants pour le système de soins ;

- une évolution tarifaire conditionnée au respect des objectifs fixés, en conformité avec le nouveau cadre législatif, les revalorisations tarifaires étant soumises aux constats faits au 01-07-2000 et 01-11-2000 de la stabilisation des volumes.

La Cour estime que le choix sous-tendant ces principes était risqué.

Le choix des caisses nationales de proposer aux professionnels de santé une stabilisation des volumes de leurs actes présentait en fait un risque limité puisque les caisses avaient d'emblée précisé aux professionnels de santé que toutes hausses constatées des volumes amputeraient d'autant les hausses en valeur prévues. (Les revalorisations de lettres-clés prévues dès le premier rapport correspondaient à la mise en œuvre d'accords pris en 1999 avec les sages-femmes et les orthoptistes au moment de la renégociation de leur convention respective).

Par ailleurs, l'amorce de la croissance des dépenses (surtout en date de soins) au cours du dernier trimestre de 1999 si elle est aisée à constater à la mi 2001 - encore que la Cour elle-même reste dubitative sur ce point - n'était pas évidente à déterminer avec certitude au début de l'exercice 2000, lorsque les négociations avec les professionnels de santé ont été engagées.

Suite à ces négociations, 7 professions de santé (les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les masseurs-kinésithérapeutes, les infirmiers, les orthophonistes, les orthoptistes) sur les 9

concernées¹ ont accepté de signer un accord conventionnel sur les bases proposées d'une stabilisation des volumes contre des revalorisations tarifaires ciblées.

Pour certaines professions, ce principe était très explicitement décliné dans l'annexe conventionnelle intégrée dans le rapport d'équilibre voire avait été accepté, dès 1999, dans le cadre des travaux ou discussions conventionnels.

C'est le cas des :

- *Infirmiers* : l'accord inscrit dans le rapport d'équilibre avait été précédé d'un protocole signé le 29 avril 1999 visant, entre autres, à limiter le volume des actes cotés en AMI et à baisser le volume des actes cotés en AIS dans le cadre de la mise en œuvre du plan de soins infirmiers (PSI).

- *Masseurs-Kinésithérapeutes* : la réforme de la nomenclature de la profession s'inscrivait dans une baisse des volumes acceptée par la profession dès l'engagement, fin 1999, des négociations sur la réforme de la nomenclature. Cette baisse se déclinait ainsi : 5 % sur les actes d'ostéoarticulaire ; 2 % sur le reste de l'activité.

- *Biologistes* : la profession avait signé le 22-06-1999 un accord avec le gouvernement de stabilisation de la dépense (+0,8 % pour 2000 par rapport 1999).

- *Orthophonistes* : la revalorisation de la lettre clé AMO était conditionnée strictement dans l'annexe conventionnelle intégrée dans le premier rapport, à la maîtrise à due concurrence du volume des actes.

Par ailleurs, au moment de l'établissement du premier rapport d'équilibre (début février 2000) les dépenses en date de remboursement pour certains postes présentaient, pour l'année 1999, des évolutions modérées en volume : médecins généralistes : +0,1 % ; chirurgiens dentistes : -0,4% ; orthoptistes : +0,8% ; médecins spécialistes : +1,3%.

Ainsi apparaît-il risqué de qualifier la démarche des caisses nationales de peu réaliste.

1 Parmi les professions liées aux caisses d'assurance maladie par une convention – qui sont les seules pour lesquelles la loi prévoit la possibilité de signer une annexe – n'ont pas signé les biologistes et les transporteurs sanitaires. Par ailleurs, l'objectif de dépenses concernant les médecins spécialistes a été défini unilatéralement par les caisses après consultation de la profession, comme le prévoit la loi s'agissant d'une profession qui n'est pas liée aux caisses d'assurance maladie par une convention.

Certaines professions s'étaient engagées dès 1999 dans une démarche de contrôle de l'évolution des volumes (infirmiers, masseurs – kinésithérapeutes, biologistes) ; d'autres ont signé dans le cadre de ce premier rapport une annexe conventionnelle conditionnant expressément toute hausse en valeur (sous forme de revalorisation de lettre –clé ou de modification de la nomenclature) à une démarche de contrôle des volumes (orthophonistes). Par ailleurs, l'état de certains postes de dépenses (médecins généralistes, chirurgiens-dentistes, orthoptistes, dans une moindre mesure médecins spécialistes), fin 1999, pouvaient laisser augurer, au moment de l'engagement des négociations avec les professionnels de santé, de la crédibilité de la démarche proposée.

Par lettre du 30 mars 2000, le gouvernement a approuvé le 1^{er} rapport d'équilibre présenté par les caisses nationales, pour 2000, qualifiant l'hypothèse de stabilisation des volumes de volontariste et non d'irréaliste.

Etablissement du rapport d'équilibre n° 2 pour l'exercice 2000

Pour élaborer le 2nd rapport d'équilibre, les caisses nationales ont souhaité appliquer la loi avec discernement.

Pour ce faire, elles ont proposé :

- de déclencher le mécanisme de régulation non au 1^{er} franc de dépassement mais au-delà d'un certain montant, compte tenu de la marge d'incertitude dans la connaissance des évolutions conjoncturelles ;

- de ne récupérer que la moitié du dépassement et de plus sur 12 mois et non pas seulement sur le solde de l'exercice 2000 ;

- de raisonner en date de soins et non pas en date de remboursement, référence alors plus favorable aux professionnels de santé mais surtout reflétant la réalité de la consommation de soins. Ce raisonnement est plus équitable et réaliste dans le sens où on ne voit pas, en effet, comment justifier que les professionnels de santé soient sanctionnés du fait des fluctuations du rythme de liquidation des feuilles de soins papier, qui expliquent entièrement la différence entre le décompte en date de soins et le décompte en date de remboursement.

Il n'y a donc pas eu infléchissement du dispositif mais précision et clarification sur son application.

En effet, une application à la lettre de la loi (soit une récupération de l'intégralité des dépassements sur les 4 derniers mois de l'année) aurait conduit, par exemple, aux résultats suivants :

- baisse des lettres clés des masseurs-kinésithérapeutes de 13,40 F à 12,40 F ;
- baisse de la lettre clé AMI des infirmiers de 17,50 F à 6,03 F ;
- baisse de la lettre clé des orthoptistes de 15,40 F à 12,55 F ;
- baisse de la lettre clé des biologistes de 1,76 F à 1,56 F.

Le simple bon sens obligeait à s'interroger sur le réalisme d'une application littérale du système de régulation mis en place par la loi.

Parallèlement, la répartition de l'ODD par profession de santé prévue par la loi impose de raisonner profession par profession. Elle ne permet pas de renoncer à des mesures de revalorisation concernant les professions qui respectent leur objectif de dépenses au motif que d'autres professions excèdent le leur et que l'objectif global se trouve ainsi dépassé. Par conséquent, les caisses se sont vues dans l'obligation de mettre en œuvre les accords passés dans le cadre du premier rapport d'équilibre pour 2000. Elles ont donc introduit dans le deuxième rapport d'équilibre des revalorisations tarifaires concernant :

1. De nouveaux soins dentaires, indispensables sur le plan de la santé publique, d'un coût de 960 MF en dépenses remboursables. Les dépenses d'honoraires des chirurgiens dentistes étaient en effet en décroissance à fin avril 2000. Il convient de noter que ces dépenses nouvelles ont finalement impacté l'exercice 2001 et non l'exercice 2000 (puisque l'arrêté de nomenclature relatif à ces actes est paru en janvier 2001)

2. Une revalorisation des tarifs des ambulances entrée en vigueur au 01-09-2000. L'évolution du poste transports sanitaires fin avril laissait en effet apparaître un différentiel de 1,2 % par rapport à l'objectif fixé en faveur de la profession.

Enfin, la Cour aura noté que ce 2^{ème} rapport d'équilibre a fait l'objet d'une approbation partielle par les pouvoirs publics dont le principe, les motifs invoqués et la procédure suivie ont constitué les trois motifs ayant conduit le conseil d'administration de la CNAMTS à former un recours contentieux contre ladite décision.

Etablissement du rapport d'équilibre n° 3 pour l'exercice 2000

La Cour considère qu'il est indispensable de tenir compte des circonstances très particulières dans lesquelles a été préparé le troisième rapport :

- à l'orée de la période de concertation avec les professionnels de santé sur les éventuelles mesures de régulation à adopter dans ce cadre, l'annonce du rebasage de l'ONDAM privait de fondement politique les mesures de régulation envisagées. De plus, le vote d'un amendement au

PLFSS 2001 enjoignant aux caisses de se référer pour l'établissement du 3^{ème} rapport annuel à l'ONDAM de l'exercice à venir et non plus à l'ONDAM de l'exercice en cours n'a fait qu'accroître la confusion sur le plan juridique ;

- par ailleurs, et de manière générale le 3^{ème} rapport est adressé au gouvernement le 15 novembre. Le gouvernement dispose de 15 jours pour l'approuver. Les mesures prises dans le cadre de ce 3^{ème} rapport sont donc publiées au début du mois de décembre (le 2 décembre pour l'exercice 2000). Elles sont applicables un jour franc après leur publication. Elles n'ont aucun impact sur l'exercice en cours. L'effet positif ou négatif en est entièrement reporté sur l'exercice suivant ;

- par conséquent, il est apparu que seules des mesures visant à contribuer à une reconfiguration structurelle de l'offre de soins pouvaient être utilement adoptées à l'occasion de ce troisième rapport d'équilibre.

Pour apprécier la manière dont les caisses nationales ont mis en œuvre la LFSS pour 2000, il est indispensable de prendre en compte que dès le premier rapport, la CNAMTS a tiré les conséquences de l'analyse qu'elle avait faite et rendue publique, du nouveau dispositif de régulation en précisant qu'elle accorderait une égale importance à l'objectif de régulation et à l'objectif de restructuration. Ceci afin de tirer les conséquences du constat maintes fois établi sur la base d'enquêtes et de contrôles, que les déséquilibres affectant l'offre de soins sont une source importante d'inflation et de dépenses.

La Cour indique que les trois rapports d'équilibre ont été établis chacun dans un esprit différent. De manière générale, et par rapport à une procédure initialisée en 2000, il est à noter au contraire que les caisses ont réaffirmé avec constance leur appréciation du système instauré par la loi qui, pour réguler, fait le choix d'ajustements tarifaires conjoncturels au risque de délaissier les mesures indispensables pour répondre aux dysfonctionnements structurels du système de santé, et de compromettre la capacité des syndicats professionnels à s'engager par voie conventionnelle dans des projets restructurants à moyen terme.

Les effets nets des mesures des deuxième et troisième rapports d'équilibre qui sont entrées en vigueur, hors majoration de maintien à domicile, sont respectivement en année pleine de 74 MF pour le deuxième rapport d'équilibre et de 189 MF pour le troisième rapport d'équilibre. L'incidence financière de la MMD a été estimée à 756 MF en année pleine.

Par ailleurs, la notion d'économie nette doit être nuancée étant donné qu'une partie des mesures proposées à l'occasion des rapports d'équilibre ne peut entrer en vigueur immédiatement et doit suivre la procédure normalement applicable aux modifications de la NGAP. Pour une application optimale des nouvelles dispositions, cette procédure devrait être adaptée afin

d'éviter que la commission permanente de la nomenclature ne doive être saisie et que les professionnels n'aient à se prononcer sur les mesures une nouvelle fois. En effet leur accord ou leur désaccord a déjà été exprimé, qu'il y ait eu une annexe conventionnelle ou bien que les mesures aient été déterminées par les caisses nationales de manière unilatérale.

La mise en œuvre des autres dispositifs de régulation et de contrôle

Mise en œuvre des dispositions de l'article L. 162-12-17

Concernant les accords de bon usage des soins (AcBUS) et les contrats de bonne pratique (CBP), la Cour précise que ceux-ci n'ont pas fait l'objet d'une mise en œuvre.

Les AcBUS et les CBP ont été créés par la loi. Aucun texte d'application n'a été prévu (sauf s'agissant des CBP en ce qui concerne la mise en œuvre de la modulation de la quote-part de l'assurance maladie pour le règlement des cotisations sociales, texte non encore paru à ce jour).

Un travail de réflexion a donc été entrepris sur le sujet.

S'agissant des AcBUS, un certain nombre de questions ont été posées au ministère (cf. ci-joint : échange de courriers en annexe).

Par ailleurs, un groupe de travail réunissant des représentants du réseau (CPAM, ELSM, ERSM, URCAM) a été mandaté pour élaborer un cadre précis.

Ce cadre a été présenté à la commission d'assurance maladie (CAM) de la CNAMTS, le 10 mai 2001.

Il a été ensuite soumis à l'examen critique de l'ensemble des organismes du réseau. Les observations faites par ceux-ci ont fait l'objet d'une présentation à la CAM de la CNAMTS, le 10 juillet 2001 (cf. ci-joint : note de cadrage et note à la CAM).

Parallèlement à ce travail de réflexion, des négociations ont été engagées afin d'élaborer un AcBUS relatif au dépistage du cancer du sein, qui devrait être signé prochainement.

S'agissant des CBP, la même procédure est en cours.

Deux autres dispositions ont été prévues par la LFSS 2000

1. L'article 25 introduit l'article L. 162-4-1 du code de la sécurité sociale qui prévoit que le médecin mentionne sur l'imprimé d'arrêt de travail ainsi que sur celui de transport "*les éléments d'ordre médical*" justifiant la prestation.

a) Pour les indemnités journalières versées par l'assurance maladie, la CNAMTS a d'abord mis en place par circulaire DDRI n° 103/2000- ENSM n°37/2000 du 11/08/2000 :

- les nouveaux imprimés de signalement des arrêts de travail avec, pour le volet destiné au médecin conseil, l'indication à porter par le prescripteur sur "*les éléments d'ordre médical justifiant l'interruption de travail*";

- le nouveau circuit de traitement de ces imprimés afin de se conformer à la décision du Conseil constitutionnel n° 99-422 DC du 21 décembre 1999, publiée au JO du 30 décembre 1999, sur cet article 25.

Cette mise en place a nécessité de nombreux échanges avec le ministère (DSS) afin d'élaborer la notice d'utilisation du nouvel imprimé, ce qui explique les délais constatés.

La CNAMTS a ensuite réalisé en effet un point de situation sur l'utilisation des nouveaux imprimés de travail en février 2001 ;

Elle a également fait un rappel par circulaire DDRI n° 89/2001-ENSM n°24/2001 du 05/07/2001 :

- des obligations des prescripteurs et des assurés sociaux au regard des nouveaux imprimés de prescription d'arrêt de travail ;

- du rôle respectif du service du contrôle médical et de la CPAM.

La caisse a enfin actualisé les deux protocoles standardisés nationaux (PSN) à disposition des échelons locaux pour prendre en compte les éléments d'ordre médical mentionnés par le prescripteur, l'un sur le contrôle des prescripteurs, l'autre sur celui des assurés ayant eu plusieurs arrêts de travail dans l'année.

La lettre DDRIO-ENSM du 05/05/2000 avait déjà invité les responsables du réseau "à orienter leurs contrôles, notamment sur les prescriptions d'arrêts de travail". Cependant on ne pouvait attendre, compte tenu des délais inévitables de mise en place du dispositif complexe (imprimés, circuits) de résultats pour l'année 2000.

Ceux-ci ne pourront être observés qu'au cours de l'année 2001.

b) Pour les transports des assurés, la CNAMTS a d'abord mis en place par circulaire DDRI n° 113/2000- ENSM n°40/2000 du 11/09/2000 :

- les nouveaux imprimés de signalement de prescription de transport avec, pour le volet destiné au médecin conseil, l'indication à porter par le prescripteur sur *"les éléments d'ordre médical précisant le motif de déplacement et justifiant le mode de transport prescrit"* ;

- le nouveau circuit de traitement de ces imprimés afin de se conformer à la décision du Conseil constitutionnel n° 99-422 DC du 21 décembre 1999, publiée au JO du 30 décembre 1999, sur cet article 25.

Cette mise en place a nécessité de nombreux échanges avec le ministère (DSS) afin d'élaborer la notice d'utilisation du nouvel imprimé.

Puis, la caisse a apporté des précisions par circulaire DDRI n°64/2001-ENSM n°17/2001 du 16/05/2001 sur le transport assis personnalisé et sur les nouveaux imprimés de prescription.

Elle a aussi fait un rappel par circulaire DDRI n° 89/2001-ENSM n°24/2001 du 05/07/2001 :

- des obligations des prescripteurs et des assurés sociaux au regard des nouveaux imprimés de prescription de transport ;
- du rôle respectif du service du contrôle médical et de la CPAM.

Enfin, elle a actualisé, en 2000, le protocole standardisé national (PSN) pour le contrôle des prescriptions de transport et de ses modalités.

c) Le contentieux à l'encontre des prescripteurs

La saisine des CMR, en application de l'art. L. 315-3 du CSS pour des prescriptions de transport et d'arrêt de travail (surtout) non justifiées sur le plan médical a provoqué de fortes réactions des syndicats de médecins, notamment avec occupation des locaux. Elles ont entraîné le désengagement des services extérieurs de l'Etat. Les médecins inspecteurs régionaux, qui président ces instances pré-contentieuses, ne les réunissent plus. Un courrier a été adressé en janvier 2000 au ministère afin de débloquer la situation, la saisine ayant été renouvelée plusieurs fois par la suite. Aucune réponse n'a été faite. Seul le CMR de Languedoc-Roussillon est opérationnel à ce jour.

Cependant, des instructions ont été données récemment aux médecins conseils de continuer à saisir ces instances. La circulaire DDRI n° 89/2001-ENSM n° 24/2001 du 05/07/01 fait le point sur les sanctions applicables à l'encontre du prescripteur déviant en matière d'arrêt de travail.

2. L'article 26 de la LFSS 2000 introduit l'article L. 315-2-1 du code de la sécurité sociale qui prévoit pour le service du contrôle médical au vu des dépenses présentées au remboursement *"une évaluation de l'intérêt thérapeutique, compte tenu de leur importance, des soins dispensés à un assuré dans les autres cas que ceux mentionnés à l'article L. 324-1..."*

Le décret d'application n° 2000-1005 du 16 octobre 2000 a été publié au JO du 18 octobre 2000 (art. R. 315-2-1 du code de la sécurité sociale).

Par circulaire CABDIR n° 1/2001 du 28/02/2001, des instructions ont été données au réseau pour la mise en œuvre de cette évaluation. Des lettres types (l'une destinée au médecin désigné par l'assuré, l'autre à l'assuré lui-même) ont été ainsi proposées, pour expérimentation, avec un projet d'imprimé de liaison relatif aux "recommandations sur les soins et traitement".

Plusieurs échelons du service du contrôle médical ont ainsi développé des procédures de suivi des gros consommateurs.

Ce thème a été retenu dans la stratégie des contrôles 2001 "Contrôler autrement : un engagement pour la qualité.". A cet effet une méthodologie nationale s'appuyant sur ces suivis locaux est en cours d'élaboration.

Sur les modalités de suivi et de contrôle des patients ayant une consommation importante de soins, la circulaire précitée indique diverses modalités de sélection des usagers concernés, ainsi que les modalités d'intervention.

Enfin, sur l'utilisation de la procédure de suivi des patients ayant une consommation importante de soins, le point suivant peut être fait.

Plusieurs régions (Aquitaine, Nord Picardie, Lorraine, Rhône-Alpes, Centre, Alsace, PACA, Languedoc Roussillon) ont mis en place une procédure coordonnée, au plan régional, pour harmoniser les modalités de contrôle des grands consommateurs et consommateurs atypiques. Cette harmonisation comporte une procédure de ciblage informatique de ces consommateurs supposés déviants ainsi qu'un guide méthodologique à l'usage des médecins conseils. Un groupe de travail, constitué de représentants de ces régions, est chargé de mutualiser ces expériences en proposant, à l'automne, à l'ensemble des régions une procédure unique de contrôle et de suivi.

Le bilan quantitatif de l'application de cette mesure n'est pas, aujourd'hui, sur l'ensemble du territoire immédiatement disponible. Il le sera, de manière exhaustive, à la fin de l'année 2001. Actuellement, les

informations dont dispose la CNAMTS portent sur les neuf régions pilotes en la matière.

Dans ces régions, 1891 malades ont été convoqués par le service médical.

Dans 19 % des cas, les médecins conseils ont transmis au malade leurs recommandations sur les soins et les traitements adaptés à son état de santé conformément aux articles L 315-2-1 et R 315-2-1 du code de la sécurité sociale.

VI – Les enveloppes budgétaires des établissements de santé

REPONSE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS

L'analyse de la Cour n'appelle aucune observation particulière.

VII – Les dépenses de médicament en ville

REPONSE DE LA MINISTRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE

L'évolution des dépenses de médicaments en 2000 et 2001 a conduit le Gouvernement à recentrer la politique du médicament autour de plusieurs axes.

Tout d'abord, il a souhaité mener une action forte en matière de baisse de prix. Des instructions ont été données au comité économique des produits de santé (CEPS) afin que des mesures en ce sens soient mises en œuvre rapidement.

La politique de développement des médicaments génériques va également être renforcée par un certain nombre de mesures : simplification des procédures d'inscription au répertoire des génériques, possibilité pour les prescripteurs de rédiger leurs prescriptions en dénomination commune internationale, accord de bon usage entre les prescripteurs et l'assurance maladie, redéfinition avec les pharmaciens d'un objectif de substitution...

Par ailleurs, la politique d'évaluation des médicaments a connu une évolution profonde. Les médicaments qui concernent une population importante et/ou ont un coût élevé pour la collectivité doivent désormais faire l'objet d'une réévaluation non seulement en termes d'intérêt thérapeutique mais aussi au regard de leur intérêt pour la santé publique. D'autre part, le

plan annoncé par le Gouvernement en juin 2001 prévoit que des études sur le rapport coût/efficacité des produits pourront être demandées, dans un premier temps sur une base conventionnelle. En effet, dans l'interprétation autorisée par les textes actuels, l'intérêt pour la santé publique n'inclut pas de telles analyses mais se limite à l'étude de l'intérêt pour la population. Seules les entreprises ont les moyens de fournir des études portant sur le coût/efficacité de leurs produits, mais aucune exigence ne leur est imposée dans ce sens.

En outre, une action a été engagée pour améliorer les conditions de travail des commissions intervenant dans la régulation du médicament. En particulier, l'indépendance des experts va être renforcée. Plusieurs dispositions allant dans ce sens sont incluses dans le projet de loi de modernisation de la santé : interdiction pour les membres des commissions placées auprès des ministres de percevoir des avantages en nature ou en espèces (extension des dispositions de loi « cadeaux »), obligation de faire connaître leurs liens directs ou indirects lorsqu'ils s'expriment auprès du public. Par ailleurs, le règlement de la commission de la transparence sera approuvé dès le mois de septembre 2001, et une attention particulière à ses moyens sera portée par mes services dans le cadre de l'élaboration du contrat d'objectifs et de moyens de l'agence qui devrait débiter fin 2001. Enfin, l'évaluation des conditions de prescription et de la place que prennent les nouveaux médicaments dans la stratégie thérapeutique sera renforcée dans le cadre des conventions passées avec les laboratoires, afin de définir plus précisément la portée de l'innovation.

Une réflexion sur l'amélioration de l'information thérapeutique sera également engagée avec l'AFSSAPS. Dès le mois de septembre 2001, les avis de la commission de la transparence feront l'objet d'une publication systématique avant que la décision ne soit prise.

Par ailleurs, l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a créé un fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique dont l'objectif est de mettre à la disposition des prescripteurs une information objective sous une forme adaptée à leurs besoins. Le décret d'application de cette mesure est en cours d'élaboration.

Enfin, pour les médicaments dont le service médical rendu a été jugé insuffisant, le mouvement de baisse de prix initié l'année dernière sera poursuivi et amplifié cette année et l'année prochaine. Des réaménagements de taux de remboursement dans la perspective de rétablir la cohérence des niveaux de prise en charge en fonction du niveau de service médical rendu seront opérés dans le prolongement des décisions prises sur ce point l'année dernière. Ces opérations de réévaluation achevées, il ne semble pas pertinent d'engager une procédure de réévaluation permanente et systématique des médicaments. Les réévaluations ne seront effectuées que lors de l'apparition de nouveaux médicaments de nature à modifier substantiellement les

stratégies thérapeutiques existantes, conformément aux termes de la réglementation actuelle.

*REPONSE DU MINISTRE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET
DE L'INDUSTRIE ET DE LA SECRETAIRE D'ETAT AU BUDGET*

Sur ce point, cf. ci-dessus la réponse à la section V de ce chapitre.

*REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE
MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES*

La France a un niveau de consommation parmi les plus élevés

La CNAMTS partage l'essentiel des réflexions de la Cour notamment sur les raisons de la consommation très élevée de médicaments en France et notamment sur la primauté de l'offre sur la demande. L'idée selon laquelle le faible niveau des prix des médicaments expliquerait la forte consommation en volume n'est pas pertinente. En effet, les comparaisons internationales de consommation pharmaceutique (assez rares il est vrai) nous montrent par exemple que, malgré un prix des antibiotiques plus élevé en France qu'en Angleterre et en Allemagne, la consommation française d'antibiotiques est deux fois plus élevée que celle des Anglais et 2,5 fois plus élevée que celle des Allemands. De même pour les psychotropes, le coût moyen de la journée de traitement est du même ordre de grandeur en France et au Royaume-Uni alors que les Français en consomment quatre fois plus.

La maîtrise de l'information sur le médicament

Le réseau de 21 000 visiteurs médicaux n'est pas sans lien avec le niveau élevé des dépenses en France. La visite médicale a un caractère plus promotionnel qu'informatif contrairement à ce que soutient l'industrie pharmaceutique. Une étude publiée dans le JAMA n° 283 de mars 2000 montre l'impact significatif des interactions médecins-industrie pharmaceutique sur les prescriptions des prescripteurs dans le sens favorable aux produits promus. Le médecin conseil national a pour sa part transmis des recommandations aux praticiens conseils pour gérer leurs relations avec l'industrie pharmaceutique (lettre MCN n° 2466 du 25.09.00).

Substitution à des soins hospitaliers

L'industrie pharmaceutique présente souvent l'argument de la substitution des médicaments à des soins hospitaliers sans le développer pour valoriser les médicaments. La CNAMTS ne connaît pas d'étude nationale ou internationale mettant en perspective d'une manière globale le niveau de consommation et celui du recours aux soins hospitaliers.

Lors de la réévaluation du service médical rendu des médicaments de l'hypertrophie bénigne de la prostate, le rapporteur a fait état de la baisse des interventions chirurgicales. Ces chiffres ont été contestés par la CNAMTS qui ne constate pas de baisse réelle dans ses statistiques.

Pour certaines pathologies en revanche, le phénomène de substitution entre soins ambulatoires et hospitaliers est avéré. Le traitement médicamenteux des ulcères gastriques par les inhibiteurs de la pompe à protons a conduit à la diminution des interventions de chirurgie digestive. Les traitements médicamenteux des psychoses sont responsables en grande partie de la diminution du nombre et de la durée des hospitalisations en psychiatrie. De même la prise en charge de la maladie de Crohn par une nouvelle classe de médicaments (anti TNF alpha) va modifier radicalement l'approche chirurgicale traditionnelle de cette pathologie. La mise à disposition prochaine de médicaments anticancéreux sous forme orale va diminuer les hospitalisations pour perfusion du traitement. Toutefois l'organisation actuelle du financement de la santé ne permet pas une réallocation des ressources conforme à l'évolution des pratiques.

Les déterminants de la croissance des remboursements de médicaments

La croissance des dépenses de médicaments pour le régime général (année 2000 rapportée à année 1999) a été de 11,1%. A partir des données du codage des médicaments, une analyse détaillée a été faite par la CNAMTS pour la période 1er semestre 1999-1er semestre 2000 (publié dans MEDICAM en janvier 2001) et pour les deux années complètes 1999 et 2000 (publié dans MEDICAM en avril 2001).

Les données sur la décomposition de la croissance du marché élaborées par la DSS et rapportées par la Cour concordent globalement avec l'analyse faite par la CNAMTS sur les principaux effets intervenant dans la croissance des remboursements. Toutefois, un autre effet peut être isolé : un effet marge.

Le système de marge commerciale sur la distribution des médicaments remboursables qui prévalait pour les officines et les grossistes répartiteurs depuis mars 1990 a été changé le 1^{er} septembre 1999. Le calcul de l'effet marge, c'est-à-dire la mesure de l'influence du nouveau système de marge sur l'évolution des montants prescrits et remboursés conduit au résultat suivant : si, en 2000, la marge de distribution avait été celle de l'ancien système, les remboursements de médicaments auraient été inférieurs d'environ 600 MF pour l'ensemble de l'assurance maladie (à rapporter aux 95 MdF de remboursements de médicaments effectués par l'assurance maladie en 2000). Le nouveau système de marge mis en place en septembre 1999 renchérit les dépenses de remboursement de médicament d'environ 0,6 %.

L'exemple des statines

La CNAMTS a dénoncé l'absence de réflexion de santé publique sur les statines et l'écrivait en janvier 2001 : « *les seuils d'intervention recommandés actuellement risquent à terme de conduire à une dépense de plusieurs dizaines de milliards de francs chaque année pour le seul traitement des excès de cholestérol. Une réflexion de santé publique sur le sujet s'impose devant l'importance de cette dépense collective* ». La CNAMTS est donc très sensibilisée à cette question.

Cette classe est effectivement l'une des classes préoccupantes à la fois en termes de niveau et de progression des dépenses.

Extensions d'indications des statines

La commission de transparence est placée dans une situation délicate : si un laboratoire démontre une efficacité reconnue par l'AMM, la commission de transparence n'intervient que sur le niveau d'ASMR et la population cible - qui jouent en sens contraire : une population réduite entraîne, toutes choses égales par ailleurs, un prix plus élevé. De plus, sur ce type de sujet, il est difficile d'argumenter sur la distinction entre critère intermédiaire (le cholestérol, "facteur de risque") et critère principal (baisse de la morbi-mortalité).

Les extensions d'indication thérapeutique en prévention secondaire (simvastatine, pravastatine) et en prévention primaire (pravastatine) ont bien fait l'objet d'une réévaluation en commission de transparence. Ces extensions ont été valorisées par l'attribution d'une ASMR de niveau I, justifiée par la preuve d'une efficacité en termes de morbi-mortalité. Par ailleurs, lors de la réévaluation globale de la classe, simvastatine et pravastatine sont les seules à avoir obtenu la reconnaissance d'un SMR *majeur*, les autres statines et les fibrates ayant obtenu un SMR *important*.

La commission de la transparence a examiné le 16.06.99 l'extension d'indication d'ELISOR® pour la prévention secondaire chez le coronarien avéré en cas de cholestérolémie normale. D'éventuelles nouvelles indications devront bien entendu être examinées par la commission de la transparence comme le prévoient les textes. L'assurance maladie partage tout à fait l'avis de la Cour selon lequel l'ouverture du marché corrélative à ces extensions d'indications aurait dû, toutes choses égales par ailleurs, entraîner des baisses de prix.

Il est certain que des études montrant que des produits moins coûteux (fibrates) obtiennent le même résultat et/ou que le CEPS négocie des baisses de prix sensibles, permettraient de régler en partie le problème. Mais il

semble que, dans un certain nombre de cas, l'aptitude des statines à faire baisser le LDL cholestérol est supérieure à celle des fibrates.

D'une manière générale on ne peut qu'être d'accord avec la Cour sur ses remarques quant aux prix élevés et leur maintien dans le temps. Il paraîtrait alors opportun de fixer au groupe des statines un taux de progression nul ou très faible en chiffre d'affaires. Malheureusement cette solution n'apparaît pas envisageable pour le CEPS. Il s'agit là de la limite - essentielle - du système conventionnel qui doit être incitatif pour les industriels et impose ainsi de faire des concessions importantes pour obtenir des conventions signées par les laboratoires. Le risque est alors grand – sinon avéré – de voir le système conventionnel devenir un objectif en soi et non plus l'instrument d'une politique.

La régulation financière conventionnelle n'a pas freiné les dépenses

La question des remises quantitatives de fin d'année est évoquée par la Cour. La CNAMTS ne considère pas que la remise soit un instrument de régulation et constate que le principe de la remise, de son taux et d'une certaine mutualisation joue un rôle incitatif créant un « intérêt à dépasser » qui ruine la crédibilité du dispositif de maîtrise, suscite des anticipations perverses et renforce l'opacité de l'action publique.

La CNAMTS rappelle qu'elle a fait des propositions depuis longtemps sur la mise en place d'une régulation du secteur fondée sur l'introduction du tarif de référence.

La Cour aborde un point récurrent dans l'approche de la régulation du marché pharmaceutique : celui de la baisse de prix en cas d'extension des indications (EIT). La logique paraît évidente : une extension des indications accroît la population cible donc la taille du marché potentiel et l'article 162-16-1 du CSS relatif au volume de ventes prévus permet d'en tenir compte (et l'assurance maladie obligatoire demande des baisses de prix). Mais parfois, l'extension des indications s'accompagne d'une ASMR "intéressante" (sinon, le laboratoire ne la demande pas), donc la discussion devient plus difficile et le résultat peut conduire à un maintien du prix qui vient compenser la nouvelle indication.

La CNAMTS partage l'analyse de la Cour sur les limites du dispositif de régulation et notamment sur l'opinion selon laquelle l'industriel est incité par ce système à faire progresser ses ventes le plus rapidement possible. On ne peut toutefois pas souscrire à la conclusion de la Cour *« les remises ne sont pas un mécanisme de régulation, mais seulement une ressource pour l'assurance maladie »* puisque du fait même de l'incitation au développement rapide des ventes, il y a un coût certain pour l'assurance maladie.

Les génériques progressent lentement

Harmonisation européenne

La CNAMTS pense comme la Cour que si les laboratoires revendiquent une harmonisation des prix au niveau européen, les assureurs/payeurs publics devraient demander une harmonisation des règles concernant les génériques. En particulier, si le prix français prend comme référence les prix européens, ne devrait-on pas alors envisager l'alignement sur l'échéance la plus proche du passage au générique. La question des certificats complémentaires de protection devrait être alors abordée.

Génériques et essentiellement similaires

La notion française de médicament générique est originale et ne recoupe pas la notion européenne de médicaments *essentiellement similaires* qui sert de base à la constitution des groupes génériques dans les autres pays. Ainsi dans le répertoire des génériques de l'AFSSAPS, le groupe générique du kétoprofène topique (anti inflammatoire non stéroïdien par voie locale pour les douleurs articulaires et musculaires) est constitué d'un princeps (PROFENID 2,5%®) et de 4 génériques. La spécialité KETUM 2,5%® qui a un dossier complet pour son enregistrement et non pas un dossier simplifié pour générique n'appartient pas au répertoire des génériques. Il détient déjà le marché et ne pas l'inclure ne conduit qu'à peu d'économies. Eventuellement il aurait pu être princeps de cette classe mais PROFENID 2,5%® a été commercialisé avant lui. Pourtant tous ces produits sont essentiellement similaires et cela n'a pas de sens de n'accorder un tarif de référence que pour les 5 spécialités du répertoire. De plus, le risque existe du report total de prescriptions sur le seul produit de cette classe hors tarif de référence et dont le prix est supérieur à celui des génériques. Signalons également que pour cette raison il n'existe pas aujourd'hui de groupe générique du paracétamol (molécule qui correspond à 1,3 MdF remboursés).

Objectif de substitution de 35 %

Contrairement à une idée largement répandue, l'objectif de la substitution générique n'a jamais été de 35 % du répertoire de génériques de fin 1998.

Au préalable la CNAMTS rappelle qu'il est impossible, en l'état, de mesurer le phénomène de substitution. Les données statistiques n'appréhendent que le résultat de la délivrance finale par le pharmacien, que cette délivrance provienne d'une prescription de génériques par le médecin ou d'une substitution par le pharmacien. Il serait alors préférable de parler de pénétration des génériques plutôt que de substitution.

Le protocole additionnel entre l'Etat et les pharmaciens d'officine, signé le 28 avril 1999, précise dans son annexe 2 la méthodologie du calcul de l'engagement pris par les pharmaciens officinaux en matière de médicaments génériques. Une certaine imprécision subsiste sur la signification des taux et notamment sur le taux de 35 % cité abondamment dans la presse professionnelle, il convient de présenter le texte en question :

« Le coût fabricant moyen de l'ensemble des groupes génériques du répertoire sera calculé en multipliant les prix moyens par groupe générique d'une part sur les 12 mois contractuels et d'autre part sur le dernier trimestre de l'année 1998, à chaque fois par les volumes vendus au cours des 12 mois de l'année 1998.

Le niveau de réalisation de l'engagement sera obtenu en comparant les deux coûts moyens ainsi calculés.

On suppose que le développement des génériques permet de faire en moyenne une économie de 30% sur le prix fabricant. L'engagement sera considéré comme atteint si 35% de cette économie est réalisée, c'est-à-dire si le coût moyen diminue d'au moins 10,5%.

*Les pharmaciens s'engagent à atteindre un taux $R > 0,105$, R étant donné par l'équation suivante : $R = 1 - \frac{\sum [(CAPFHT / V)_{ggi 99} * V_{ggi 98}]}{\sum [(CAPFHT / V)_{ggi 98T4} * V_{ggi 98}]}$*

où : CAPFHT : chiffre d'affaires en prix fabricant hors taxes

V : volume i.e. nombre de boîtes vendues

ggi : groupe générique i »

L'engagement porte sur la période d'un an après l'entrée en vigueur du décret sur la substitution, (période juillet 1999 - juin 2000). C'est le sens des « 12 mois contractuels » tels qu'ils sont énoncés plus haut.

L'expérience de la Marne

En fait, 3 caisses ont entrepris une expérimentation (Reims, Saint-Lô et Le Havre). L'expérience de la Marne est la plus ancienne et il ressort clairement qu'elle a été couronnée de succès puisque d'après les informations portant sur l'année 2000 qui seront publiées prochainement par la CNAMTS, le taux de pénétration des génériques (mesuré par le rapport entre le nombre d'unités de génériques remboursées et le nombre total d'unités du répertoire (c'est-à-dire génériques + princeps)) est supérieur à 40 % et fait de la Marne le 1^{er} département (ex-aequo avec la Meuse) en termes de substitution générique.

Il convient de noter que l'expérience de la Marne s'est faite dans le cadre d'une coopération exemplaire entre les syndicats de professionnels de santé (médecins, pharmaciens) et les caisses. Les données étaient régulièrement communiquées à l'ensemble des acteurs afin de montrer les progrès obtenus grâce à l'expérimentation. Cette forte mobilisation et le

militantisme des responsables a permis en particulier d'éviter l'écueil sur les prix (à partir du moment où le médecin prescrit en DCI, comment empêcher que le pharmacien délivre le produit le plus cher correspondant à cette DCI ?).

La prescription en DCI

Dans le cadre des mesures annoncées par la ministre le 7 juin 2001 sur la mise en place de la DCI, la CNAMTS rappelle que, faute de déterminer le montant de la prise en charge en fonction d'un tarif de référence, il convient non seulement de modifier la réglementation comme le propose la Cour dans sa recommandation n°3, mais également d'introduire un article de loi afin de s'assurer de la délivrance économique du générique. La proposition de rédaction est la suivante :

« Après le dernier alinéa de l'article L 5125-23 du code de la santé publique est inséré: « Sur présentation d'une prescription libellée en dénomination commune internationale telle que prévue à l'article L 5111-3 du présent code, le pharmacien délivre une spécialité renfermant la même dénomination commune internationale que celle prescrite. Les différentes formes pharmaceutiques orales à libération immédiate sont considérées comme une même forme pharmaceutique. »

Lorsque le pharmacien délivre une spécialité sur présentation d'une prescription libellée en dénomination commune internationale, il doit inscrire le nom de la spécialité qu'il a délivrée. »

– Après le dernier alinéa de l'article L 162-16 du code de la sécurité sociale est inséré :

« Lorsque le pharmacien d'officine délivre, en application de l'article L 5125-23 du présent code, une spécialité sur présentation d'une prescription libellée en dénomination commune internationale, l'écart de prix entre la spécialité délivrée et la spécialité renfermant la même dénomination commune internationale la moins chère, ne peut être supérieur à un montant déterminé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et du budget. »

« En cas d'inobservation de la condition fixée au précédent alinéa, le pharmacien verse à l'organisme de prise en charge, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations écrites, et si, après réception de celles-ci, l'organisme maintient la demande, une somme correspondant à la dépense supplémentaire mentionnée à l'alinéa précédent, qui ne peut toutefois être inférieure à un montant forfaitaire défini par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et du budget.

« Pour son recouvrement, ce versement est assimilé à une cotisation de sécurité sociale. »

Génériques et prix du princeps

L'administration des prix passe par une négociation entre le CEPS et le laboratoire et une baisse autoritaire serait sans doute une mesure unilatérale difficile à mettre en place. Se pose alors la question du remboursement d'un princeps sur la base du prix des génériques. La CNAMTS qui revendique, comme il a été rappelé à plusieurs occasions, la mise en place du tarif de référence, considère qu'il s'agirait d'une application incertaine de ce principe.

La présentation ci-dessous de notre approche du tarif de référence permet de préciser la position de la CNAMTS sur cette question.

La logique du tarif de référence est que l'implication de la collectivité doit être identique pour les produits équivalents au point de vue thérapeutique. La prise en charge des médicaments par l'assurance maladie doit être fondée sur le service médical rendu par le produit. Un individu, un ménage, ne choisissent jamais pour deux produits équivalents, le prix le plus élevé.

Le tarif de référence

L'application de ce principe conduit à proposer le système du tarif de référence. De nombreux pays l'ont mis en place, depuis longtemps comme l'Allemagne et les Pays-Bas, plus récemment comme l'Espagne (décembre 2000), la Belgique (juin 2001) ou l'Italie (juillet 2001).

Le système de prise en charge des médicaments sur la base de tarifs de référence, constitue un véritable instrument de régulation sanitaire, social et économique. Il ne saurait être appliqué dans le but exclusif de faire des économies pour suppléer la défaillance du marché des génériques. En effet, le tarif de référence permet de rendre cohérentes les prises en charges collectives au sein des classes pharmaco-thérapeutiques. Ce système doit s'accompagner de la possibilité pour les médecins de prescrire en dénomination commune internationale (DCI) et d'une liberté de prix pour les produits concernés. Contrairement, d'ailleurs, à ce qui est parfois avancé, cette liberté des prix ne s'exerce pas fatalement au détriment du consommateur. La constatation a été la même dans tous les pays qui ont mis en place ce système : la quasi totalité des produits relevant du tarif de référence (ce qui représente en Allemagne environ 50 % du marché des médicaments remboursables) ont un prix égal ou inférieur au tarif.

Le tarif de référence est un outil permettant la cohérence de la prise en charge s'il s'applique à des **classes** pharmaco-thérapeutiques. La logique

d'un tarif fondé sur le service médical rendu par des produits homogènes dans leurs effets est acceptable aux yeux du patient lui-même. La crédibilité est d'autant plus forte qu'il ne s'agit pas seulement d'une démarche économique donc suspecte a priori. Mais la crédibilité va dépendre fortement du choix des classes. L'objectif serait donc d'appliquer dès à présent le tarif à certaines classes thérapeutiques (inhibiteurs de la pompe à protons dans le traitement des ulcères, médicaments de l'hypertension artérielle, médicaments anti-cholestérol de la classe des statines et des fibrates), l'efficacité thérapeutique, incontestable, des produits de ces classes confortant la crédibilité de la nouvelle politique auprès des prescripteurs et des patients.

En revanche, par rapport à cette démarche la CNAMTS constate qu'il n'y a pas lieu de parler de tarif de référence pour les seuls produits génériques.

Une approche du tarif de référence fondée sur le générique est transversale et la lisibilité du tarif en tant qu'instrument de caractère sanitaire disparaîtra. Il n'y aura aucune responsabilisation des acteurs qui y verront une mesure purement financière donc suspecte. En outre il existe un certain nombre de difficultés techniques et politiques qui compromettent l'application même du tarif de référence aux médicaments génériques :

Motifs techniques

a) Risque d'exclusion de produits « essentiellement similaires » du tarif de référence

Ce point a déjà évoqué plus haut.

b) Risque d'exclusion des artefacts galéniques

Afin de lutter contre l'arrivée de génériques certains laboratoires ont développé de nouvelles formes galéniques (formes orodispersibles, formes à libération modifiée, etc.). Etant brevetées ces formes ne relèvent pas du champ des génériques. Ainsi ces « nouveaux » produits sont non généricables alors que les formes classiques le sont. Il est certain que ces nouvelles présentations vont drainer tout le marché (le développement de ces nouvelles formes a été conçu pour), le laboratoire abandonnant la promotion du produit princeps pour lequel il existe des génériques au profit de sa nouvelle présentation pour laquelle il n'en existe pas. Dans un tel cas il convient donc d'appliquer le tarif de référence à la totalité des produits équivalents thérapeutiques et non aux seuls produits du répertoire.

c) Risque d'exclusion de produits du fait de questions de bioéquivalences

La difficulté vient du fait que la notion de bioéquivalence n'est pas transitive. C'est en particulier le cas des groupes génériques dont le principe actif est le diltiazem, inhibiteur calcique utilisé dans le traitement de l'hypertension. Deux produits DIACOR 60® et TILDIEM 60® sont bioéquivalents mais les formes bioéquivalentes de chacun de ces produits ne sont pas bioéquivalentes entre elles ! Nous avons alors la situation suivante : le répertoire de l'AFSSAPS comprend un groupe diltiazem 90 mg (princeps DIACOR LP® 90 mg et 9 génériques) et un groupe diltiazem 120 mg (princeps DIACOR LP® 120 mg et 9 génériques), groupes auxquels n'appartiennent pas les BITILDIEM® qui font l'essentiel du marché. Un tarif de référence pour les seuls groupes génériques AFSSAPS du diltiazem exclurait les présentations BITILDIEM 90 mg LP® et BITILDIEM 120 mg LP® qui représentent pourtant l'essentiel du marché et qui sont des équivalents thérapeutiques des produits du répertoire.

d) Risque d'effets reports sur d'autres produits de la même classe

Aux risques précités d'effets reports au sein de la même classe s'ajoute le risque de report entre classes. C'est le cas des médicaments anticholestérol de la famille des fibrates. Certains produits comme les fénofibrates appartiennent au répertoire des génériques de l'AFSSAPS mais d'autres fibrates (qui ne sont pas des fénofibrates) ne sont pas inscrits au répertoire. Il est alors à craindre, si le tarif de référence ne s'appliquait qu'au groupe des fénofibrates génériques, qu'il y ait un transfert de prescriptions vers les autres fibrates ne relevant pas du tarif.

Motifs politiques

La logique de la tarification de référence repose sur un travail à partir des classes pharmaco-thérapeutiques. Si le tarif de référence ne devait s'appliquer qu'aux seuls médicaments génériques du répertoire, les industriels du médicaments (syndicat national de l'industrie pharmaceutique, laboratoires internationaux de recherche, syndicats de pharmaciens officinaux) exigeraient une clarification portant sur les étapes à venir de l'action publique ainsi entamée, lesquelles doivent donc être définies ab initio, faute de quoi la réforme, limitée aux génériques, renforcerait l'opacité. La crédibilité de l'ensemble du projet serait entamée. En outre l'application du tarif de référence aux seuls produits génériques se heurterait à l'opposition conjointe des laboratoires de génériques et celle des pharmaciens officinaux. Les génériqueurs considèrent que le tarif de référence signe le début de leur disparition. Si les prix de tous les produits s'alignent sur les tarifs de référence, la délivrance d'un princeps ou d'un générique est neutre en termes de coûts. Et si les médecins continuent de prescrire, comme aujourd'hui, très majoritairement du princeps, il n'y a aucune raison que le pharmacien achète

des produits génériques. Très vite le marché du générique risque de disparaître. Les pharmaciens quant à eux considèrent qu'en introduisant le tarif de référence sur les génériques, tout l'acquis antérieur (information et explication auprès des assurés et surtout rééquilibrage des pouvoirs médecins/pharmaciens) est perdu. En revanche, l'introduction du tarif de référence sur des classes pharmaco-thérapeutiques, qui se traduirait par une baisse de certains prix dans une logique de service médical rendu, ne susciterait aucune de ces oppositions.

Principe de réévaluation permanente

La CNAMTS partage tout à fait l'analyse de la Cour sur ce point et envisage de demander à la commission de transparence de réévaluer systématiquement la classe concernée lors de toute attribution d'ASMR 1 et, si possible, 2 au motif qu'un progrès majeur ou important doit faire revoir la stratégie. Cela permettra ainsi une bonne information des prescripteurs quant à l'optimisation des prescriptions effectuées.

La CNAMTS approuve également la recommandation n°4 de la Cour « tirer les conséquences de l'exercice de réévaluation ».

La formation des prescripteurs

La Cour parle de formation professionnelle conventionnelle comme limitée aux seuls généralistes. Ce constat résulte de l'absence de convention nationale avec les spécialistes. Cela dit, la CNAMTS regrette de n'avoir pu, depuis plusieurs années, octroyer à la formation professionnelle continue des spécialistes comme des généralistes, les crédits qu'elle réserve annuellement à cet effet faute pour les professionnels d'avoir pu mettre en place le fonds d'assurance-formation correspondant.

La CNAMTS adhère à l'observation de la Cour sur la toute puissance de l'industrie en matière de formation médicale continue. Une « charte pour l'organisation d'une FMC en partenariat avec les entreprises pharmaceutiques » est en cours d'élaboration à l'AFSSAPS sous la responsabilité de la commission chargée de la publicité médicale et du bon usage des médicaments.

En ce qui concerne les « *moyens modestes* » évoqués par la Cour (160 MF), la CNAMTS considère qu'il est inutile d'augmenter ces crédits pour commencer : La Cour a d'ailleurs largement critiqué les ouvertures excessives de crédit, notamment dans le domaine de la FMC. La remarque de la Cour sur les « *deux jours de formation tous les cinq ans* » suppose que le budget sera le même dans 5 ans, ce qui est parfaitement gratuit comme assertion.

L'information des prescripteurs

La Cour fait état d'une méfiance des médecins à l'encontre des médecins conseils. La CNAMTS considère au contraire que la situation n'est plus celle là. L'évaluation des échanges confraternels effectuée en novembre 1999 à l'occasion des 2 grands programmes de santé publique de la CNAMTS (diabète et hypertension artérielle) montre que 78% des médecins répondants (60 % de l'échantillon) se déclarent favorables aux visites des médecins conseils à leur cabinet. A tout le moins, cette méfiance se polarise de façon significative sur les interventions en mode contrôle des médecins conseils. Les enquêtes, les programmes de santé publique, les échanges confraternels ne suscitent pas cette méfiance.

En ce qui concerne l'Observatoire national de prescription des médicaments la lettre de mission a été rendue publique le 7 juin. La CNAMTS considère qu'elle ne répond pas en tout cas à une mission d'observation systématique du réel à des fins de réévaluation du médicament et des stratégies thérapeutiques.

Le fonds de promotion de l'information sur le médicament

Il est à noter tout d'abord que la CNAMTS n'a pas été informée de la consultation effectuée durant l'été 2000 à laquelle elle n'a donc pas pu participer, bien qu'elle soit le seul organisme agissant effectivement auprès des prescripteurs par rencontre directe entre praticiens prescripteurs et praticiens conseils. En outre, elle ne disposait pas de la position de chacune des 4 administrations consultées, ce que la concertation engagée entre le ministère et la CNAMTS après – et nullement avant – le vote de la dite disposition, n'avait pas permis de produire.

Sur le fond, le projet de décret créant le fonds d'information sur le médicament confirme et amplifie la perplexité de la CNAMTS née de la lecture de l'article ad hoc du PLFSS 2001. Il nous paraît obligatoire d'aborder cette question de façon logique et concrète :

- il y a consensus international pour constater qu'une communication avec les médecins prescripteurs effectuée sur papier glacé est du gaspillage pur et simple faute d'un quelconque impact ;

- le seul vecteur efficace – ici et ailleurs – est la rencontre directe avec le prescripteur ;

- la rencontre directe est développée depuis 30 ans ou plus avec grand succès par les laboratoires pharmaceutiques (la « triple visite ») et depuis 11 ans par l'assurance maladie : le dernier bilan des échanges confraternels dans le cadre du programme diabète a concerné 25 000 médecins, a recueilli auprès d'eux un taux d'approbation de 78%, et surtout, a entraîné une

modification des comportements de prescriptions... En dehors de la CNAMTS et du SNIP aucun organisme n'a le savoir faire pour organiser ces face à face.

Alors de deux choses l'une :

- soit le prélèvement sur les recettes de la CNAMTS (130 MF) vise à accroître le gaspillage via les dépliant sus-évoqués et il doit être énoncé comme tel et il le sera ;

- soit le financement vise à sous-traiter au SNIP la réalisation d'un programme de face à face avec les prescripteurs et c'est une innovation importante qui risque d'être mal comprise.

Reste donc la situation, non moins intéressante, où un prélèvement serait opéré sur les recettes de la CNAMTS en amont pour lui dicter un programme de face à face en aval...Ceci constituerait donc une critique radicale de la pratique actuelle de la CNAMTS, celle-ci sera alors en droit d'exiger une explication de cette critique et l'exigera.

Enfin, l'intervention de l'Etat dans la pratique quotidienne du service médical devra naturellement prendre la forme d'un avenant à la COG dont la rédaction et la signature risquent d'être complexes.

L'article incriminé du PLFSS 2001 repose sur une ignorance majeure des réalités. Persister dans la voie de mise en œuvre qui dépasserait la création d'un Comité de coordination, laquelle ne pose pas de problème majeur, s'avèrera totalement contre-productif.

L'ensemble des observations de la Cour relatives à l'information sur le médicament confirme la CNAMTS dans son analyse. Il est hautement préférable d'optimiser les moyens et les structures existantes plutôt que de rajouter un élément dont la caractéristique essentielle est l'ambiguïté.

Le positionnement inconfortable de la commission de transparence

La CNAMTS tient à réaffirmer l'importance qu'elle attache au travail d'évaluation dévolu à la commission de la transparence. Celle-ci remplit une mission de santé publique revêtant un double aspect : avis individuels produit par produit, d'une part, évaluations par classe d'autre part (fiches de transparence).

La CNAMTS s'associe au constat de la Cour, relatif à l'insuffisance des moyens de la commission de la transparence et, plus inquiétant, aux décisions de suppression des équipes formées pour le travail de réévaluation. Ces décisions sont dommageables d'une part en ce qu'elles entraînent la perte

d'une compétence médicale et pharmaceutique précieuse acquise au cours de ces travaux ; d'autre part parce qu'elles obèrent la capacité de mettre en œuvre la "réévaluation permanente" nécessaire et souhaitée par les administrations. Elle compte à nouveau proposer au ministère de mettre elle-même à la disposition de la commission les moyens qui lui sont nécessaires.

La question essentielle est, pour la CNAMTS, la réaffirmation (forte) de la place de la commission au sein de la chaîne de traitement du médicament : il s'agit d'une instance scientifique indépendante, régie par le code de la sécurité sociale, chargée de se prononcer :

- d'une part, sur les stratégies thérapeutiques en matière de médicament (santé publique) ;

- d'autre part, sur la participation de la solidarité nationale à la prise en charge (champ et niveau) des médicaments.

Elle prépare les décisions des ministres chargés de la santé et de l'assurance maladie. Elle a ainsi un rôle central, distinct des autres commissions faisant partie de l'agence et régies par le code de la santé publique, (AMM et publicité) ou du ministère (CEPS). L'agence s'en est vu confier le secrétariat, en raison sans doute de ses moyens humains (compétences) et matériels (locaux), mais en aucun cas la direction.

Par ailleurs, la rédaction des avis gagnerait à être plus concise, standardisée, formalisée et exploitable par les prescripteurs libéraux. Ces améliorations deviennent indispensables dans la mesure où le vocabulaire et la syntaxe sont utilisés par l'industrie pour ses messages publicitaires,

En outre, il conviendrait de réfléchir à la disjonction des fiches d'information thérapeutique (FIT), qui jouent de fait le rôle de références opposables positives, du statut de médicament d'exception. Contrainte plus administrative que vraiment médicale, les FIT doivent pouvoir être produites, même en l'absence de statut de médicament d'exception.

Un règlement intérieur, répondant à l'essentiel des préoccupations de l'assurance maladie (rôles du président, du secrétariat, des évaluateurs internes et des rapporteurs, production des fiches d'information thérapeutiques et des fiches de transparence) est prêt à être adopté par la commission dès le mois de septembre. Ce progrès important dans ses conditions de fonctionnement devrait également faciliter l'attribution des moyens, notamment scientifiques, nécessaires à la réalisation de ses missions d'évaluation et de réévaluation par classe thérapeutique.

*REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE
DES PROFESSIONS INDEPENDANTES*

L'analyse de la Cour n'appelle aucune observation particulière.

*REPONSE DE LA CAISSE CENTRALE DE MUTUALITE SOCIALE
AGRICOLE*

Le constat de la Cour sur les dépenses de médicaments appelle peu de remarques de la part de la Mutualité sociale agricole sinon pour appuyer un constat qui met en évidence les insuffisances de la politique du médicament.

Tel est le sens des observations qui suivent pour souligner :

- l'importance d'autoriser la prescription en DCI, en l'accompagnant d'actions de formation et de sensibilisation auprès des prescripteurs, pour soutenir le développement de la substitution et en notant que l'échec relatif constaté jusqu'à présent dans ce domaine mérite une analyse plus fine comme le montrent les disparités constatées sur le taux de pénétration des génériques selon les molécules concernées ;

- la nécessité de tirer les conséquences de la réévaluation des médicaments et de poser le principe d'un déremboursement des médicaments à SMR insuffisant, même si l'on peut admettre qu'un échancier soit mis en place pour tenir compte des réalités économiques ;

- le rôle des prescripteurs hospitaliers dans la diffusion des nouveaux médicaments : outre les prescriptions directement délivrées en officines, dont le montant est loin d'être négligeable (notamment pour certaines classes thérapeutiques) et qui sont de surcroît généralement reprises à l'identique par les médecins généralistes, ces prescripteurs sont, notamment par le biais de la formation initiale et continue, de véritables leaders d'opinion avec un impact évident sur le comportement des médecins. Ce phénomène est parfaitement pris en compte par les laboratoires pharmaceutiques qui « cassent les prix » de leurs produits auprès des établissements pour qu'ils soient référencés dans les pharmacies hospitalières ;

- les problèmes de fonctionnement de la commission de la transparence qui ont conduit l'assurance maladie à saisir directement le directeur de l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, en particulier pour l'élaboration d'un règlement intérieur qui permette à la Commission de fonctionner avec des règles et une méthodologie garantissant les intérêts des différents partenaires.

Il convient néanmoins, pour éclairer un constat général préoccupant, de souligner que l'exploitation des bases de données issues du codage des

médicaments et de la biologie ouvrent de nouvelles perspectives à l'assurance maladie en matière de sensibilisation des professionnels comme des usagers.

C'est ainsi que la MSA entend développer des actions de maîtrise médicalisée plus proches du terrain, grâce notamment à la diffusion locale d'applicatifs gestion du risque qui autorisent une analyse fine et détaillée de la pratique quotidienne des médecins et permettent ainsi d'identifier les comportements atypiques. Une première action « profil généraliste » doit être ainsi lancée au cours du dernier trimestre 2001 auprès des généralistes repérés comme « gros prescripteurs MSA ». La méthodologie d'intervention prévoit de présenter au médecin, lors d'un entretien confraternel, un panorama complet de son activité et de souligner les observations qu'elle suscite, au regard non seulement des règles de bonne pratique mais du comportement d'ensemble de ses homologues exerçant dans la même zone géographique.

Cette approche doit être progressivement complétée par un suivi de la qualité de prise en charge des patients atteints d'affections lourdes et pour lesquelles un référentiel est disponible. D'ores et déjà un observatoire national de la prescription des Héparines de Bas Poids Moléculaire, qui ont fait l'objet d'une enquête menée en 1999/2000, a été mis en place au sein des caisses de MSA pour mesurer les effets de la sensibilisation à une bonne prescription de ces produits.

Avec les données statistiques issues du codage et les enquêtes de prescriptions qu'elles réalisent, les caisses d'assurance maladie peuvent en outre jouer un rôle important dans le suivi post AMM des médicaments, appelé de ses vœux par la Cour. Dans ce cadre, il serait souhaitable de mettre en place un dispositif de coordination des actions menées par les différents acteurs (Assurance Maladie, AFSSAPS, Comité Economique, Commission de Transparence...), dans lequel l'Observatoire de la Prescription et de la Consommation des Médicaments pourrait jouer un rôle moteur.

REPONSE DE L'AGENCE FRANCAISE DE SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTE

Concernant le répertoire des génériques

La publication du répertoire des génériques au JO répond à un circuit long dont certaines modalités ont été fixées par voie réglementaire et d'autres rendues nécessaires pour des raisons pratiques ou pour éviter des contentieux. Enfin, certains délais (dus aux procédures de publication au J.O) ne sont pas maîtrisables par l'AFSSAPS.

Dans un souci pratique de lisibilité à l'égard des professionnels de santé, ne figurent au répertoire que des spécialités commercialisées, ce qui permet d'éviter d'y faire figurer un trop grand nombre de spécialités qualifiées de génériques qui s'avèreraient en réalité indisponibles sur le marché. Les médicaments génériques nouveaux ne figurent ainsi au répertoire qu'après leur commercialisation effective ou qu'après l'engagement de l'exploitant de la spécialité à commercialiser son produit à la publication du répertoire.

Ce circuit lourd, mais imposé actuellement par les textes réglementaires et les contraintes précitées, explique les délais d'actualisation du répertoire des génériques.

Afin de faciliter la mise sur le marché des génériques et la publication du répertoire au Journal officiel, un projet de décret modifiant le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale et ayant pour objet de concilier la nécessaire autorité de la qualification des génériques à l'impératif de mettre à la disposition des professionnels de santé un répertoire utilisable, limité aux médicaments effectivement commercialisés a été préparé et soumis au Conseil d'Etat.

Ce décret qui va être prochainement publié va permettre une distinction entre la décision de qualification des génériques et leur inscription au répertoire. Ainsi dès que le laboratoire signalera à l'agence l'intention de commercialiser un médicament générique celui-ci pourra être inscrit sans délai sur répertoire.

L'AFSSAPS pourra ainsi à un rythme d'environ une fois par mois le répertoire. Seuls les nouveaux groupes génériques feront l'objet d'une consultation préalable de l'industrie pour éviter des éventuels contentieux liés à la protection industrielle.

Le répertoire des génériques est accessible via le site Internet de l'AFSSAPS.

La « non utilisation » de la possibilité de réévaluation occasionnelle du SMR des médicaments inscrits par classe thérapeutique

La Cour s'interroge sur le fait que la commission de la transparence n'ait pas encore utilisé le droit d'auto saisine pour réévaluer le SMR de médicaments inscrits à l'occasion d'une nouvelle réinscription, conformément à l'article R.163-21.

Cette situation s'explique par le caractère récent du travail de réévaluation de l'ensemble des spécialités remboursable qui vient d'être

réalisé et qui a permis de concentrer sur deux ans la réévaluation simultanée de toutes les classes à même visée thérapeutique. Dorénavant, seules les innovations pharmaceutiques et en particulier les ASMR I peuvent conduire à cette situation de réévaluation. Or, en moyenne, depuis 1998, moins de 40 spécialités ont bénéficié d'une ASMR I ou II (1998 : 33 ; 1999 : 24 ; 2000 : 16). Nous rappelons à la Cour que le travail de réévaluation portait sur un stock de 4500 spécialités – dont une grande partie jamais réévaluées – alors qu'il s'agit désormais d'un travail sur le flux que l'on peut estimer à moins de 20 spécialités par an dans l'avenir. Ainsi, cette réévaluation permanente ne va concerner qu'un nombre limité de produits.

Au préalable, il apparaît important de souligner un des aspects tout à fait positif de cette mission de réévaluation du SMR non mentionné dans le rapport. Dans leur lettre du 13/04/1999, les ministres avaient demandé que la réévaluation soit conduite en moins de 3 ans et si possible plus rapidement. Or, elle a été accomplie en deux ans (juin 1999–juin 2001). Les délais ont été respectés, voire améliorés, ce qui est à souligner pour une mission aussi délicate.

Les moyens de la commission de la transparence

L'AFFSAPS souhaite rappeler qu'elle a dégagé des moyens supplémentaires depuis 1998 avec :

- la formation d'une équipe de 8 personnes entièrement consacrée au travail d'expertise

- la création d'une unité de 6 personnes « procédure et déontologie » chargée de la mise en place effective de la gestion des problèmes déontologiques (plus de 400 experts impliqués) et des recours contentieux éventuels.

Il faut noter une médicalisation de l'unité de réévaluation avec 2 médecins (dont un chef d'unité).

En avril 2001, au terme de la réévaluation, l'unité réévaluation a été dissoute, tandis que l'unité procédures et déontologie était maintenue. Par ailleurs, un tiers de l'unité de réévaluation (2/6) a été transféré à l'unité transparence, portant à 18 le nombre de collaborateurs travaillant pour la commission de la transparence contre 13 en septembre 2001.

En effet, la publication rapide des avis de la transparence sur le site Internet de l'agence décidée et annoncée par les ministres le 7 juin dernier va modifier la nature et l'usage qui sera fait de ces avis.

D'un avis originellement essentiellement destiné à la fixation du prix et du taux de remboursement, la meilleure accessibilité via le net à des praticiens va contribuer à leur utilisation pour un meilleur usage des médicaments. Ceci renforce la nécessité de mieux expliciter la partie de l'avis de la transparence qui concerne la stratégie thérapeutique. C'est pourquoi la poursuite du renforcement numérique et médical du secrétariat de la commission de la transparence est programmée en 2001 et poursuivie en 2002.

Concernant le règlement intérieur

Début 1999, alors que cette disposition n'est devenue obligatoire que par le décret n°99-915 du 27 octobre 1999, l'AFSSAPS a pris l'initiative de rédiger un règlement intérieur intitulé « modalités de fonctionnement » qui fut approuvé par la commission le 5 mai 1999.

Un projet de règlement intérieur, intégrant les dispositions du décret du 27 octobre 1999 et les recommandations de la cellule de veille déontologique de l'AFSSAPS sur un projet de règlement intérieur en septembre 2000 a été rédigé par l'unité « procédures et déontologie ».

Pour des raisons de surcharge de travail de la commission liés à la fin des travaux de la réévaluation, ce document a été soumis au début de l'année 2001 à l'ensemble des membres de la commission après avoir fait l'objet d'un travail de relecture avec le président de la commission de la transparence. Après plusieurs discussions en commission au printemps 2001, le projet a été finalisé et la version définitive sera soumise pour adoption à la commission en septembre 2001.

Concernant l'indépendance des experts

Le processus poursuivi engagé par l'AFSSAPS depuis 1999, s'appuie sur les actions engagées par l'agence du médicament depuis 1995. Il est à rappeler qu'actuellement :

- la cellule «procédures et déontologie» dispose de l'intégralité des déclarations d'intérêt des membres et experts auprès de la commission, les conflits d'intérêt avant le choix d'un rapporteur sont systématiquement vérifiés ;

- un renouvellement et un élargissement dans le choix des rapporteurs ont été opérés afin de réduire les sollicitations des mêmes experts ;

- dans les cas de rapporteurs choisis malgré un conflit d'intérêt (en raison d'une rareté de compétence sur le sujet ou la survenue d'un conflit en cours d'instruction), l'information est portée à la connaissance du président qui l'annonce en commission ;

- un relevé des conflits d'intérêt est systématiquement fait pour chaque réunion, mis à disposition du président et consigné dans les archives du secrétariat.

Enfin, concernant «la faible rétribution des experts », un nouveau régime de rémunération des experts et rapporteurs concourant au travail des commissions a été élaboré et rentrer en application avant la fin 2001. Il est prévu une augmentation des rémunérations, avec un relèvement du plafond annuel de versement, l'indemnisation des médecins libéraux selon un niveau comparable à l'indemnité versée dans le cadre de la formation médicale continue (FMC).

Concernant l'évaluation en amont du processus

Il semble important de rappeler que les essais cliniques des médicaments répondent à des critères méthodologiques qui sont internationalement reconnus et adaptés régulièrement, en fonction de la classe médicamenteuse et de l'évolution des connaissances. Un essai clinique pour le dossier d'AMM est mis en place pour répondre essentiellement à la question de l'activité et de la sécurité d'emploi d'un produit. La notion d'IND indique seulement l'autorisation donnée par la FDA pour conduire un essai clinique. La suggestion qui est faite par la Cour devrait être placée dans le schéma post-AMM, c'est-à-dire lorsque les propriétés du produit ont dûment été établies par les essais cliniques et qu'il faut situer le médicament par rapport dans son contexte de concurrence. Il faut rappeler qu'aujourd'hui dans aucun pays du monde (et pas plus dans le modèle anglo-saxon) les essais cliniques de pré-AMM ne visent pas à prouver la supériorité d'action du nouveau médicament par rapport à un produit concurrent. Les essais cliniques sont dédiés à établir l'efficacité du produit et du produit seulement. Lors de l'évaluation AMM le produit est jugé, comme le disent les anglo-saxons « on its own merit ». C'est donc effectivement le rôle du « post AMM ». Il s'agit donc bien de bien distinguer les rôles respectifs : le problème de l'AMM et la transparence. Ces deux approches sont indispensables dans la vie d'un médicament, mais clairement elles doivent être distinctes, l'une (AMM) venant chronologiquement avant l'autre.

REPONSE DE LA COMMISSION DE LA TRANSPARENCE

Sur le principe de réévaluation permanente, la commission de la transparence, via sa mission réévaluation, a procédé à une réévaluation des 4490 spécialistes remboursables, c'est-à-dire à une remise à plat de l'ensemble des médicaments remboursables. C'est en fait une réévaluation « totale » qu'a menée la commission de la transparence durant ces deux dernières années.

La commission a « recalé les choses » durant la mission réévaluation ; celle-ci s'est terminée en avril 2001 (en dehors « de reprises » dues à des vices de procédure survenus en aval du travail de la commission de la transparence, qui sont encore en cours). Quels sont les événements susceptibles d'amener la commission à réévaluer le SMR des médicaments inscrits par classe pharmacothérapie – ou ce qui est beaucoup plus important – à même visée thérapeutique ? Il y en a deux :

- l'apparition d'une spécialité « surclassant » c'est-à-dire « dévaluant » les spécialités jusqu'alors préconisées ; une telle spécialité se verra attribuer une ASMR de niveau I ou II ;

- l'apparition d'une nouvelle prise en charge -validée- d'une affection : par exemple trouble du rythme cardiaque corrigé ou prévenu par un stimulateur implantable (et si l'on est assuré de pouvoir en équiper tous les patients) venant remettre en question le traitement médical.

Aucune innovation de cet ordre ne s'est produite depuis avril 2001.

Le commentaire de la Cour signifie sans doute qu'elle regrette que l'on lise dans l'article R. 163-21 « la commission peut réévaluer le SMR » et non pas « la commission doit réévaluer la SMR ».

La commission de la transparence attache le plus grand prix, le plus grand intérêt à proposer une « stratégie thérapeutique » à la fois actualisée et utile au prescripteur. Dès que l'occasion se présentera, la commission de la transparence utilisera cette possibilité.

REPONSE DE L'AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE

Le rapport de la Cour amène quelques commentaires tant sur l'approche générale que sur les arguments spécifiques.

Les recommandations de pratiques clinique ont comme définition admise en France : « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ». Un soin est approprié lorsque « le bénéfice clinique qu'il procure est supérieur aux risques et aux coûts qui en découlent ».

Il ne s'agit en aucun cas de « règles ou de normes » de pratique médicale.

Sans commenter la variation historique des seuils proposés par l'AMM, le signalement des variations des RPC de l'AFSSAPS et de l'ANAES vis-à-vis du cholestérol s'expliquent. Elles correspondent pour partie à une confusion entre les différents dosages biologiques (cholestérol total et cholestérol L.D.L.). Une autre confusion a été entretenue par les textes de recommandations pour le diagnostic et des recommandations pour le traitement. Il n'y a pas divergence entre les deux types de recommandations.

Le paragraphe sur l'impact des recommandations mériterait d'être étayé. Il émet une opinion générale sur l'impact, qui n'est soutenu par aucun argument factuel. La phrase affirme que les recommandations ont peu d'impact. La réalité est qu'il est assez difficile de mesurer l'impact. La difficulté de la mesure ne préjuge pas de l'effet.

La diffusion de l'information et des recommandations de bonne pratique appelle les observations suivantes. La diffusion de la production de l'ANAES fait l'objet d'une réflexion stratégique importante au plan interne, au sein de ses instances et notamment du conseil d'administration. Une commission « communication » a été constituée au sein du premier conseil d'administration et devrait être reconduite au sein du nouveau conseil d'administration nommé en mai 2001. Chaque année, ces actions font l'objet d'une discussion itérative et la plus appropriée possible au sein des instances de l'ANAES.

En 1999 et 2000, l'ANAES a choisi de diffuser largement ses recommandations. Ainsi les RPC concernant le diabète, l'hypertension artérielle, les lombalgies/lombosciatiques et l'information du patient ont été diffusées à 194 000 exemplaires. La recommandation sur la lombalgie a également été diffusée à 38 500 kinésithérapeutes. La RPC sur le VIH et l'hyperthyroïde ont été diffusées à plus de 70 300 exemplaires, la RPC sur la maladie d'Alzheimer à 86 600 exemplaires.

Cette stratégie de communication s'est traduite par une meilleure connaissance des RPC dans le milieu professionnel. A ce titre, une enquête sur 1000 médecins généralistes français en octobre 2000 réalisée par un institut de sondage indépendant, montre que 77 % des médecins se souviennent avoir reçu des recommandations spécifiquement réalisées par l'ANAES. Parmi ceux-ci 86 % disent les avoir lues, 70 % disent les avoir conservées, 77 % disent qu'elles leur sont utiles.

En dehors de la diffusion papier, les recommandations sont également disponibles sur le site Internet de l'ANAES. Plus de 15 000 documents sont téléchargés en moyenne sur une durée d'un mois. Le site Internet de l'agence reçoit plus de 1500 visites par jour (dont un tiers de l'étranger ce qui est un pourcentage important).

Mais ainsi que mentionné ci-dessus, la diffusion des recommandations ne suffit pas à leur appropriation par les professionnels. L'ANAES est bien consciente de ce fait, de la difficulté de ces actions. La situation est améliorable et le fond de promotion de l'information médicale pourrait contribuer à l'amélioration.

Il est enfin évoqué dans le cadre de l'évaluation en aval de l'autorisation de mise sur le marché et l'appréciation de l'ASMR, le rôle de la « médecine par les preuves ». Ce sujet est délicat, nécessite une compréhension historique des institutions chargées de la recherche et de l'évaluation et que l'analyse de la situation anglaise des dix dernières années a conduit à plusieurs changements laissant penser que la situation n'est pas stabilisée. Ceci doit conduire à la prudence dans les propositions de « duplication » de montages qui s'avèrent incomplètes et instables.

REPONSE DU COMITE ECONOMIQUE DES PRODUITS DE SANTE

1) Le comité partage globalement les analyses de la Cour sur la croissance des dépenses de médicaments et sur les principaux facteurs explicatifs de cette croissance.

Le développement relatif à la fixation d'un prix élevé pour certains médicaments et à son maintien dans le temps appelle cependant une remarque : concernant la statine admise au remboursement en 1998, le dosage « normal » de cette statine a été inscrit à un prix inférieur de plus de 9 % à celui de la dernière statine inscrite comparable. Le dosage fort, qui était le premier de son espèce et dont on ne pouvait donc comparer le prix à celui d'aucune statine déjà inscrite, a obtenu un prix, par rapport au dosage normal, beaucoup moins élevé à quantité égale de principe actif.

2) Les développements relatifs à la régulation financière conventionnelle appellent quelques observations générales et deux remarques particulières.

Au plan général, la Cour a certainement raison d'affirmer que les mécanismes de régulation financière conventionnelle n'ont pas permis, à eux seuls, de maîtriser les dépenses de médicaments, si l'on entend par maîtrise l'obtention d'une croissance des dépenses limitée au seuil, fixé par la loi, du déclenchement de la clause de sauvegarde.

Il est cependant juste de remarquer, outre que cette limitation n'est pas le fait du mécanisme conventionnel, mais qu'elle est inhérente au dispositif mis en place par la loi elle-même :

- Que le rendement global de la régulation conventionnelle a été jusqu'ici égal ou supérieur à celui de la clause de sauvegarde législative, sans qu'il paraisse ressortir des travaux parlementaires qu'on eût du s'attendre à un meilleur résultat.

- Que le mécanisme de régulation conventionnelle est, à rendement égal, plus sélectif que le mécanisme législatif, dans le sens d'une meilleure compatibilité avec les orientations de la politique du médicament voulue par l'Etat : exonération des génériques, avantage aux innovations, facilitation des mesures prises à la suite de la réévaluation.

- Que ce mécanisme fait une part significative et croissante aux baisses de prix, et constitue donc bien un moyen de freinage des dépenses, même s'il est manifeste que ce freinage n'est pas suffisant pour assurer la compatibilité des dépenses de médicaments avec l'ONDAM. Qu'enfin cet effet de freinage est indépendant de la motivation des baisses décidées et qu'il paraît donc injuste d'exclure, comme le fait la Cour, les baisses de prix pour SMR insuffisant de la contribution de l'industrie à la régulation des dépenses.

Les remarques particulières sont les suivantes :

- Le tableau des seuils de déclenchement des remises par classes pharmaco-thérapeutiques défini par le comité économique des produits de santé à des fins de régulation financière ne revient pas à définir formellement des priorités de santé, fonction qui n'entre pas dans les compétences du comité, mais s'appuie principalement sur des considérations économiques même si, lorsque il en existe de précisément définies (par exemple antibiotiques), ces priorités sont bien entendu prises en compte.

- Il ne semble pas que les entreprises aient besoin de l'incitation que constituerait le mécanisme de remises pour augmenter leurs ventes. En toute hypothèse, loin de diminuer avec la croissance des ventes, le taux de prélèvement marginal augmente, pour une entreprise donnée, très fortement avec cette croissance.

3) A propos du développement consacré aux contraintes subies par le comité économique des produits de santé pour la fixation des prix, il faut observer :

- Que la seule contrainte qui résulte pour le comité, car elle est énoncée par la loi, des ASMR attribuées par la commission de la transparence, consiste à lui interdire d'accepter, pour un produit sans ASMR, un prix qui n'entraînerait pas une économie pour la sécurité sociale.

- Que le système de négociation conventionnelle avec les laboratoires ne constitue pas un objectif en soi pour le comité économique mais un moyen, prévu et organisé par la loi, pour atteindre les objectifs qui lui sont

assignés et que, s'agissant notamment de la fixation des prix lors de leur inscription, la négociation, quel que soit le nom qu'on lui donne, est inévitable. Il est en effet tout simplement impossible, tant juridiquement que pratiquement, d'obliger une entreprise à commercialiser en remboursable un médicament dont elle n'aurait pas accepté le prix. Cela est si vrai que, même à l'époque où la question de la distinction entre prix fixés par convention et prix fixés par arrêté ne se posait pas, tous les prix étant fixés par arrêté, il n'est jamais arrivé qu'un arrêté de prix à l'inscription intervienne sans qu'ait été constaté au préalable l'accord de l'entreprise sur le prix fixé. Le comité n'est pas placé pour autant en position de faiblesse dans la négociation, sauf à considérer que les entreprises sont indifférentes au remboursement des médicaments qu'elles commercialisent ou au délai dans lequel ce remboursement peut être obtenu. La réalité du rapport de forces entre les entreprises et le comité est donc totalement indépendante de la forme juridique dans laquelle les prix sont fixés. La force de l'entreprise dépend de la valeur reconnue à son médicament, et donc de la plus ou moins grande urgence ressentie par l'administration pour qu'il soit mis à la disposition des malades. La force du comité tient à ce qu'il maîtrise la durée de la négociation, qu'il peut prolonger jusqu'à ce que qu'il estime le prix conforme à la loi et aux intérêts de l'assurance maladie, au risque (pour l'entreprise) que la négociation n'aboutisse pas. Le comité fait certes ses meilleurs efforts pour que les médicaments soient inscrits dans les 180 jours prévus par la réglementation. Ce délai ne peut pour autant évidemment pas le contraindre à accepter un prix qui ne serait pas conforme aux règles fixées par la loi et aux orientations qui lui sont données par les ministres.

- Que, s'agissant des arguments de politique industrielle, on doit rappeler que les règles relatives à la fixation du prix des médicaments ont été substantiellement modifiées par la loi du 23 décembre 1998. Le texte antérieurement en vigueur, en prévoyant que les prix étaient fixés notamment en considération de l'évolution des charges et des revenus des entreprises considérées, autorisait la prise en compte de circonstances étrangères à la valeur intrinsèque du médicament concerné. Cette pratique est désormais exclue par la loi. Le comité s'est, dès la publication du nouveau texte, strictement conformé à ses prescriptions.

4) Dans la synthèse finale de cette section, la Cour revient sur l'étroitesse des limites dans lesquelles pourrait agir le comité économique pour fixer les prix.

Les prix finalement obtenus sont souvent très fortement inférieurs à ceux demandés initialement par les entreprises, ce qui au demeurant ne prouve rien puisque les entreprises sont entièrement libres de leurs propositions. Mais surtout, le critère « évitement d'exportations parallèles », qui n'est en effet pas prévu par la loi, ne joue aucun rôle direct dans les raisonnements appliqués par le comité à l'occasion de la négociation des prix

. On ne peut que citer sur ce point le rapport annuel d'activité du comité pour 1999 (p.23) qui indique que « le prix dit « européen » du médicament a été considéré avec réalisme par le comité comme une contrainte légitime pour l'entreprise, mais qui n'était opposable à l'administration que dans la mesure où elle estimait, par ailleurs, que l'inscription était justifiée à ce prix. En d'autres termes, le comité comprend généralement bien qu'une entreprise n'accepte pas un prix trop décalé par rapport à ceux qu'elle pratique sur les autres grands marchés de l'union européenne, mais c'est au risque que le médicament, si l'innovation qu'il apporte n'est pas jugée suffisante au regard des bénéfices et des besoins de santé, ne soit pas inscrit du tout. ». De fait, les exportations parallèles se produisent pour des montants importants, voire très importants pour certains médicaments, de nombreux intermédiaires s'étant spécialisés dans ce commerce lucratif, et c'est bien sûr ce qui explique, sans la justifier aux yeux du comité économique, la très forte résistance opposée par les entreprises pharmaceutiques à la baisse des prix de leurs médicaments internationalisés.

REPONSE DE LA COMMISSION D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE

1) Les deux classes de médicaments données comme exemples de renchérissement structurel, les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) et les statines, n'ont pas du tout la même signification en termes de santé publique.

Si les inhibiteurs de la pompe à protons répondent au schéma proposé dans le titre de l'alinéa 2 « *des médicaments de plus en plus chers et aux indications de plus en plus larges* » la réflexion sur les statines devrait prendre en compte le fait que deux d'entre elles ont représenté (de l'avis de la commission d'AMM) un progrès médical important. Le fait de ne pas évoquer ce progrès est en soi une prise de position qui ne me paraît pas souhaitable. Comme le rapport le dit, les statines sont des anticholestérol et, en ce sens, elles n'apportent guère plus que les médicaments antérieurs. En revanche, la Pravastatine et la Simvastatine dans ont montré dans de nombreuses études une réduction significative du nombre de décès coronariens et du nombre d'infarctus du myocarde...

C'est cette démonstration qui a entraîné un élargissement progressif des indications, d'autant que cet effet de prévention coronarien a été observé dans des groupes de patients n'ayant pas une hypercholestérolémie.

La commission d'AMM a estimé que pour ces deux statines : Pravastatine et Simvastatine, la réduction des complications cardiovasculaires de l'athérome était établie en raison de la concordance des résultats des essais cliniques faits chez des patients ayant des facteurs de risque différents, dans des lieux différents, en prévention primaire et secondaire.

En fonction de cette démonstration qui constitue un des progrès récents de la médecine, un certain nombre de remarques paraissent traduire un certain parti pris :

- « *Essais cliniques d'origine nécessairement limités* ». Est-ce vraiment le cas ? : 6 595 patients suivis pendant une durée médiane de 4,8 ans dans une étude ; 9 014 patients suivis durant 6,1 ans dans une autre étude ; 4 159 patients suivis durant 4,9 ans dans une troisième... (toutes ces références sont par exemple données dans la monographie de la Pravastatine) ; 4 444 patients suivis durant 5,4 ans (référence donnée dans la monographie de la Simvastatine).

- « *Essai réalisé dans des pays nordiques à cholestérolémie plus élevée qu'en France* ». L'essai thérapeutique est une méthode expérimentale qui vise à évaluer l'effet d'un traitement. Les patients inclus sont toujours différents des patients « usuels ». Ces différences sont bien connues et toujours évaluées par les spécialistes du médicament.

- « *Usage excessif* ». Encore faudrait-il pouvoir le définir clairement.

- « *Règles d'utilisation trop ambiguës* ». Ces règles ont varié en fonction de la publication des études qui ont, encore une fois, montré progressivement que l'effet n'était pas limité aux patients hypercholestérolémiques.

2) Le problème de l'évaluation du ratio coût/efficacité et de la réévaluation de ce ratio est évidemment un problème essentiel. Peut-être faudrait-il avoir conscience que l'on bute encore de nos jours sur l'absence de consensus clairement défini entre les spécialistes économistes de la santé concernant les modalités de réalisation de tels essais, les modalités d'analyse et d'interprétation de leurs résultats.

Des bonnes pratiques de réalisation et d'interprétation des essais coût/efficacité devraient être rédigées, diffusées et acceptées par tous les intervenants. De même, il est évident que les responsables de la santé publique devraient connaître le ratio coût/efficacité des médicaments pour la population française dans les conditions réelles d'utilisation. Mais là encore la remarque précédente peut être faite.

REPONSE DE L'OBSERVATOIRE NATIONAL DES PRESCRIPTIONS

La multiplicité des structures impliquées dans la gestion du médicament, l'absence de moyens significatifs, l'impossibilité de communiquer de façon indépendante rendent actuellement l'observatoire méconnu ou ignoré et le champ de son action limité. Plusieurs structures participent en effet à la gestion de la politique du médicament. Elles peuvent

être concurrentes et souvent non coordonnées. La lettre de mission ambitieuse contraste avec les moyens actuellement dédiés à l'observatoire et à l'absence de positionnement clair de l'observatoire dans le « circuit » d'observation et de décision sur le médicament.

Ce qui manque certainement dans le « circuit » du médicament est la gestion de l'évaluation post-AMM des médicaments. La lettre de mission confie à l'observatoire la seule validation des méthodologies des études demandées par la commission de la transparence ou le comité économique des produits de santé. L'observatoire pourrait prendre en charge l'évaluation post-AMM des médicaments, si cette mission lui était explicitement confiée avec l'attribution de moyens et compétences adaptées. L'observatoire pourrait ainsi assurer l'évaluation et la réévaluation du ratio coût/efficacité des médicaments en situation réelle d'utilisation.

L'information sur le médicament est laissée en très grande partie à l'initiative de l'industrie pharmaceutique. Face à la force de la visite médicale et du marketing, le fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique (130 MF), dont le décret n'est toujours pas paru, peut être dispersé sur plusieurs structures. Ce fonds est notoirement insuffisant. L'observatoire n'a pas actuellement de budget propre pour une communication vers les professionnels de santé.

CHAPITRE III**LES SOLDES ET LEUR FINANCEMENT EN 2000****I – Les soldes globaux des comptes***REPONSE DU MINISTRE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE ET DE LA SECRETAIRE D'ETAT AU BUDGET*

La Cour confirme l'amélioration de la situation financière du régime général qui a enregistré un excédent de 5,2 MdF en comptabilité de caisse. Toutefois, elle considère que le solde en droits constatés du régime général aurait été déficitaire de -1 MdF en 2000 au lieu de l'excédent de +4,4 MdF présenté en juin 2001 à la commission des comptes de la sécurité sociale. Elle estime en effet que la créance de 10,5 MdF sur le FOREC doit aujourd'hui être considérée comme à la charge du régime général, puisque le Gouvernement a ensuite annoncé que l'Etat n'apporterait pas de nouveaux financements au FOREC. Son impact négatif sur les comptes est toutefois atténué, selon la Cour, par une correction exceptionnelle sur 2000 des provisions pour charges à payer au titre des prestations d'assurance maladie de 1999.

Le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie souligne que les comptables ont traité, dans les comptes présentés à la commission des comptes, la créance sur le FOREC conformément à la législation en vigueur lors de l'arrêt des comptes définitifs de 2000. Par ailleurs, les provisions maladie constituent par définition une source d'incertitude parce qu'elles sont évaluées statistiquement par les caisses de sécurité sociale. Au demeurant, un écart de 4,4 MdF sur une masse de dépenses proches de 600 MdF doit être relativisé, d'autant qu'il est potentiellement réversible. Du reste, comme l'indique la Cour, le niveau des provisions maladie a été nettement rehaussé dans les comptes 2000.

REPONSE DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES

L'analyse de la Cour n'appelle aucune observation particulière.

III – Les transferts entre régimes de sécurité sociale*REPONSE DU FONDS DE SOLIDARITE VIEILLESSE*

L'analyse de la Cour n'appelle aucune observation particulière.

CHAPITRE IV L'ETAT DES COMPTES ET DES ETUDES

I – Les conséquences des recommandations de la MIRCROSS

REPONSE DU MINISTRE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE ET DE LA SECRETAIRE D'ETAT AU BUDGET

La Cour constate à juste titre les progrès considérables accomplis pour améliorer la lisibilité et la cohérence des comptes des organismes de protection sociale. Le raccourcissement très net des délais de production des comptes en témoigne. Les services du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie participent activement, pour ce qui relève de leur compétence, aux travaux en cours. La mise en oeuvre du plan comptable unique à compter du 1^{er} janvier 2002 et la mise en place du Haut conseil de la comptabilité des organismes de sécurité sociale et de la mission comptable permanente permettront de consolider les efforts accomplis. Les textes d'application seront prochainement promulgués.

La généralisation du nouveau plan comptable aux régimes d'assurance chômage et aux régimes de retraite complémentaires, souhaitée par la Cour, sera une prochaine étape. Le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie attache en effet une grande importance à l'harmonisation des normes comptables.

Ces nouveaux outils permettront en principe de disposer de comptes infra-annuels. Dès 2002, les caisses de sécurité sociale transmettront aux autorités compétentes leurs résultats mensuels. Toutefois, il n'est pas certain que ces outils soient susceptibles de disqualifier l'étude statistique des tendances. L'exploitation des balances comptables mensuelles constitue un exercice difficile en raison notamment de l'incidence des jours ouvrés ou du mouvement des provisions qui ne sont arrêtées qu'à la clôture des comptes. L'approfondissement de l'expertise statistique paraît, dans ces conditions, plus à même d'éclairer les tendances infra-annuelles. Cet approfondissement doit notamment être poursuivi en matière de recettes sociales via la coordination renforcée des services de l'Etat, de l'ACOSS, voire de l'UNEDIC.

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES

L'analyse de la Cour n'appelle aucune observation particulière.

*REPONSE DE LA CAISSE CENTRALE DE MUTUALITE SOCIALE
AGRICOLE*

La MSA s'est attachée à tout mettre en œuvre pour préparer la mise en œuvre du plan comptable unique. Celui-ci sera utilisé dès 2002. Bien sûr, elle s'est organisée pour que les arrêtés s'effectuent dans les délais prévus par les textes. La MSA mettra en place une véritable comptabilité développée, telle que définie par le plan comptable unique des organismes de sécurité sociale, et ainsi qu'elle s'y était engagée, à compter de 2003.

Concernant la production de comptes infra-annuels, si cette proposition paraît souhaitable à terme, la MSA souhaite appeler l'attention sur la nécessité de bien maîtriser au préalable le nouveau plan comptable unique des organismes de sécurité sociale et d'attendre si besoin 2004.

II – La mise en œuvre des nouvelles règles comptables : leur portée et leurs limites actuelles

*REPONSE DE LA MINISTRE DE L'EMPLOI ET DE LA
SOLIDARITE*

Une attention toute particulière sera apportée par mes services en liaison avec la mission comptable au calcul des provisions sur les cotisations fait par l'ACOSS et à celui relatif aux provisions sur prestations maladie, compte tenu des enjeux qui s'attachent à ces opérations.

*REPONSE DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE
SECURITE SOCIALE*

Dans le cadre de la mise en œuvre du nouveau plan de comptes, un groupe de travail est chargé de revoir les méthodes de provisionnement.

Le système actuel fondé sur l'ancienneté de la créance sera enrichi d'autres critères permettant d'affiner l'évaluation, comme la catégorie du cotisant, la taille de l'entreprise, l'exercice d'origine de la dette.

Les nouvelles méthodes seront prêtes à la fin du 1er semestre 2001.

En outre, une distinction entre les créances douteuses et les autres créances va être établie dès janvier 2002. En fin d'exercice les provisions seront établies sur les seules créances douteuses et plus précisément sur les créances parvenues au stade contentieux.

*REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE
MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES*

La Cour précise que « au-delà du montant de la provision, les règlements sont imputés en gestion courante, c'est à dire apparaissent comptablement comme des charges de l'année de règlement, ce qui va à l'encontre de l'objectif principal recherché par le passage à la méthode comptable des droits constatés ».

Il convient de préciser à la Cour que la CNAMTS n'a fait que mettre en œuvre les orientations qui lui ont été données par la direction de la sécurité sociale.

Par lettres du 29 juillet et 5 août 1996, la CNAMTS a interrogé celle-ci sur les modalités de comptabilisation des opérations sur prestations N, si les provisions N-1 étaient sous-évaluées après apurement des dépenses se rattachant à N-1 et aux exercices antérieurs. Le reliquat devait-il être porté en charges exceptionnelles ou laissé dans les comptes de prestations ?

La réponse de la DSS, datée du 14 août 1996, indiquait qu'il fallait considérer ces montants comme des prestations de l'exercice N et non comme des charges exceptionnelles. Cependant, si les sommes en cause devaient s'avérer importantes il conviendrait d'effectuer une présentation extra-comptable de leur incidence sur les résultats N.

Cette méthode de comptabilisation a donc été retenue et la CNAMTS établit chaque année un compte de résultat « loi de financement ». Celui-ci retrace les charges de prestations par poste de la loi de financement selon la méthodologie des droits constatés à partir de la comptabilisation :

- des prestations remboursées au cours de l'exercice N quelle que soit la date des soins (1) ;

- de reprises de provisions sur prestations correspondant aux prestations relatives à des soins de l'année N-1 qui ont été remboursées au cours de l'exercice N dans la limite des provisions initialement constituées (2) ;

- de provisions sur prestations correspondant à l'estimation du montant des prestations relatives à des soins de l'année N qui seront remboursées en N+1 (3).

Pour rendre compte de la consommation de soins au titre d'un exercice donné, le compte de résultat « loi de financement » déduit les charges de prestations en droits constatés relatives à l'année N comme suit : (1) - (2) + (3).

III – Les résultats de la sécurité sociale dans les comptes de la sécurité sociale, dans la comptabilité nationale et dans le compte de la protection sociale

REPONSE DE LA MINISTRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE

Le rapprochement des comptes avec les résultats de la comptabilité nationale est certes intéressant. Les contraintes liées tant à l'application des règles du plan comptable général par les organismes de sécurité sociale pour les comptes présentés par la commission des comptes de la sécurité sociale, qu'aux méthodologies internationales d'élaboration des comptes nationaux, rendent difficiles une parfaite harmonisation de la présentation des comptes. Aussi un groupe de travail sera constitué dans les prochaines semaines afin d'analyser les différents concepts adoptés de part et d'autres qui permettraient notamment d'expliquer les écarts constatés. Toutefois, il convient de ne pas méconnaître la lourdeur du travail de rapprochement à entreprendre qui ne pourra être mené à bien dans des délais brefs.

REPONSE DU MINISTRE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE ET DE LA SECRETAIRE D'ETAT AU BUDGET

Des tableaux de passage entre les différents agrégats d'analyse de la protection sociale (comptes de la sécurité sociale, champ des LFSS, comptes de la protection sociale, comptes de la Nation) seront progressivement développés afin d'en renforcer la lisibilité.

REPONSE DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES

L'analyse de la Cour n'appelle aucune observation particulière.

IV – Les études et la recherche dans le domaine de l'assurance maladie

REPONSE DU MINISTRE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE ET DE LA SECRETAIRE D'ETAT AU BUDGET

S'agissant des critiques formulées par la Cour sur l'état des études et des recherches dans le domaine de l'assurance maladie, force est de constater que des efforts importants ont été accomplis ces dernières années par la CNAMTS en lien avec les services tutélaires. Les prochains développements

informatiques de la CNAMTS mettront bientôt à disposition de nouvelles sources d'information à la fois plus riches et plus fiables.

*REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE
MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES*

Des conclusions générales encore incertaines et peu opérationnelles

Les développements de cette partie semblent tout à la fois critiquer le manque d'études ou la faiblesse de leurs conclusions d'une part, et les limites des possibilités de régulation du système d'autre part. Par exemple, il est dit dans ce chapitre que l'impact du contrôle de la démographie médicale sur la maîtrise globale des dépenses de santé demeure incertain. Les statistiques que la CNAMTS publie chaque année sur la démographie et l'activité des professionnels de santé montrent cependant l'importance d'un tel contrôle : les dépenses par client sont les plus fortes dans les régions où la densité médicale est la plus élevée en particulier pour la médecine spécialisée.

Un élément vient en outre étayer l'hypothèse de la demande induite par le médecin : il s'agit de la modification récente (arrêté du 28 avril 2000) de la nomenclature médicale introduisant une majoration de maintien à domicile pour les personnes âgées de plus de 75 ans exonérées du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée. Cette modification a entraîné dans les mois qui ont suivi une augmentation sensible et brutale du nombre de visites, ainsi que du nombre de demandes de mises en ALD : le nombre de demandes a augmenté dès avril 2000 pour atteindre +35 % en juillet 2000².

Concernant l'efficacité de la diffusion au corps médical des référentiels scientifiques, la Cour écrit que cette « efficacité n'a pas été testée, sauf en ce qui concerne les références médicales opposables, dont le caractère pérenne de l'effet produit ne semble pas assuré.... ».

Certes les RMO ne peuvent à elles seules assurer la maîtrise de l'évolution des dépenses. Toutefois, sur la base des récents travaux publiés par le CREDES³ et des travaux qui ont été conduits par le service médical (dont un seul est cité par la Cour), le résultat est plus nuancé et moins défavorable que ne le prétend la Cour. Certes le champ des RMO est vaste et

2 « Impact de la majoration de la visite de maintien à domicile sur l'évolution des demandes d'exonération du ticket modérateur au titre des ALD chez les patients âgés de 75 ans et plus. » Direction du service médical –département des soins de ville. A. Weill, M. Païta, R. Bourrel, P. Fender. Octobre 2000 (note interne non publiée).

3 « Les références médicales opposables sur le médicament : bilan de trois années d'application. » CREDES. Questions d'économie de la santé, n°14, octobre 1998.

toutes n'ont pas démontré leur efficacité. Cette efficacité dépend du thème de la référence, de la clarté de son expression, du degré d'acceptation par les professionnels, et d'autres facteurs encore. Pour ce qui concerne les références portant sur le médicament, lorsqu'elles entraînent une diminution de la prescription, cette efficacité est pérenne (tel est le cas pour les associations redondantes, pour les prescriptions de certains antibiotiques).

Les RMO constituent un dispositif qui doit être bien ciblé, et qui fonctionne sur un champ limité des soins. Ce dispositif fonctionne d'autant mieux qu'il se prête à différentes modalités d'interventions auprès des professionnels, modalités combinées dont l'impact sur l'amélioration des comportements de professionnels a été démontré par la revue de littérature internationale de P.Durieux⁴ :

- intégration dans des actions de formation continue ;
- intégration dans des campagnes de promotion par des visites confraternelles ;
- intégration dans les logiciels de prescription, de plus en plus utilisés par les professionnels, qui permet d'exercer auprès du prescripteur une fonction de rappel à chaque prescription entrant dans le champ de la RMO.

Pour le service médical, l'efficacité des RMO est démontrée, tout comme l'efficacité des moyens mis en œuvre pour les promouvoir et en contrôler l'application.

En outre, de très nombreuses études ont été menées par l'assurance maladie dans le but de diffuser les bonnes pratiques médicales et le bon usage des produits de santé à travers les programmes nationaux de gestion du risque (plan national inter-régimes de gestion du risque) et les programmes régionaux menés au sein des URCAM.

Au niveau national, les années 1999 et 2000 ont été principalement consacrées à deux programmes de santé publique portant sur le diabète non insulino-dépendant et sur l'hypertension artérielle. Les premiers résultats des actions de diffusion des référentiels ANAES (campagne de communication, entretiens confraternels) sont encourageants. Pour le diabète, on note une nette amélioration du suivi des diabétiques (dosage de l'hémoglobine glyquée, consultation ophtalmologique) et les actes inutiles sont en diminution.

Ces résultats plaident pour une efficacité des actions conduites notamment par l'assurance maladie : l'effet de la campagne de l'assurance

4 « Comment améliorer les pratiques médicales. Approche comparée internationale. » P.Durieux. Flammarion.

maladie a pu être mesuré grâce à la comparaison de l'évolution de certains indicateurs entre la période « avant les interventions » et la période « après ».

Il faut néanmoins signaler une difficulté essentielle concernant les études d'impact des décisions prises dans le domaine de la santé qui n'ont de chance d'être conclusives que si les décisions étudiées sont suffisamment importantes pour être susceptibles de se traduire par des changements significatifs de comportements.

La segmentation institutionnelle des problèmes est un obstacle à la connaissance et, donc, à l'action. L'exemple le plus évident est la segmentation ville-hôpital caractérisée à la fois par la logique de financement opaque du secteur hospitalier (la dotation globale des hôpitaux), et par les limites fixées au domaine des intervenants, les uns cantonnés à la médecine ambulatoire, les autres à la médecine hospitalière. Le cloisonnement institutionnel entraîne à son tour le cloisonnement des systèmes d'informations et ne permet pas de comprendre l'ensemble des pratiques médicales axées sur un même groupe de patients.

Mieux structurer l'activité d'étude et de recherche

Sur la place de la médecine conseil dans l'activité d'étude et de recherche, il convient de rappeler que ce rôle spécifique de recherche n'est pas actuellement clairement identifié (cf. article L. 315-1 du code de la sécurité sociale précisant les domaines d'interventions du service médical) :

- le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité (article L. 315-1 I).

- le service du contrôle médical constate les abus en matière de soins, de prescription d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations (article L. 315-1 II).

- le service du contrôle médical procède à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des établissements de santé... (article L. 315-1 III).

- le service du contrôle médical procède à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des professionnels de santé... (article L. 315-1 IV).

Dans la limite de ses moyens, et de ses missions actuelles, le service médical participe de cet effort de recherche sur l'efficacité du système de santé, et souhaite renforcer cette participation. Les thèmes déjà abordés et qui pourraient être développés sont plus particulièrement ceux qui touchent à la mesure de l'efficacité réelle des soins pris en charge par l'assurance maladie, notamment pour les pathologies fréquentes et dont la prise en charge est coûteuse.

Par ailleurs, le partage des informations de l'assurance maladie avec des équipes de recherche est déjà réalisé pour de nombreux projets, et le service médical ne voit que des avantages à développer cet aspect de la collaboration avec les équipes de recherche. Les organismes avec lesquels les collaborations sont les plus fréquentes sont le CREDES, la DREES, l'INSERM, l'INVS ; d'autres collaborations existent avec de nombreuses équipes universitaires notamment dans les régions.

De plus, la Cour note que le cadrage général obtenu au travers de différentes enquêtes ne débouche pas directement sur l'action. Cependant, ce défaut d'action ne tient pas seulement au caractère parfois partiel des études réalisées dans ce domaine, mais davantage au manque de moyens d'action car de l'étude à la décision politique, la distance est parfois non négligeable.

De façon générale, pour promouvoir un système d'études efficace, il faut :

- à la base, des informations nombreuses et de qualité
- un système d'informations correctement structuré
- un accès facile à ce système
- des équipes de chercheurs de qualité
- un système d'évaluation des études réalisées
- des débouchés sur des actions concrètes

Pour ce qui concerne les trois premières conditions, il faut noter que la CNAMTS :

- va s'engager de façon importante dans un partenariat avec l'INSEE pour la réalisation de l'enquête santé de 2002. A côté d'un financement important, la CNAMTS prévoit d'une part, l'appariement des données d'enquête avec les données de consommations médicales contenues dans les fichiers de l'assurance maladie (après accord de la CNIL) et d'autre part de proposer un bilan de santé à un sous échantillon des personnes enquêtées dans les centres de santé qu'elle gère, afin de tenter une première évaluation entre santé perçue et santé mesurée ;

- a développé un échantillon permanent d'assurés sociaux ainsi qu'un échantillon suivi de médecins dont les exploitations, menées avec la collaboration du CREDES et bientôt de la DREES sont une des sources de connaissance du domaine les plus importantes ;

- a conçu le SNIIRAM, système d'informations détaillées et chaînées sur l'assurance maladie qui doit permettre à un très large public, d'accéder, dans le respect des règles édictées par la CNIL aux données de l'assurance maladie. La réalisation de ce système d'information a été programmée en plusieurs étapes respectées à ce jour. La prochaine étape dépend de la parution de l'arrêté ministériel autorisant la constitution effective de la base de données.

Les recommandations n° 5 et 6 (approfondissement de l'étude des comportements des professionnels de santé et des patients, développement des études micro-économiques à l'hôpital...) concernent plus particulièrement le service médical et sont déjà largement prises en compte par celui-ci. On citera à titre d'exemples (la liste n'est pas exhaustive) :

- les études du programme national de santé publique sur la prise en charge du diabète de type 2 portant sur la qualité de la prise en charge, sur le terrain, de cette maladie qui justifie une exonération du ticket modérateur ;
- les études du programme national de santé publique sur l'hypertension artérielle portant également sur la qualité de la prise en charge au quotidien de ces patients, également exonérés du ticket modérateur ;
- l'étude nationale sur la qualité des pratiques de radiothérapie, dont les résultats sont en voie de publication, pratiques qui sont mises en perspective avec la qualité du parc de matériel.

D'autres travaux sont en projet et doivent être lancés dans les mois à venir :

- programme de santé publique sur la prise en charge du cancer du sein prévu en 2002, divers indicateurs laissant supposer que celle-ci n'est pas optimale partout et pour toutes les femmes. Dans ce cadre il est notamment prévu d'analyser les pratiques de chimiothérapie anticancéreuse, à l'hôpital comme en ville, les pratiques chirurgicales, le suivi global des malades à leur domicile, pour s'assurer de l'opportunité des pratiques médicales par rapport aux données actuelles de la science et de la réalité de la coordination entre les intervenants pour un meilleur service rendu aux patients ;

- développement de méthodes de repérage des transferts ville/hôpital : au-delà des effets de déport d'enveloppes, l'assurance maladie est ici désireuse d'appréhender les conséquences des nouveaux modes d'organisation sanitaire qui participent à la prise en charge globale des patients. Il s'agira d'évaluer le retentissement sur la médecine de ville et hospitalière du fonctionnement en réseau en matière de périnatalité et de cancérologie.

Par ailleurs, il convient de noter qu'après deux ans de fonctionnement, le conseil scientifique a largement fait la preuve du niveau de services qu'il a pu rendre à la CNAMTS, tant grâce à ses avis sur la valeur des recherches et des études pour lesquelles un financement est sollicité, que par ses réponses au service médical sur la prise en charge de technologies médicales non validées.

Sur le dernier point, la diffusion au réseau de ces avis permet d'orienter les décisions des praticiens conseils dans l'attente d'une prise de position officielle des agences compétentes (ANAES, AFSSAPS).

Enfin, il a proposé cinq axes principaux de recherche intéressant la CNAMTS. Ceux-ci ont servi de base aux appels à projet lancés en 2000 et 2001.

*REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE
DES PROFESSIONS INDEPENDANTES*

L'analyse de la Cour n'appelle aucune observation particulière.

*REPONSE DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA
RECHERCHE MEDICALE*

Le périmètre du champ des études et recherches relatives à l'assurance-maladie en France retenu par la Cour est circonscrit. Or il est contestable de limiter ce champ au seul financement des soins et aux comportements qui ont une incidence immédiate en terme de dépenses, plutôt que de l'élargir au contexte plus général des modalités actuelles de financement du système de santé dans lequel s'inscrivent ces comportements, et à la place singulière qu'y occupe la CNAMTS, dont on ne trouve pas d'équivalent dans les autres pays développés.

Accepter pour périmètre la particularité de l'organisation française limite alors la latitude à l'interroger. C'est ainsi que le constat proposé « il est possible d'agir sur les dépenses mais les perspectives d'infléchir les tendances semblent très limitées » ne vaut que si on le complète par la condition suivante : si on ne modifie pas l'architecture générale du système de santé français et parce qu'alors ces travaux se placent dans un cadre réaliste qui contraint fortement les potentialités d'action. D'autres travaux, qui auraient pu mériter d'être rappelés ont montré auparavant quels « verrous institutionnels » devraient sauter pour modifier les comportements. La portée critique des interrogations de la Cour sur les manques et lacunes constatées, même si elles sont souvent tout à fait pertinentes, ne peut manquer d'en être affectée.

S'agissant de l'organisation de la recherche publique dans le domaine, le constat est exempt d'ambiguïté : communauté peu encline à la coopération, éclatée sur des thématiques multiples et mal coordonnée. Il convient cependant de mettre en regard les difficultés particulières d'accéder aux données de l'assurance maladie, ou d'enquêter auprès des professionnels, tant libéraux qu'hospitaliers, le manque de structures intermédiaires (au-delà des initiatives de la MIRE et de l'INSEE) entre chercheurs et administrations, la multiplicité des demandes ponctuelles des pouvoirs publics, toutes difficultés génératrices de stratégies individuelles de contournement et qui ne rendent

pas l'organisation disciplinaire des économistes immédiatement transposable aux autres sciences sociales.

L'INSERM pour sa part s'est efforcé d'apporter un certain nombre de réponses à ces lacunes qui vont dans le sens des recommandations de la Cour : création d'une intercommission scientifique couvrant le domaine des systèmes de santé et de soins, animation de « comités d'interface » entre les chercheurs et les professionnels de santé, développement de la pratique des expertises collectives orientées sur les problématiques et en direction des acteurs de santé publique. L'INSERM s'associe en particulier à la seconde recommandation relative à la coopération des différents organismes publics, même s'il ne peut s'agir que d'une réponse ponctuelle.

REPONSE DU COLLEGE DES ECONOMISTES DE LA SANTE

L'analyse de la Cour n'appelle aucune observation particulière.

REPONSE DU LABORATOIRE D'ANALYSE SECONDAIRE ET DE METHODE APPLIQUEE A LA SOCIOLOGIE

La Cour fait état des progrès effectués en ce qui concerne l'accès aux fichiers d'enquêtes de l'INSEE, tout en soulignant qu'ils restent bilatéraux ou restreints à une équipe de recherche au coup par coup.

Ce point n'est pas tout à fait exact. En ce qui concerne les enquêtes Ménage, l'accès aux fichiers (anonymisés) était jusqu'à présent ouvert à l'ensemble des enseignants chercheurs et chercheurs relevant des laboratoires du CNRS via le LASMAS. Certains EPST comme l'INED avaient également une convention avec l'INSEE. L'accès est désormais ouvert dans le cadre du décret du 1^{er} février 2001 à l'ensemble des enseignants-chercheurs et chercheurs des universités comme des différents EPSTP via le LASMAS. Pour les enquêtes entreprises, les données sont accessibles via une autorisation du comité du secret statistique. Des difficultés demeurent pour les données à caractère personnel (indirectement nominatives) telles que les données fines des recensements. La création du comité de concertation ainsi qu'une évolution de la loi informatique et libertés dans le cadre de la transposition de la directive européenne de 1995 sont de nature à lever à terme ces difficultés.

Le comité de concertation est doté d'un secrétariat général, mais aussi d'un conseil scientifique. C'est l'existence de ce conseil à même de définir les principes d'utilisation des données dans une finalité de recherche et d'apporter des garanties de bonnes pratiques qui est un élément déterminant de l'ouverture des données. Le comité de concertation sera en outre appuyé

opérationnellement sur le centre Quételet (UMR du CNRS) qui coordonnera les activités du LASMAS (statistique publique) et du CIDSP (autre laboratoire du CNRS archivant et diffusant les données d'opinion). Ce centre, créé dans le cadre de l'article 10 du décret du 12 février 2001, assurera effectivement l'archivage et la diffusion des données sous le contrôle du conseil scientifique du comité de concertation.

A côté des anciens accords INSEE-CNRS et DARES-CNRS, il convient de mentionner les accords CEREQ-CNRS et DPD-CNRS également gérés par le LASMAS qui ont permis la mise à disposition des fichiers d'enquêtes pour les chercheurs.

Il convient d'insister sur le fait que les données sont mises à disposition, tant dans le cadre des anciennes conventions (LASMAS) que dans le cadre du prochain Centre Quételet pour une finalité de recherche. Ceci exclut des études à finalité administrative et exige la liberté de publication dans les revues à caractère scientifique, ce qui est parfois mal accepté par les administrations gestionnaires des données. Le conseil scientifique du comité de concertation définira les critères retenus pour la finalité de recherche.

Ce point est très important et conduit à élargir les observations du LASMAS à d'autres points du rapport. La Cour met en effet l'accent sur l'insuffisant accès aux données en vue d'études et recherches finalisées dans le but d'éclairer l'action publique. Il est cependant risqué et surtout inefficace de ne pas poser cette question de façon plus large en incluant d'emblée l'accès pour l'ensemble des recherches, y compris celles qui ne sont pas immédiatement finalisées. Les progrès de la connaissance, la cumulativité impliquent de laisser au chercheur une liberté dans le choix de ces sujets, même s'il est normal de demander à la recherche d'éclairer l'action publique. Trop souvent dans le cas des données administratives, l'accès aux données est commandé par le cadre finalisé des études. C'est une des sources de la faiblesse à terme de la recherche. Un autre point essentiel qui va également dans le même sens est la question de la duplication dans le but de valider les résultats. Cette question essentielle pour fonder la cumulativité en sciences sociales conduit là aussi à dégager le principe de l'accès aux données du seul cadre des études finalisées, assez naturellement centrées sur le court terme et les développements nouveaux.

Ce principe d'ouverture plus large pose la question du rapport entre les commanditaires publics détenteurs des droits d'usage des données et les équipes de recherche quant au contrôle des résultats des recherches utilisant les données mises à disposition. Si cette question a été résolue dans le cadre de l'INSEE, elle l'est souvent beaucoup moins avec les services statistiques des ministères ou les organismes gérant des données à caractère administratif. La proximité de ces services avec ceux de l'action publique a pour

conséquence la tentation permanente d'assurer un contrôle sur les résultats d'études dans le cadre d'une maîtrise de l'action publique. L'argument avancé est alors souvent celui du contrôle de la compétence du chercheur en matière d'utilisation de données.

Les organismes de recherche sont de plus en plus soucieux d'assurer aux équipes de recherche la liberté de publication. Le principe de l'accès aux données doit inclure cette liberté. Il faut souligner que l'accès aux données via le Centre Quételet se fera dans une finalité de recherche uniquement, le centre ayant pour mission d'apporter les garanties de bonnes pratiques quant à l'utilisation compétente des données.

Ce nouveau dispositif ne pourra cependant être pleinement opérationnel, en particulier pour des données comme celles de la CNAMTS que si deux autres conditions, qui ne sont pas évoquées dans le projet de rapport de la Cour, sont vérifiées.

La première condition est technique. Il faut que les fichiers de données soient documentés pour être utilisables. Cette documentation des fichiers demande des moyens humains que les administrations gestionnaires de ces fichiers n'ont pas toujours dégagés. Le Comité de concertation devrait permettre de sélectionner les fichiers prioritaires de ce point de vue et de veiller à ce que les moyens nécessaires soient prévus. Le Centre Quételet pourrait apporter de l'aide sur ce point de même que sur l'anonymisation de certains fichiers.

La seconde condition est juridique. S'agissant des fichiers à caractère personnel, ce qui est le cas de nombreux fichiers en matière d'assurance maladie, les évolutions prévues par le projet de révision de la loi Informatique et libertés dans le cadre de l'application de la directive européenne de 1995 sont indispensables. Le projet de loi, dans son état actuel, prend en compte, conformément à la directive européenne, la finalité de recherche. La reconnaissance de cette finalité de recherche tout comme la création du Centre Quételet à même d'assurer des garanties de bonnes pratiques permettraient à l'autorité de contrôle, la CNIL de faciliter aux chercheurs l'accès aux fichiers à caractère personnel.

CHAPITRE V**LE SYSTEME DE RESSOURCES DE LA SECURITE SOCIALE****III – L’efficacité des taxes affectées à l’assurance maladie***REPONSE DE L’AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE
SECURITE SOCIALE*

En ce qui concerne les taxes affectées à l’assurance maladie, la Haute Juridiction estime que le rendement des taxes déclaratives recouvrées par l’ACOSS est minoré par l’insuffisance des contrôles et précise les résultats des contrôles effectués.

Il est à noter qu’à la fin de la période de la COG 1998-2201 les contrôles auront porté sur plus de 70 laboratoires pharmaceutiques (sur 110 redevables) pour un montant de redressement évalué à 400 MF, soit un taux moyen de près de 25 %.

Le développement des contrôles des compagnies d’assurances, est l’objectif de la prochaine période.

*REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DE L’ASSURANCE
MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES*

L’analyse de la Cour n’appelle aucune observation particulière.

CHAPITRE VI
LES RELATIONS FINANCIERES ENTRE L'ETAT ET LA
SECURITE SOCIALE

I – Le cadre général

*REPONSE DU MINISTRE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET
DE L'INDUSTRIE ET DE LA SECRETAIRE D'ETAT AU BUDGET*

Concernant les relations entre l'Etat et la protection sociale, un nouveau « jaune » a été élaboré en annexe au projet de loi de finances pour 2001. Cette annexe, qui recense et interprète l'intégralité des flux financiers entre l'Etat et la sphère sociale, constitue, ainsi que la Cour le souligne, un progrès significatif. Les aménagements de présentation suggérés par la Cour seront, autant qu'il est possible, retenus. Toutefois, il faut rappeler que le « jaune » a d'abord vocation à retracer des opérations budgétaires de l'Etat réalisées en comptabilité de caisse. L'élaboration de comptes sociaux en droits constatés laissera donc nécessairement subsister, quelques écarts d'ordre technique.

**II – Flux de trésorerie et état des créances entre l'Etat et les
régimes sociaux**

*REPONSE DE LA CAISSE CENTRALE DE MUTUALITE SOCIALE
AGRICOLE*

La Cour rappelle que l'allocation spécifique d'attente n'a toujours pas fait l'objet d'une prise en charge par l'Etat. La MSA souhaite préciser qu'en raison d'un désaccord sur le remboursement des frais de gestion, la convention de gestion avec l'Etat n'a pu être signée.

La partie concernant les circuits relatifs aux prestations familiales agricoles appelle également une précision. Consciente des difficultés rencontrées en 1999, la MSA tient à souligner qu'elle a réalisé l'arrêté des comptes 2000 dans les délais qui lui étaient impartis et a donc pu fournir à la CNAF les informations demandées dans les temps.

La MSA fera en sorte que cet objectif puisse être atteint de manière pérenne.

La Cour recommande de veiller à ce que les versements de l'Etat au titre du remboursement des prestations ou des cotisations exonérées soient

plus réguliers en cours d'année et que le reste à recouvrer sur l'Etat au titre du RMI soit significativement réduit. La MSA ne peut que partager ces recommandations et souhaiter que des acomptes significatifs soient versés régulièrement et fassent l'objet de conventions financières entre la MSA et l'Etat ou le FOREC.

III – Les fonds institués dans le périmètre de la sécurité sociale

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES

L'analyse de la Cour n'appelle aucune observation particulière.

IV – La CADES

REPONSE DE LA CAISSE D'AMORTISSEMENT DE LA DETTE SOCIALE

Le rôle du comité de surveillance n'est pas faible pour la CADES. Il constitue un mécanisme de protection efficace et les parlementaires qui en font partie sont des acteurs importants des discussions relatives aux lois de financement de la sécurité sociale ; ils sont parfois conduits à convoquer le président du conseil d'administration de la CADES devant les commissions des affaires sociales ou des finances des assemblées, pour faire le point sur l'activité de cet établissement.

V – La facturation des coûts de gestion entre l'Etat et la sécurité sociale

REPONSE DU MINISTRE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE ET DE LA SECRETAIRE D'ETAT AU BUDGET

La Cour constate que les services rendus réciproquement par l'Etat et les organismes de protection sociale sont facturés, lorsqu'ils le sont, de manière partielle, variable et sur des fondements économiques insatisfaisants et incomplets, faute de généralisation d'une comptabilité analytique de part et d'autre. La mise en place de systèmes efficaces et homogènes de comptabilité analytique, permettant d'identifier précisément les coûts marginaux découlant de la réalisation de ces services réciproques (recouvrement d'impôts d'une part, gestion de prestations d'autre part), paraît en effet être un préalable à toute évolution.

CHAPITRE VII**« DEPENSES FISCALES » ET POLITIQUES SOCIALES***REPONSE DU MINISTRE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET
DE L'INDUSTRIE ET DE LA SECRETAIRE D'ETAT AU BUDGET*

Les analyses et recommandations tendant à mieux prendre en considération les dépenses fiscales dans l'analyse des politiques sociales rejoignent dans leur majorité les préoccupations du ministère.

CHAPITRE VIII

LE RECOUVREMENT

I – Le recouvrement et le contrôle d’assiette dans les différents régimes

REPONSE DE LA MINISTRE DE L’EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE

La Cour rappelle l’hétérogénéité des régimes sociaux et des modalités de recouvrement. Il est souhaitable, comme elle le préconise, eu égard au système déclaratif qui sous-tend l’ensemble des modes d’organisation du recouvrement, que l’efficacité des contrôles soit accrue. En dehors du travail illégal, un renforcement des contrôles d’assiette, sous des formes diverses, permet d’éviter les fraudes. Une modulation de la stratégie des contrôles, basée sur l’analyse des choix passés, mis en place par la première convention d’objectifs et de gestion, le développement de la coopération entre les différents organismes sociaux, la transmission organisée des données relatives aux revenus des travailleurs indépendants collectées par les services fiscaux, l’intensification des échanges d’information entre les institutions sont de nature à développer l’efficacité du recouvrement.

Ce sont là des orientations dont mes services examineront la mise en œuvre avec les organismes de sécurité sociale lors de l’élaboration des prochaines conventions d’objectif et de gestion.

REPONSE DE L’AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE

L’approche du risque conduite sur les enjeux financiers les plus importants a produit des résultats, comme le montre la fréquence des redressements sur les VLU (95 % des cas) et sur les cinquante plus grandes entreprises de chaque fichier (85 % des cas).

Les 10 % d’activité consacrés à la lutte contre le travail illégal sont effectifs.

Les efforts de lutte contre le travail illégal menés par les URSSAF rencontrent néanmoins des limites car les URSSAF agissent dans le cadre d’un partenariat qui peine parfois à se mettre en place ; il est malaisé dans le contexte du droit pénal de faire remonter l’infraction à une date qui permettra des redressements importants ; enfin, la plupart des auteurs des infractions ont organisé leur insolvabilité.

Ces remarques expliquent que les mises en recouvrement au titre de la lutte contre le travail illégal soient inférieures proportionnellement à celles relatives au contrôle comptable d'assiette.

*REPONSE DE L'ASSOCIATION DE RETRAITE
COMPLEMENTAIRE DES SALARIES*

L'ARRCO ne relève pas des lois de financement de la sécurité sociale et, selon les instances dirigeantes du régime, elle ne relève pas du champ de compétence de la Cour des comptes.

Dans la typologie de l'organisation du recouvrement décrite par la Cour, l'ARRCO se situe dans le modèle « gestion intégrée par risque ».

Il ressort à notre sens insuffisamment du rapport que ce mode d'organisation regroupant les fonctions de recouvrement, d'une part, et calcul et paiement des droits, d'autre part, est largement consubstantiel à un régime fonctionnant par points qui suppose l'individualisation des droits et un principe de contributivité.

Le nombre de points inscrit au compte d'un individu étant directement le reflet de la cotisation versée, il est essentiel que les fonctions d'encaissement des cotisations et de calcul des droits soient exercées par une même structure juridique et administrative.

L'institution gestionnaire doit ainsi être en mesure d'effectuer en permanence un rapprochement entre le montant des cotisations versées et les droits à inscrire au compte du participant.

Le participant est lui-même en capacité d'effectuer un contrôle sur les droits inscrits à son compte par la consultation du relevé de points qui lui est transmis annuellement et qui lui permet de s'assurer que la base annuelle portée sur sa fiche de paie est identique aux bases déclarées aux institutions. La sensibilité des salariés et des responsables d'entreprises à cette information annuelle apparaît lorsqu'une institution rencontre des difficultés pour l'établissement des comptes de points.

On relève en outre que l'indissociabilité des fonctions de recouvrement et de paiement des droits est rendue indispensable par le fait que les régimes sont seuls responsables de leurs équilibres financiers et doivent avoir une pleine maîtrise de leurs recettes comme de leurs dépenses.

L'attention de la Cour est appelée sur le fait que les compétences professionnelles qui prévoient l'existence d'institutions particulièrement dédiées à un domaine professionnel donné conduisent à des solutions

adaptées aux spécificités des professions en cause, spécificités qui peuvent apparaître dans le domaine du recouvrement (hôtellerie, bâtiment et travaux publics, transport ...) ou pour la gestion de populations particulières (intérim, spectacle, VRP, enseignement privé...).

Sur les remarques du rapport relatives au mode de paiement des cotisations et à l'utilisation encore massive par les entreprises du règlement par chèque, il convient de relever que les régimes qui sont engagés dans les initiatives développées dans le cadre du GIP « Modernisation des déclarations sociales » ne peuvent qu'être favorables au développement des formules de télépaiement.

L'ARRCO relève en outre que la détermination d'un « reste à recouvrer » paraît sujet à caution dans la mesure où les éléments pris en compte ne sont pas nécessairement homogènes d'un organisme à l'autre, pas plus que les moyens dont ils disposent (certains disposent de la prérogative de contrainte d'autres non). Ce taux doit être établi de façon à prendre en compte les effets des actions précontentieuses ; c'est donc s'agissant de l'ARRCO le chiffre de 1,3 % qui ressort au 28 février n+2 qui doit être retenu (année 1997).

REPOSE DE L'ASSOCIATION GENERALE DES INSTITUTIONS DE RETRAITE DES CADRES

Le régime AGIRC relève de la pleine responsabilité des partenaires sociaux. Il est exclu du champ de la loi de financement de la sécurité sociale et, selon les instances dirigeantes du régime, ne relève pas la compétence de la Cour des comptes.

S'agissant de l'organisation du recouvrement décrite par la Cour, l'AGIRC se situe dans le modèle « gestion intégrée par risque ».

Il ressort à notre sens insuffisamment du rapport que ce mode d'organisation regroupant les fonctions de recouvrement, d'une part, et calcul et paiement des droits, d'autre part, est largement consubstantiel à un régime fonctionnant par points qui suppose l'individualisation des droits et un principe de contributivité.

Le nombre de points inscrit au compte d'un individu étant directement le reflet de la cotisation versée, il est essentiel que les fonctions d'encaissement des cotisations et de calcul des droits soient exercées par une même structure juridique et administrative et permette à l'institution gestionnaire d'effectuer en permanence un rapprochement entre le montant des cotisations versées et les droits à inscrire au compte du participant.

Le participant est lui-même en capacité d'effectuer un contrôle annuel sur les droits inscrits à son compte par la consultation du relevé de points et qui lui permet de s'assurer que la base annuelle portée sur sa fiche de paie est identique aux bases déclarées aux institutions.

La sensibilité des salariés et des responsables d'entreprises à cette information annuelle est extrêmement forte.

En outre, le relevé de carrière AGIRC qui est adressé lors d'un transfert, d'une demande d'évaluation ou d'une liquidation de retraite permet de compléter ce contrôle annuel.

Sur les remarques relatives au mode de paiement des cotisations et à l'utilisation encore massive par les entreprises du règlement par chèque, il convient de relever que le régime s'est engagé dans les initiatives développées dans le cadre du GIP « Modernisation des déclarations sociales » et ne peut qu'être favorable au développement de formules de télépaiement.

Enfin, la Cour relève que les redressements d'assiettes opérés par les URSSAF ne sont pas nécessairement connus par les institutions de retraite complémentaire qui n'effectuent pas toujours de régularisation à ce titre.

A cet égard, l'AGIRC observe que ces corrections d'assiettes sont effectives pour les déclarations ultérieures mais nous ne serions pas opposés à des solutions par lesquelles ces redressements d'assiettes seraient portés à la connaissance du régime à la condition qu'elles n'entraient pas l'autonomie respective des régimes concernés, ne portent pas atteinte à son organisation et puissent être mises en œuvre sans difficulté et coût excessifs.

Par ailleurs, il faut noter que le passage des déclarations par le GIP devrait pour l'avenir permettre de résoudre ce problème.

En dernier lieu, l'AGIRC souhaite insister sur le fait que la détermination des « restes à recouvrer » nous paraît sujet à discussion dans la mesure où les éléments pris en compte ne sont pas nécessairement homogènes d'un organisme à l'autre, pas plus, d'ailleurs, que les moyens juridiques dont ils disposent pour recouvrer les cotisations impayées (certains organismes disposent de la procédure de contrainte et d'autres non).

*REponse DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE
DES PROFESSIONS INDEPENDANTES*

L'analyse de la Cour n'appelle aucune observation particulière.

*REPONSE DE L'ORGANISATION AUTONOME NATIONALE DE
L'INDUSTRIE ET DU COMMERCE*

L'analyse de la Cour n'appelle aucune observation particulière.

*REPONSE DE LA CAISSE AUTONOME NATIONALE DE
COMPENSATION D'ASSURANCES VIEILLESSE DES ARTISANS*

L'analyse de la Cour n'appelle aucune observation particulière.

*REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE
VIEILLESSE DES PROFESSIONS LIBERALES*

L'interprétation qui est donnée quant aux raisons du refus de la mise en place d'un recouvrement intégré mérite d'être fortement nuancée car c'est avant tout la volonté de préserver les intérêts des professionnels libéraux qui a motivé le refus de la CNAVPL d'envisager un système de recouvrement intégré opéré par les URSSAF. En effet, il est fondamental, dans un système contributif, que les opérations de recouvrement des cotisations et de service des prestations soient regroupées au sein du même organisme, et que la relation de proximité qu'entretiennent les sections professionnelles avec leurs affiliés soit maintenue.

Il n'y a pas toujours corrélation entre un fort taux de restes à recouvrer et un mode de paiement majoritairement par chèque. En effet, dans des caisses comme la CIPAV et la CREA, si le taux de recouvrement des cotisations est moins bon que dans d'autres caisses, c'est en raison des difficultés financières que rencontrent nombre de leurs adhérents. Un paiement par prélèvement automatique ne résoudrait pas leurs difficultés à faire face à leurs cotisations sociales. Dans certains cas, ce mode de paiement risquerait même d'accroître leurs problèmes de trésorerie. C'est pourquoi si une généralisation de la possibilité de régler ses cotisations sociales par prélèvement automatique est tout à fait souhaitable (cette possibilité est d'ailleurs offerte aux affiliés dans la quasi-totalité des caisses), il semble en revanche qu'il serait inopportun d'imposer ce mode de règlement à tous les cotisants, certains étant soumis à d'importantes variations de trésorerie au cours d'un même exercice de par la nature même de leur activité.

*REPONSE DE LA CAISSE CENTRALE DE MUTUALITE SOCIALE
AGRICOLE*

Les trois modèles de recouvrement

Comme la Cour le souligne, la MSA constitue le seul modèle de gestion intégrée globale en ce qu'elle assure simultanément le recouvrement des cotisations et le service des prestations et qu'elle offre aux exploitants et salariés agricole un guichet unique.

La spécificité de l'organisation de la MSA en mode « guichet unique » qui privilégie depuis l'origine la relation avec l'utilisateur, la proximité, la connaissance globale de ses adhérents par une unité de lieu pour l'ensemble de la protection sociale est reconnue en tant que seul modèle de gestion intégrée globale.

Toutefois, la Cour précise qu'à ce jour il n'existe aucune étude comparative des avantages et inconvénients des différents modes d'organisation des différents acteurs du recouvrement.

L'organisation intégrée de la MSA présente à l'évidence des avantages comparatifs indéniables pour les entreprises cotisantes, surtout si on la compare à l'organisation retenue pour les indépendants non agricoles qui ont au minimum trois interlocuteurs pour le recouvrement des cotisations et contributions. Il faut également prendre en compte les calendriers d'appel des cotisations qui sont variables selon les branches pour les indépendants non agricoles alors qu'ils sont déterminés globalement par chaque caisse de MSA dans le régime agricole pour les non salariés.

Le contrôle d'assiette

S'agissant des régimes complémentaires obligatoires de retraite des salariés du privé, la Cour souligne que ceux-ci n'effectuent pas de contrôles d'assiette et que des échanges d'information avec les URSSAF seraient souhaitables. Sur ce point il convient de souligner la particularité d'une partie des institutions de retraite complémentaire de la sphère agricole qui ont conclu une convention de gestion avec les MSA, leur confiant le recouvrement des cotisations de retraite complémentaires. Les rémunérations déclarées à la MSA servent alors de base tant au calcul des cotisations de sécurité sociale, qu'au calcul des cotisations de retraite complémentaire.

La MSA partage l'analyse faite par la Cour sur la nécessité d'accroître les échanges entre l'administration fiscale et les régimes de travailleurs indépendants, pour simplifier les démarches des déclarants. Les observations

de la Cour pourraient s'appliquer de la même manière aux indépendants agricoles.

La MSA souligne que ces dispositifs novateurs progresseront dès lors que seront résolues les questions de calendrier d'envoi des données par l'administration fiscale et que les particularités de l'assiette soumise à cotisations et contributions seront complètement prises en compte dans les échanges informatisés.

Parallèlement, la MSA souhaite préciser qu'elle conduit une réflexion dont l'objectif est proche de celui poursuivi par la CANAM. Il s'agit à la fois de simplifier les formalités déclaratives des cotisants et de fiabiliser les déclarations de revenus professionnels. Pour y parvenir, les voies et moyens diffèrent selon que l'on s'intéresse à la population des non salariés agricoles relevant d'un régime réel d'imposition ou à celle soumise au régime des bénéficiaires forfaitaires agricoles (BAF).

- Pour les non salariés agricoles relevant d'un régime réel d'imposition et adhérent à un centre de gestion ou à un cabinet comptable, l'étude en cours consiste à offrir la possibilité de procéder à une télétransmission des déclarations de revenus professionnels à l'instar de la procédure existante permettant aux centres de gestion de télétransmettre des déclarations fiscales à la direction générale des impôts.

Cette procédure présenterait l'avantage de supprimer la déclaration papier et de garantir la qualité des informations transmises à la MSA. La mise en œuvre de ce mécanisme suppose des développements informatiques importants. Il conviendra donc de s'assurer de sa faisabilité avec les centres de gestion. Une phase expérimentale pourrait être mise en œuvre dès 2002.

- Pour les non salariés soumis au régime des BAF, l'objectif poursuivi est de supprimer la déclaration papier au profit d'une télétransmission des BAF par l'administration fiscale aux MSA.

Ce mécanisme suppose à la fois, du côté de la DGI ou des centres d'assiettes départementaux, une adaptation des outils informatiques et la réduction des délais de calcul des BAF pour permettre un envoi dans des délais compatibles avec les obligations des caisses de MSA en matière de recouvrement des cotisations. La DGI ne s'est pas encore prononcée officiellement sur le développement d'une telle procédure.

S'agissant de la lutte contre le travail dissimulé, la MSA a également inscrit cette priorité dans la COG. Un effort significatif reste à accomplir en terme d'actions ciblées et de remontées d'informations.

Il peut être signalé la participation d'agents de contrôle de la MSA aux réunions d'information et de formation dispensées par la DILTI (délégation interministérielle à la lutte contre le travail illégal).

De même, les agents MSA participent à un certain nombre d'interventions menées en collaboration avec d'autres corps de contrôle habilités à la lutte contre le travail dissimulé. Dans ce cas le plus fréquemment, la verbalisation est assurée par le partenaire ayant le plus de pouvoirs dans ce domaine.

La Cour estime que le nombre de cotisants contrôlés est faible. La MSA souhaite nuancer ces propos en rappelant que le pourcentage de cotisants contrôlés (inférieurs à 7 %) ne comprend pas les contrôles liés à l'affiliation des adhérents au cours desquels les revenus ou les assiettes déclarées sont également examinées et porte par ailleurs sur l'exercice 1999. Ce pourcentage ne prend donc pas en compte les mesures liées à la mise en œuvre de la COG et déclinées, au travers des contrats pluriannuels de gestion, dans les caisses.

La Cour corrèle également le nombre faible de redressements au nombre faible de contrôles alors que ceux-ci ne sont pas forcément liés : il est même plutôt rassurant que les redressements soient peu nombreux, preuve de la fiabilité de l'assiette.

D'une manière générale, la Cour des comptes reprend dans sa première recommandation la nécessité de définir et mettre en œuvre dans la branche recouvrement une stratégie de contrôle d'assiette pour en déduire les actions de contrôle les plus efficaces.

La MSA a pris des engagements institutionnels, déclinés ensuite par chaque caisse après un bilan personnalisé, dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion.

Une des étapes les plus importantes a été de définir un plan pluri-annuel de contrôle, de valider son contenu et de mettre en œuvre les moyens nécessaires à sa réalisation (notamment recrutement et formation). Ce plan de contrôle est axé sur :

- la lutte contre l'absence d'affiliation au régime agricole ;
- l'absence de déclaration des salariés ou d'assiette ;
- la vérification de la qualité et de l'exactitude des informations et déclarations effectuées ;
- les professions connexes à l'agriculture ;
- les activités saisonnières.

Depuis 1999, toutes les caisses de MSA se sont attachées à la réalisation de cet objectif majeur de la première COG.

La réalisation du bilan à mi-parcours a permis de constater l'amélioration des taux de restes à recouvrer par rapport à l'objectif qui avait été fixé dans la COG ; et ce malgré les crises conjoncturelles successives qu'a traversées le régime agricole (crise bovine, tempêtes de 1999, crises du porc, du lapin, crise du cognac, crises fruits et légumes...). L'évolution en points entre décembre 1997 et décembre 2000 est ainsi de -1,07. Ce résultat s'appuie sur la mise en œuvre systématique des procédures de recouvrement, mais également sur l'effort porté par le recouvrement direct, sur le terrain, par les inspecteurs.

Cet objectif de maîtrise des restes à recouvrer sera bien entendu un des axes prioritaires de l'institution qui sera inscrit dans le texte de la convention d'objectifs et de gestion pour 2002/20005 et décliné avec l'ensemble du réseau.

Les moyens de paiement

La Cour indique que l'intérêt des organismes est de recevoir le moins de chèques possible en raison du coût de gestion. Elle souligne qu'à la suite des recommandations formulées dans son rapport sur le financement de la sécurité sociale en octobre 1998, les entreprises dont le montant annuel des cotisations est supérieur à 6 MF sont tenues (depuis le 1er avril 1999) de régler celles-ci par virement ou télépaiement.

Ces dispositions ne s'appliquent pas aux entreprises agricoles. La MSA rappelle qu'elles pourraient être transposées au régime agricole par simple extension législative du champ d'application de la mesure.

La MSA partage l'avis de la Cour des comptes sur le développement du télépaiement qui pourrait constituer un objectif des prochaines COG.

D'une manière générale il s'avère qu'il est nécessaire pour faire évoluer le comportement des cotisants de réaliser des campagnes de communication ciblées avec un grand investissement des organismes.

Les procédures de recouvrement

La Cour constate qu'il existe une corrélation entre un faible taux de restes à recouvrer et l'utilisation du prélèvement automatique. Ce constat plaide pour la généralisation de ce dernier. Cette orientation est reprise dans la cinquième recommandation de la Cour qui pourrait être étendue au régime agricole.

En ce qui concerne les taux de restes à recouvrer, un examen détaillé est indispensable afin de ventiler et analyser la nature des sommes en cause (impact des taxations d'office, des sursis à poursuites générés par les différentes crises de l'agriculture avec des recommandations de souplesse dans le recouvrement souhaitées par les conseils d'administration et émanant également des pouvoirs publics).

La MSA considère que contrairement à ce qui est écrit dans le rapport de la Cour, l'objectif d'une amélioration de deux points du taux d'encaissement qu'elle a souhaité voir inscrire dans la COG 1999-2001 ne lui semble pas être dénué d'ambition compte tenu de la situation de départ du régime agricole, caractérisée par une accumulation de crises de grande ampleur.

Le bilan réalisé à mi-parcours montre que cet objectif a fait l'objet d'une réelle appropriation par les directeurs et les conseils d'administration des caisses.

La Cour indique que le nombre élevé de mises en demeure témoigne de l'ampleur des difficultés de recouvrement. La MSA souhaite rappeler que la mise en demeure constitue une formalité préalable et obligatoire à l'exercice des modes de recouvrement forcé prévus au profit des caisses. Aux termes d'une jurisprudence constante de la Cour de Cassation, la mise en demeure ne constitue « qu'une invitation adressée au débiteur d'avoir à régulariser sa situation ». (Soc. 6 mai 1987 – Association Loisirs et Sports c/URSSAF de Paris et autre). En aucun cas, elle ne peut être considérée comme un acte de poursuites.

- La notification de la mise en demeure permet aux MSA de se prémunir contre la prescription des créances

- La mise en demeure ne constituant « qu'une invitation adressée au débiteur d'avoir à régulariser sa situation », un certain nombre de débiteurs s'acquittent de leurs cotisations après notification de la mise en demeure par la MSA.

- La mise en demeure est un préalable obligatoire pour engager les procédures de recouvrement forcé.

Par conséquent, le nombre élevé de mise en demeure ne constitue pas un indicateur pertinent pour mesurer l'ampleur des difficultés de recouvrement.

Une réflexion est à conduire par la MSA et les pouvoirs publics pour vérifier la pertinence des règles spécifiques qui s'appliquent au régime agricole en matière de remise des majorations de retard. Le développement des procédures de recouvrement amiable est certainement à privilégier dans

la majorité des situations courantes. Les différences de réactivité sont les conséquences des disparités entre les URSSAF et les caisses de MSA dans la répartition des compétences entre le directeur et le conseil d'administration de la caisse.

Par ailleurs, la MSA attire l'attention de la Cour sur la nécessité de prévoir l'envoi des contraintes par lettre recommandée avec accusé de réception sans nécessité de signification par voie d'huissier pour permettre le recours normal à la procédure efficace de l'opposition à tiers détenteur.

La réglementation en la matière a été modifiée avec les textes applicables à la couverture maladie universelle et il est constaté une baisse très importante du recours à cette procédure. L'attention des pouvoirs publics sur cette disposition a déjà été attirée en 2001 par la CCMSA.

Recommandations

La MSA partage la deuxième recommandation de la Cour sur la déclaration unique pour les travailleurs indépendants ainsi que sa quatrième recommandation relative au télépaiement.

La MSA estime que la cinquième recommandation sur la possibilité de rendre obligatoire le prélèvement automatique pour les travailleurs indépendants, est dans son principe susceptible d'être étendue aux non salariés agricoles. Il reste à vérifier l'opportunité de cette réglementation à la population agricole.

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DE RETRAITE DES AGENTS DES COLLECTIVITES LOCALES

Sur le fait que la DADS ne donne lieu à aucun contrôle et sur l'absence de contrôle sur l'assiette

Les collectivités locales et les établissements sanitaires et sociaux sont soumis à différents contrôles : contrôle de légalité, chambres régionales des comptes, URSSAF, agences régionales d'hospitalisation.

L'exécution de leurs dépenses est en outre confiée à un comptable public.

L'ensemble du dispositif devrait rendre, à priori, superfétatoire un contrôle supplémentaire par les services gestionnaires de la CNRACL, lesquels procèdent néanmoins à la vérification de la cohérence des données déclarées.

Sur le délai de trois mois prévu par le décret du 11 janvier 1960

L'article 19 - 1^{er} du décret du 11 janvier 1960 prévoit en effet que le versement par la CNRACL à la caisse nationale de sécurité sociale du montant des cotisations précomptées sur les arrérages de pension servies par la CNRACL est «opéré dans un délai de trois mois à compter de la date d'échéance desdits arrérages».

Sur recommandation de la Cour des comptes, la CNRACL s'efforce d'effectuer ses versements dans un délai d'un mois. Rares sont les versements effectués avec un décalage de plusieurs jours par rapport au 5 du mois.

Sur la fourniture annuelle par les retraités de l'avis de non-imposition

Contrairement à la CNAV, la CNRACL n'a pu bénéficier jusqu'à ce jour d'un échange d'informations avec la DGI, échange qui fiabiliserait les contrôles et épargnerait aux retraités une formalité.

On peut espérer que ce problème trouvera une solution dans le cadre du projet de création d'un répertoire national des retraités (RNR), projet auquel participe la CNRACL.

Sur l'hésitation du conseil à transmettre les dossiers aux chambres régionales des comptes

Il est observé que, à la demande du président du conseil d'administration, le service gestionnaire a rappelé le 16 décembre 1998 les procédures de recouvrement utilisées, en particulier la saisine des chambres régionales des comptes pour les dettes des collectivités territoriales et des agences régionales de l'hospitalisation pour celles des établissements hospitaliers.

Aucune délibération n'a jamais été prise par le conseil d'administration afin d'écarter, en partie ou en totalité, la saisine des chambres régionales des comptes, pratique qui s'est au contraire constamment développée au niveau du service gestionnaire, en raison notamment de la faible réactivité de certains services préfectoraux saisis de demandes de mandatement d'office.

Sur la renonciation à engager des poursuites à l'égard de l'AP-HP

Le conseil d'administration a constamment demandé à cet établissement public, sous tutelle ministérielle, de régler la totalité des majorations de retard dues en raison du décalage de 10 jours en moyenne que

celui-ci avait opéré dans le versement de ses cotisations à la CNRACL entre décembre 1992 et juillet 1994.

Les représentants de l'Etat, après concertation avec l'AP-HP, ayant proposé à la CNRACL de transiger sur un montant de 109 MF, pour solde de tout compte, toute autre démarche en vue de recouvrer la totalité des majorations de retard était impossible car nécessitant l'appui des ministères de tutelle pour son exécution.

Sur le fait que les remises seraient largement accordées et sur l'insuffisance de diligence dont ferait preuve la CNRACL pour recouvrer les majorations de retard

Les majorations pour retard de paiement peuvent faire l'objet de remises par le service gestionnaire dans le cadre des critères fixés par le conseil d'administration ainsi qu'en cas de bonne foi dûment prouvée.

Si le dispositif des majorations constitue un élément d'incitation au respect des échéances légales de versement des cotisations, il convient par ailleurs de souligner qu'une part importante des remises est fondée sur des motifs de retard n'engageant pas la responsabilité des employeurs. Ainsi, pour l'exercice 2000, les remises accordées au motif d'un dysfonctionnement du circuit du Trésor public ont représenté 45,3 % des remises consenties par le service gestionnaire. Les autres événements exceptionnels indépendants de la collectivité (grèves postales par exemple) fondent également un nombre important de remises.

L'institution CNRACL a centré son action de recouvrement sur les cotisations normales d'assurance vieillesse, dont le taux de recouvrement est proche de 100% comme le souligne la Cour des comptes. Les majorations de retard doivent être considérées comme un outil de recouvrement destiné à son optimisation et non comme un produit financier courant contribuant à l'équilibre du régime. Au total, le fait que la très grande majorité des employeurs continuent de payer leurs cotisations suivant les dates d'exigibilité légales montre que la CNRACL ne fait preuve d'aucun laxisme.

*REPONSE DE L'INSTITUTION DE RETRAITE
COMPLEMENTAIRE DES AGENTS NON TITULAIRES DE L'ETAT
ET DES COLLECTIVITES PUBLIQUES*

L'analyse de la Cour n'appelle aucune observation particulière.

II – L’efficacité du recouvrement des cotisations sociales : comparaison avec celle du recouvrement de la TVA

REPONSE DE L’AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE

L’organisation et les résultats du recouvrement

Les contrôles concertés

Afin de garantir une plus grande homogénéité dans le traitement des cotisants, l’ACOSS pilote ou coordonne des contrôles concertés. Il s’agit du contrôle d’entreprises couvrant un champ territorial les mettant en relation avec les URSSAF de plusieurs régions. L’ensemble des établissements entrant dans le périmètre de ces grandes entreprises est alors contrôlé durant la même période, en utilisant les mêmes méthodologies, en rendant les mêmes conclusions pour des motifs identiques. Si nécessaire, un suivi coordonné des contentieux est aussi effectué pour l’ensemble des établissements.

Les outils du contrôle

Afin de garantir la même qualité du contrôle et de respecter l’égalité de traitement, des méthodologies de contrôle sont élaborées au niveau national et des outils nationaux sont utilisés par tous les inspecteurs pour effectuer les contrôles en garantissant au cotisant la sécurité juridique et l’absence de divergence d’interprétation.

Le rapprochement progressif des règles de recouvrement social et fiscal

Les contrôles

Si le contrôle a bien pour but d’éviter l’évasion des cotisations sociales, ce n’est pas uniquement par un taux de redressement que se manifeste son efficacité. Chaque contrôle est aussi une action de prévention et d’information quant à la conformité actuelle et future de l’entreprise.

Les plans de contrôle des URSSAF sont donc élaborés en tenant compte, d’une part de la notion de risque révélée à l’aide d’indicateurs, d’autre part en réservant une part aux contrôles aléatoires qui peuvent faire apparaître de nouveaux risques.

Par ailleurs afin de fiabiliser à la source l'information reçue par les URSSAF, il convient de détecter les anomalies, de les régulariser le plus rapidement possible. C'est l'objet du projet « fiabilisation des données fournies par le cotisant » (contrôle sur pièces) qui est en phase de généralisation dans les URSSAF. Il concerne le contrôle des revenus des employeurs et travailleurs indépendants (ETI) ; le contrôle des mesures d'exonération ; le rapprochement et le contrôle des documents déclaratifs périodiques et annuels. Lorsqu'une anomalie est détectée, elle est régularisée par le gestionnaire de compte après obtention de l'information exacte auprès du cotisant. Dans le cas où la régularisation ne peut être opérée, un contrôle sur place est diligenté afin d'examiner la situation au sein de l'entreprise.

Les contrôles sur pièces sont limités par le fait même que les agents des URSSAF ne disposent pas d'un droit de communication auprès des tiers qui ne leur permet pas d'assurer les recoupements de diverses sources d'informations qui permettraient plus d'efficacité dans le contrôle. A cet égard, l'extension aux organismes de recouvrement de l'avis à tiers détenteur permettrait d'augmenter l'efficacité du recouvrement et du contrôle.

Les résultats de la branche recouvrement

Le taux des restes à recouvrer dans les URSSAF est le rapport des cotisations restant à recouvrer au titre de l'exercice (après mise en recouvrement) aux cotisations liquidées (de l'exercice). Les données de restes à recouvrer pour 2000 s'établissent à 1,04 %, soit 11 945 MF pour 1 146 533 MF de cotisations liquidées et sont en amélioration par rapport à l'année 1999.

En ce qui concerne le suivi et le pilotage du recouvrement, du contrôle et du contentieux, il est à noter que la base statistique sur les encaissements (« AROME »), initiée par le schéma directeur statistique 1998-2001 et qui sera disponible au cours de l'année 2002, dotera l'ACOSS et les URSSAF d'un outil permettant de répondre à leurs besoins d'informations et de pilotage, en rapport avec les spécifications décrites par la Cour concernant l'état M100 de la DGI.

Par ailleurs, les bases de données sur le contrôle et le contentieux, dont le développement est prévu dans l'info service national, permettront notamment de disposer de statistiques nationales en matière de recouvrement amiable comme le souhaite la Cour.

De façon plus générale, le projet d'observatoire des cotisants et des risques, notamment alimenté par les bases de l'info service national devrait assurer l'aide à la définition de la politique du recouvrement, le suivi et l'évaluation des actions menées par le réseau.

III – La mise en place du système RACINE dans les URSSAF

REPONSE DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE

Sur les imperfections de RACINE

Le logiciel RACINE, par construction, répartit les produits et les encaissements à partir des données déclaratives établies par les cotisants, en fonction d'un ordre de priorité en cas de paiement partiel.

L'exploitation de ces données déclaratives qui permet la répartition devient un enjeu majeur puisque la réduction des crédits à répartir constitue une condition nécessaire à la qualité des restitutions comptables et à l'exactitude des résultats notifiés.

Des indicateurs établis à un rythme annuel permettent de mesurer les progrès effectués depuis 1998 dans ce domaine, comme l'atteste la série de l'URSSAF de Paris relevée par la Cour de 1992 à 2000.

L'accent va être porté désormais sur les restitutions infra-annuelles. Un suivi spécifique et des résultats analogues à ceux atteints en fin d'exercice étant attendus à un rythme trimestriel.

Sur la rénovation du contrôle interne

La définition des plans de contrôle interne résulte, d'une part, des objectifs nationaux (référentiel national des objectifs communs ou RNOC annexé à l'instruction de branche du contrôle interne datée du 11 août 1998), d'autre part, d'une analyse des risques propres à l'organisme.

Si RACINE ne figure pas explicitement au sein du RNOC défini dans le courant de l'année 1997, les organismes ont été expressément invités par l'agence centrale à l'intégrer dans les études et travaux de sécurisation devant naturellement déboucher sur la formalisation de procédures de contrôle interne (lettre collective n° 1999-092 du 2 novembre 1999).

C'est ainsi que la maîtrise d'ouvrage contrôle interne a pris en charge, avec l'appui du réseau des auditeurs régionaux, l'accompagnement des travaux visant à sécuriser le processus de répartition (4 thèmes d'étude ont été identifiés : qualité du fichier administratif ; qualité des enregistrements en amont de la répartition ; qualité de l'affectation des crédits et des contrôles de répartition ; gestion des exonérations.

Un document de cadrage a été communiqué aux organismes (lettre collective n° 200-075 du 7 août 2000).

Concernant la qualité du fichier administratif et la qualité des enregistrements en amont de la répartition, les organismes disposent désormais de tableaux d'indicateurs de nature à les guider dans la définition de modes opératoires et de procédures de contrôle (lettres collectives n° 2001-057 du 25 avril 2001 et n° 2001-073 du 21 mai 2001).

Pour ce qui est de la gestion des exonérations, une lettre collective est à paraître.

Enfin, la prise en charge des travaux d'accompagnement relatifs à la qualité de l'affectation crédits et des contrôles de répartition est liée à la livraison de l'outil RADAR .

Ces travaux seront prolongés par la mise en forme de procédures nationales, standardisées et qualifiées au plan national, permettant à terme d'engager un processus de certification sur les opérations de répartition (en URSSAF et à l'agence centrale).

REPONSE DE L'UNION POUR LE RECOUVREMENT DES COTISATIONS DE SECURITE SOCIALE ET D'ALLOCATIONS FAMILIALES DES ARDENNES

Les observations de l'URSSAF des Ardennes sont de deux ordres :

Sur le fond, le dispositif de contrôle interne mis en place intégrait bien dès 1999 la mise en œuvre du module RACINE au sein du Système National de Production en vigueur dans toutes les URSSAF. Ce même dispositif fait obligation de recycler les anomalies détectées par ce module, signalements transmis à l'agence comptable pour exploitation des anomalies bloquantes, à charge pour cette dernière de retransmettre aux autres services les autres anomalies à leur faire recycler.

Sur la forme, la formalisation explicite des contrôles de répartition des cotisations entre les branches du régime général de sécurité sociale tels qu'opérés à l'aide du module RACINE est occultée, dans la mesure où les traitements et contrôles obligatoires, exécutés par le système national de production de la branche recouvrement, ne sont pas retracés dans le plan de contrôle interne.

En revanche, il est bien réel que le plan de contrôle interne de l'URSSAF des Ardennes pour 1999 ne mentionnait pas explicitement les mesures, pourtant déjà en vigueur dans les services de l'URSSAF et ceux de

l'agent comptable, pour recycler au mieux les anomalies de répartition signalées par le module précité. Cet oubli fait l'objet d'une rectification apportée au plan de contrôle 2001.

En définitive, le plan 1999 a simplement omis de formaliser les mesures qui ont été effectivement mises en place dès la mise en œuvre opérationnelle de RACINE.

*REPONSE DE L'UNION POUR LE RECOUVREMENT DES
COTISATIONS DE SECURITE SOCIALE ET D'ALLOCATIONS
FAMILIALES DU HAINAUT*

Le fondé de pouvoir et le correspondant informatique (qui est également en charge d'un groupe de travail au service gestion des comptes, donc bien en phase avec la production) ont suivi la formation régionale et collaborent au recyclage des anomalies RACINE, ... avec les outils dont ils disposent à ce jour.

Au-delà de la sensibilisation aux enjeux d'une saisie correcte des données déclaratives et leur fiabilisation, il a paru inadapté d'impliquer plus avant les agents dans le processus et ce du fait que des outils nationaux nous étaient constamment annoncés avec une livraison imminente.

Le risque de démobilitation eût été grand à choisir une option contraire.

*REPONSE DE L'UNION POUR LE RECOUVREMENT DES
COTISATIONS DE SECURITE SOCIALE ET D'ALLOCATIONS
FAMILIALES DE LILLE*

Sur le fait que la mise en place d'une nouvelle organisation du travail a été gérée a minima, l'URSSAF de Lille apporte les précisions suivantes.

L'URSSAF de Lille a tenu compte, sans délai, de la mise en œuvre de RACINE dans son organisation, tant au sein des services de l'ordonnateur que ceux de l'agent comptable. Les instructions de l'ACOSS, en particulier la lettre-collective n° 92 du 11 décembre 1997, ont été appliquées sans retard :

- des actions intensives de formation ont été déployées en 1998 et 1999, à destination de l'encadrement, puis de la totalité des gestionnaires de comptes ;
- des notes de service ont été diffusées dès la mise en œuvre de RACINE.

RACINE concernait en premier lieu l'agence comptable. Ce projet transformait radicalement le plan de comptes de l'organisme, les principes de comptabilisation, les vérifications et la présentation des comptes financiers. Il faut noter que l'URSSAF de Lille a intégré sans retard la réforme dans toutes ses composantes :

- en aval : par la vérification des états comptables et la correction des anomalies de répartition, tant par le comptable que l'ordonnateur,
- mais aussi, en amont : en développant des actions de formation et de sensibilisation pour l'ensemble du personnel, en mettant en place des actions de fiabilisation des données dans le cadre du contrôle interne, en améliorant le suivi des crédits à affecter et la gestion des exonérations.

Dès le 1er trimestre 1998, comme en attestent les rapports de contrôle semestriels de l'agent comptable, les nouveaux contrôles à mettre en œuvre ont été définis, des documents de travail et des fiches de procédure élaborés.

Les premiers contrôles des anomalies de répartition figurant sur le document TP 78 (traitement informatique de comptabilisation et de répartition des recettes journalières) sont réalisés et communiqués au service cotisations par l'agence comptable.

Compte tenu de ces éléments, on peut considérer que l'exacte répartition des encaissements, des produits et des charges constitue bien une priorité pour l'URSSAF de Lille et que tout a été mis en œuvre pour obtenir une qualité optimale de la répartition.

Dès lors il ne saurait être question d'une « gestion a minima ». Toutefois aucun moyen financier nouveau n'a été alloué pour cette mise en œuvre. La spécificité de l'URSSAF (3 caisses d'allocations familiales, 3 caisses primaires d'assurance maladie, 2 communautés urbaines, 7 services « médecine du travail », 3 chambres de commerce) n'a nullement été prise en compte dans l'allocation des moyens ».

*REPONSE DE L'UNION POUR LE RECOUVREMENT DES
COTISATIONS DE SECURITE SOCIALE ET D'ALLOCATIONS
FAMILIALES DE LA MAYENNE*

La qualité de la répartition n'est pas totalement absente du plan de contrôle de l'agent comptable : le rapport du contrôle effectué par la DRASS des Pays de la Loire en octobre 2000 souligne que tous les signalements d'anomalies sont exploités et font l'objet des corrections idoines.

Si les moyens en personnel qualifié dans le domaine de la répartition s'avèrent insuffisants, c'est qu'en l'absence d'un plan de contrôle national des

données de répartition, il est nécessaire, pour s'assurer de la qualité de ces opérations, de bâtir et maintenir à jour des outils de détection destinés à mesurer la cohérence de la répartition ; l'élaboration et la maintenance de tels outils nécessitent la mise en œuvre de compétences dans les domaines statistique, comptable, infoservice, gestion des comptes cotisants, dans un organisme où les impératifs de production absorbent la quasi-totalité de l'effectif.

*REponse DE L'UNION POUR LE RECOUVREMENT DES
COTISATIONS DE SECURITE SOCIALE ET D'ALLOCATIONS
FAMILIALES DE PARIS-REGION PARISIENNE*

Si la Cour relève que le niveau des crédits à affecter de la fin de l'année 1997 était « atypique », il nous apparaît intéressant de rappeler que l'URSSAF de Paris-région parisienne venait tout juste de terminer la migration des comptes du régime général sous SNV2 : en effet la dernière opération de basculement a été à mi-décembre 1997 celle concernant les VLU. Dans ces conditions, les opérations d'analyse débits/crédits n'avaient pu avoir lieu.

Bien évidemment, les plans d'action mis en place en 1998 pour baisser le niveau des crédits à affecter de manière significative ont été relayés par un suivi régulier et attentif dans le cadre plus général de la fiabilisation des données.

*REponse DE L'UNION POUR LE RECOUVREMENT DES
COTISATIONS DE SECURITE SOCIALE ET D'ALLOCATIONS
FAMILIALES DE ROUBAIX-TOURCOING*

L'URSSAF de Roubaix-Tourcoing indique que depuis 1999 une structure de pilotage du contrôle interne dotée de trois agents a été créée, visant notamment à une meilleure maîtrise de la qualité des répartitions RACINE par la mise en œuvre des outils et moyens progressivement déployés par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale. Ces ressources supplémentaires mobilisées au service du contrôle interne contribuent à la réalisation d'audits de processus sur la base d'ordres de mission signés conjointement par le directeur et l'agent comptable.

Le traitement des anomalies constatées est en règle générale assuré par les délégués du directeur pour les opérations relevant de la qualité des données administratives du compte cotisant. Les services de l'agent comptable sont étroitement associés aux opérations de contrôle interne et assurent le traitement des anomalies nécessitant des ajustements comptables.

*REPONSE DE L'UNION POUR LE RECOUVREMENT DES
COTISATIONS DE SECURITE SOCIALE ET D'ALLOCATIONS
FAMILIALES DU SUD-FINISTERE*

Le nouveau système de répartition des ressources (RACINE) est devenu opérationnel à compter du 1^{er} janvier 1998. Ce projet, initié par l'ACOSS, s'est accompagné d'instructions précises et d'une formation visant, entre autres, à optimiser la mise en œuvre de cette nouvelle procédure, et à appeler l'attention des responsables sur les conséquences des traitements des opérations comptables.

L'URSSAF de Quimper procède depuis la mise en place du SNV2 à un suivi rigoureux de ses produits administratifs et comptables. Chaque anomalie nécessitant une intervention sur les écritures (PCOR) fait systématiquement l'objet d'une note de service, évoquant l'origine du problème et les modalités de correction.

C'est dans cet esprit de clarté et de qualité de base SNV2, qu'un suivi quotidien des produits RACINE a été mis en place dès le 1^{er} janvier 1998. Depuis cette date, ce suivi se traduit par des corrections immédiates (CORA à J+1) dès lors que les résultats comptables sont faussés ou ne permettent pas d'envisager une clôture mensuelle de l'applicatif SICOMOR dans de bonnes conditions.

Plus de 300 écritures de correction ont été passées par l'URSSAF de Quimper entre 1998 et 2000 inclus. Selon les cas, elles ont été complétées par des modifications de procédures, par des signalements nationaux ou par des "feux rouges" ponctuels dans l'attente d'une mise à jour par l'ACOSS.

Non intégré d'emblée dans le plan de contrôle interne 98 et 99, le suivi RACINE s'est développé en parallèle de manière plus précise et plus permanente, si bien que son intégration dans le plan 2000 n'a fait l'objet d'aucune difficulté, ni d'aménagement dans le circuit.

Faute d'outils nationaux, l'URSSAF de Quimper a d'emblée élaboré des fichiers de "recalcul" des ventilations RACINE, ainsi que des fiches de procédures (pour les anomalies du TP50 sur les incohérences entre écritures et soldes). Ces supports ont ponctuellement fait l'objet de diffusion en région, voire en inter-région, et ont notamment prouvé leur importance lors des préparatifs de bascule à l'euro pour lesquels l'URSSAF de Quimper a servi de pivot.

En conclusion, l'implication de l'organisme dans le dossier RACINE date de la première heure et ne peut être démentie, tant les supports et les notes retraçant l'activité de suivi et de contrôle sont nombreux. Cette

implication se traduit désormais par un développement en interne de nouveaux outils pour mettre en évidence des répartitions erronées, mais non détectées par les produits classiques. L'Infoservice en fait partie, en attendant les nouveaux applicatifs RADAR et VIPER livrés par l'ACOSS au cours du 2^{ème} semestre 2001.

*REPONSE DE L'UNION POUR LE RECOUVREMENT DES
COTISATIONS DE SECURITE SOCIALE ET D'ALLOCATIONS
FAMILIALES DE VENDEE*

Il est à noter que l'URSSAF de Vendée est confrontée non seulement à un problème de qualité des documents reçus mais également à une augmentation des déclarations dématérialisées et à des lacunes dues aux limites du système informatique SNV2 dans des cas complexes. La conjonction de ces phénomènes ne permet pas de mener des actions spécifiques de contrôle a priori.

En ce qui concerne les conséquences de RACINE sur le contrôle interne, elles ont été examinées et l'instruction technique attire l'attention sur les points suivants : exactitude et rapidité, les contrôles à effectuer lors de la saisie, les facteurs de la qualité, les traitements informatiques et l'exploitation des anomalies au niveau SNV2.

**IV – La gestion des exonérations de cotisations sociales liées à la
politique de l'emploi**

*REPONSE DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE
SECURITE SOCIALE*

Sur les effectifs déclarés

La Haute Juridiction relève le caractère fragile de la donnée « effectif » concernant les mesures d'exonération. Ceci appelle deux observations.

1° Le taux de renseignement de cette donnée par les employeurs est effectivement faible voire déclinant comme l'est le taux des « effectifs présents » dans la base de production des organismes, ce qui peut s'expliquer, outre l'absence de déclaration par l'effet d'une mauvaise lecture automatisée de ces zones ou d'une défaillance de l'intégration des données dans le système de production. Une analyse est en cours afin d'analyser plus finement cette question.

2° Les effectifs salariés concernés sont, dans le cadre la base ORME, recalculés à l'aide d'un algorithme. Ceux manquants ou aberrants sont simulés sur la base de l'assiette moyenne ou de l'exonération moyenne relative à la mesure. Ils sont utilisés avant tout à des fins statistiques et d'études.

Ces données permettent d'évaluer l'évolution de la mesure et sa ventilation par secteur d'activité, zone géographique ou groupes d'entreprises. En particulier, la dynamique des exonérations peut être décomposée sur la base d'indices de volume et de coût unitaire. Cette pratique est utilisée dans les exercices de prévisions budgétaires.

Il convient de noter que les données d'effectifs de l'ACOSS convergent largement avec celles de la DARES qui seule publie sur ce sujet. Si cette direction dispose d'informations directes sur les entrées, les effectifs qu'elle retient résultent d'un calcul « flux-stock » s'appuyant sur les entrées, la durée de vie maximum de la mesure, les taux de sortie anticipé résultant des enquêtes.

Les deux organismes confrontent leur données depuis quelques années pour comprendre et réduire les divergences constatées.

Quelles que soient ses imperfections, la source ACOSS est ainsi la seule source directe sur les effectifs, tout au moins pour le secteur marchand (les effectifs en CES et CEC sont également mesurés par le CNASEA). Elle s'avère indispensable pour l'évaluation des mesures de politique d'emploi.

Les alternatives (du type enquêtes) s'avèreraient extrêmement lourdes à mettre en place pour suivre mensuellement les effectifs.

Une amélioration de la qualité de la déclaration et de la saisie, ainsi que celle des programmes de reconstitution d'effectifs restent une priorité majeure pour l'ACOSS.

Contrôle et gestion du risque

Le contrôle des mesures d'exonération est une forte préoccupation des URSSAF étant donné l'ampleur de ces mesures (79 % des établissements utilisent au moins un code exonération), et du taux de rejet ou de régularisation positive qu'elles occasionnent lors des contrôles.

C'est pourquoi ces derniers visent à réduire le risque d'attribution à tort, et d'autre part à fiabiliser l'établissement de la dette de l'Etat.

L'ACOSS s'attache à uniformiser les procédures suivies qui sont les suivantes.

La fiabilisation des données fournies par le cotisant (contrôle sur pièces)

Le contrôle des mesures d'exonération est une des trois orientations nationales du contrôle sur pièces inscrit dans la COG. Il est actuellement en cours de déploiement dans la branche. Ces contrôles portent d'une façon exhaustive sur tous les contrats reçus dans les URSSAF. Pour effectuer ces opérations de masse des aménagements du système national informatique sont en cours.

Le contrôle sur place

Comme il a été rappelé, la plus grande partie des entreprises bénéficient d'au moins une mesure d'exonération, son contrôle est donc systématiquement inclus dans les plans annuels de vérification sur plan des URSSAF. Des outils de contrôle nationaux sont à la disposition de tous les inspecteurs du recouvrement et garantissent ainsi la qualité et l'uniformité des méthodes de contrôle.

REponse DE L'UNION POUR LE RECOUVREMENT DES COTISATIONS DE SECURITE SOCIALE ET D'ALLOCATIONS FAMILIALES DE LYON

Depuis le 3^{ème} trimestre 1999, l'URSSAF de Lyon procède à un contrôle exhaustif des exonérations pour l'emploi d'un premier salarié et valorise les anomalies liées aux exonérations appliquées ou prolongées à tort.

A ce sujet, il convient de préciser qu'il s'agit seulement d'un chiffre estimatif d'erreurs dont certaines ne sont pas avérées lors de la valorisation ; c'est le cas en ce qui concerne les exonérations prolongées à tort.

En effet, il est important de noter que le dispositif de contrôle défini prévoit la régularisation systématique des anomalies constatées.

En conséquence :

- les anomalies déjà existantes lors du contrôle (*exonérations accordées à tort*) font l'objet d'une mise en recouvrement immédiate des cotisations en cause

- les anomalies prévisibles (*exonérations prolongées à tort*) donnent lieu à rectification systématique de la donnée erronée et, par voie de conséquence, à suppression du risque d'erreur puisque les vérifications sont

opérées durant le trimestre suivant celui au cours duquel se situe la date d'effet de l'exonération.

*REPONSE DE L'UNION POUR LE RECOUVREMENT DES
COTISATIONS DE SECURITE SOCIALE ET D'ALLOCATIONS
FAMILIALES DE PARIS-REGION PARISIENNE*

Les remarques de la Cour s'appuient sur l'étude faite par le contrôle interne de l'URSSAF de Paris, en 1999, environ un an et demi après la montée en charge des comptes sous le système national SNV2.

Cette circonstance est loin d'être indifférente dans la mesure où :

- elle montre que l'URSSAF de Paris, bien que n'ayant pas encore absorbé toutes les conséquences de la montée en charge, se préoccupait déjà de la qualité des données figurant dans ses fichiers ;

- la comparaison avec les autres URSSAF ayant des années d'antériorité et d'expérience du SNV2 a une portée très limitée, d'autant plus que l'outil GECO n'existant pas en système local, il a fallu après la montée en charge sous SNV2 alimenter manuellement ce fichier qui n'avait, par définition, pas d'historique.

Certes, les résultats font apparaître l'absence de pièces justificatives dans un certain nombre de cas. Toutefois cette absence doit être pondérée par le fait que l'absence de pièces ne signifie pas que l'exonération n'est pas fondée d'une part ; d'autre part les résultats des contrôles sur place montrent que c'est une mesure sans justificatifs a priori qui représente les redressements les plus importants financièrement parlant (réduction bas salaires).

Pour autant, l'URSSAF de Paris s'est attachée à réécrire et réactualiser les procédures d'instruction des dossiers d'exonération ; elle mettra en œuvre dès leur parution les nouvelles modalités de suivi des mesures qui ont été introduites dans le SNV2 et qui permettent de combler les lacunes des anciens traitements pour effectuer les relances auprès des cotisants.

Néanmoins, le suivi des mesures d'exonération, de manière quantitative, se heurte à des problèmes de moyens : en effet, dans un système en principe déclaratif, la détection pertinente des risques doit venir pallier l'impossibilité d'une vérification exhaustive.

Bien plus, l'argument de la vérification qualitative se heurte également à des problèmes de compétence et de qualification comme la Cour a bien voulu le mettre en exergue.

V – Conclusion : le rôle de l'ACOSS

REPONSE DE LA MINISTRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE

Tout en constatant les résultats d'ores et déjà obtenus par l'ACOSS dans l'organisation du recouvrement, le constat de la Cour sur la nécessité de faire évoluer, de façon homogène au niveau national, les outils techniques comptables pour garantir la fiabilité des données et des informations comptables et statistiques est partagé par le gouvernement. Il sera tenu compte de cette recommandation dans le cadre de la convention d'objectif et de gestion Etat/ACOSS 2002-2005.

Par ailleurs, le Gouvernement entend faciliter l'exercice par l'ACOSS des missions de recouvrement direct qui lui incombent, par des précisions réglementaires sur l'organisation de celui-ci et sur la sécurisation de l'assiette des prélèvements. Ce processus a d'ores et déjà été initié par la publication du décret n°2001-154 du 16 février 2001 qui a complété le dispositif juridique dont dispose l'ACOSS pour les recettes qu'elle recouvre directement par la transposition des règles de recouvrement et de procédure existant entre les unions pour le recouvrement des cotisations de la sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) et les cotisants aux relations entre l'ACOSS et les redevables de recettes encaissées directement par l'ACOSS.

Parallèlement à cette préoccupation, la recommandation de la Cour quant à la réalisation d'un inventaire détaillé et complet des conditions de notification et de versement des recettes recouvrées directement par l'ACOSS (modalités de notifications, de versement et d'applicabilité de la technique des droits constatés) sera particulièrement utile, après rapprochement des données déjà recensées par l'ACOSS et celles qui seront fournies par les administrations concernées par ces transferts financiers, pour améliorer les pratiques actuelles. A cette fin, je partage le souci de la Cour de permettre à l'ACOSS de comptabiliser fidèlement l'ensemble des recettes recouvrées et je souhaite une généralisation des relations conventionnelles entre l'ACOSS et les tiers dans le cadre du recouvrement direct : Etat, fonds, caisses nationales, régimes spéciaux et entreprises publiques. De telles conventions préciseront les modalités de notification et de versement des recettes, ainsi qu'un ensemble de règles de gestion.

Toutefois, les opérations provenant des services de l'Etat étant actuellement comptabilisées suivant le principe d'une comptabilité d'encaissement/décaissement, la notion de fait générateur de ces opérations ne répond pas à celle retenue par les organismes de recouvrement liée à la notion d'activité économique, ce qui rend difficile l'application du principe de

rattachement des opérations à un exercice suivant le principe des droits constatés. Une évolution à terme des règles comptables adoptées par l'Etat devrait permettre des rapprochements avec les principes du plan comptable général appliqués par les organismes de sécurité sociale. J'ai demandé aux caisses nationales de passer ces conventions et de produire les justificatifs nécessaires. Je souhaite également encourager les autres administrations à produire des éléments justificatifs et à passer une convention avec l'ACOSS.

Par conséquent, mes services soutiendront à l'avenir, comme par le passé, toute demande de développement de telles relations conventionnelles ainsi que les demandes de production de bordereaux de constat de créance ou de tous justificatifs utiles. Ils se rapprocheront donc des administrations compétentes pour étudier, au cas par cas, la possibilité de produire des bordereaux de constat de créance.

*REPONSE DU MINISTRE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET
DE L'INDUSTRIE ET DE LA SECRETAIRE D'ETAT AU BUDGET*

Les observations formulées par la Cour rejoignent dans leur majorité les préoccupations du ministère.

La Cour observe à juste titre les progrès accomplis ces dernières années. L'efficacité du réseau des URSSAF se renforce sous l'impulsion de l'ACOSS sur la base des engagements contenus dans les conventions d'objectifs et de gestion (COG). La prochaine COG, qui couvrira la période 2002/2005, s'efforcera d'aller plus loin encore. Les recommandations de la Cour visant à enrichir la coopération des caisses, à réduire le risque déclaratif ou à étendre aux URSSAF certaines procédures fiscales relatives au recouvrement de l'impôt pourront être examinées, en tant que de besoin, à cette occasion.

Comme la Cour le souligne cependant, le taux des restes à recouvrer est un indicateur imparfait de l'efficacité du recouvrement. Il est effectivement dépendant des pratiques des caisses en matière de taxation d'office. Il reflète également les pratiques en matière d'admission en non-valeur, de l'évolution du nombre des contrôles, des diligences des comptables ainsi que du cycle de la croissance économique, le taux des restes à recouvrer baissant mécaniquement en période d'accélération conjoncturelle.

*REPONSE DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE
SECURITE SOCIALE*

Le recouvrement direct

La Haute Juridiction s'interroge sur l'outil de gestion du recouvrement direct RESEDA et recommande son audit pour s'assurer qu'il répond bien aux impératifs du suivi du recouvrement direct.

Il convient de préciser que RESEDA a été mise en œuvre au 1/01/2000 avec une montée en charge progressive des différentes fonctionnalités au cours de l'année 2000. Les services ordonnateurs et comptables dont les rôles respectifs avaient été définis au préalable, ont travaillé dans le cadre de réunions communes et ont produit un cahier des charges unique en avril 1996. Les justifications du délai de mise en œuvre sont multiples (priorité à la mise en place de SICOMOR, complexité et charge des développements et des validations, nouvelles réglementations à prendre en compte). Quoi qu'il en soit, cet outil a permis de réaliser les opérations de comptabilisation et de répartition des recettes directes de l'ACOSS pour une notification aux attributaires dans les délais impartis.

Par ailleurs des adaptations lourdes sont en cours de développement pour permettre le passage de RESEDA à l'EURO et au plan MIRCOSS à compter du 1/01/2002, ainsi que pour assurer la livraison des fonctionnalités encore manquantes (gestion du recouvrement, gestion du pré-contentieux).

Un audit du système RESEDA ne pourrait être envisagé qu'après ces modifications.

Compte de la branche recouvrement

L'élaboration d'un « compte combiné » des organismes de recouvrement est actuellement à l'étude, et une première ébauche devrait être produite d'ici la fin de l'année 2001.

L'ACOSS, avec l'accord de la direction de la sécurité sociale privilégie le terme « compte combiné » à celui de « compte consolidé », compte tenu du processus visé qui est le suivant :

- les organismes restent responsables de la production de leurs comptes, sous la responsabilité de leur conseil d'administration ;
- l'agent comptable de l'ACOSS agrège ces différents comptes, afin de délivrer une information comptable synthétique pour l'ensemble de la branche.

En ce qui concerne les normes comptables, l'ACOSS a entrepris de réaliser une nouvelle instruction ainsi que la révision et la maintenance permanente du dictionnaire des comptes, afin de garantir des pratiques homogènes, autorisant l'agrégation des comptes.

*REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE
MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES*

L'analyse de la Cour n'appelle aucune observation particulière.

*REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ALLOCATIONS
FAMILIALES*

L'analyse de la Cour n'appelle aucune observation particulière.

*REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE
VIEILLESSE*

Selon la Cour, il serait utile que les caisses nationales adressent à l'ACOSS un double des bordereaux d'encaissement des contributions qu'elles recouvrent elles-mêmes et que les conventions liant les caisses nationales à l'ACOSS soient enrichies dans le domaine des justificatifs à transmettre.

Sur ce point, la lettre de la direction de la sécurité sociale du 8 février 2001 a précisé les modalités de comptabilisation, par l'ACOSS, des opérations de recettes dont le recouvrement ne lui est pas expressément confié par des textes législatifs et réglementaires : ces opérations doivent être imputées en comptes de tiers par l'ACOSS et non pas en comptes de produits.

Il en ressort que, pour les contributions dont la liquidation et le recouvrement sont effectués directement par les caisses nationales, l'ACOSS n'a pas à assurer la centralisation des données comptables mais doit simplement justifier des flux financiers transitant par elle.

CHAPITRE IX

LA GESTION DES RISQUES

I – Les prestations familiales sous condition de ressources

REPONSE DU MINISTRE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE ET DE LA SECRETAIRE D'ETAT AU BUDGET

La Cour observe que le système des aides à la famille, dépenses fiscales comprises, favorise une réelle redistribution entre niveaux de revenus. Le montant des prestations diminue rapidement en effet lorsque le revenu progresse et le coût de l'enfant est compensé, voire surcompensé, dans le cas des familles modestes. Toutefois, la Cour recommande de réviser les modalités d'indexation des barèmes et d'harmoniser « les bases-ressources » des prestations en vue d'assurer une neutralité entre les différentes catégories de revenus.

Des aménagements continus et ciblés de la politique familiale sont certainement souhaitables au regard des évolutions sociologiques. Les conférences annuelles sur la famille y répondent. Toutefois, le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie est très réservé à l'égard d'orientations qui conduiraient en fait à dissiper au profit des catégories les plus aisées des ressources utiles pour faire face aux conséquences du choc démographique sur nos régimes sociaux.

De la même manière, le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie est réservé sur une modification notable de la répartition des financements de la branche famille qui risquerait d'aboutir à des transferts de charges massifs sur les ménages.

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ALLOCATIONS FAMILIALES

Les recommandations de la Cour appellent les remarques suivantes.

L'indexation des prestations

La politique d'indexation suscite effectivement des débats au sein du conseil d'administration de la CNAF, certaines tendances estimant que l'indexation de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF) sur les prix ne permet pas de prendre en compte la participation des familles à la croissance du PIB.

S'agissant des aides au logement, certains paramètres (forfait-charges, loyers et mensualités-plafonds) suivent insuffisamment l'évolution des indices de référence.

La rénovation de la base ressources

La CNAF adhère totalement à cet objectif, par ailleurs expressément mentionné à l'article 5 de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion 2001-2004, qui prévoit l'harmonisation et la rationalisation des bases ressources pour le 1.1.2004.

L'égalisation des taux d'effort pour les aides à la garde des jeunes enfants

Un progrès sensible a été réalisé en ce sens avec la création des trois compléments d'AFEAMA au 1.1.2001. La CNAF était d'ailleurs favorable à un rapprochement encore plus important.

Réforme de l'ASF différentielle : assurer dans tous les cas un montant équivalent à l'ASF

Parmi les propositions de simplification transmises par la CNAF aux services ministériels en date du 21 mars 2000 figure la suppression de l'ASF différentielle afin d'assurer dans tous les cas un montant d'ASF en complément de la pension alimentaire, payée ou non payée. Cette proposition a par ailleurs été reprise dans le cadre du rapport du groupe de travail de la Mission de Recherche Droit et Justice consacré à la faisabilité de l'instauration d'un barème en matière de fixation de l'obligation alimentaire.

Selon le dispositif actuel, en cas de pension d'un montant inférieur à l'ASF et partiellement payée, l'ASF complète le paiement partiel mais dans la limite du montant de la pension. De même lorsque la pension est payée, le droit à l'ASF n'est pas ouvert. Ce dispositif produit ainsi des effets pervers : il incite à ce que la pension ne soit pas payée volontairement et conduit les magistrats à ne pas fixer du tout d'obligation alimentaire afin que la créancière ne soit pas privée de l'ASF .

Les différences de charges des familles en fonction du lieu de résidence

Les aides au logement contiennent déjà une telle différenciation par le biais des trois zones géographiques et il semble peu opportun de complexifier le système par une multiplication du nombre de zones.

Il serait envisageable en revanche d'améliorer la couverture des charges de logement par un relèvement différencié des loyers-plafonds suivant les zones.

S'agissant des aides à la petite enfance, il convient d'observer que le dispositif AFEAMA prend déjà en compte l'existence de niveaux de salaires différents en fonction du lieu de résidence par le biais du remboursement intégral des cotisations sociales.

II – La mise en place de la couverture maladie universelle

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES

La Cour des Comptes considère que la CMU « aura à terme des conséquences sur la notion même d'ouverture des droits, alors que cette tâche absorbe aujourd'hui une part non négligeable de la capacité de travail des caisses ».

Cette réflexion rejoint celles de la CNAMTS qui conduit actuellement une étude sur la faisabilité de la suppression de la condition d'ouverture des droits pour l'accès aux prestations en nature, qu'elle espère voir déboucher sur une évolution législative prochaine.

La période de référence pour la prise en compte des ressources

La Cour des Comptes souligne que « la complexité des pièces et la difficulté à les réunir conduisent à accepter des déclarations sur l'honneur ».

Cette procédure est la règle en matière de CMUC :

- L'article R. 861-16-1, alinéa 2, du CSS prévoit que « si le demandeur ne peut produire les éléments d'appréciation relatifs aux revenus du foyer, il atteste sur l'honneur que ces revenus ne dépassent pas le plafond prévu à l'article L.861-1 du CSS ».

- A ce titre, la direction de la sécurité sociale a précisé dans sa circulaire DSS/2A n°99-701 du 17 décembre 1999 que "si la production de pièces justificatives, s'agissant des ressources, doit être encouragée, son défaut ne peut faire obstacle à l'attribution du droit. Le demandeur atteste sur l'honneur l'exactitude des informations portées sur le formulaire et joint tous les éléments d'appréciation dont il dispose. "

« La Cour suggère que, à la lumière de l'expérience acquise, une étude des coûts et avantages des solutions pour la détermination de la période soit

réalisée. Elle examinerait, pour chaque solution, les coûts de fonctionnement des CPAM et les contraintes pesant sur les usagers. »

La CNAMTS est d'accord sur l'opportunité de cette simulation sur un petit nombre de dossiers tests. Elle pense envisageable un gain de temps d'au moins 50 % lors de l'instruction des dossiers. Elle rappelle également que cette mesure simplifierait aussi les démarches pour les demandeurs et faciliterait également les contrôles.

Le plafond de ressources pour bénéficier de la CMUC

La Cour considère que le dispositif crée une séparation forte entre les personnes ayant droit à la CMU complémentaire et les personnes n'y ayant pas droit parce que leurs ressources excèdent ce plafond. Il conviendrait d'étudier l'importance réelle et concrète de ce plafond (nombre et types de personnes qui le dépassent, etc...).

Le plafond de ressources a été effectivement contesté dans son principe et son montant, le seuil de 3 500 F puis 3 600 F par mois pour une personne seule se situant en-dessous des minima sociaux et du seuil de pauvreté. Compte tenu des pratiques variables dans les départements en matière d'admission à l'AMD la situation actuelle reste très hétérogène. Des simulations ont été faites dans de nombreux départements pour estimer la population qui pourrait bénéficier des crédits d'ASS (aides ponctuelles ou aide à la mutualisation).

La CNAMTS considère que la connaissance de la population concernée sera plus précise lorsque les opérations de renouvellement des droits des anciens titulaires de l'AMD pour 2001 seront achevées.

Le transfert automatique des bénéficiaires de l'aide médicale départementale à la CMUC

L'aide médicale, de la compétence des départements, présentait quant à sa mise en œuvre des disparités et ce sont d'ailleurs ses conditions d'octroi qui ont amené les pouvoirs publics à recentrer cette compétence au niveau de l'Etat.

Certains départements attribuaient en effet une aide médicale partielle (un grand nombre de bénéficiaires du RMI ne bénéficiant pas dans certains départements d'une couverture complémentaire au titre de l'aide médicale alors qu'elle était de droit) ou prenaient en charge des catégories de personnes ciblées, bien que leurs ressources fussent au-dessus du barème (ex : les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés ou les personnes au minimum vieillesse hébergées en institution).

Le transfert des fichiers de bénéficiaires de l'AMD ne s'est pas accompagné du transfert de l'information sur les ressources des personnes ni sur les conditions dans lesquelles les droits avaient été ouverts dans le cadre de l'AMD. Les caisses n'avaient donc pas les moyens de vérifier si les informations contenues dans les fichiers des conseils généraux étaient conformes à la réglementation. La procédure informatique devait assurer une reprise exacte des informations de ces fichiers mais ni une mise à jour ni un contrôle des informations contenues.

Le panier de soins

Le plafonnement du montant maximum des frais en sus des tarifs de responsabilité pour les soins dentaires prothétiques a une justification économique directement liée au mode de financement des prestations complémentaires par les fonds de la CMU. C'est ce constat qu'ont dressé dans un courrier commun adressé à la ministre, les organismes complémentaires et la CNAMTS. Mais il n'a il est vrai aucune justification médicale, il y a toujours un risque pour la santé bucco-dentaire à différer l'exécution des actes proposés dans un plan de traitement cohérent et complet.

Par ailleurs, la notion d'impérieuse nécessité médicale est impossible à définir. Le ministère a tenté d'obtenir une réponse d'un expert, le Professeur G. Zeilig, qui n'a pu la lui fournir.

Le panier de soins permet très généralement de soigner les bénéficiaires de la CMUC. Mais il est constitué des seuls actes dentaires de la NGAP dont personne ne conteste le caractère obsolète.

Les professionnels de santé et la CMUC

La CNAMTS ignorant ce que les termes « certains pharmaciens » choisis par la Cour recouvrent ne peut apprécier la portée exacte de cette observation dont le sens ne converge pas avec ses constatations.

En ce qui concerne les articles du TIPS, les distributeurs de dispositifs médicaux se sont engagés, lors des négociations de la fin 1999 avec les organismes complémentaires et la CNAMTS à proposer pour chaque gamme d'articles, un article au moins dont le prix de vente soit identique au tarif de prise en charge. Ces dispositions ont été reprises dans l'arrêté du 31 décembre 1999 qui fixe la liste des articles proposés à un prix égal au tarif de prise en charge. Les bénéficiaires n'ont donc rien à payer non plus pour ces dispositifs, le ticket modérateur étant pris en charge. Ils peuvent demander néanmoins un article d'un prix supérieur mais dans ces conditions la prise en charge n'est pas totale.

Concernant la prise en charge des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques la Cour déclare « Le patient risque de lui imputer un refus de soins alors que le traitement aura été différé dans l'attente de connaître la décision de l'organisme complémentaire et du dentiste-conseil. »

Le traitement de l'entente préalable est précisément défini dans la circulaire CNAM/ENSM N°15/2000 du 24 mars 2000.

L'entente préalable répond aux mêmes impératifs médicaux que toute demande formulée au titre du régime obligatoire.

Pour la décision de prise en charge au-delà du ticket modérateur, lorsque la CMUC est gérée par un organisme complémentaire (OC) : la caisse notifie exclusivement l'avis favorable au titre du régime obligatoire (qui engage toutefois la prise en charge du TM par l'OC) et indique que l'OC doit notifier son propre avis sur la prise en charge au-delà du TM au regard de la consommation du plafond individuel de consommation.

Ce plafond peut toutefois être dépassé :

- pour les frais afférents à des prothèses amovibles d'au moins dix dents et aux traitements d'orthopédie dento-faciale ;

- en cas « d'impérieuse nécessité médicale », constatée par le chirurgien-dentiste conseil de la caisse d'assurance maladie dont relève le bénéficiaire. Le contrôle médical accorde ou refuse cette dérogation après examen de la demande motivée qui lui est adressée par le praticien traitant lors de la demande d'entente préalable.

La Cour considère ensuite que « la question des refus de soins induit la suspicion et alimente les polémiques. Elle mériterait à elle seule une enquête approfondie. »

Cependant les plaintes parvenues à l'Institution montrent que les refus de soins dans le domaine bucco-dentaire existent et sont de nature diverse.

Les refus initiaux, c'est-à-dire émanant de praticiens qui ne reçoivent pas les bénéficiaires de la CMUC, semblent peu nombreux. Ils sont fréquents de la part des orthodontistes mais il est vrai que la quasi totalité des actes qu'ils exécutent ne sont plus au tarif opposable.

En conséquence l'opposabilité tarifaire pour les bénéficiaires de la CMUC les place en porte-à-faux.

Il existe néanmoins des refus de soins plus feutrés. Certains acceptent de réaliser les soins les plus urgents, certaines extractions, certains soins conservateurs mais refusent d'assumer un plan de traitement jusqu'aux soins prothétiques.

Il est donc très difficile de distinguer sur la base des déclarations des assurés sociaux ce qui a trait aux refus de soins, aux manœuvres dilatoires de certains praticiens traitants ou à un manque de discipline sanitaire des assurés sociaux eux-mêmes.

Une enquête du service médical a été lancée au niveau de six régions dans un premier temps. Elle porte sur la santé bucco-dentaire des bénéficiaires de la CMUC, les traitements proposés et les éventuelles difficultés de recours aux soins qu'ils auraient pu rencontrer. L'exploitation sera terminée fin 2001. Cette enquête pourra, en fonction de ses résultats être étendue à d'autres régions ou à toute la France.

Enfin, la CNAMTS a pu constater que l'obligation d'opposabilité tarifaire n'était pas toujours respectée pour les bénéficiaires de la CMUC. Certaines ententes directes persistent sans qu'on puisse en évaluer avec certitude la fréquence et l'ampleur.

REPONSE DE L'ORDRE DES CHIRURGIENS-DENTISTES

La loi portant création de la couverture maladie universelle (CMU) constitue incontestablement un progrès social très important. Malgré l'effet de seuil qui risque de générer de nouveaux exclus, la CMU permet l'accès aux soins pour les plus démunis en les dispensant de l'avance des frais. La CMU répond effectivement au principe de solidarité qui figure dans l'article 2 du code de déontologie. Dès lors, l'ordre estime qu'il est du devoir de la profession d'y prêter son concours.

Néanmoins, nous regrettons l'absence de concertation pour la mise en place de cette loi avec les professionnels de santé, en particulier les chirurgiens-dentistes qui n'ont pas été ou peu consultés. D'ailleurs, les difficultés de mise en œuvre de la CMU résultent du manque de concertation avec la profession.

En effet, la CMU, juridiquement très complexe pour les professionnels de santé, pose des difficultés éthiques et déontologiques. Il en est ainsi de la création d'un panier de soins qui ne permet pas aux chirurgiens-dentistes, d'assurer la qualité et la continuité des soins. Le panier de soins avec un plafond de 2600 F, abouti à un rationnement des soins et à une impossibilité pour nos confrères d'assurer des soins de qualité. Or, si la profession a des obligations de santé publique, il convient de lui donner les

moyens d'assurer des soins conforme aux exigences scientifiques et déontologiques.

De plus, les textes fixant le panier de soins sont, par leur rédaction, source de nombreuses difficultés, entraînant ainsi un risque de nivellement par le bas compte tenu de l'architecture actuelle du système. Nous tenons à signaler l'incompatibilité voire l'absurdité de la règle qui permet de dépasser le plafond annuel des dépenses admises lorsqu'il faut remplacer au minimum 10 dents qui doivent se trouver sur le même maxillaire. Il n'est donc pas permis de déroger au plafond si ces 10 dents se trouvent sur 2 maxillaires. Un assouplissement sur le contenu du panier de soins et du plafond fixé par l'arrêté du 31/12/1999 s'impose. Il conviendrait également de définir avec clarté et précision la notion « d'impérieuse nécessité médicale » introduite par cet arrêté.

Par ailleurs, dans le cadre de la CMU, la nomenclature actuelle est obsolète et entraîne une limitation ne permettant pas aux praticiens de respecter les devoirs de soins qui lui sont imposés par les textes. Une refonte de la nomenclature des soins dentaires qui tiendrait compte de la réalité économique est nécessaire.

D'autre part, il existe une grande disparité entre les départements dans l'application de la CMU. En effet, certains départements ont une plus forte population de CMUistes que d'autres. Il s'avère que les cabinets les plus sollicités par cette population, parfois difficile à gérer, sont pour la plupart situés dans des zones économiques défavorisées. Il en est de même pour les délais de remboursement qui varient d'un département à un autre. Or, peut-on exiger des chirurgiens-dentistes un effort anormal tant au niveau de la bonne marche de leur cabinet que de leur survie économique ?

Il existe également une inégalité de traitement entre les chirurgiens-dentistes conventionnés et non conventionnés. Ces derniers, dans le cadre de la CMU, sont soumis au tarif d'autorité alors que rien ne justifie ce traitement discriminatoire entre praticiens conventionnés ou non.

Enfin, en ce qui concerne le refus de soins, ce sont les problèmes de mise en place de la procédure du tiers payant ainsi que les difficultés de compréhension et d'interprétation des textes sur la CMU qui expliquent les réticences des confrères. Certes, le refus de soins soulève des inquiétudes légitimes, pleinement partagées par le conseil national qui condamne cette pratique. L'ordre rappelle régulièrement les obligations et devoirs qui incombent aux chirurgiens-dentistes bien que l'article 26 du code de déontologie leur permet sous certaines conditions, de refuser de délivrer des soins pour des raisons personnelles ou professionnelles.

Le conseil national constate que les problèmes posés par la CMU découragent les chirurgiens-dentistes qui ont pourtant la bonne volonté d'assumer leurs obligations déontologiques.

REPONSE DE LA FEDERATION NATIONALE DE LA MUTUALITE FRANCAISE

La loi du 27 juillet 1999 instituant le droit à la couverture complémentaire en matière de santé vise à permettre aux bénéficiaires de minima sociaux et aux personnes ne pouvant accéder pour des raisons financières à la couverture complémentaire, de se rapprocher autant que possible du droit commun (qui dispose que la couverture complémentaire à l'assurance de base est choisie par les adhérents ou assurés auprès de l'organisme qu'ils choisissent) en leur offrant l'accès à une couverture complémentaire qui ne soit pas une prestation d'assistance. Ainsi, les pouvoirs publics souhaitent éviter la création d'un régime d'exception pour les pauvres qui aurait conduit à la stigmatisation des personnes à faibles ressources. Ce risque de stigmatisation avait d'ailleurs été souligné par le président de la CNAMTS, lorsqu'il rappelait que l'intervention des caisses d'assurance maladie obligatoire (AMO) dans le domaine de la couverture complémentaire ne pouvait que constituer un filet de sécurité, au risque sinon d'évoluer vers une prise en charge différenciée de l'assurance maladie selon les ressources des assurés sociaux. La réalité (plus de 90% des bénéficiaires de la CMU complémentaire gérés par les caisses, même si cette situation est largement liée aux décisions successives de maintien des assurés sociaux « basculés » automatiquement dans les caisses primaires) montre que ce risque pourrait bien devenir réalité.

Cette disposition qui devait être d'exception, visait en outre à garantir que les bénéficiaires puissent bénéficier de leur droit en tout point du territoire. La proximité de la prestation faisait en effet partie des principes initiaux énoncés.

Enfin, même si le législateur a jugé préférable de maintenir la possibilité de s'adresser aux organismes d'assurance maladie obligatoire, cette intervention ne saurait être assimilée à une couverture complémentaire par les organismes d'assurance maladie obligatoire puisque ces derniers, contrairement aux organismes complémentaires, n'assurent pas le risque, étant remboursés des prestations engagées au franc le franc.

La mise en place de la CMU complémentaire

La fédération nationale de la mutualité française partage en grande partie les analyses de la Cour des comptes sur les conditions difficiles de mise en place ; se sont en effet cumulés la présence dès le premier jour

d'application de la loi de 3 millions de bénéficiaires et les délais de publication des textes réglementaires.

Toutefois, la fédération nationale de la mutualité française ne peut que regretter que les pouvoirs publics et les caisses d'assurance maladie n'aient pas saisi les offres d'accompagnement qu'elle leur avait faites à l'automne 1999. En effet, dans le souci d'aider les bénéficiaires potentiels de la couverture maladie universelle, les mutuelles de la mutualité française avaient demandé d'être agréées comme accompagnant social, conformément à l'article L-861-5 du code de la sécurité sociale, adopté dans le cadre de la loi couverture maladie universelle, qui permet «aux organismes à but non-lucratif, agréés par décision du représentant de l'Etat dans le département d'apporter leur concours aux intéressés dans leur demande de protection complémentaire et sont habilités, avec l'accord du demandeur à transmettre la demande et les documents correspondants à l'organisme compétent, à aider les caisses primaires d'assurance maladie pour la mise en place des dossiers de demande de la couverture maladie universelle».

Or, les Préfets ont reçu instruction formelle du ministère de l'emploi et de la solidarité de refuser cet agrément aux organismes mutualistes. Il a fallu attendre plusieurs mois pour que cette interprétation de la loi soit rapportée mais il était trop tard, l'engorgement des caisses primaires d'assurance maladie s'était déjà produit.

Le recours à une telle démarche aurait pu en partie simplifier la tâche des demandeurs et des organismes de sécurité sociale.

En ce qui concerne la confection des listes des organismes gestionnaires, les difficultés rencontrées ont résidé, outre les problèmes inhérents à la mise en place d'un nouveau dispositif, aux difficultés liées à un calendrier très serré et au recueil des informations à l'échelon régional pour confectionner une liste nationale.

La mutualité française a fait de nombreuses propositions, pour que les listes soient facilement utilisables par les éventuels utilisateurs : outre la différenciation selon les catégories juridiques de gestionnaires, les points d'accueil des organismes dans les régions auraient pu être classés selon les localités et non selon le code postal.

Concernant l'utilisation de ces listes, il convient de souligner que les caisses d'assurance maladie, refusant d'utiliser la liste commune, ont choisi d'écarter certains organismes complémentaires sans même les en avertir.

La mise en œuvre et le fonctionnement de la loi

Le panier de soins et l'égalité de traitement entre les bénéficiaires d'une part, entre les organismes d'autre part.

Les observations de la Cour sur le panier de soins méritent un complément. Tout d'abord, il faut rappeler que les limitations de prises en charge concernant les soins dentaires (plafonnement annuel du forfait supplémentaire à la prise en charge par les organismes d'assurance maladie obligatoire) découlent du choix du législateur de rechercher un panier de soins remboursable, a priori compatible avec le montant de 1500 F, servant de base aux versements effectués aux organismes complémentaires. Dès ce moment, alors que les premiers chiffres faisaient apparaître des risques importants de dépassement, il a été décidé de limiter les remboursements dentaires pour maintenir d'autres prestations (comme le forfait hospitalier sans limite de temps).

La différence de « remboursement » des prestations selon les intervenants (au franc le franc pour les caisses, limité à 1500 F pour les autres intervenants) doit être prise en compte pour analyser les remarques de la Cour sur le panier de soins. De la même façon, se pose la question du respect de « l'impérieuse nécessité médicale ». Il est pour le moins choquant que ce soit la décision du contrôle médical des organismes gérant le régime obligatoire de sécurité sociale qui déclenche la prise en charge des prestations des organismes complémentaires.

Une nouvelle inégalité de traitement risque de s'instaurer entre les bénéficiaires gérés par les organismes complémentaires et les autres, puisque le remboursement au franc le franc des organismes gestionnaires du régime obligatoire supprime toute incidence financière pour ces derniers, au regard des décisions sur l'appréciation de « l'impérieuse nécessité médicale ». Ceci conduit seulement à peser davantage sur le fonds de financement.

En ce qui concerne l'acceptation par les professionnels de santé de la loi couverture maladie universelle, la mutualité française tient à faire remarquer que son réseau de réalisations sanitaires et sociales (en particulier les centres dentaires) a été largement impliqué dans l'accueil et la fourniture de prestations aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle, des professionnels libéraux n'hésitant parfois pas à y envoyer les bénéficiaires de la CMU qui s'adressaient à eux.

Les effets de seuil de revenu

En ce qui concerne le seuil de revenus permettant d'être éligible à la couverture maladie universelle, il faut ajouter aux observations de la Cour sur le problème du forfait logement, la situation difficile à expliquer des

personnes âgées ou des bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé résidant en établissement.

Le maintien prorogé du bénéfice de la couverture maladie universelle aux personnes «basculées automatiquement» à partir du dispositif de l'aide médicale départementale, conduit à exacerber les différences de traitements et à rendre encore moins supportables les effets de seuils.

Le tarif de prolongation du droit

En ce qui concerne les personnes dépassant le seuil d'éligibilité, ainsi que le fait remarquer la Cour, la publication tardive de l'arrêté fixant le montant de la cotisation pour ce régime de prolongation de droit a créé un vide parfois préjudiciable aux intéressés.

Par ailleurs, selon cet arrêté, on peut se demander si le niveau de cotisation retenu respecte la décision du conseil constitutionnel du 23 juillet 1999 disposant que la loi renvoyant à ce texte réglementaire ne méconnaissait pas l'article 13 de la déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 «sous réserve que l'arrêté qu'elle prévoit ne fixe pas un tarif maximal à un niveau entraînant une rupture caractérisée de l'égalité devant les charges publiques».

En effet, à la différence de traitement pendant la période de prise en charge de la couverture maladie universelle complémentaire (rémunération forfaitaire des organismes complémentaires face à un remboursement au franc le franc pour les régimes obligatoires de sécurité sociale) risque de s'ajouter un écart entre le niveau de cotisation fixé par l'arrêté et le coût réel de prise en charge des personnes maintenues pour un an.

A défaut de l'établissement rapide d'un premier bilan chiffré et définitif, susceptible de permettre des discussions sur les modalités de remboursement des prestations aux organismes complémentaires et sur le niveau des cotisations de la garantie de sortie, il est à craindre que certains organismes complémentaires n'aient le sentiment d'être inéluctablement conduits à se retirer de leur fonction de gestionnaires de la couverture maladie universelle complémentaire. Ceci serait contraire aux objectifs recherchés par le législateur.

Les procédures d'échanges informatiques et le fonctionnement du tiers payant

En ce qui concerne les relations financières avec les professionnels, il est à remarquer que le choix du paiement unique aux professionnels de santé a été source de complexité. En effet, les procédures automatisées de paiement

des professionnels ayant pratiqué le tiers payant, fondées sur l'éclatement à la source des flux fonctionnaient sans difficultés majeures. Rechercher uniquement le paiement unique a introduit de la complexité et nuit aux bonnes relations entre les organismes obligatoires et complémentaires. Néanmoins, les derniers contacts entre la mutualité française et la CNAMTS permettent de penser que ces difficultés sont en voie de s'estomper pour autant que l'intégralité de ces procédures soient véritablement respectées par tous les intervenants, chacun à leur niveau. Il est ainsi pour le moins difficile de demander à des organismes complémentaires de rembourser les caisses des prestations qu'elles auraient versées dans le cadre des procédures de tiers payant alors que les caisses ne les auraient pas avertis du choix de l'organisme par ces bénéficiaires ou de la prolongation de leurs droits à la CMU complémentaire.

En conclusion, la mutualité française considère que la loi couverture maladie universelle a constitué une véritable avancée sociale malgré un grand nombre de difficultés liées à une mise en application rapide. Néanmoins, il reste quelques problèmes sous-jacents : les effets induits d'une différence de prise en charge financière entre les organismes complémentaires et les régimes obligatoires, d'une part et, par ailleurs, l'apparition des inéquités liées à l'effet de seuil de revenus. C'est pourquoi, la mutualité française a fait la proposition que soit institué un mécanisme de réduction d'impôt et de crédit d'impôt afin d'atténuer les conséquences de cet effet de seuil.

REPONSE DE LA MUTUALITE FONCTION PUBLIQUE

Les reports de l'examen des ressources des personnes basculées de l'AMG dans la CMUC

Le rapport pointe, à deux reprises, des dysfonctionnements induisant de graves inégalités d'accès à la couverture complémentaire. Celles-ci proviennent, soit de la loi qui institue plusieurs dates d'examen des droits des personnes rentrées par basculement dans la CMUC, soit des reports successifs des dates d'examen des ressources des bénéficiaires (environ 900 000 personnes), soit enfin, de la création d'un plafond de ressources de 4 000 F pour les anciens bénéficiaires de l'AMG.

La MFP rejoint entièrement cette analyse qui met en évidence les insuffisances d'un dispositif de protection sociale complémentaire instituant des effets de seuils couperets, générateurs d'inégalité sociale dans l'accès aux soins et non compensés par un système national alternatif de protection pour les personnes exclues. On retrouve là, malgré les satisfecit affichés, une faille fondamentale de ce dispositif qui est analogue à ce qui fut reproché en son temps à la prestation spécifique dépendance.

Les reports successifs des dates d'examen des ressources des bénéficiaires de la CMUC par basculement reflètent les difficultés des politiques à assumer le mécontentement social qui pourrait découler de l'exclusion du dispositif d'un nombre important de personnes qui ont bénéficié des avantages de cette couverture gratuite, alors que des catégories d'assurés sociaux plus modestes (personnes âgées retraitées en particulier) et non bénéficiaires de l'aide médicale, en ont été écartées pour un montant de 10 à 15 F de dépassement des seuils de ressources.

Ce n'est pourtant pas faute, pour le mouvement mutualiste, d'avoir alerté le gouvernement sur ce point lors du débat parlementaire.

La participation des organismes complémentaires

Si, comme la Cour le regrette, toutes les conditions n'ont pas été remplies pour que les nouveaux bénéficiaires puissent choisir en priorité un organisme complémentaire, de l'avis de la MFP, la faute n'en est pas imputable seulement au retard de parution de certains textes, mais plutôt de l'avis de beaucoup, à une volonté délibérée de certains directeurs de caisses primaires de se positionner sur la gestion de la complémentaire maladie.

Cette volonté s'est trouvée favorisée par la mission exclusive, dévolue aux caisses, d'instruire les demandes. Cela les a mis en rapport direct avec les demandeurs, ce qui n'est à l'évidence pas le cas des organismes complémentaires.

Enfin, la distinction suggérée par la Cour, entre des organismes complémentaires « *actifs et accessoires* » au regard de leurs capacités d'accueil des bénéficiaires de la CMUC, et la proposition d'un nombre minimum de bénéficiaires de la CMUC pour considérer un organisme complémentaire comme actif au regard de la CMU, nous semblent aller à l'encontre des orientations du Parlement qui a souhaité favoriser les structures locales et de proximité capables d'apporter aux CMUistes un lieu de conseil et d'insertion sociale.

Les professionnels de santé et la CMUC

En ce qui concerne la réalité des refus de soins, les mutuelles de la fonction publique qui sont, pour certaines, gestionnaires directes de réalisations sanitaires et sociales, en particulier de centres de soins, centres dentaires et d'optique mutualistes, ont constaté un afflux particulier de bénéficiaires de la CMUC qui peut s'expliquer par des refus de soins de praticiens aiguillant les demandeurs vers les centres mutualistes dont l'équilibre financier pourrait se trouver altéré.

Le financement de la CMUC

Par la création d'une contribution de 1,75 % assise sur le montant des cotisations afférentes à la protection complémentaire, les organismes complémentaires payent deux fois l'effort de solidarité en faveur de la couverture complémentaire des CMUistes : une fois par le biais de cette contribution, une seconde fois par le financement des dépassements des forfaits annuels.

III – Solidarité retraite : le fonds de réserve

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE

L'analyse de la Cour n'appelle aucune observation particulière.

REPONSE DU FONDS DE SOLIDARITE VIEILLESSE

Comme la Cour le souligne, les recettes au titre des « 2 % sociaux » se caractérisent par une concentration des produits sur le mois de décembre.

Les revenus du patrimoine font en effet essentiellement l'objet d'une imposition par la voie du rôle 33, qui représente à lui seul 87 % en moyenne de la CSG et du prélèvement social sur les revenus du patrimoine. Sa mise en recouvrement est fixée au 15 octobre et la date de majoration intervient le 15 novembre, tandis que le reversement par les services du Trésor au fonds de solidarité vieillesse intervient aux alentours du 15 décembre.

Par ailleurs, l'article L. 136-7 prévoyait, dans son ancienne rédaction (modifiée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001) que la CSG précomptée par les institutions financières sur les produits de placements autres que ceux en unité de compte faisait l'objet d'un acompte égal à 90 % du produit de la CSG ou du prélèvement social assis sur les intérêts servis l'année précédente. Cet acompte devait être acquitté le 30 novembre au plus tard et faisait l'objet d'un reversement au FSV par les services du Trésor (agence comptable des impôts de Paris) vers le 15 décembre. Cet acompte représentait près de la moitié des recettes du FSV assises sur les produits de placement.

Il est d'autre part avéré que la part de « prélèvement social » destinée au fonds de réserve a continué, au cours des premiers mois de l'année 2000, à être affectées à l'ACOSS. Saisie de ce problème par le FSV, la direction générale de la comptabilité publique a demandé à l'ACOSS, par lettre du

30 mai 2000, de reverser au FSV les sommes perçues à tort. Les reversements correspondants sont intervenus le 20 juin (177,565 MF) et le 7 juillet 2000 (365,620 MF).

Concernant les placements du F2R, le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, par lettre du 19 juillet 2000, a sollicité l'avis du conseil d'administration sur une modification des conditions de placement visant à permettre l'acquisition de titres de même nature que celle autorisée précédemment mais d'une durée maximale de 30 ans. Cette lettre a fait l'objet d'un avis favorable du conseil d'administration le 14 décembre 2000, soit à la fin de la période sous revue.

IV – L'action sanitaire et sociale des caisses de MSA

REPONSE DU MINISTRE DE L'AGRICULTURE ET DE LA PECHE

A la suite des contrôles effectués en 2000 par les CODEC et COREC dans 16 caisses de MSA, la Cour formule cinq recommandations :

- améliorer la connaissance des caractéristiques et des besoins des ressortissants des caisses afin de mieux appréhender les besoins financiers nécessaires

Si la caisse centrale de la MSA impulse au plan national les actions prioritaires, tel le plan de lutte contre la précarité dont le lancement s'est effectué au cours de l'année 2000 dans les caisses de MSA, les conseils d'administration des caisses départementales et pluridépartementales de MSA définissent la politique d'action sanitaire et sociale qu'ils entendent privilégier en fonction des caractéristiques locales.

Le financement de l'action sanitaire et sociale de la mutualité sociale agricole est assuré par un prélèvement sur les cotisations complémentaires qui sont mises à la charge des exploitants et des employeurs de main d'œuvre agricole.

Ainsi que l'a prévu la convention d'objectifs et de gestion conclue pour la période 1999-2001, l'objectif est de tendre vers la parité avec le régime général. Les moyens mis en œuvre entre 1999 et 2000 doivent permettre d'assurer une offre de proximité adaptée à la population agricole dont la démographie contraint les caisses de MSA à consacrer la majorité de leur budget d'action sanitaire et sociale aux actions en faveur des personnes âgées. A cet effet, la suppression du fonds additionnel d'action sociale (FAAS), qui, jusqu'au 31 décembre 2000 était consacré aux services ménagers pour les personnes âgées et l'accroissement des ressources de

l'action sanitaire et sociale qui ont été portées à 1450 MF en 2000 permettront aux organismes d'utiliser l'ensemble des crédits d'ASS disponibles pour des actions élargies en faveur de la population âgée.

- réduire les inégalités en matière de garde de jeune enfant entre les départements

- achever la cessation des aides apportées aux fédérations départementales des MFREO et aux fédérations départementales de l'enseignement agricole privé

Ces deux mesures relèvent de la décision des conseils d'administration des caisses de MSA. Les autorités de tutelle seront vigilantes lors du contrôle qu'elles exercent sur les délibérations qui seront prises à ce sujet, à l'effectivité des recommandations de la Cour.

- mettre en place un contrôle effectif a priori et a posteriori pour l'octroi et le suivi des subventions

- améliorer le contenu des partenariats avec les acteurs du régime général ; mettre en commun des moyens de contrôle du service fait et de la mesure de la qualité des prestations fournies avec les autres mandataires ; rechercher la participation financière des conseils généraux

La mise en œuvre de ces deux mesures relève certes également de la décision des conseils d'administration des caisses de MSA qui concluent les conventions avec les associations auxquelles ils accordent des subventions et avec les conseils généraux lorsque les caisses mettent à disposition des personnels sociaux ou des moyens matériels pour la réalisation d'actions relevant de l'action sanitaire et sociale.

Afin d'assurer un contrôle du suivi de l'utilisation des subventions par les associations et permettre une amélioration des partenariats par le contrôle du service fait et la mesure de la qualité des prestations fournies, la fixation d'engagements en ce sens sera examinée en concertation avec la caisse centrale de la MSA et les directions ministérielles de la sécurité sociale et du budget lors de la négociation de la prochaine convention d'objectifs et de gestion pour la période 2002-2005.

REPONSE DE LA CAISSE CENTRALE DE MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE

Ainsi que le rappelle la Cour, les conseils d'administration, tant de la caisse centrale que des caisses départementales ou pluridépartementales, définissent les principes et les moyens de la politique d'action sanitaire et sociale. En 1998 et 1999, deux niveaux de décision sont intervenus :

- en 1998, le conseil central a arrêté sa nouvelle politique d'action sanitaire et sociale, exprimée en termes de publics prioritaires. Depuis lors, cette politique donne lieu à des offres contractuelles de partenariats entre la caisse centrale et les caisses afin d'encourager une progression vers des objectifs communs à l'ensemble du réseau. Ces contrats concernent déjà la politique jeunesse, l'insertion par l'activité économique, la politique gérontologique. Ils seront prochainement complétés en matière de politique sociale pour la famille et l'enfance, pour les personnes handicapées et en matière de services ;

- en 1999, l'assemblée générale de la caisse centrale a adopté une résolution sur la mise en place d'un socle minimal de prestations extralégales destiné, d'une part, à définir une offre minimale commune du régime à ses ressortissants et, d'autre part, à se rapprocher du niveau offert par le régime général à ses propres assurés.

Le constat de la Cour met en évidence, par la difficulté qu'ont les caisses à adhérer à une politique commune, la prégnance de l'autonomie de chaque Conseil et la priorité qui reste donnée à des réponses très décentralisées.

Ces éléments ont été pris en compte en 2001 dans la réflexion conduite autour d'un plan stratégique institutionnel. Une de ses préconisations a fait l'objet d'un vote favorable de l'assemblée générale exceptionnelle de la caisse centrale du 04/05/2001. Dans la définition d'une offre sociale globale, la MSA s'engage, en matière d'action sanitaire et sociale, à offrir un socle homogène minimum de prestations similaires (quelle que soit la caisse de MSA d'affiliation), comparables avec celles des autres régimes et reposant sur la création d'un fonds social national.

Faisant progresser la notion de parité, cette résolution doit également permettre au régime agricole d'accompagner les politiques publiques (accueil du jeune enfant, par exemple).

Ces éléments sont actuellement versés à la préparation de la future convention d'objectifs et de gestion 2001-2004.

Le partenariat avec les autres régimes est, ainsi que le souligne la Cour, peu développé au plan départemental. La proposition de la caisse centrale de contracter sur des programmes aidant à soutenir la mise en œuvre d'axes prioritaires vise, entre autres, à favoriser les partenariats nationaux et locaux (politiques jeunesse, famille, dépendance, etc.).

S'agissant du partenariat avec les services d'aide à domicile en milieu rural, l'aide à domicile présente les limites relevées par la Cour. Il convient de préciser que la caisse centrale réitère régulièrement aux caisses

départementales ou pluridépartementales la nécessité de travailler sur une base conventionnelle assortie d'avenants annuels. Ces recommandations sont réaffirmées dans le cadre de la politique gérontologique du fait de son actualité : préparation de la loi relative à l'APA, application des 35 heures dans le secteur des services d'aide à domicile, contrôle de qualité, etc.

De la même façon, la caisse centrale recommande aux caisses d'éviter la délégation d'enveloppes aux associations pour préférer le paiement sur facturation à partir des prises en charge accordées. Cette formule laisse à la caisse la maîtrise de ses flux financiers et de l'évolution de ses dépenses au cours de l'exercice. Les informations parvenant à la caisse centrale indiquent qu'une majorité de Caisses ne pratique plus le système de dotation.

La Cour souligne par ailleurs la nécessité de fonder les interventions des Caisses sur le meilleur rapport qualité/prix. La formule adoptée par la MSA du Nord, à l'instar d'autres caisses, de recourir à des employées de maison est à rapprocher du type de besoin que l'on veut solvabiliser. La perte d'autonomie d'une personne âgée présente des degrés variables : la MSA travaille à la mise en place d'un service adapté à chaque degré, professionnalisé dans le sens d'une qualité de service et financièrement évalué en conséquence. C'est donc à partir de la définition du type de besoin priorisé et du type de service à solvabiliser que peuvent se construire les politiques des caisses. L'arrivée prochaine de l'allocation personnalisée d'autonomie rend nécessaire ce type de positionnement ; pour sa part, le ministère de l'emploi et de la solidarité met actuellement l'accent sur le recours à des personnels bien formés avec en corollaire nécessaire, un statut professionnel plus attractif.

Pour ce qui concerne les services rendus par les caisses aux conseils généraux, la caisse centrale est régulièrement amenée à rappeler aux caisses le principe d'une rémunération, principe inscrit dans la convention d'objectifs et de gestion 1999-2001.

Les moyens de la politique et le fonctionnement des services

La décentralisation de l'action sanitaire et sociale et son corollaire, l'absence de références communes au régime, s'accompagnent d'un déficit de pilotage de l'exécution des budgets, ainsi que le souligne la Cour.

La notion de socle minimum de prestations, telle qu'annoncée plus haut ainsi que l'idée d'une offre minimale de services de terrain à préciser dans le cadre du plan stratégique de la MSA, sont des clés pour faire progresser l'atteinte de cet objectif.

En ce qui concerne la ventilation des dépenses d'ASS, il convient de noter que si les dépenses de prestations individuelles représentent une part

importante du budget des caisses, cette part varie cependant d'une caisse à une autre. Globalement, au plan national, elles ne représentent d'ailleurs que le deuxième chapitre de dépenses, après celles liées à l'emploi de personnels sociaux.

Pendant de la décennie écoulée, les dépenses de personnel ont connu une assez forte réduction pour se stabiliser au cours des trois dernières années alors que, dans le même temps, celles de prestations individuelles augmentaient.

Cette double évolution s'est faite à l'instigation de la caisse centrale :

- d'une part, en encourageant les caisses à sortir de la polyvalence de secteur lorsque la rémunération accordée par le conseil général n'était pas à hauteur du service rendu ; les effectifs de travailleurs sociaux sont, pour cette raison, passés de 1 800 à 1200 au cours de la décennie écoulée ;

- d'autre part, en dégageant des ressources croissantes pour financer l'aide ménagère aux personnes âgées ; il s'est agi d'une véritable priorité institutionnelle dont le FAAS (fonds additionnel d'action sociale supprimé en janvier 2001) a été l'instrument technique et qui répondait à l'objectif de mieux lutter contre la dépendance des personnes âgées ressortissantes du régime, lesquelles, il convient de le rappeler, sont relativement 2 fois plus nombreuses en MSA que dans le régime des salariés du commerce et de l'industrie, avec des niveaux de retraite sensiblement plus faibles, notamment en ce qui concerne les anciens exploitants agricoles. Politiquement, cet effort fait sur la politique d'aide à domicile aux personnes âgées, s'est inscrit dans la revendication du régime d'obtenir progressivement la parité à l'égard du régime général en matière de ressources disponibles pour l'action sanitaire et sociale ; la progression importante observée à partir de 1992 sur les ressources du FAAS explique d'ailleurs pour une large part les difficultés de gestion budgétaire relevées par la Cour, les caisses ayant dû revoir chaque année leurs barèmes sans avoir une visibilité précise des conséquences financières de leurs décisions.

Cela étant, s'agissant des missions publiques auxquelles participent nombre de caisses, la caisse centrale a la même analyse que celle jadis faite à propos de la polyvalence de secteur : elle considère, comme les auteurs du rapport, que cette participation doit être rémunérée. La mise en place prochaine du dispositif de l'APA - auquel la caisse centrale souhaite fortement que le réseau MSA apporte une participation technique active - sera l'occasion de rappeler ce principe.

En ce qui concerne les subventions, celles-ci représentent globalement moins de 3 % des dépenses d'ASS du régime. La CCMSA, pour ce qui la concerne, a mis en place un système de suivi et de contrôle des subventions qu'elle alloue (rapports d'activité des organismes subventionnés, budgets et

comptes de résultat ; convention avec programme d'activité pour les partenariats les plus importants).

Comme l'observe la Cour, les caisses consacrent très peu de leurs ressources à ce type d'intervention avec des montants en général faibles. Certaines ont repris les orientations de la caisse centrale tendant à repositionner les soutiens financiers sur des partenariats de projets, assortis d'engagements précis.

L'élaboration de la prochaine COG sera l'occasion de formuler à nouveau des recommandations dans ce domaine et de demander aux caisses d'assurer un meilleur contrôle de leurs engagements financiers.

REponse DE LA MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE DE L'INDRE

La Cour constate les difficultés rencontrées par la caisse de mutualité sociale agricole de l'Indre, pour équilibrer financièrement l'activité des tutelles d'Etat.

C'est à juste titre que la Cour relève qu'il convient que la caisse obtienne de ses partenaires une meilleure répartition des mesures et qu'elles lui soient rémunérées selon les possibilités édictées par la loi.

Suite au rapport du comité régional d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale de la région Centre, un courrier a été adressé en ce sens à l'administration compétente.

La rémunération attribuée est insuffisante pour équilibrer la gestion d'une activité qui, outre la gestion de la vie quotidienne des majeurs protégés, nous impose d'assurer un accompagnement social visant à restaurer leur autonomie, à aider leur insertion sociale et, pour certains, professionnelle.

REponse DE LA MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE D'ORNE-SARTHE

La mutualité sociale agricole Orne-Sarthe possède un patrimoine immobilier composé de locaux dans différentes communes du département de la Sarthe. Ils sont, en premier lieu, destinés à l'accueil des adhérents de la MSA, aussi bien pour des permanences administratives ou médicales que pour l'organisation de réunions décentralisées, conformément à un objectif de proximité. En second lieu, en fonction des disponibilités de chacun de ces locaux, leur accès a été rendu possible aux partenaires traditionnels de la MSA, conseil général et organismes professionnels agricoles. Des conventions de gestion relatives à l'occupation des locaux, à titre occasionnel

ou permanent, ont été conclues avec toutes les structures concernées, sur la base d'un barème fixé par le conseil d'administration et approuvé par l'autorité de tutelle.

Lors du contrôle régional d'examen des comptes portant sur les comptes de l'exercice 1999, un écart négatif de 75 024 F a été constaté entre les recettes de location et les charges des immeubles. Il convient de remarquer que cet écart ne prend pas en compte la valorisation du temps d'occupation des locaux dont la caisse est propriétaire pour ses activités liées à sa mission de service public (permanences et réunions). Or, lorsque la caisse Orne-Sarthe loue des bureaux dans des communes où elle n'est pas propriétaire, les tarifs qui lui sont imposés sont similaires à ceux qu'elle pratique à ses différents partenaires dans les locaux dont elle est propriétaire. A cet égard, la caisse précise que pour l'exercice 2000, un montant de 67 F par demi-journée pour un bureau était applicable, conformément à la décision du conseil d'administration. Dans la situation inverse, la MSA Orne-Sarthe s'est vu facturer un coût allant de 61 à 80 F dans les localités où elle n'est pas propriétaire de biens immobiliers.

En ce qui concerne la mise à disposition de locaux pour des activités qui n'entrent, ni dans le champ de la politique d'action sanitaire et sociale, ni dans celui des subventions d'équipement ou de fonctionnement, ni dans celui des autres avantages financiers prévus à l'article 12 du décret du 21 juin 1971, la caisse souhaite en souligner le caractère exceptionnel. En sont en effet bénéficiaires un podologue (une demi-journée par mois à Mayet) et un orthophoniste (une demi-journée par semaine à Fresnay sur Sarthe). La motivation de l'accord donné à ces deux personnes est due à la double nécessité pour la caisse de réduire l'écart entre les recettes et les charges des biens dont elle est propriétaire et surtout à la dimension relative aux attentes de la population rurale afin de bénéficier, au même titre que les personnes vivant en milieu urbain, de services de proximité.

Subventions et prêts

La mutualité sociale agricole a créé les « centres de formation ménagère agricole » au début des années 1940 afin de donner aux futures agricultrices, les compétences voulues, notamment en matière de budget familial, d'hygiène, de puériculture, d'éducation des enfants, etc.

38 centres fonctionnaient ainsi au début des années 60, avec un personnel exclusivement MSA et près de 1 500 élèves.

Compte tenu de l'évolution des besoins, le conseil d'administration de la MSA décidait le 15 novembre 1977 de constituer des associations de gestion autour de chaque établissement.

Conformément aux engagements pris avec les structures créées à partir des comités d'établissement, la MSA continuait cependant à assurer la coordination des établissements et à détacher ses enseignantes. Les nouvelles embauches étaient réalisées par les associations de gestion.

A la demande la direction générale de l'enseignement et de la recherche du ministère de l'agriculture, la MSA contribuait en 1994 à la constitution d'une association départementale, dont la finalité était d'unifier les centres existants, afin de les faire évoluer vers une nouvelle organisation plus dynamique.

Le conseil d'administration MSA du 31 mai 1994 relate cette évolution, précise le nom des administrateurs désignés pour représenter la MSA et décide que deux agents de direction assureront respectivement le rôle de conseiller technique et de secrétaire général.

La période de transition qui a suivi, a permis de conforter l'établissement, notamment grâce à l'évolution de son statut, à la contractualisation de ses enseignants et à la nomination d'une directrice.

Cette évolution a entraîné le retrait de la MSA des postes de conseiller technique et de secrétaire général, afin de permettre à l'association et à la directrice d'exercer pleinement l'ensemble de leurs responsabilités.

Depuis le 1er janvier 2000, la MSA n'a plus que deux enseignantes mises à la disposition de l'établissement. L'une partira en retraite en septembre 2003 et l'autre en janvier 2006. Leurs salaires et charges sont remboursés actuellement à la MSA sur la base de la convention collective GOFPA utilisée par l'établissement. La convention GOFPA étant moins favorable que la convention collective MSA, les facturations de la MSA au LPP « Les Horizons » font ressortir un différentiel de 56 792 F pour l'année 1999.

REPONSE DE LA MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE DU PUY-DE-DOME

Les deux services « assistance éducative en milieu ouvert » (AEMO) et « TUTELLES » font partie intégrante du service social de la caisse de mutualité sociale agricole du Puy-de-Dôme. Leur ancienneté est importante, 39 et 28 ans, et l'activité est dans le prolongement de l'action sociale en milieu rural.

Le développement du nombre de mesures sur les dix dernières années n'exclut pas les fluctuations, en particulier pour les tutelles compte tenu du grand nombre de partenaires : 10 juges et des limites fixées par la MSA elle-

même en ne prenant pas les curatelles. Ces dernières ne relèvent pas du social au sens généralement entendu.

Enfin, les excédents tout comme les déficits, ont une vie temporaire car ils sont systématiquement repris lors des budgets et bilans (N+2). La MSA ne supporte ainsi pas la charge induite.

Au surplus, les résultats cumulés positifs ou négatifs, montrent une bonne réalisation budgétaire de 1995 à 2000 avec des pourcentages inférieurs à 2 %, sauf en 1995 et 1998 (forte expansion en AEMO dans un cas et tarif trop limité dans le second). Le prix de journée 1998 retenu par l'administration s'établit à 31,69 F. Cette décision a fait l'objet d'un recours devant la commission interrégionale de la tarification sanitaire et sociale de Lyon. Le jugement rendu le 1er février 2000 maintient la décision administrative.

Toutefois, le recours a une conséquence : le tarif passe à 38,26 F par jour dès 1999.

L'observation faite par le COREC laisse accroire qu'il y aurait, au titre d'une activité de diversification, compensation entre les résultats de gestion de l'AEMO et de la MSA, ce qui est inexact, compte tenu du principe même d'établissement du budget de cette activité, sous forme de prix de journée sous le contrôle de l'Etat.

CHAPITRE X
LES REGIMES DES PROFESSIONS INDEPENDANTES NON
AGRICOLES

I – L’assurance maladie des professions indépendantes non
agricoles

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D’ASSURANCE MALADIE
DES PROFESSIONS INDEPENDANTES

Les thèmes retenus pour le rapport public frappent par leur sélectivité. Si l’on excepte un développement sur la démographie des professions indépendantes, la Cour évoque principalement la gestion administrative du régime. Celle-ci, qui ne représente qu’environ 5,6 % des dépenses, n’est en outre considérée que pour autant qu’elle se rapporte à l’exécution des missions les plus anciennes d’un régime de sécurité sociale, sans considération de l’évolution des missions de la branche maladie.

Les questions centrales de l’adaptation du droit social à la création et au développement des petites entreprises artisanales, commerciales et libérales d’une part, à la couverture sociale, à la consommation médicale et à la promotion de la santé des professions indépendantes d’autre part, ne sont nullement évoquées. Dans ces domaines dont dépend la qualité du contrat social des professions indépendantes, les multiples initiatives prises par la CANAM au cours des dix dernières années sont passées sous silence.

Dans sa présentation introductive, la Cour affirme en premier lieu que le contrôle du « recouvrement » est « inexistant ». Sans doute faut-il lire contrôle « de la comptabilité des entreprises » et non du recouvrement. Force est de constater la complexité du problème à résoudre. Le contrôle d’assiette revêt deux modalités. La première consiste en un contrôle formel par rapprochement des déclarations sociale et fiscale. Comme la Cour le reconnaît plus haut, ce contrôle est en passe de devenir exhaustif, ce qui constitue un progrès majeur. La seconde modalité porte sur le contrôle de la comptabilité des déclarants. La question qui se pose ici est celle de savoir, à partir du moment où l’assiette obéit pour l’essentiel à une définition fiscale, si le contrôle comptable n’incombe pas en priorité à l’administration fiscale, quitte à ce que les régimes de sécurité sociale apportent aux services fiscaux une contribution coordonnée à déterminer. Il ne semble envisageable ni que la comptabilité de l’usager soit vérifiée sans coordination par quatre réseaux distincts (services des impôts, caisses maladie, caisses vieillesse, URSSAF) ni que la CANAM contrôle régulièrement la comptabilité des 1,2 millions d’entreprises dont les dirigeants lui sont affiliés, sauf à accroître dans une

proportion peu réaliste les effectifs d'agents du régime que la Cour recommande par ailleurs de « réexaminer » à la baisse.

Caractéristiques du régime

Le régime a été créé par une loi du 12 juillet 1966. En partant des statistiques les plus anciennes disponibles, l'évolution du nombre d'assurés est la suivante (hors DOM) :

Assurés en activité (hors DOM)	1970	1999	
Artisans	492.459	467.205	(maxi : 539.000 en 1981)
Commerçants	668.398	562.257	(maxi : 668.398 en 1970)
Professions libérales	84.943	231.244	(maxi : 231.244 en 1999)
	1.245.800	1.260.706	(maxi : 1.313.979 en 1988)

A partir de l'année de référence retenue par la Cour, les chiffres sont les suivants :

(DOM inclus)	1990	2000	2001
Assurés	2.066.885	2.033.652	nd
Assurés actifs	1 345.902	1.320.741	1.348.947

Sur longue période, le « boom » des professions libérales a plus que compensé l'érosion des commerçants et la presque stabilité des artisans.

Les perspectives de l'emploi établies par l'OCDE et l'enquête communautaire sur les forces de travail dans l'Union européenne permettent de rendre compte des tendances de fond à l'œuvre. Sur le plan économique, s'agissant de l'évolution de la place des métiers indépendants dans la population active, la France occupe une situation intermédiaire entre d'un côté les pays anglo-saxons caractérisés par une population indépendante faiblement représentée mais fortement croissante et de l'autre les pays méditerranéens dont les caractéristiques sont inverses. En résumé, le développement de la grande distribution n'a pas fini, en France, d'exercer un effet négatif sur le commerce de proximité, l'artisanat se maintient et les professions libérales connaissent un développement accéléré grâce aux professions de santé et à l'externalisation des métiers du conseil aux entreprises.

Sur le plan juridique, l'histoire politique et sociale de chaque pays fixe différemment la frontière juridique entre le travail indépendant et le salariat. En France, avec une marge d'incertitude due à l'inadaptation des statistiques, on estime qu'aujourd'hui moins de 60 % des artisans exercent leur métier sous un statut indépendant, cette proportion s'élevant à plus de 80 % pour les

commerçants et à près de 100 % pour les professions libérales, si l'on excepte le cas particulier des professions de santé. Les améliorations successives apportées au statut fiscal et social du dirigeant d'entreprise indépendant donnent aujourd'hui un regain d'intérêt à ce statut, en même temps qu'elles ont récemment conduit la Cour de Cassation à revenir sur une conception très extensive du salariat (cf. notamment l'arrêt n° 4515 du 13 novembre 1996). La loi Madelin du 11 février 1994 a institué une présomption de travail indépendant en faveur des personnes physiques immatriculées au registre du commerce et des sociétés, au répertoire des métiers, au registre des agents commerciaux ou auprès des URSSAF. Mais la loi du 13 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail a supprimé la présomption, soulignant la vigueur de la controverse doctrinale qui perdure en France pour définir le champ respectif du salariat et du travail indépendant. Subsiste pour les usagers la garantie de procédure introduite par la loi Madelin à l'article L 311-11 du code de la sécurité sociale, garantie utile pour prévenir les requalifications intempestives.

La Cour relève ensuite à juste titre l'érosion des ayants-droit. Le tableau suivant présente l'évolution des ayants-droit par classe d'âge :

Ayants-droit (DOM inclus)				
Année	< 20 ans	De 20 à 64 ans	≥ 65 ans	TOTAL
1985	811.341	655.538	141.944	1/608.823
2000	486.284	404.303	116.089	1.006.676
Variation	- 325.057	- 251.235	- 25.855	- 602.147

Ce tableau montre que la diminution du nombre d'ayants-droit est imputable d'abord aux enfants et secondairement aux adultes d'âge actif. L'explication n'est pas à rechercher dans le vieillissement de la population mais, pour les enfants, dans l'affiliation préférentielle des enfants au régime général dont le taux de remboursement était jusqu'à présent plus élevé et, pour les adultes, dans le développement du taux d'activité des femmes, avec le plus souvent affiliation au régime général. L'alignement du ticket modérateur à compter du 1er janvier 2001 devrait permettre au régime de retrouver une partie de sa population naturelle d'enfants.

L'organisation financière du régime

La CANAM considère que les recettes provenant de l'effort contributif des assurés financent à 97 % les dépenses de soins et de gestion administrative. Les 3 % restants et les importants transferts en dépenses, notamment la compensation démographique, sont financés par la contribution sociale de solidarité des sociétés, recette d'équilibre.

La convention d'objectifs et de gestion

Les objectifs « relativement mesurés » de la première convention d'objectifs et de gestion ne s'expliquent pas seulement par la nécessité de s'approprier une procédure nouvelle perçue par les CMR comme d'inspiration jacobine, mais en raison de l'avance prise par le régime dans les méthodes de contrôle de gestion. Antérieurement à l'ordonnance de 1996 instituant les COG la CANAM a, de sa propre initiative, mis en place une gestion pluriannuelle par indicateurs. Cette méthode de gestion est utilisée, d'une part, pour distribuer 2 % de la masse salariale à travers l'accord triennal d'intéressement du personnel à compter de 1993 et, d'autre part, pour affecter 5 % des dotations de gestion des organismes conventionnés à travers les contrats d'objectifs en application du décret du 22 juillet 1994.

Pour la médecine conseil, tous les services du contrôle médical des CMR, depuis 1995, produisent un recueil mensuel et un récapitulatif annuel d'activité par points ISA (Indicateur Synthétique d'Activité) suivant une classification des différents domaines d'activité essentiellement l'expertise médico-sociale (EMS) et les actions de gestion du risque (GDR), classées en 3 rubriques en fonction du but des différentes actions. Cette connaissance de l'activité des services médicaux par points ISA a permis de définir dans le cadre de la COG des objectifs contractuels quantifiés d'évolution d'activité pour chaque service de contrôle médical, objectifs prenant en compte la situation de départ et d'assurer le suivi des réalisations par rapport aux objectifs.

Pour le contrôle des revenus, la CANAM rappelle que la COG indique : « Le contrôle des revenus comporte principalement la vérification a posteriori de la concordance des déclarations fiscale et sociale et, pour l'assiette de la CSG et de la CRDS, le contrôle des cotisations déclarées ». L'objectif d'appariement avec les fichiers fiscaux a été atteint rapidement, avec un taux d'appariement de 82 % dès la campagne de contrôle des revenus de 1997, ce qui représente une novation majeure dans l'attente de la suppression de la déclaration sociale des revenus.

La Cour reproche au régime de n'avoir pas « mis en place les instruments qui lui permettraient, par exemple, d'effectuer un suivi des entreprises radiées ». La CANAM observe que si l'on devait contrôler toutes les radiations (235 000 en 1999), il serait matériellement impossible à chaque CMR d'effectuer un suivi de chaque entreprise radiée, sauf à revoir considérablement à la hausse les effectifs d'agents du régime.

Pour les délocalisations à l'étranger, l'article 7 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 a mis un terme aux locations gérances fictives. Ainsi, désormais, sont soumis à cotisations et contributions sociales les revenus de location gérance lorsque la personne concernée adopte dans une SARL le

statut de gérante minoritaire ou égalitaire en exerçant une activité professionnelle sans être rémunérée.

Pour l'amélioration du taux de recouvrement des cotisations, la CANAM pense que pour apprécier la performance du régime, il faut procéder à une comparaison avec les résultats obtenus par l'ORGANIC, la CANCAVA et les URSSAF. On constate alors que le régime maladie est l'un des deux réseaux les plus performants.

La Cour mentionne bien les facteurs favorables à l'amélioration du taux de recouvrement, principalement la bascule progressive de la moitié du taux des cotisations sur la CSG maladie. La CANAM signale les facteurs défavorables, notamment la régularisation des cotisations issue de la loi Madelin et la déconnexion entre le paiement des cotisations et l'ouverture du droit aux prestations, votée en 1999 et effective à compter du 1er janvier 2000.

Alors que la période sous revue est principalement caractérisée par la montée en puissance suivie du déclin de la CDCA, organisation de contestation violente de la solidarité obligatoire, la CANAM souligne les efforts consentis et les risques pris pour parallèlement faire évoluer la législation, attaquer en justice la tête du mouvement en mettant en cause son financement et faciliter grâce aux fonds d'action sanitaire et sociale le retour à la légalité des assurés trompés. Cette expérience douloureuse a montré à la CANAM comment les lenteurs de la police et de la magistrature peuvent se conjuguer pour réduire les chances de confondre les auteurs d'actions criminelles, comme l'incendie de la CMR d'Aquitaine.

On peut aussi rappeler l'inadaptation de la réglementation à la nature des revenus indépendants. Ces revenus sont à la fois instables dans le temps et connus a posteriori. Cette inadaptation est créatrice d'un effet de ciseaux dommageable à la pérennité de l'entreprise, chaque fois que les charges obligatoires calculées sur les bénéfices d'une bonne année sont exigibles au cours d'un exercice moins favorable. C'est pourtant en partie le souci d'apporter une solution à ce problème important qui est à l'origine des douze propositions communes de l'ACOSS, de l'ORGANIC, de la CANCAVA et de la CANAM.

Pour le délai de liquidation des prestations, la Cour note son amélioration de 6,9 jours en 1995 à 6,0 jours en 1999. Mais elle observe que « cette amélioration reflète imparfaitement une évolution de ce délai plus contrastée selon les organismes conventionnés ». L'analyse peut être complétée par le tableau suivant :

Années	Délai moyen de liquidation (hors DOM)	Fourchette
1994	7,34 jours	1,09 à 19,50 jours
1995	6,87 jours	1,09 à 17 jours
1996	6,38 jours	1,50 à 16,06 jours
1997	6,60 jours	1,80 à 14,82 jours
1998	6,53 jours	1,58 à 11,10 jours
1999	5,56 jours	1,58 à 17,56 jours
2000	5,99 jours	1,58 à 18 jours

Ces résultats remarquables obtenus par les organismes conventionnés paraissent à l'inverse témoigner de la robustesse des performances, si l'on se souvient que l'année 2000 est fortement perturbée par la mise en place de la couverture maladie universelle, par l'extension des indemnités journalières de maladie aux commerçants ainsi que par les premiers effets de la réduction du temps de travail.

La Cour se demande ensuite si les résultats exemplaires obtenus par certains O.C. pour le taux d'anomalies dans la codification des actes « ne sont pas dus à une insuffisance des contrôles exercés par les caisses régionales sur les organismes conventionnés ». La CANAM observe que sur 95 OC ayant choisi cet indicateur en l'an 2000, seuls 8 OC présentent un taux d'anomalie égal à 0. En 1999, sur 271 contrôles effectués par les CMR dans les OC en matière de liquidation et de versement des prestations, 187 contrôles ont porté sur la codification des actes.

Pour la maîtrise des coûts de gestion, la Cour affirme que « la démarche engagée pour maîtriser l'évolution des coûts de gestion et les homogénéiser s'appuie sur des indicateurs très partiels et n'a dégagé au cours de la période examinée par la Cour que des résultats peu convaincants ».

Les dispositions destinées à l'encadrement des dépenses au niveau du régime figurent au point 1 du titre VI de la COG ainsi qu'à ses annexes I à III. Elles fixent les algorithmes d'évolution des fonds nationaux, notamment la croissance nulle des effectifs en équivalents temps plein et la croissance nulle en francs courants des dépenses de fonctionnement hors personnel et hors amortissement. Ces dispositions sont bien entendu strictement respectées.

Pour la répartition plus équitable des moyens entre les caisses du régime et la réduction de la dispersion des coûts de gestion, les objectifs de la COG sont fixés au point 2 du Titre VI. La CANAM utilise à cet effet conjointement deux séries d'indicateurs. La première série porte sur la répartition entre les caisses des agents relevant de la convention collective et des praticiens conseils statutaires, étant rappelé que les frais de personnel représentent environ 67 % des frais de fonctionnement. La seconde série

d'indicateurs porte sur la répartition des dépenses de fonctionnement hors personnel et hors amortissement, soit près de 18 % du fonctionnement. Ce concept a été retenu car, une fois les ressources humaines réparties, les dépenses de cette nature constituent le seul bloc de dépenses pour lesquelles les directeurs de caisses disposent d'une certaine marge de manœuvre à l'échéance de la COG. Pour comparer le plus équitablement possible les CMR entre elles, la CANAM a exclu les loyers pour ne pas pénaliser les trois CMR locataires. La CANAM a ensuite constitué des groupes homogènes de CMR suivant le nombre d'assurés, en respectant les catégories de caisses au sens de la convention collective des agents de direction du régime. Le but consistant ici exclusivement à réduire la dispersion des coûts de gestion entre CMR, la médiane du coût par assuré pour chaque catégorie de CMR a été retenue pour cible. Il est naturellement possible de discuter de la pertinence de cet indicateur de dispersion, au numérateur comme au dénominateur, ou encore de la méthode de constitution des groupes homogènes de caisses. On ne peut pas en revanche reprocher à cet indicateur de dispersion d'être mal adapté à la réduction des coûts de gestion puisque tel n'est pas son but, le strict respect des normes nationales d'évolution des dépenses étant garanti par ailleurs.

Pour la réduction de la dispersion des coûts de gestion entre les CMR, la CANAM a pris les mesures nécessaires pour se rapprocher de la cible fixée par les contrats pluriannuels de gestion lors de la notification des budgets 2001. Les notifications budgétaires traduisent un resserrement sensible des écarts de coût par assuré tant à l'intérieur de chaque catégorie de caisses que d'une catégorie à l'autre.

La CANAM s'interroge sur l'intérêt d'investir dans des méthodes plus sophistiquées pour répartir une enveloppe nationale inférieure à 150 MdF.

Alors que la COG comporte des engagements non seulement de la CANAM mais également de l'Etat, ces derniers ne sont pas examinés par la Cour.

Le contrat d'intéressement

Le tableau des résultats globaux présenté par la Cour peut être complété par l'année 1993 pour laquelle le coefficient de performance s'établit à 0,637 avec un pourcentage de masse salariale distribuée de 1,27 % et une prime moyenne de 2.387 F. L'intérêt de la complétude de la chronique est de montrer la chute du coefficient de performance chaque 1^{ère} année du contrat triennal, qui s'explique par le relèvement progressif des exigences à chaque nouvelle génération de contrat.

Constatant que, par avenant agréé le 29 décembre 2000, le mode de calcul de l'un des indicateurs du contrat d'intéressement a été modifié pour

l'avenir en cours de contrat, la Cour estime qu' « une telle pratique retire une partie de sa signification à la démarche visant à combiner intéressement et amélioration des performances ».

Le contrat d'intéressement du personnel applicable en 1999 comporte 8 indicateurs. Pour le taux de recouvrement des cotisations, l'indicateur est égal à la valeur au 31 décembre de l'année n du taux de recouvrement global des appels se rapportant aux années n, n-1, n-2, n-3, et n-4. Pour fixer les objectifs à atteindre pour les années 1999, 2000 et 2001, la CANAM devait faire une prévision sur la valeur, au 31 décembre de chacune de ces années, du taux de recouvrement de chacun des cinq « rangs » n, n-1, n-2, n-3, et n-4. Dans sa méthode de prévision, la CANAM a commis une erreur manifeste pour le rang n-1. Le taux de recouvrement de n-1 a été impacté à la baisse par la procédure de régularisation des cotisations issue de la loi Madelin de 1994 qui s'est traduite par une rupture de chronique à partir de 1996. De manière trop volontariste, la CANAM a calculé les prévisions du rang n-1 pour les années 1999, 2000 et 2001 par régression linéaire sur les réalisations de 1988 à 1995 inclus, en écartant les réalisations 1996, 1997 et 1998, ce qui revenait à faire l'hypothèse exagérément optimiste que les réalisations rattraperaient dès 1999 la tendance observée antérieurement à l'entrée en vigueur de la loi Madelin.

Le tableau suivant compare les réalisations aux prévisions avant et après l'avenant du 28 juin 2000.

Taux d'encaissement du rang n-1 au 31 décembre de l'année n
(DOM inclus)

Année	Réalisations	Prévision initiale	Prévision après avenant
1995	95,03		
1996	90,98 (1)		
1997	92,21		
1998	93,05		
1999	93,92	96,03	--
2000	93,62	96,27	94,27
2001	nd	96,51	94,97

(1) Rupture de chronique résultant de la loi Madelin

L'avenant a substitué à la régression linéaire neutralisant l'effet loi Madelin l'objectif consistant pour la métropole à retrouver le niveau atteint en 1995 dès 2000. L'expérience a montré que cet objectif révisé était lui-même encore trop ambitieux. Contrairement à l'affirmation de la Cour, l'avenant n'a pas porté atteinte à la combinaison de l'intéressement et de l'amélioration des performances. En revanche, la barre des objectifs a été deux fois de suite fixée trop haut, à un niveau irréaliste. Si un reproche peut

être formulé à l'endroit de la CANAM, c'est plutôt d'avoir fait preuve d'une ambition excessive, dans un domaine où la rupture de chronique rendait les prévisions plus aléatoires.

La Cour poursuit en regrettant l'absence d'harmonisation des calendriers respectifs de la COG, du contrat d'intéressement du personnel et des contrats d'objectifs des OC. La CANAM partage ce regret mais constate que les calendriers respectifs des trois instruments sont fixés par des textes indépendants, article L 611-6-1 du code de la sécurité sociale pour la COG, article L 441-1 du code du travail pour l'intéressement, arrêté du 21 avril 1998 pour les contrats d'objectifs des OC.

Les effectifs

Pour les agents relevant de la convention collective, la Cour observe que depuis 1995, « l'impact de la baisse sensible du nombre des bénéficiaires du régime sur l'activité des CMR n'a ainsi pratiquement pas été prise en compte ».

Pour les missions inchangées sur la période considérée, l'essentiel des travaux de masse réalisés par les agents des CMR relevant de la convention collective consiste en l'immatriculation, la collecte des revenus, le calcul des cotisations, les interventions en faveur des débiteurs. Entre 1995 et 1999, les évolutions respectives des indicateurs représentatifs de l'activité des C.M.R. et du nombre d'agents convention collective sont les suivantes :

(DOM inclus)	1995	1999	%
Assurés actifs	1.263.763	1.305.8581	+ 3,3
Avis d'appel	3.412.404	4.034.3161	+ 18,2
Agents convention collective (CANAM + C.M.R.)	1.441	1.438	-0,2

Pour les organismes conventionnés chargés du recouvrement des cotisations et du versement des prestations, les indicateurs pertinents sont les suivants :

(DOM inclus)	1995	1999	%
Bénéficiaires	3.213.544	3.064.5817	- 4,6
Feuilles de soins	43.100.000	52.800.0100	+ 22,5
Avis d'appel	3.412.404	4.034.3116	+ 18,2
Agents	3.352	3.270	- 2,4

La période retenue par la Cour n'a plus qu'un intérêt historique. Aux missions traditionnelles se sont ajoutées la montée en charge progressive de

la gestion du risque, le développement des tâches informatiques en CMR et, pour les travaux de masse, les missions relatives aux indemnités journalières d'assurance maladie (environ 60.000 dossiers par an) et plus encore à la couverture maladie universelle. (environ 125.000 bénéficiaires, avec une complexité de traitement des dossiers certaine). Le passage aux 35 heures renouvelle entièrement le sujet tant pour les CMR que pour les OC.

Congés et absences

La CANAM considère qu'il faudrait comparer la situation des congés et absences dans le régime avec celle d'institutions similaires.

La Cour observe en premier lieu que « le nombre d'absences a crû » sur la période 1995-1999. Le tableau suivant permet de quantifier l'évolution :

En % du nombre de jours travaillés	Congés payés	Article 32	Maladie A.T.	Maternité	Autres motifs	TOTAL
1995	10,95	0,46	4,61	1,70	2,47	20,19
1996	10,89	0,45	4,00	1,59	2,15	19,14
1997	11,04	0,41	4,32	1,54	2,35	19,66
1998	11,18	0,44	4,25	1,88	2,89	20,64
1999	10,94	0,39	4,81	1,85	3,37	21,36

Le tableau montre une légère croissance des absences de 1,15 points, imputable à hauteur de 0,9 point au poste « autres motifs ».

D'après un sondage réalisé par la CANAM, sur plus de 1 200 agents (pour un total de 1 441 agents convention collective), la croissance du poste « autres motifs » est due pour plus de 73 % au développement des congés de longue durée (congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé sans solde).

En résumé, pour l'analyse des relations sociales dans le régime, la Cour choisit une approche pointilliste et sélective qui se conclut par des observations contestables sur l'intéressement du personnel, les effectifs et l'absentéisme, alors que les sujets centraux sont constitués, du point de vue de la CANAM, par l'analyse des facteurs d'évolution de la masse salariale, le gel de la valeur du point depuis novembre 1997, la réduction de la durée du travail, l'obsolescence de la classification et la problématique de sa refonte.

Le réseau des CMR et des OC

Cette partie est issue des travaux des COREC et CODEC auxquels la CANAM n'a pas accès, ce qu'elle déplore.

Pour la taille critique des organismes conventionnés (OC), la tendance au regroupement des OC se poursuit. Des 258 OC assureurs et mutualistes qui existaient en 1970, il n'en reste plus en 2001 que les 2/3 soit 166 OC. Certaines entreprises ayant passé convention avec plusieurs CMR, les 166 OC ne représentent que 92 entreprises. Sous l'impulsion de la CANAM, les solutions informatiques des OC ont été regroupées en six centres informatiques à la place des 52 ateliers informatiques préexistants.

Les petites CMR présentent par définition un taux d'encadrement plus élevé. La CANAM constate que la liste des CMR est fixée par décret. La caisse nationale s'efforce de promouvoir la création de synergies entre CMR, à travers par exemple la création de services dentaires inter-CMR, soit entre deux régions voisines (ex : Haute et Basse Normandie) soit à l'intérieur d'une région administrative lorsqu'il existe par exception 2 CMR dans la même région (ex : Provence et Côte d'Azur). Force est de constater l'attachement des administrateurs élus à la géographie administrative du régime et la faiblesse des coûts de gestion en valeur absolue. Dans trois régions administratives (Nord-Pas-de-Calais, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte-d'Azur), il existe deux caisses régionales. En faisant l'hypothèse que les économies d'échelle résultant de leur suppression permettraient d'économiser entre le quart et le tiers du coût des trois CMR « surnuméraires », le régime aurait fait en 2000 une économie de gestion comprise entre 13,7 et 18,3 MF, soit 0,7 % à 0,9 % du total des frais de gestion administrative du régime, OC inclus.

Revenant sur les effectifs du régime, la Cour écrit : « Les moyens en personnel des CMR paraissent confortables ». La CANAM rappelle que les observations des COREC et des CODEC portent sur les exercices antérieurs à 2000. Elles ne tiennent donc compte ni de la couverture maladie universelle, ni de l'extension des indemnités journalières aux commerçants, ni surtout de la mise en place des 35 heures pour lesquelles les autorités de tutelle n'ont accepté de compenser la perte d'environ 6,5 % de la masse des heures travaillées qu'à hauteur de 70 %, situation d'autant plus difficile à gérer que les effectifs des caisses sont réduits, l'effectif moyen d'une CMR s'élevant à 44 agents après création de postes pour CMU et 35 heures.

Pour les contrats d'objectifs conclus entre les CMR et les OC, qui gouvernent l'attribution d'une majoration conditionnelle des dotations de gestion dans la limite de 5 % suivant les résultats de 10 indicateurs, les COREC et CODEC soulignent le caractère « globalement positif » du dispositif mais aussi quelques effets pervers : « des OC aux performances médiocres sont récompensés pour des progrès parfois faciles à obtenir, des OC très performants doivent au contraire toujours faire mieux même si certains objectifs, une fois atteints, ne peuvent être que difficilement améliorés ».

Le premier effet pervers était surtout sensible au moment de la mise en place du dispositif, en raison de la nouveauté des indicateurs et aussi de la volonté de faciliter l'assimilation d'une réforme. Pour prévenir le second effet pervers, l'arrêté du 21 avril 1998 a prévu la fixation d'un niveau maximum d'exigence défini au niveau régional, dans la limite d'une valeur optimale nationale fixée par la CANAM.

Pour les relations informatiques entre les CMR et les OC, il est exact que les CMR n'ont pas d'accès direct aux fichiers de gestion des OC, et réciproquement. Les fédérations nationales d'OC sont les défenseurs vigilants de l'indépendance informatique des OC. Cette situation constitue un facteur de complexité certain pour la gestion des projets informatiques. Elle a sans doute constitué jusqu'à présent un handicap pour les gains de productivité et le meilleur service rendu à l'utilisateur. Dans le cadre de la préparation du schéma directeur informatique pour les années 2002-2005, la CANAM étudie comment la technologie Internet permettrait d'occulter pour l'utilisateur, et aussi pour les agents des CMR et des OC, l'existence de plusieurs systèmes d'information autonomes.

La recommandation de la Cour

La Cour propose notamment de « réexaminer les effectifs de l'ensemble CANAM et CMR, eu égard à la baisse du nombre de bénéficiaires ». Comme il a été indiqué plus haut, l'activité des CMR est beaucoup plus corrélée, pour les missions administratives classiques, à l'évolution du nombre d'assurés actifs qu'à celui des bénéficiaires. Pour la période examinée par la Cour, la CANAM rappelle la croissance du volume des activités traditionnelles des CMR auxquelles s'ajoutent la montée en charge des missions de gestion du risque et de médecine préventive non examinées par la Cour. La recommandation est surtout devenue obsolète en raison de l'extension des missions des CMR (indemnités journalières des commerçants et couverture maladie universelle) et plus encore du passage aux 35 heures.

Conclusion de la CANAM

Les observations de la Cour portent principalement sur la gestion administrative des ressources consacrées à certaines des missions d'un régime d'assurance maladie, telles qu'elles existaient déjà il y a une trentaine d'années au moins.

Dans ce champ, les constats sont sélectifs et fréquemment fragiles. L'analyse des causes est le plus souvent absente ou superficielle. Le commentaire est facilement négatif.

II – Les régimes de retraite des professions indépendantes non agricoles

REPONSE DE L'ORGANISATION AUTONOME NATIONALE DE L'INDUSTRIE ET DU COMMERCE

En ce qui concerne les relations avec les assurés, le choix des objectifs a été effectué de manière partenariale avec les autorités de tutelle.

La réalisation rapide de certains objectifs ne s'explique pas seulement par l'amélioration de la qualité de la gestion mais aussi par des facteurs exogènes telle que la croissance économique qui a directement eu pour conséquence d'améliorer les taux de recouvrement des cotisations.

De même, la qualité des résultats ne doit pas être attribuée à la seule timidité des objectifs mais à la réduction conséquente des effets du mouvement contestataire sur le niveau du recouvrement.

Lorsque ont été fixés les objectifs retenus dans la COG (fin 1996 début 1997), les résultats des restes à recouvrer sur les cotisations de l'année s'étaient sensiblement dégradés. Les premières améliorations des résultats en 1996 et surtout en 1997 ne permettaient pas alors d'apprécier s'il s'agissait d'un résultat exceptionnel ou d'une amélioration durable.

En ce qui concerne le matériel et les applications informatiques, l'orientation prise par ORGANIC vers les systèmes ouverts est déjà en grande partie achevée puisque, au regard de son schéma directeur 1996 – 2001 se terminant bientôt, les composants suivants ont déjà fait l'objet d'une mise en service :

- Infocentre (outil Business Objects sous environnement UNIX et base de données relationnelle ORACLE) : opérationnel depuis juillet 1998 ;
- Architecture Windows NT dans les caisses (l'ensemble du personnel au niveau national dispose de serveurs, PC, imprimantes, scanners, suite bureautique Microsoft) opérationnelle depuis mars 2000 ;
- Nouvelle application de gestion des dossiers et des tâches intégrant la production de courriers personnalisés, la gestion électronique de documents, le routage et le suivi de tâches pour l'ensemble des utilisateurs des caisses (développée en Visual Basic sous base de données relationnelle ORACLE) : opérationnelle depuis mars 2000 ;
- Nouvelle application de Gestion Financière et Comptable sous UNIX (progiciel MASTERPIECE et COMPUTER ASSOCIATE) : opérationnel depuis juillet 2000 ;

- Site INTERNET : opérationnel depuis octobre 1999 ;
- Nouvelle application ACR (Adhésions–Carrières–Recouvrement) sous UNIX et base de données relationnelle ORACLE assurant la gestion des comptes COTISANTS en remplacement des applications sous GCOS 7 BULL est mise en service le 16 juillet 2001.

On peut dès lors considérer qu'à ce jour, plus de 60 % de l'informatique du régime est gérée dans les environnements systèmes ouverts.

L'ensemble des objectifs du schéma directeur informatique 1996/2001 est d'ailleurs atteint, puisque tous les projets prévus auront été réalisés dans la période, (à l'exception de la refonte de la paie pour laquelle il a été décidé, faute de propositions suffisantes lors de l'appel d'offres lancé, de la repousser dans le futur schéma directeur informatique).

Mais il est vrai que certaines livraisons ont connu quelques retards ou surcoûts par rapport aux objectifs initiaux. Les raisons en sont :

- une couverture fonctionnelle des applications mises en œuvre plus large ou plus riche en données que celle prévue à l'origine, en raison de l'énoncé de besoins fonctionnels ou organisationnels complémentaires par les utilisateurs étroitement associés aux projets ;
- une sous-évaluation par le cabinet conseil en système informatique de l'époque, des charges initiales, par manque de précision de certains travaux ;
- une complexité technique des solutions retenues dont certaines, bien qu'à l'état de l'art aujourd'hui, étaient peu éprouvées en début de projets et donc peu maîtrisées, tant par ORGANIC que par ses prestataires.

Pour autant, les développements pour enrichissement des applications sous GCOS 7 durant cette période, hormis le passage à l'an 2000 sur les applications cotisants et paie, étaient cependant bien prévus initialement dans le schéma directeur. En effet, il aurait fallu, pour les éviter, anticiper cette évolution vers les systèmes ouverts dès le début des années 1990. Or, à cette époque, de telles technologies étaient loin d'être éprouvées et les équipes informatiques d'ORGANIC étaient par ailleurs accaparées par l'unification du système informatique dans le régime (intégration des caisses disposant de solutions informatiques alors non gérées par le centre informatique de la caisse nationale).

En ce qui concerne le personnel informatique, au cours du présent schéma directeur, hormis pour les développeurs, l'ensemble des actions de formation des informaticiens nécessaires à une prise en charge et à une gestion pérenne des nouvelles solutions techniques a été prévu et assuré.

En effet, indépendamment des sessions de formation spécifiques dispensées par les éditeurs, de nombreuses formations ont été effectuées directement en interne, sous forme de monitorat ou d'immersion dans les équipes de l'intégrateur. Par ailleurs, un certain nombre de chantiers, en particulier ceux relatifs à l'exploitation, ont été réalisés directement par le personnel d'ORGANIC.

Cet ensemble de mesures fait qu'aujourd'hui ORGANIC assume bien seul la gestion des solutions déjà mises en service (Infocentre, informatique locale, gestion des dossiers et des tâches, gestion financière et comptable).

Pour la nouvelle application ACR, il a été prévu une organisation à deux niveaux :

- pour les divisions architecture (administrateurs systèmes, réseau et bases de données) et production, la prise en charge de la solution sera assurée dès la mise en service du 16 juillet ;

- pour les développeurs et en raison des charges de maintenance de l'application actuelle et des travaux de cette équipe pour la mise en service d'ACR (opérations de fiabilisation et de migration des données GCOS 7 vers ACR), les actions de formation et d'immersion ont été positionnées au-delà de cette mise en service. Un dispositif a été arrêté avec l'intégrateur à cet effet, pour que le transfert de compétences soit achevé fin février 2002 (soit deux mois après l'achèvement du schéma directeur informatique). A cette date ORGANIC assurera donc dans sa globalité la gestion de son système informatique.

Au regard des effectifs d'informaticiens du centre informatique national (60 personnes) et de l'ensemble des activités qui y sont traitées, le recours à des prestataires externes s'avère indispensable. En raison du coût induit, le renforcement en contrats à durée indéterminée est effectivement à privilégier.

Cette stratégie a été initiée au cours du schéma directeur informatique 1996/2001 avec l'embauche au total de 8 contrats à durée indéterminée. Toutefois, ceci n'aboutit de fait qu'à compenser l'incidence réelle du passage aux 35 heures. Il faut donc poursuivre dans cette voie pour les prochaines années sous réserve de l'obtention de créations de postes et à condition que la politique salariale soit en adéquation avec le marché de l'informatique.

Le projet de grille en cours de discussion avec la tutelle devrait apporter un début de réponse aux difficultés rencontrées aujourd'hui dans ce domaine. Mais il devrait être amendé, en particulier pour favoriser l'embauche d'informaticiens très qualifiés et expérimentés.

Il faudra cependant toujours disposer d'une marge de prestataires pour absorber les pics d'activité, en les cantonnant aux travaux non stratégiques. Une première réflexion a déjà été menée sur ce thème par anticipation sur le futur schéma directeur informatique 2002/2006 et il est prévu pour les prochains mois de sous-traiter les activités suivantes :

- centre d'appels utilisateurs (appel d'offres en cours) ;
- tierce maintenance applicative des actuelles applications du service des participations extérieures et prestations afin de dégager les ressources internes sur leur future refonte (appel d'offres en cours) ;
- réalisation de la maintenance corrective et évolutive des nouvelles applications (ACR, GDT) sur la base de spécifications élaborées par les équipes d'ORGANIC.

*REPONSE DE LA CAISSE AUTONOME DE COMPENSATION
D'ASSURANCES VIEILLESSE DES ARTISANS*

L'analyse de la Cour n'appelle aucune observation particulière.

CHAPITRE XI**L'ADMINISTRATION DES ORGANISMES****I – Les marchés passés par les organismes de sécurité sociale***REPONSE DU MINISTRE DE L'AGRICULTURE ET DE LA PECHE*

Bien que les contrôles effectués par les COREC et CODEC n'aient pratiquement pas concerné les organismes de MSA, la recommandation de la Cour tendant à la nécessité d'une transposition rapide des évolutions réglementaires applicables aux marchés de l'Etat à la réglementation des organismes de sécurité sociale devrait trouver dès 2001 application pour les organismes de mutualité sociale agricole.

En effet, le projet d'arrêté interministériel en cours d'élaboration portant règlement sur les marchés des organismes de sécurité sociale vise dans son champ d'application les organismes de MSA.

*REPONSE DE L'UNION DES CAISSES NATIONALES DE
SECURITE SOCIALE*

L'UCANSS se rallie aux observations de la Cour figurant dans son rapport ainsi qu'à ses recommandations. Elle souhaite cependant apporter les précisions sur les points suivants :

- signaler à la Cour l'existence d'ambiguïtés dans le cadre juridique régissant les marchés des organismes de sécurité sociale, source de confusions et de mauvaises applications involontaires ;

- informer la Cour des actions entreprises par l'UCANSS, en direction des organismes de bases, en matière de formation, d'information et d'assistance juridique ;

- alerter la Cour sur la nécessité de consacrer par voie réglementaire son rôle historique de centrale d'achat, afin de se mettre en conformité avec la réglementation communautaire ;

- attirer l'attention de la Cour sur l'inadaptation des dispositions réglementaires existantes régissant le contrôle de légalité assuré par les DRASS, avec un contrôle efficace des marchés ;

- informer la Cour de la mise en place par une caisse nationale et l'UCANSS d'un dispositif qui a pour objectif de réduire d'une manière conséquente les délais de paiement, et donc le risque pour les organismes de devoir verser des intérêts moratoires.

Existence d'ambiguïtés dans le cadre juridique régissant les marchés des organismes de sécurité sociale

L'article L.124-4 du code de la sécurité sociale dispose que les fournitures, les travaux et les services passés par les organismes privés de sécurité sociale « *font l'objet de marchés dont le mode de passation et les conditions d'exécution respectent les garanties prévues en matière de marchés de l'Etat* ».

La rédaction actuellement en vigueur de cet article L.124-4 est issue de l'article 24 de la loi n°94-637 du 25 juillet 1994. Dans la version précédente du même article, le législateur prévoyait que ces contrats « *font l'objet de marchés dont le mode de passation est celui prévu pour les marchés de l'Etat d'un égal montant et dans les mêmes cas* ».

L'UCANSS considère que cette modification législative survenue par la loi de 1994 est fondamentale, puisqu'elle coupe le lien étroit qui existait entre les marchés de l'Etat et les marchés des organismes de sécurité sociale (identité de mode de passation, identité de seuils ...) pour créer une catégorie nouvelle de marchés, celle des marchés passés par les organismes privés de sécurité sociale, qui respectent les « *garanties* » des marchés de l'Etat, c'est-à-dire les principes fondamentaux d'égalité d'accès et d'égalités de traitement des entreprises, ainsi que la transparence des procédures. Combinée aux dispositions de la loi n°91-3 du 3 janvier 1991 modifiée, la modification en juillet 1994 de l'article L.124-4 sus-cité prend toute sa dimension, puisque la loi de 1991, qui regroupe les dispositions législatives de transposition des directives communautaires en matière de marchés publics, a clairement distingué trois catégories « d'adjudicateurs publics » qui sont l'Etat et ses établissements publics, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, et enfin les entités privées sous contrôle public. Selon les critères mentionnés à l'article 9 de la loi de 1991 modifiée, les organismes de sécurité sociale ayant la personnalité civile rentrent indiscutablement dans cette troisième catégorie.

Malgré les dispositions de la loi de 1991, et malgré la modification législative de 1994, le ministère chargé de la sécurité sociale s'est contenté d'une lecture restrictive de l'article L.124-4, en confirmant l'identité des seuils avec ceux applicables aux marchés de l'Etat, et en excluant toute comparaison avec les marchés des collectivités territoriales.

L'arrêté de 1995 est en cours de réforme afin d'une part, se mettre en harmonie avec le nouveau code des marchés publics promulgué par décret n°2001-210 du 7 mars 2001, et d'autre part, prévoir un dispositif qui assure une harmonisation permanente avec les dispositions du code des marchés publics. La dernière version du projet d'arrêté préconise un renvoi

systematique aux dispositions du nouveau code des marchés publics applicable aux marchés de l'Etat.

L'UCANSS soutient ce choix du ministère et souhaite qu'il soit maintenu, mais émet des réserves quant au renvoi aux dispositions des marchés de l'Etat sans aucune autre précaution particulière. Il conviendrait que le Conseil d'Etat soit sollicité afin de clarifier le cadre juridique régissant les marchés des organismes de sécurité sociale et de pallier, avant la promulgation de la réforme de l'arrêté de 1995, tant aux difficultés pratiques d'application identifiées par l'UCANSS, que du risque d'un éventuel recours pour excès de pouvoir pour non respect de dispositions législatives.

Actions entreprises par l'UCANSS

La plupart des organismes de sécurité sociale, essentiellement de taille modeste, ne dispose pas d'un service spécialisé affecté à la passation et au suivi des marchés. Ces derniers ne cessent de se complexifier et la réglementation les régissant évolue en permanence.

L'UCANSS a mis donc en place une plate-forme de services spécialisés à destination des organismes de sécurité sociale. Parmi ces services il convient de citer :

- les outils méthodologiques développés par l'UCANSS et mis à la disposition des organismes, dont des guides pratiques régulièrement actualisés, un logiciel système expert (SEREM) développé par l'UCANSS, et une base documentaire en texte intégral déjà diffusée en accès libre sur Internet.

- les experts juridiques et techniques qui apportent assistance et conseils juridiques aux organismes qui les sollicitent.

- la formation professionnelle : l'UCANSS revoit entièrement le dispositif existant concernant les contrats et marchés, elle organise dès septembre 2001 une large campagne de formation sur la réforme de la réglementation des marchés, où environ 1500 stagiaires seront formés en l'espace de 8 mois. A l'issue de cette campagne, une nouvelle filière est conçue par l'UCANSS avec un parcours complet de formation aux métiers de l'achat public (formation de base, approfondissement, spécialisations).

Par ailleurs, l'UCANSS lance l'idée de la constitution d'un observatoire économique de l'achat des organismes de sécurité sociale analogue à l'observatoire prévu à l'article 135 du nouveau code des marchés publics. Il convient de signaler qu'il n'existe toujours pas de recensement économique des marchés passés par les organismes de sécurité sociale et que cet observatoire pourrait, entre autre, assurer cette mission.

Nécessité de prévoir par voie réglementaire la mission d'acheteur de groupe assurée par l'UCANSS

L'UCANSS exerce depuis sa création une fonction d'acheteur de groupe dans le domaine des imprimés. L'UCANSS passe des marchés nationaux et les organismes de base ont la possibilité soit de s'approvisionner par l'UCANSS, sans nouvelle mise en concurrence, soit passer eux même leurs marchés. Il n'existe aucune disposition législative ou réglementaire qui prévoit expressément cette fonction de l'UCANSS.

Or depuis la transposition de la directive « services » (loi n° 97-50 du 22 janvier 1997), pour que les bénéficiaires soient exonérés de l'obligation d'une nouvelle mise en concurrence, il est exigé que des dispositions législatives ou réglementaires confèrent à une personne désignée le droit exclusif pour assurer ce type de mission (cf. art 10-1 de la loi n° 91-3 du 3 janvier 1991 - et article 3 paragraphe 2 du nouveau code des marchés publics).

Pour que l'UCANSS puisse continuer à assurer en toute légalité sa mission de centrale d'achat d'imprimés, il est désormais impératif qu'un texte législatif ou réglementaire soit pris en ce sens.

Inadéquation des dispositions existantes avec un contrôle efficace par les DRASS des marchés

Les dispositions relatives au contrôle effectué par les DRASS figurant dans le code de sécurité sociale sont peu compatibles avec un contrôle efficace des procédures de marchés. Les règles du code concernent le contrôle des décisions du conseil d'administration. L'UCANSS a mené avec la DRASSIF une réflexion sur ce problème, et il en résulte qu'il convient de s'inspirer des règles prévues au code des marchés publics pour le contrôle de légalité effectué par les Préfets sur les marchés passés par les collectivités territoriales (les règles de contrôles prévues dans ce code pour les marchés de l'Etat (contrôles du contrôleur financier et des différentes CSM) étant inapplicables aux marchés des organismes de sécurité sociale.

Les procédures de paiement et les intérêts moratoires

Certaines procédures mises en œuvre par certaines caisses nationales en matière de travaux soumis à autorisation de programme retardent d'une manière conséquente le paiement des décomptes des entrepreneurs ce qui génère en théorie l'obligation de paiement d'intérêts moratoires. De plus, le nouveau code des marchés publics, notamment son article 96 prévoit des dispositions plus contraignantes en matière d'obligation de paiement d'intérêts moratoires en cas de retard de paiement.

La CNAF a mis en place avec l'UCANSS de nouvelles procédures qui réduisent d'une manière conséquente les délais de paiement et donc le risque de devoir payer des intérêts moratoires.

*REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE
MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES*

Les conclusions des contrôles des COREC et des CODEC, exploitées par la Cour, sont parfaitement recoupées par les appréciations que peuvent porter les services compétents de la caisse nationale – en l'espèce la D.O.I – division des opérations immobilières -, qui a de surcroît l'avantage d'assumer, depuis sa création en 1984, le secrétariat commun de la CCMOSS, ce qui lui confère un statut d'observateur privilégié en matière de respect de la réglementation des marchés.

Globalement, dans les organismes de la branche maladie, la réglementation est plutôt bien connue, les procédures respectées, et pas seulement dans les "grosses caisses".

Certes, au travers de l'examen des résultats d'appels d'offres tant par les services – D.O.I – que par la CCMOSS pour les marchés justiciables de sa saisine, on peut constater certaines anomalies ou irrégularités qui pourraient effectivement être évitées, mais quasiment jamais d'irrégularités majeures pouvant relever du pénal, tel que le délit de favoritisme.

Ce sont surtout des dérives de procédures, liées à une mauvaise maîtrise du calendrier qui entraînent le recours abusif à des procédures d'exception – déclaration d'appel d'offres infructueux, invocation intempestive de l'urgence, recours fautif au marché négocié, ou plus couramment encore des irrégularités formelles – application à géométrie variable des critères de sélection ou de choix qui rompent le principe d'égalité entre les candidats ou les concurrents qui constitue le pilier d'une saine concurrence.

Dans ces conditions, il semble qu'on puisse complètement écarter les "intentions frauduleuses" ou les "graves négligences" pour en rester à la "méconnaissance", la connaissance insuffisante, ou "la mauvaise interprétation des dispositions réglementaires".

La suggestion d'une harmonisation des réglementations applicables aux marchés de l'Etat et à ceux des organismes de sécurité sociale est, à cet égard, tout à fait pertinente et elle a d'ailleurs été prise en compte par la tutelle puisque le nouvel arrêté appelé à remplacer celui du 9 mai 1995 reprend intégralement – à quelques spécificités près – les dispositions du

nouveau code des marchés publics qui entrera en application en septembre 2001.

L'organisation des procédures d'achat

Au-delà de l'existence ou non d'un véritable "service achats" ou d'une structure spécialisée, relevée par la Cour, qui se conçoit aisément en fonction de la taille des organismes, de l'absence de guide de procédures (en dehors des marchés de maîtrise d'œuvre et de travaux – guide de l'UCANSS -), ou de l'exclusion des marchés des dispositifs de contrôle interne, il convient de souligner que les organismes disposent d'un important soutien logistique de la caisse nationale, au travers du secrétariat commun de la CCMOSS.

Cette structure, qui est au service de l'ensemble des branches du régime général, a diffusé des circulaires d'application de tous les textes réglementaires – arrêté de 1984, arrêté modificatif de 1988, arrêté de 1995 et modifications du code des marchés publics – depuis 1984.

Il a produit pour la période 1985-1987 un rapport de fonctionnement de la CCMOSS, et tous les ans depuis 1994 un rapport annuel d'activité de cette instance qui reprend tous les points de doctrine et de "jurisprudence" traités au fil des exercices.

Il assume au quotidien, - par téléphone et le plus souvent avec confirmation écrite – un rôle de conseil juridique pour l'ensemble des branches et pour toutes les catégories de marchés, à la satisfaction des organismes demandeurs qui en font leur profit. On peut observer à ce propos que les questions posées descendent à un niveau de détail qui attestent sinon du sérieux, du moins du souci de professionnalisme de leurs auteurs.

Les différentes catégories de marchés des organismes de sécurité sociale

A l'instigation du Président de la CCMOSS, un recensement général de l'ensemble des marchés passés par les organismes de sécurité sociale relevant du régime général a été lancé en juillet 1999 dont les conclusions confirment celles de la Cour, quant au nombre relativement modeste de marchés passés dans la majorité des organismes.

La caisse nationale a repris cette initiative à son compte en juin 2001, pour la seule branche maladie pour obtenir des informations aussi précises qu'exhaustives sur cette question et notamment pour les UGECAM, nouvelles structures gestionnaires de nos établissements de soins, appelées par nature à passer de très nombreux marchés de toutes catégories, ce qui affirme la volonté d'encadrer ce secteur sensible.

A rebours de l'observation de la Cour, mais sans qu'il soit encore possible de donner de statistiques précises, il semble qu'aujourd'hui un très grand nombre d'organismes – notamment tous ceux qui ont sollicité le secrétariat de la CCMOSS – ont entrepris de lancer des procédures de marchés pour leurs dépenses de télécommunications.

Le respect des seuils de marchés

Sur l'observation des COREC et CODEC, constatant l'absence de passation de marchés au-delà du seuil réglementaire en vigueur, actuellement de 300 000 F, la caisse nationale ne peut que souligner l'extrême vigilance dont elle fait preuve dans ce domaine, notamment en matière de marchés de maîtrise d'œuvre ou de travaux, où elle invite les organismes au strict respect des procédures en proscrivant et sanctionnant tout laxisme.

Sur l'absence de marchés conclus ultérieurement, et dans ce cas regrettable, la caisse nationale ne peut que rappeler que de tels marchés, dits abusivement de régularisation, n'ont aucune valeur juridique ni comptable et qu'il vaut mieux développer des actions de prévention pour éviter de tels errements.

En ce qui concerne les seuils de publicité communautaire et les seuils de saisine de la CCMOSS, la caisse nationale confirme le respect quasi absolu de ces dispositions par l'ensemble des organismes.

Le fonctionnement des commissions des marchés

Hormis le caractère succinct et lacunaire des procès verbaux de commission très souvent dénoncé par l'IGAS dans le cadre des marchés soumis à la CCMOSS, la caisse nationale ne peut que confirmer le bon fonctionnement d'ensemble des commissions ou jurys de concours pour les dossiers soumis à son contrôle.

Sur l'observation du défaut de "marquage" des pièces contractuelles, pour empêcher une substitution ultérieure, on observera que cette sage précaution n'est peut être effectivement pas suffisamment appliquée, mais qu'aucun texte réglementaire ne la rend obligatoire.

Les contrôles des marchés des organismes

Le contrôle exercé par la caisse nationale sur les marchés de travaux et de maîtrise d'œuvre des organismes de la branche maladie est particulièrement strict pour toutes les opérations, qu'elles relèvent de la gestion administrative ou de l'action sanitaire et sociale, et il s'agit toujours

d'un contrôle a priori qui interdit toute notification de marché préalablement à l'accord de l'organisme national. Cette règle ne souffre aucune exception.

Il n'en va pas de même pour les DRASS, ainsi que le relève justement la Cour, même si certaines et pas seulement la DRASS d'Alsace – on peut citer la DRASSIF, la DRASS Nord-Picardie, PACA ou Aquitaine demandent des pièces ou informations supplémentaires préalablement à leur approbation. En revanche, il semble que dans d'autres directions régionales, l'approbation soit une pure formalité excluant tout contrôle a priori.

Sans que celui-ci soit rétabli de façon systématique, il paraîtrait souhaitable qu'il soit de nouveau pleinement exercé pour certains marchés de travaux, notamment quand l'opération dépasse un certain montant et que certains lots seulement sont justiciables de la saisine de la CCMOSS.

Le paiement des prestataires

La procédure de paiement des prestataires a été instituée pour optimiser la bonne gestion des crédits de paiement, permettre un suivi budgétaire très strict des opérations et de leur avancement et éviter des retours de crédits inutilisés à la caisse nationale au début de l'exercice suivant, puisque comptablement les avances reportées ne sont plus autorisées depuis de nombreuses années.

Cette règle – de bonne gestion – contraint les organismes à établir des prévisions de financement sérieuses et ne pose aucun problème à ceux qui sollicitent leurs "ouvertures de crédit" en anticipant sur le calendrier prévisionnel des travaux. Elles peuvent d'ailleurs être délivrées en une seule fois pour les opérations de modeste importance.

En ce qui concerne les décomptes généraux et définitifs, la règle du regroupement des décomptes de l'ensemble des entreprises peut sembler contraignante, en ce qu'elle pénalise les entreprises les plus diligentes – mais la même règle s'applique encore largement dans le privé -, mais pas plus que les situations de travaux en cours de chantier, elle ne donne lieu à paiement d'intérêts moratoires. Ceux-ci demeurent exceptionnels, et n'interviennent pratiquement que dans le cadre de contentieux, eux-même rarissimes.

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ALLOCATIONS FAMILIALES

Afin de permettre une amélioration du fonctionnement des CAF en matière de passation de marchés, la CNAF a agi dans plusieurs directions ces derniers mois :

1. La CNAF a participé activement à la refonte de l'arrêté de 1994. Ce nouveau projet, qui a été soumis au conseil d'administration de la CNAF le 10 juillet 2001, prévoit notamment :

- le renvoi systématique au code des marchés publics ce qui permettra aux CAF de bénéficier d'une réglementation et d'une jurisprudence toujours à jour ;

- la possibilité pour plusieurs CAF de se regrouper pour mandater l'une d'entre-elles afin de mutualiser des achats.

2. Le conseil d'administration de la CNAF a décidé la mise en place de pôles d'expertise dans les régions. Parmi ces emplois mutualisés seront créés deux postes de gestionnaires de patrimoine et un poste de responsable de marchés par « région CERTI ».

Ces trois agents par région CERTI seront à disposition des organismes de base pour réaliser leurs opérations immobilières et leurs marchés. Ils seront animés par des référents nationaux, avec un renforcement des équipes CNAF, qui leur permettront d'avoir un niveau d'information et de connaissance toujours à jour.

3. La CNAF va promouvoir, grâce aux postes mutualisés, la généralisation de la diffusion d'un logiciel expert sur les marchés dans l'ensemble des CAF.

4. Enfin, afin d'aider les CAF en matière de procédures de marchés, la CNAF souhaite généraliser la mise en œuvre de conventions de prix.

Il en est ainsi pour les procédures suivantes en cours pour l'année 2001 :

- | | |
|--|--|
| - Matériel informatique des CAF | - Marché national d'assurance |
| - Réseaux pour le transfert de données | - Diagnostic immobilier |
| - Location de machines à affranchir | - Logiciel de gestionnaire de patrimoine |

L'ensemble de ces dispositions devraient permettre une meilleure maîtrise des procédures de marchés surtout dans les caisses de taille petite ou moyenne.

*REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE
VIEILLESSE*

L'analyse de la Cour n'appelle aucune observation particulière.

*REPONSE DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE
SECURITE SOCIALE*

L'analyse de la Cour n'appelle aucune observation particulière.

II – Le fonctionnement des caisses régionales d'assurance maladie

*REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE
MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES*

Des organismes à la gestion complexe

La Cour relève la notification tardive des budgets, et des reports de crédit, particulièrement pour la branche maladie.

L'année 2000 est une année transitoire marquée par la signature de la convention d'objectifs et de gestion 2000-2003 ; ainsi ce n'est que le 11 juillet 2000 que le conseil d'administration de la CNAMTS a pu adopter le projet élaboré entre la CNAMTS et l'Etat.

Dans la perspective de la négociation de la dite convention, il est apparu opportun dans un souci de bon fonctionnement des organismes d'adopter une procédure transitoire en 2000.

En conséquence, la CNAMTS a notifié à chacun des organismes fin février, un budget provisoire correspondant à 80 % de leur budget exécutoire de l'exercice 1999. Cette dotation a permis aux organismes de réaliser les opérations dépassant celles découlant de l'application de la règle «des douzièmes provisoires» tant en autres comptes de la section de fonctionnement qu'en section d'investissement. Il a été précisé aux organismes que la base de calcul retenue pour l'évolution des charges de personnel pour les années 2000-2003 tiendrait compte de leur exécution constatée en 1999 pour permettre une gestion des ressources humaines ininterrompue, notamment en matière de mises en validation conventionnelles.

La notification définitive de la dotation de gestion administrative 2000 a été adressée à la fin du mois d'octobre, mais suite à la conclusion de la convention d'objectifs et de gestion en septembre 2000, l'ensemble des éléments constitutifs de la dotation de gestion administrative 2000 était transmis aux caisses régionales au cours de ce mois de septembre.

Les missions et priorités du service social qui relèvent effectivement des 2 branches maladie et retraite, font l'objet d'une circulaire commune aux deux caisses nationales : celles-ci s'attachent lors de la préparation des décisions à coordonner leurs demandes vis-à-vis de ce service (cf. circulaire du 20 mars 2001).

Il n'en demeure pas moins que de nouvelles orientations nationales ex : loi sur la PSD et ses conséquences sur l'ASS/PA en 1997 – 1998 et consécutivement, les sollicitations et engagements locaux dans l'un ou l'autre des domaines d'activité des services sociaux, peuvent provoquer des difficultés aux caisses pour concilier les priorités des 2 branches.

Ces dernières années la pression a été la plus forte du côté de la branche retraite, par contre l'impact de la loi sur la CMU n'est pas encore visible en termes de surcroît d'activité.

Un environnement institutionnel profondément remanié

En ce qui concerne la gestion des crédits FNPEIS affectés aux programmes régionaux de santé, il est rappelé que ceux-ci ont pour objet le financement d'actions multiples, elles-mêmes constitutives des PRS.

Ces actions sont portées par le réseau de l'assurance maladie (CPAM, CRAM, CGSS), pour certaines d'entre elles, les caisses ont pour mission de réaliser les actions pour lesquelles elles se sont engagées dans le cadre régional soit en collaboration avec un promoteur externe, soit dans certains cas de façon directe. Il n'entre pas dans le cadre des missions des URCAM, qui ne sont que des administrations de mission avec de faibles moyens en personnel, de porter elles-mêmes les actions constitutives de PRS et financées dans le cadre du FNPEIS.

Il a d'ailleurs été demandé à chaque caisse assurant le pilotage d'une action donnée, de veiller particulièrement au suivi de sa réalisation et à son évaluation.

Depuis 2001, les URCAM réalisent l'instruction des demandes et les hiérarchisent dans le cadre d'une enveloppe régionale dont elles ont connaissance a priori.

Nonobstant ce qui vient d'être évoqué concernant les missions du réseau assurance maladie coordonné par l'URCAM, il est bon de rappeler que les URCAM ne peuvent aujourd'hui recevoir de crédits du FNPEIS car la disposition législative qui les mentionnerait comme attributaire direct de crédits à ce titre n'existe pas.

L'action sanitaire et sociale maladie

Dans le cahier des charges ANAISS de 1992, il avait été prévu que les retours d'investissement attendus pourraient, s'agissant du service social s'exprimer en termes de résultats (production de données essentielles, allègement de tâches) et de gestion (émergence de marges de manœuvre pour accroître le niveau de la réponse sociale).

Une étude d'impact menée en 1997 a démontré contrairement à ce qui était attendu, que les gains de temps ont surtout profité aux assistants sociaux du fait de transferts de tâches des assistants sociaux sur les secrétaires, et de tâches nouvelles pour ces dernières (enregistrements des signalements).

Sur l'ensemble des tâches analysées des assistants sociaux et secrétaires, le gain annuel a été estimé à 40 ETP.

Néanmoins, certaines caisses dont les ratios étaient plus élevés que la moyenne, ont pu procéder à des transformations de postes de secrétaires en postes d'assistants sociaux avec le soutien de la CNAMTS qui avait affiché cet objectif de gestion.

La situation d'exception de la CRAMIF

Le surcroît d'effectifs du service social de la CRAMIF ne peut pas pour la CNAMTS être regardé en référence à son activité réelle puisque cette dernière ne dispose pas encore pour de multiples raisons, des statistiques d'activité du service social.

Le ratio secrétaires/assistants sociaux, cadres et autres personnels de la CRAMIF est de 1 pour 2.8 en 1998 (moyenne métropolitaine : 1 pour 2.4)

Concernant l'activité de liquidation des pensions d'invalidité, la CNAMTS ne dispose pas d'informations sur les délais de règlement des pensions.

Il n'existe aucun texte dans le code de la sécurité sociale permettant à une caisse d'allocations familiales de récupérer un indû sur une prestation en espèces maladie maternité ou sur la pension d'invalidité.

Le schéma mis en place par la CRAMIF, et ailleurs par d'autres caisses, repose, notamment, sur la lettre circulaire du ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale bureau H n° G 84-50 du 4 décembre 1984 et sur la lettre du même ministère adressée au directeur de la CNAF le 5 septembre 1984.

Ces lettres font référence à l'article 98 de la loi de finances pour 1983, qui a modifié l'article 35 I de la loi n°75 – 534 du 30 juin 1975, d'orientation en faveur des personnes handicapées, aux termes duquel les sommes trop perçues font l'objet d'un reversement par le bénéficiaire.

En étendant et en interprétant l'article 35-1 précité, le ministère a précisé que : « Les organismes débiteurs d'avantages de vieillesse ou d'invalidité peuvent donc verser directement aux organismes débiteurs d'allocations aux adultes handicapés les arrérages dus au titre de ces avantages, y compris l'allocation supplémentaire du FNS, pour la période durant laquelle le service de l'allocation aux adultes handicapés a été maintenu. » C'est ajouter au texte.

La compensation ainsi mise en place, sans l'écrire véritablement, sur la base de l'article 35 I précité semble donc sans fondement juridique.

Les dispositifs de compensation se fondent, également, sur les articles 1289 et suivants du code civil qui régissent la compensation .

La jurisprudence a admis la compensation judiciaire ou légale entre une dette de cotisations de sécurité sociale et une dette de la caisse envers son assuré – Cass. Soc. 8 février 1968, Cass. Soc.3 mars 1994. En revanche, la Cour de cassation a refusé la compensation légale ou judiciaire entre des prestations de natures différentes, en l'espèce un indu maladie retenu sur une rente AT – Cass. Soc. 27 mars 1985.

Compte tenu de cette dernière jurisprudence, il semble que la compensation entre un indu AAH versé par la CAF et des prestations Invalidité servie par la CRAMIF n'est pas conforme aux textes, s'agissant de personnes morales distinctes.

Ainsi, que ce soit par l'un ou l'autre de ses fondements possibles, la compensation actuellement mise en œuvre entre les CPAM (ou la CRAMIF) et les CAF est illégale.

Quant à la notion de subrogation, elle ne correspond pas au schéma décrit, il s'agit d'un mécanisme de compensation, dans lequel n'entre aucun schéma subrogatif entre la CRAMIF et la CAF.

*REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE
VIEILLESSE*

Pour ce qui concerne la prise en charge de la liquidation des retraites en agence, la Cour juge l'approche de la branche retraite prudente. Il convient toutefois de noter que la convention d'objectifs et de gestion pour la période 2001-2004 prévoit la liquidation de 40 % des premières demandes et la régularisation de 40 % des dossiers en agence au terme de la convention.

La gestion par portefeuille unique des contentieux, que la Cour souhaite voir développée, apparaît tout à fait pertinente ; il s'agit d'une tendance forte dans l'offre de services de la branche retraite à ses assurés, notamment au moyen de la personnalisation des relations avec les assurés et de la mise en place de l'interlocuteur unique.

Cette réforme a été engagée dès 1995 sur la région Ile-de-France. Sur la période de la convention d'objectifs et de gestion, qui couvre la période 2001-2004, cette politique sera amplifiée par la mise en place de services clientèle auprès de chaque caisse régionale.

Sur la politique d'action sociale de la branche vieillesse, la Cour relève que les aides à l'amélioration et à l'adaptation de l'habitat devraient faire l'objet d'une plus grande mise en concurrence des entreprises et d'une véritable assistance technique en faveur des personnes âgées.

Sur la première observation, il convient de noter que la branche retraite ne dispose pas d'un contact direct avec les entrepreneurs en charge des travaux d'amélioration de l'habitat, mais attribue les aides par l'intermédiaire de prestataires de services conventionnés, les PACT. Des réflexions seront engagées avec nos partenaires, dans le cadre des expérimentations de coordination départementale, pour améliorer le dispositif existant au moyen, par exemple, d'un aménagement des conventions sur la mise en concurrence des entreprises chargées des travaux.

Sur la seconde observation, il convient de rappeler le rôle de la branche retraite pour recentrer, en 1997, la prestation d'aide à l'amélioration de l'habitat sur l'adaptation du logement au handicap. Cet effort s'est notamment traduit par la mise en place d'une nouvelle nomenclature des travaux subventionnables et par l'organisation d'une large coordination entre les différents financeurs. Une fois déployé, ce dispositif, qui est en cours d'expérimentation, devrait favoriser notamment :

- la réalisation de travaux directement liés à la prévention et au traitement du handicap et de la dépendance ;

- la coordination, au niveau départemental, grâce à une instance d'étude pour les aides au logement regroupant les CICAS, le conseil régional, la direction départementale de l'équipement et les organismes régionaux de la branche retraite ;

- la mise en œuvre de la convention passée entre l'agence nationale pour l'amélioration de l'habitat, le ministère du logement et la CNAV.

REPONSE DE LA CAISSE REGIONALE D'ASSURANCE MALADIE D'ILE-DE-FRANCE

Les 600 MF évoqués par la Cour ne concernent pas le budget de la caisse régionale. Cette somme correspond approximativement à la totalisation des budgets des 17 établissements sanitaires et médico-sociaux.

Comme pour tous les établissements de santé, les dotations globales ou les prix de journée sont imputés non sur le fonds national de gestion administrative (FNGA) mais sur les dépenses des organismes de prise en charge.

La participation à l'ARHIF

S'agissant de la participation de la CRAMIF à l'ARHIF, la constatation de la Cour semble tenir au fait que l'ARHIF fonctionne essentiellement en groupes de projets associant les diverses composantes, administrative et médicale, de l'agence. De fait, la CRAMIF assure de réelles responsabilités opérationnelles, sensiblement accrues par rapport à la période antérieure :

- même si elle n'en assure pas la chefferie, elle est présente, dans tous les groupes de projets (projets d'établissement, contrats d'objectifs et de moyens, SROS ...);

- elle a, par ailleurs, développé diverses compétences qui lui permettent, au sein de l'agence :

. d'assurer le passage de la convention au contrat dans les délais prévus par l'ordonnance du 24 avril 1996 et gérer chaque année toutes les opérations de revalorisation tarifaire, d'assurer la gestion du PMSI, pour les 220 cliniques franciliennes ;

. d'assurer le retraitement comptable du budget de l'AP/HP - opération indispensable pour la détermination de la valeur du point ISA -, de prendre en charge les fonctions de rapporteur devant le CROSS d'Ile-de-France et le CNOSS, développer une expertise d'audit de la situation financière, pour les établissements publics ou assimilés ;

. de piloter le suivi de la mise en œuvre du SROS soins de suite et réadaptation (la tarification des soins de suite et de réadaptation déterminée par la CRAMIF a permis, entre 1997 et 2000, de faire passer de 680 à près de 3.000 le nombre de lits autorisés et de combler une partie du retard de l'Ile-de-France dans ce domaine), de concevoir et mettre à la disposition de tous les membres de l'ARH un outil d'analyse des flux de malades, de gérer l'unité régionale des études, enquêtes et contrôles, chargée de coordonner les travaux effectués par les membres de l'ARH, de concevoir et mettre en œuvre le site internet de l'ARH (ARHIF-NET), pour l'ensemble des établissements publics et privés.

L'effectif du service social

Comme pour les autres CRAM, l'effectif du service social a fortement diminué au cours des dernières années :

- entre 1995 et 2001 : 232 postes ont ainsi été supprimés, soit une réduction de près d'un quart de son effectif initial ;

- le nombre de secrétaires par rapport aux autres agents du service social correspond à la moyenne nationale calculée au 31/12/98 .

	Total des agents des services sociaux des CRAM	Agents de secrétariat travaillant dans les services sociaux	Ratio Secrétaires / Autres agents des services sociaux
Total des CRAM de France métropolitaine *	2 819,8	817,6	1 / 2,4
Total de la CRAMIF Exercice 1998	827	246	1 / 2,4
Total de la CRAMIF Exercice 2001	741	217	1 / 2,4

* Source CNAMTS – DAR – DSS – 11/04/2000

En outre, depuis une dizaine d'années, les fonctions des secrétaires du service social ont évolué : outre les tâches habituelles de secrétariat, elles assurent un accueil téléphonique et un pré-accueil physique de plus en plus conséquents.

La situation d'exception de l'assurance-invalidité

Le traitement des dossiers de pension d'invalidité au niveau de la CRAMIF présente un certain nombre d'avantages :

- un niveau d'expertise technique reconnu : la CRAMIF a été invitée à participer notamment à l'élaboration d'une part, d'un guide dans le cadre des règlements communautaires et d'autre part, du cahier des charges du projet national SCAPIN, nouveau système de liquidation et de gestion des pensions d'invalidité ;

- des opérations de suivi des dossiers à des fréquences très rapprochées ;
- une accélération du processus grâce aux différentes relances auprès des caisses primaires ;
- la lutte contre l'exclusion favorisée par l'action d'accompagnement d'un corps d'inspection des prestations invalidité.

Les retards dans la détermination des droits à pension

L'article R 341-9 du code de la sécurité sociale dispose que « la caisse statue sur le droit à pension après avis du contrôle médical dans le délai de deux mois à compter de... la date à laquelle la demande lui a été adressée par l'assuré ».

A la CRAMIF, les délais pour les dossiers relevant de la législation française, sont de 48,70 jours. En revanche, pour les dossiers relevant de l'Espace économique européen ou de conventions bilatérales, le délai est de 270,40 jours. Dans ce cas, en effet, le délai de traitement des dossiers inclut notamment le délai pour obtenir le rapport médical établi par l'institution étrangère ainsi que la décision du service médical régional, les pièces justificatives nécessaires transmises par les institutions étrangères, enfin la traduction des documents administratifs et médicaux assurée par le centre de sécurité sociale des travailleurs migrants.

D'une façon générale, indépendamment des rappels liés au traitement du courrier, l'ensemble des dossiers sans décision est examiné dans son intégralité toutes les trois semaines. Malgré les rappels effectués lors de ces opérations, dans un très grand nombre de cas, l'assuré social ne fournit pas dans un délai raisonnable les informations ou documents qui lui sont réclamés. Il met, de ce fait, la caisse régionale dans l'impossibilité de prendre une décision d'attribution ou de rejet dans son dossier et allonge d'autant le délai d'instruction.

Des ruptures de paiement peuvent se produire en effet, notamment dans le cas des :

- demandes directes puisque par nature à réception de la demande, la date d'effet est dépassée ;
- dossiers en provenance des CPAM qui sont transmis à la CRAMIF alors que la date d'effet de la prestation est déjà dépassée. Une étude, menée sur les demandes d'admission à l'invalidité reçues au cours de la période du 1^{er} décembre au 21 décembre 1998, soit 595 documents, faisait apparaître que 31,42 % d'entre eux étaient dans ce cas ;
- dossiers traités dans le cadre de l'EEE ou de conventions bilatérales.

Le fonds spécial d'invalidité

A l'attribution du fonds spécial invalidité, la caisse fait une enquête systématique notamment auprès du fisc pour connaître la situation patrimoniale de l'assuré, les déclarations des assurés étant souvent incomplètes ou erronées.

Les éléments recueillis (mobiliers et immobiliers) sont pris en compte (articles R 815-25 et R 815-28 du code de la sécurité sociale) pour le calcul du montant de l'allocation qui s'en trouve réduit d'autant (mais il faut noter que ces mêmes éléments n'étant pas pris en considération pour l'allocation adulte handicapé, l'assuré peut obtenir de la caisse d'allocations familiales ce qui a été retenu par la CRAMIF).

Par ailleurs, lorsque l'ensemble des biens excède 250 000 F, un dossier "recouvrement sur succession" est ouvert au service du contentieux de la CRAMIF pour lui permettre, dès information du décès soit par le service invalidité (avant 60 ans) soit par la CNAVTS (après 60 ans), de procéder à la récupération par opposition auprès du notaire en application des dispositions des articles L 815.12 et D 815-1 du code de la sécurité sociale.

Pendant de nombreuses années, la caisse en application de l'article R 815.47 du code de la sécurité sociale a inscrit des hypothèques sur les biens immobiliers d'un montant supérieur à 250 000 F. Le rapport coût/avantages de cette procédure s'étant avéré nettement négatif, il a été décidé de l'abandonner.

En effet, l'inscription d'hypothèque est une procédure :

- lourde : réquisition auprès de la conservation des hypothèques (coût 80 F), inscription d'hypothèque, surveillance et actualisation du dossier ;

- le plus souvent vouée à l'échec : en réaction à l'inscription d'hypothèque, les assurés manifestent généralement la volonté de liquider leur patrimoine et demandent à la caisse de procéder à la mainlevée de la saisie (sans recouvrement) ;

- sans intérêt : elle n'apporte pas de garantie supplémentaire de recouvrement par rapport à l'opposition sur la succession notifiée au notaire. De plus, si toute procédure de recouvrement sur succession est, de fait, discriminatoire envers les Français (incapacité d'obtenir des renseignements fiables et d'engager des procédures sur les biens à l'étranger), l'inscription d'hypothèque est pratiquement impossible à l'étranger.

L'AAH et le RMI

Effectivement la CRAMIF est subrogée dans les droits des CAF pour leur reverser les montants d'AAH perçus à tort. Elle reverse aux caisses d'allocations familiales les arrérages de la pension correspondant aux prestations versées par ces organismes après la date d'entrée en jouissance de la pension d'invalidité.

Elle le fait conformément aux dispositions d'une circulaire ministérielle de décembre 1984.

La caisse régionale sollicitera cependant auprès du ministère son avis sur la contradiction soulevée par la Cour, sachant que l'application de l'article L.821-1 faciliterait la gestion des dossiers à la caisse régionale mais au détriment des caisses d'allocations familiales qui seraient confrontées à la gestion d'indus supplémentaires.

CHAPITRE XII
L'ACTIVITE DES COMITE REGIONAUX ET
DEPARTEMENTAUX DES COMPTES DES ORGANISMES DE
SECURITE SOCIALE (COREC/CODEC)

I – L'activité des comités en 2000

REPONSE DU MINISTRE DE L'AGRICULTURE ET DE LA PECHE

La réflexion menée par les délégués de l'assemblée générale centrale de la MSA en 2001 les a conduits à l'adoption d'une résolution sur le regroupement des moyens des caisses qui préconise la mise en place de fédérations de caisses ou la constitution de caisses pluridépartementales afin d'optimiser les prestations fournies à leurs adhérents. Cette assemblée a également proposé l'élargissement des missions des associations régionales de caisses de MSA notamment à tous les aspects de la gestion du risque, de santé sécurité au travail, de la médecine préventive et au-delà.

La modification du règlement de financement des caisses telle qu'elle a été adoptée le 28 juin 2001 par l'assemblée générale centrale de la MSA prévoit la possibilité d'accompagner financièrement les caisses qui s'engagent dans la démarche de regroupement au travers de prêts ou éventuellement d'allocations spécifiques financées par le fonds institutionnel.

La concertation engagée entre les services du ministère de l'agriculture et de la pêche et la CCMSA pour la conclusion de la prochaine convention d'objectifs et de gestion pour les années 2002-2005 permettra de dégager les dispositifs incitatifs au regroupement des moyens des caisses. Des mesures législatives ou réglementaires pourront également accompagner l'adaptation du réseau des caisses aux contraintes démographiques et économiques auxquelles elles sont soumises et à la recherche d'une amélioration de la qualité des prestations offertes à leurs adhérents.

REPONSE D'ELECTRICITE DE FRANCE - GAZ DE FRANCE

L'analyse de la Cour n'appelle aucune observation particulière. On peut cependant souligner que les dernières négociations, menées à la demande des pouvoirs publics, ont abouti à la signature, le 23 janvier 2001, de la plate-forme sur l'évolution du régime complémentaire maladie des IEG. Cette plate-forme engage le régime sur la voie de l'amélioration de sa performance sociale par des mesures d'assainissement de sa gestion financière.

Un plan pluri-annuel de redressement du régime (2001/2005) a été négocié qui devrait permettre, par les économies sur les frais structurels de gestion, d'améliorer la situation financière du régime. La centralisation de la trésorerie du régime complémentaire des IEG devrait également conduire à une plus grande transparence financière et à une plus grande solidarité de l'ensemble du dispositif.

La plate-forme prévoit en outre que les remboursements du forfait hospitalier et des suppléments chambre individuelle seront dorénavant financés sur les fonds du 1 % des œuvres sociales et non plus sur les budgets du régime complémentaire.

Ces dispositions doivent être traduites dans des textes réglementaires (décrets et arrêtés interministériels) prochainement par les pouvoirs publics.

*REPONSE DU COMITE DE COORDINATION DES CAISSES
MUTUELLES ET D'ACTION SOCIALE DES INDUSTRIES
ELECTRIQUE ET GAZIERE*

Concernant le financement du forfait hospitalier et des suppléments pour chambre individuelle, ce dernier est depuis l'année 2001 assuré par une participation du 1 % - la plate forme signée pour 5 ans par les fédérations syndicales, le comité de coordination des CMCAS et les directions des deux établissements ne peut être assimilée à un plan de redressement, celle-ci alliant économies de gestion et améliorations des prestations versées aux bénéficiaires.

La profonde modification du système d'informations installé en CMCAS doit permettre dans un délai assez court de réduire très sensiblement les délais de transmissions des documents en particulier financiers et comptables aux organismes compétents.

*REPONSE DE LA CAISSE MUTUELLE COMPLEMENTAIRE ET
D'ACTION SOCIALE DES INDUSTRIES ELECTRIQUE ET
GAZIERE DU CALVADOS*

La dégradation de la situation financière de la caisse est due au manque de ressources : les cotisations étant paritaires, elles ne peuvent être augmentées de notre seule volonté.

Le fonds de compensation est statutaire, il permet d'équilibrer par un principe de solidarité les disparités dues à la population spécifique de chaque CMCAS. La signature de la plate forme entre les fédérations syndicales et les directions d'EDF et GDF en janvier 2001 doit permettre de régler

définitivement le problème du forfait hospitalier et des chambres particulières ainsi qu'assurer l'équilibre de notre régime particulier, à condition que les décrets à venir soient conformes à cette plate forme.

*REPONSE DE LA CAISSE MUTUELLE COMPLEMENTAIRE ET
D'ACTION SOCIALE DES INDUSTRIES ELECTRIQUE ET
GAZIERE DE LA MARTINIQUE*

L'analyse de la Cour n'appelle aucune observation particulière.

*REPONSE DE LA CAISSE MUTUELLE COMPLEMENTAIRE ET
D'ACTION SOCIALE DES INDUSTRIES ELECTRIQUE ET
GAZIERE DE LA REUNION*

L'analyse de la Cour n'appelle aucune observation particulière.

*REPONSE DE L'UNION DEPARTEMENTALE DES MUTUELLES
DE LA GUADELOUPE*

L'analyse de la Cour n'appelle aucune observation particulière.

*REPONSE DE LA MUTUELLE INTERPROFESSIONNELLE DE LA
REUNION*

La mutuelle interprofessionnelle de la Réunion, en liquidation judiciaire, n'a pu être jointe.

GLOSSAIRE

AAH	Allocation aux adultes handicapés
ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
AFDAR	Association féminine de développement agricole rural
AFEAMA	Aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AGED	Allocation pour la garde d'enfant à domicile
AGIRC	Association générale des institutions de retraite des cadres
AGS	Association pour la gestion du régime d'assurance des créances des salariés
ALF	Allocation de logement familiale
ALS	Allocation de logement à caractère social
AMD	Aide médicale départementale
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
APE	Allocation parentale d'éducation
API	Allocation de parent isolé
APJE	Allocation pour jeune enfant
APL	Aide personnalisée au logement
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARRCO	Association des régimes de retraite complémentaire
ARS	Allocation de rentrée scolaire
ASA	Allocation spécifique d'attente
ASF	Association de la structure financière
ASI	Allocation spéciale d'insertion
ASS	Allocation de solidarité spécifique
ASSEDIC	Association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce
ASSO	Administration de sécurité sociale
AT / MP	Accidents du travail et maladies professionnelles
AVPF	Assurance vieillesse des parents au foyer
BAPSA	Budget annexe des prestations sociales agricoles
BRC	Bordereau récapitulatif des cotisations
C3S	Contribution sociale de solidarité des sociétés
CADES	Caisse d'amortissement de la dette sociale
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAMR	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 artisanale

CANSSM	Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines
CARPINKO	Caisse autonome de retraite et de prévoyance des infirmiers, masseurs, kinésithérapeutes, pédicures-odologues, orthophonistes et orthoptistes
CASS	Code des assurances
CCMOSS	Commission consultative des marchés des organismes de sécurité sociale
CCMSA	Caisse centrale de mutualité sociale agricole
CF	Complément familial
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale
CIE	Contrat initiative emploi
CIN	Centre informatique national
CIPAV	Caisse interprofessionnelle de prévoyance et de vieillesse
CMCAS	Caisse mutuelle complémentaire et d'activité sociale
CMU	Couverture maladie universelle
CMUC	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNAVPL	Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales
CNBF	Caisse nationale des barreaux français
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNRACL	Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
CODEC	Comité départemental d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale
COG	Convention d'objectif et de gestion
COREC	Comités régionaux d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CRDS	Contribution au remboursement de la dette sociale
CREA	Caisse de retraite de l'enseignement, des arts appliqués, du sport et du tourisme
CREDES	Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé
CSB	Contribution sociale sur les bénéfices des sociétés
CSG	Cotisation sociale généralisée
CSS	Code de la sécurité sociale
C3S	Contribution sociale de solidarité des sociétés
DARES	Direction de l'animation de la recherche, de l'emploi et des statistiques

DCI	Dénomination commune internationale
DDTFPE	Direction départementale du travail, de la formation professionnelle et de l'emploi
DDTEFP	Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
DGCCRF	Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes
DGCP	Direction générale de la comptabilité publique
DGDDI	Direction générale des douanes et droits indirects
DGI	Direction générale des impôts
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
EPAS	Echantillon permanent des assurés sociaux
ETI	Employeurs et travailleurs indépendants
FASMO	Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé
FASTIF	Fondation d'action sociale pour les travailleurs immigrés et leurs familles
FCAATA	Fonds de cessation d'activité des travailleurs de l'amiante
FCAT	Fonds commun d'accidents du travail
FCATA	Fonds commun d'accidents du travail agricole
FCOSS	Fonds de compensation des organismes de sécurité sociale
FIDSAPE	Fonds d'investissement pour le développement des structures d'accueil de la petite enfance
FISAC	Fonds d'intervention pour la sauvegarde, la transmission et la restructuration des activités commerciales et artisanales
FIVA	Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante
FMC	Formation médicale continue
FMES	Fonds pour la modernisation sociale des établissements de santé
FNAL	Fonds national d'aide au logement
FAQSV	Fonds d'aide à la qualité des soins de ville
FMPC	Fonds de modernisation des cliniques privées
FNASS	Fonds national d'action sanitaire et sociale
FNE	Fonds national pour l'emploi
FNGA	Fonds national de gestion administrative
FNH	Fonds national de l'habitat
FNPAT	Fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles
FNPEIS	Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires

FNPSEIA	Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires des professions agricoles
FOREC	Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales
FORMMEL	Fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale
FPC	Formation professionnelle conventionnelle
FSI	Fonds spécial d'invalidité
FSPOEIE	Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat
FSV	Fonds de solidarité vieillesse
F2R	Fonds de réserve des retraites
HCCOSS	Haut conseil de la comptabilité des organismes de sécurité sociale
HLM	Habitation à loyer modéré
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRCANTEC	Institut de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques
LASMAS	Laboratoire d'analyse secondaire et de méthodes appliquées à la sociologie
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MCO	Médecine, chirurgie obstétrique
MIRCOSS	Mission interministérielle de réforme de la comptabilité des organismes de sécurité sociale
MNRA	Mutuelle nationale de retraite des artisans
MSA	Mutualité sociale agricole
MUTIM	Mutuelle des travailleurs indépendants de la Martinique
OC	Organisme conventionné
ODAC	Organismes divers d'administration centrale
ODASS	Organismes dépendant des assurances sociales
ODSV	Objectif des dépenses déléguées de soins de ville
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
OQN	Objectif quantifié national
ORGANIC	Organisation autonome nationale de l'industrie et du commerce
PACT	Protection, amélioration, conservation, transformation de l'habitat
PCI	Plan de contrôle interne
PIB	Produit intérieur brut
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PSD	Prestation spécifique dépendance
RMI	Revenu minimum d'insertion
SASV	Service de l'allocation spéciale vieillesse

SIR	Service informatique régional
SMIC	Salaire minimum interprofessionnelle de croissance
SMR	Service médical rendu
SNIRAM	Système national d'information inter régimes de l'assurance maladie
SNIR-EP	Système national inter régimes des établissements privés
SNV2	Système national de production-version 2
SRITEPSA	Service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricole
TACA	Taxe d'aide au commerce et à l'artisanat
TGAP	Taxe générale sur les activités polluantes
TIP	Titre interbancaire de paiement
TIPS	Tarif interministériel des prestations sanitaires
UDMG	Union départementale des mutuelles de la Guadeloupe
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
URSSAF	Union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales
Vmad	Visite de maintien à domicile