
RÉPONSES DES ADMINISTRATIONS

ET DES ORGANISMES

PREMIERE PARTIE**CHAPITRE V****LES ACTIONS DE CONTRÔLE DES COMITES REGIONAUX
D'EXAMEN DES COMPTES DES ORGANISMES
DE SECURITE SOCIALE (COREC)****I – Les contrôles des COREC en 2002***REPONSE DE LA DIRECTION GENERALE DE LA COMPTABILITE
PUBLIQUE*

Il est indiqué dans le chapitre XI, consacré aux actions de contrôle des COREC (point I, A-2 « les contrôles réalisés ») que le taux de contrôle des organismes de sécurité sociale est en retrait sensible (49,4 % contre 60,5 %). Il conviendrait à mon sens de pondérer ce résultat en faisant apparaître le maintien (voire l'accroissement) de la mobilisation des rapporteurs des trois corps associés en terme de temps passé sur les contrôles (préparation des interventions et rédaction des rapports incluses). S'agissant des auditeurs du Trésor Public, leur mobilisation, mesurée en jours/hommes, a cru de 10 % en 2002.

*REPONSE DE LA CAISSE GENERALE DE SECURITE SOCIALE
DE GUADELOUPE*

Une mission spécifique est organisée en 2003 en commun avec les organismes nationaux pour parvenir à apurer dans la comptabilité des CGSS et des caisses nationales ces écritures comptables anciennes liées à la mise en place des lignes territoriales. Les efforts sont poursuivis pour apurer les autres situations à redresser qui sont maintenant très peu nombreuses par rapport au travail déjà accompli.

L'amélioration des délais de production des états de développement de solde et le renforcement de la maîtrise des procédures de vérification interne font l'objet d'un programme d'actions au niveau de l'agence comptable sur les années 2003/2004.

Des défauts persistent dans le suivi et la mise à jour des fichiers assurés. En effet ce problème, que la CGSS de la Guadeloupe n'est pas la

seule à connaître, a donné lieu, pour la branche maladie en particulier, à l'ouverture d'un chantier sur la gestion du RNIAM dans les unités de travail concernées.

La CNAM a récemment fait le point sur ce dossier suite à l'audit mené dans les CPAM sur la gestion des fichiers assurés et a donné des instructions quant aux travaux à conduire dans les organismes avant fin 2003.

Sur la production d'indus, il est vrai que le nombre et le montant des indus ont brutalement augmenté en 2001 et 2002 lors de la reprise du passé liée à la montée en charge du nouveau logiciel PROGRES. Cependant l'appréciation doit être révisée car il s'avère que la CGSS Guadeloupe au vu des indicateurs publiés par la CNAM en janvier 2003, se situe dans la fourchette basse des caisses pour le taux d'indus avec 1,43 % (de 2,03 % à 8,34 % pour l'échantillon des caisses) et dans la fourchette haute pour le taux de recouvrement des indus dans l'année : 80,79 % (de 45,20 % à 99 % pour l'échantillon des caisses).

*REPONSE DE LA CAISSE MUTUELLE COMPLEMENTAIRE ET
D'ACTIVITE SOCIALE DE BAGNEUX N° 618*

La CMCAS de Bagnex n° 618 ayant fait l'objet de procès verbaux de carence et d'un sursis à statuer, nous vous assurons que le nouveau conseil d'administration et le personnel consacre toute son énergie à régler la situation de retard à laquelle nous sommes confrontés.

Notre objectif est d'avoir rattrapé cet important retard au quatrième trimestre 2003, avec l'engagement de tenir à l'avenir les calendriers réglementaires, comme nous y a enjoint le comité de coordination des CMCAS.

Nous vous remercions de la compréhension dont vous avez fait preuve à notre égard et qui nous permet aujourd'hui de normaliser notre fonctionnement.

*REPONSE DE LA CAISSE MUTUELLE COMPLEMENTAIRE ET
D'ACTIVITE SOCIALE DE BOULOGNE SUR MER*

La Cour souligne la déficience de la gestion de notre caisse mutuelle. Or, le rapport d'examen des comptes 2001/2002 effectué par le COREC de la Région Nord-Pas-de-Calais indique qu'il n'y a pas d'irrégularités dans notre gestion. Hormis quelques points d'organisation à

rectifier, l'inspecteur de cet organisme avait proposé d'émettre un avis favorable assorti de recommandations.

De plus, le déficit que constate l'ensemble des CMCAS sur le territorial national est lié aux cotisations paritaires employeurs/salariés et l'augmentation de cette cotisation est assujettie à l'autorisation des directions générales d'EDF et à la tutelle.

Quant à la gestion administrative, notre CMCAS respecte les orientations du comité de coordination des CMCAS, organisme chargé de veiller aux respects des règles en vigueur.

REPONSE DE LA CAISSE MUTUELLE COMPLEMENTAIRE ET D'ACTIVITE SOCIALE DE METZ

Le conseil d'administration de la CMCAS de METZ a décidé, en sa séance du 19 septembre 2002, le transfert du financement du forfait journalier et du supplément pour chambre individuelle sur la gestion Activités Sociales (1 %) à compter du 1^{er} avril 2001.

II – Le contrôle interne dans les caisses d'allocations familiales (CAF)

REPONSE DE LA DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE

L'amélioration des dispositifs de contrôle interne dans les organismes de sécurité sociale constitue une priorité pour la direction de la sécurité sociale et tout particulièrement dans la branche famille compte tenu du volume des prestations liquidées. En outre, la DSS est attentive à cette question dans le cadre de la démarche de simplification des formulaires et des pièces justificatives dont elle constitue une contrepartie.

La convention d'objectifs et de gestion Etat/CNAF 2001-2004 prévoit en son article 20 l'élaboration d'une politique globale de maîtrise des risques qui concrétise l'importance du contrôle interne au sein de la branche. Cet objectif implique de construire un dispositif mettant en cohérence la maîtrise des processus, la vérification financière, le contrôle des allocataires et des tiers.

Le bilan de suivi de la COG réalisé pour l'exercice 2002 indique que la branche famille travaille à la mise en place d'un dispositif de maîtrise des risques articulant le contrôle interne, le contrôle externe et la démarche

qualité. Ce dispositif vise à décloisonner les différentes logiques de contrôle et à couvrir les risques financiers et de non qualité.

Ce travail a pris du retard et n'a pas permis de respecter l'échéance du 31 décembre 2002 fixée dans la COG. L'élaboration de la politique globale de maîtrise des risques est repoussée à fin 2003. Lorsque ce travail aura été réalisé, il sera décliné dans toutes les caisses.

Dans le cadre des COG, l'Etat incite les caisses à mutualiser les compétences au niveau régional. La création de pôles régionaux d'expertise ainsi que le référencement et l'assistance nationale au déploiement des bonnes pratiques prévus à l'article 19 de la convention d'objectifs et de gestion Etat/CNAF doivent faciliter la mise en commun des outils et des compétences de contrôle interne entre les caisses.

Au 31 décembre 2002, on comptait treize pôles mutualisés d'expertise. Ces expertises se répartissent en différents domaines (systèmes d'information, marchés, études, contrôle interne et immobilier).

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ALLOCATIONS FAMILIALES

Les difficultés de mise en œuvre

La CNAF prend acte des observations de la Cour. Comme le souligne le rapport, et conformément aux préconisations de la circulaire CNAF du 19 avril 2001, six régions ont créé une fonction mutualisée prenant en charge le contrôle interne. Une relance sera organisée en direction de toutes les régions, dès l'affichage de la doctrine institutionnelle en matière de maîtrise des risques.

Le contrôle interne est entré en concurrence avec d'autres priorités

C'est moins pour inadaptation des axes d'analyse au nouvel environnement informatique que pour une question de moyens que le contrôle interne a connu des difficultés durant la période de montée en charge de CRISTAL.

Il faut ajouter que CRISTAL a apporté des sécurisations supplémentaires dans les processus de production.

Enfin, selon les bilans établis par la CNAF, la diminution de l'activité de contrôle interne dans les CAF se situe surtout à partir de 2001, dès lors que la branche a annoncé la construction d'un dispositif institutionnel de maîtrise des risques en application de l'article 20 de la COG 2001-2004 (cf. tableau ci-dessous) :

Bilans annuels établis par la CNAF

Année	Nombre de processus analysés	Nombre de CAF concernées sur 123
1998	676	100
1999	595	100
2000	558	100
2001	330	66

Source : CNAF

L'analyse générale des risques est diversement appréciée

Avec le recul, il est apparu qu'au plan de la méthodologie, beaucoup de temps et d'efforts ont été consacrés à l'analyse au détriment du suivi. En 2002, la CNAF a diffusé aux CAF un outil destiné à leur faciliter le suivi des actions correctives mises en place suite aux analyses de processus.

Des résultats inégaux

Le contrôle interne a souvent été vécu dans les caisses comme une obligation venant s'ajouter aux autres actions de contrôle... un peu artificiellement. Ce faisant, la plupart des CAF se sont appropriées l'approche par l'analyse des risques et ceci constitue un acquis au moment où la branche travaille à la refonte de toutes ses actions de contrôle.

1. Les agences comptables restent attachées à leurs missions classiques : l'instruction de branche a laissé cohabiter nouvelles et anciennes logiques (cf. son annexe 1) avec des contrôles et des quotas obligatoires. Les agences comptables ont donné la priorité aux contrôles obligatoires.
2. Une implication variable liée à la taille de l'organisme : pour les petites caisses, la procédure d'analyse des activités s'est effectivement révélée lourde, mais la taille de la caisse ne constitue qu'un des éléments de l'implication des organismes dans la démarche.

Une nouvelle impulsion

Dans le cadre de l'article 20 de la COG 2001-2004, la branche famille s'est engagée à refondre l'ensemble de ses politiques de contrôles (contrôle interne, contrôle externe), de prévention des indus et de la fraude, de vérification comptable pour bâtir un dispositif transversal de maîtrise des risques, à la fois :

- Global et cohérent :
 - couvrant les risques financiers et de non qualité
 - décloisonnant les différentes logiques de contrôles

- Fondé sur la notion d'assurance raisonnable :
 - avec une hiérarchisation des risques
 - avec des sécurisations et des contrôles proportionnés aux risques et aux moyens de la branche
- Répartissant les rôles entre le national et le local :
 - dans la recherche des sécurisations
 - dans l'exploitation et la consolidation des résultats
- Lisible et dynamique :
 - donnant une vision claire de l'action de la branche en matière de maîtrise des risques
 - assurant un suivi de l'évolution des risques et des progrès accomplis par branche

Ce travail de refonte a été engagé avec la participation de représentants des CAF (ordonnateurs et comptables). Il doit déboucher sur un dossier finalisé à la fin de 2003. Ce dossier sera présenté à l'Etat.

Il comportera :

- un référentiel institutionnel des risques à maîtriser en priorité ;
- les politiques et modalités de sécurisation, de contrôle, de prévention à mettre en œuvre par la branche au moyen :
 - d'un plan de maîtrise des risques institutionnel ;
 - d'un plan de maîtrise des risques par la CAF ;
- les modalités, indicateurs de suivi et les outils ;
- des propositions d'adaptation de l'instruction de branche et d'évolution de l'action de la vérification financière pour mettre en œuvre ce futur dispositif.

Mutualisé à l'échelle institutionnelle, ce dispositif permettra d'alléger le travail de chaque CAF et notamment celles de petite taille en matière d'analyse et de référencement des risques. Parallèlement, la direction de l'animation du réseau à la CNAF a renforcé ses moyens en recrutant un expert « maîtrise des risques » chargé de l'animation du réseau des experts régionaux.

Dans sa conception même, le futur dispositif est de nature à répondre aux recommandations des COREC qu'il s'agisse :

- de l'actualisation des protocoles dans les CAF selon les responsabilités respectives de l'ordonnateur et du comptable ;

- d'une meilleure articulation entre contrôle interne et contrôle externe ;
- de la relance (plutôt du développement) d'une politique globale et homogène de maîtrise des risques dans la branche famille.

III – Le recouvrement amiable dans les caisses de mutualité sociale agricole

REPONSE DE LA DIRECTION GENERALE DE LA FORET ET DES AFFAIRES RURALES

Depuis 2001, une nouvelle source de financement des plans échelonnés de paiement a été mise en place : le fonds de solidarité des crises agricoles (FSCA) créé par la mutualité sociale agricole en juin 2001. Ce fonds vient en aide aux ressortissants des professions agricoles qui sont fréquemment victimes de crises conjoncturelles ou d'aléas climatiques qui affectent leurs revenus et leurs facultés contributives. Il est financé grâce aux excédents des réserves des caisses de MSA dont près de 40 % a été mobilisé dans le fonds de solidarité des crises agricoles. Ce fonds est géré par la caisse centrale de la MSA, dont le conseil central d'administration détermine le montant des avances faites au fonds par les caisses de MSA, les domaines éligibles à l'utilisation du fonds et les indicateurs de calcul des enveloppes de droit de tirage accordées aux caisses par le fonds. L'intervention du fonds prend la forme d'échéanciers de paiement des cotisations. Mais ces échéanciers de paiement des cotisations ne constituent pas des prises en charge. Le différé de paiement des cotisations financé par les dotations du fonds est de deux voire trois années.

53 caisses de MSA ont versé des avances au fonds de solidarité des crises agricoles pour un total de 110 M€. En 2002, les secteurs ayant fait l'objet d'intervention du FSCA ont été : l'élevage de bovins, le vin de consommation courante, les inondations du Sud-Est de la France ; les travaux forestiers, l'aviculture. En 2003, les secteurs d'intervention sont : les inondations du Sud-Est (6 M€), la crise porcine (3,2 M€), les fruits et légumes (8,3 M€).

Le retard de paiement ou de défaut de transmission des déclarations réglementaires entraînent la notification des majorations et pénalités de retard. Une pratique trop tolérante en matière de remise des majorations et pénalités peut cependant nuire à la crédibilité de la politique de recouvrement. La Cour avait déjà assimilé la remise automatique des majorations et pénalités à l'octroi d'un crédit gratuit dont le coût est supporté par la caisse seule. Les caisses l'ont bien compris qui ne remettent plus aussi

facilement que par le passé les majorations de retard en cas d'échéanciers de paiement.

Les observations de la Cour soulignent de manière générale l'absence, dans les caisses de MSA, d'une analyse de l'efficacité des procédures de recouvrement amiable et contentieux.

Le ministre de l'agriculture, de l'alimentation de la pêche et des affaires rurales estime que le recouvrement amiable doit être privilégié dans la seule hypothèse où il permet d'escompter un recouvrement plus rapide et plus efficace qu'en phase contentieuse. Il appartient donc aux caisses de mutualité sociale agricole d'adopter des actions de recouvrement amiable ou forcé en fonction du montant des créances, de leur ancienneté et de la nature des débiteurs, cette appréciation ne pouvant être que décentralisée.

Le ministre de l'agriculture de l'alimentation de la pêche et des affaires rurales considère néanmoins que bien qu'il ne peut être imputé précisément à l'efficacité des procédures de recouvrement amiable ou forcé, il n'en demeure pas moins que le taux global de recouvrement des cotisations dans le régime agricole est en phase d'amélioration constante depuis 1995.

Sur exercices en cours et antérieurs	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Taux de recouvrement global (salariés et non salariés)	91,67 %	92,16 %	92,58 %	92,46 %	92,47 %	93,70 %	94,02 %

Le ministre de l'agriculture de l'alimentation de la pêche et des affaires rurales observe que la mise en place d'une organisation propre au recouvrement amiable s'inscrivant dans des critères nationaux est rendue difficile par la disparité des contextes locaux qui portent leurs effets sur le recouvrement des cotisations notamment en cas de crise agricole sectorielle.

Il note que l'évaluation de l'efficacité du recouvrement amiable passe notamment par l'appréciation des coûts de gestion de cette procédure, appréciation qui ne deviendra opérationnelle qu'avec la mise en place et la généralisation de la comptabilité analytique.

Il fait siennes les recommandations de la Cour tendant à mener des actions en faveur de la mensualisation du recouvrement des cotisations.

Il convient néanmoins de laisser aux conseils d'administration la possibilité de fixer les dates d'appel de cotisations en raison de la disparité des activités agricoles et du rythme des ressources des exploitants. Mais cette variabilité des dates d'appel de cotisation doit rester cohérente avec le

calendrier national du versement des prestations et ne pas générer de problèmes de trésorerie ni pour les caisses ni pour le BAPSA.

En ce qui concerne la suggestion de la Cour tendant à l'accélération de l'envoi de la mise en demeure, le ministre de l'agriculture de l'alimentation de la pêche et des affaires rurales rappelle que la notification de cette mise en demeure est un acte de recouvrement important, puisqu'il permet d'éviter la prescription de la créance. Il est d'avis que les caisses harmonisent dans ce domaine leurs pratiques mais que les conseils d'administration et les directeurs de caisses doivent pouvoir conserver une marge d'appréciation de manière à prendre en compte les circonstances particulières de chaque débiteur tout en garantissant l'égalité de traitement entre les assurés sur l'ensemble du territoire.

S'agissant des recommandations de la Cour visant à doter les caisses d'outils informatiques permettant d'évaluer le recouvrement amiable ou encore à organiser un suivi des plus gros débiteurs susceptibles à eux seuls de modifier le taux de recouvrement, le ministre de l'agriculture de l'alimentation de la pêche et des affaires rurales rappelle que la poursuite de l'effort de recouvrement des cotisations sociales est une préoccupation constante des pouvoirs publics. Ainsi, la convention d'objectifs et de gestion pour la période 2002-2005 comporte des développements importants sur ce point et prévoit notamment la création d'un observatoire du recouvrement qui regroupera les données relatives aux résultats obtenus et aux procédures contentieuses engagées, étant précisé qu'un nouvel outil informatique sera utilisé par les caisses en 2003 et devrait accroître l'efficacité du recouvrement. Par ailleurs, les caisses de MSA se sont engagées à généraliser la planification de leurs actions de contrôle par le biais de plans pluriannuels de contrôle comprenant les objectifs de réalisation et les suites données aux contrôles. La caisse centrale a un grand rôle à jouer dans ce processus, puisqu'elle doit accompagner les caisses dans la conception de ces plans et proposer un rapport type de contrôle qui pourrait être utilisé dès 2003.

En outre, un décret n° 2002-1196 du 17 septembre 2002 a fixé de nouvelles obligations aux caisses de MSA sous l'angle de la politique de contrôle qu'il leur appartient de développer, avec l'objectif, par l'élaboration de plans de contrôle toujours plus pertinents, d'améliorer les taux de recouvrement des cotisations et des prestations indues à récupérer.

*REPONSE DE LA CAISSE CENTRALE DE MUTUALITE
SOCIALE AGRICOLE*

Le prélèvement mensuel

La CCMSA partage l'avis de la Cour sur l'intérêt de promouvoir la mensualisation du versement des cotisations. En revanche, concernant les entreprises de plus de dix salariés, elle souligne qu'il est nécessaire de distinguer le recouvrement des cotisations sur salaires, qui est de droit mensualisé pour les entreprises de plus de neuf salariés (article 2 du décret n° 76-1282 du 29 décembre 1976), et le recouvrement des cotisations personnelles qui dépend du décret n° 84-936 du 22 octobre 1984. Il n'existe pas de lien entre ces deux modes de recouvrement.

Les phases préalables et la lettre de rappel amiable

La phase amiable du recouvrement peut passer par l'envoi, par la caisse MSA, d'un agent de recouvrement qui n'a pas la qualité de contrôleur agréé et assermenté. Il convient autant que faire se peut, de limiter l'intervention des contrôleurs agréés et assermentés aux seuls contrôles sur place.

A la liste des principaux outils développés par la Cour dans son projet de rapport, la CCMSA suggère d'ajouter le fonds de solidarité des crises agricoles. Il s'agit d'un outil interne à la MSA créé lors de l'assemblée générale de la CCMSA le 28 juin 2001, qui vise à pallier, en partie, l'effet des crises agricoles, de manière collective (circulaires CCMSA n° 2002-024 du 29 avril 2002, n° 2002-047 du 29 juillet 2002, n° 2002-066 du 6 décembre 2002 et n° 2003-029 du 28 avril 2003).

**IV – La mise en place des unions pour la gestion des
établissements des caisses d'assurance maladie (UGECAM)**

REPONSE DE LA DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE

La direction de la sécurité sociale partage l'appréciation de la Cour sur la nécessaire évolution des unions et sur leur périmètre, qui devrait se traduire par des engagements et des objectifs spécifiques dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion qui sera négociée avec la CNAM à partir de juillet 2003.

Le rattachement aux UGECAM d'autres structures sanitaires et sociales doit faire l'objet de réflexions approfondies par la CNAM.

En ce qui concerne les établissements de la CNAM, ils devraient être juridiquement transférés aux UGECAM. Toutefois, ce transfert ne pourra être effectif que s'il est mis en place par un article de loi permettant aux établissements publics du régime général de transférer leurs biens immobiliers à des organismes de droit privé (un projet est actuellement en attente d'un support législatif).

Dans le cadre de la révision du protocole d'accord de la classification des employés et cadres des organismes du régime général, des travaux sont actuellement menés par la direction de la CNAM et les organisations syndicales représentatives des personnels des établissements sur une refonte de la grille des emplois des établissements englobant l'ensemble des métiers qui y sont exercés.

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES

Une impulsion pour la gestion et le pilotage

La Cour souligne que la mise en place des UGECAM a permis une remise à niveau des équipes gestionnaires d'établissements, une harmonisation des pratiques conventionnelles ainsi qu'un réel effort en matière immobilière.

Les efforts de mutualisation et de transfert de compétences accomplis et la capacité des UGECAM à s'inscrire rapidement dans les orientations des SROS et des schémas médico-sociaux revient à souligner l'apport des UGECAM dans l'amélioration de la réponse aux besoins par les établissements qu'elles gèrent.

La création des UGECAM a ainsi amplifié un recentrage sur des pôles d'excellence et impulsé des démarches nouvelles, ce qui correspond à l'objectif qui leur était imparti.

Une mise en œuvre prochainement parachevée

La Cour regrette que l'ensemble des transferts patrimoniaux n'ait pas été réalisé, que quelques maisons de retraite n'aient pas été transférées mais soient restées propriété des CRAM et que les œuvres de caisses n'aient pas fait l'objet d'un transfert vers les UGECAM.

S'agissant des établissements dont la CNAM est propriétaire, il convient de souligner que l'établissement public ne peut transmettre son patrimoine à titre gratuit à des établissements privés, ce que sont les UGECAM sauf autorisation législative expresse. Le texte préparé a été soumis aux autorités de tutelle compétentes à qui il appartient de le soumettre à l'adoption du Parlement.

Dans l'attente, la CNAM a conclu des conventions de gestion, renouvelables chaque année par tacite reconduction, avec chacune des UGECAM concernées.

S'agissant du transfert de propriété des maisons de retraite encore gérées par la CRAM du Nord, cette question devrait faire l'objet d'un règlement au cours de la prochaine COG 2004-2007. Seuls quatre établissements se trouvent dans cette situation atypique où une CRAM reste gestionnaire directe.

Enfin, dans le cadre des orientations stratégiques, qui ont été soumises au conseil d'administration de la CNAM à la mi 2003, il est proposé d'engager une réflexion de fond sur la place, le rôle et le statut des œuvres de caisses dont la gestion soulève nombre de problèmes communs avec les établissements sanitaires et médico-sociaux.

Des difficultés organisationnelles à résoudre

La CNAM partage avec la Cour l'analyse selon laquelle il est indispensable d'assurer aux UGECAM un financement suffisant et pérenne.

A ce propos, le rapport d'enquête de l'inspection générale des affaires sociales, publié en mars 1997 et relatif aux frais de siège des associations gestionnaires d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, rappelait en premier lieu combien l'existence de sièges capables d'assurer l'animation, la coordination et la dynamisation d'un réseau constituait un facteur positif permettant aux établissements non seulement de se développer mais aussi de s'adapter aux besoins des personnes et assurant un meilleur emploi des fonds publics.

Les inspecteurs y soulignaient « *l'inadaptation de la réglementation des frais de sièges, partiellement obsolète et relevant d'une conception étroite voire tatillonne, et donc sans grand intérêt pratique ainsi que mal adaptée aux enjeux actuels du secteur associatif dans les domaines sanitaire, social et médico-social.* » et démontraient que pour un certain nombre de structures centrales, l'équilibre budgétaire n'était obtenu que moyennant subventions. La CNAM partage cette analyse.

Afin d'y remédier et de donner aux sièges des UGECAM les moyens de leur action, la création d'un fonds de développement des UGECAM permettant dans un premier temps de renforcer le soutien financier aux sièges des UGECAM afin de leur permettre de mener à terme l'optimisation et la rationalisation de la gestion des établissements soit soumis au conseil d'administration de la CNAM d'ici la fin 2003. Dans un second temps et à l'issue de ce premier CPG, ce fonds aurait vocation à ne plus valoriser que les activités de tête de réseau des UGECAM et à accompagner les opérations de reconversion ou de développement des établissements.

Ceci suppose que les ARH et leurs autorités de tutelle acceptent de reconnaître le rôle et la place des sièges et donc une juste revalorisation des frais de siège.

Par ailleurs, le conseil d'administration de la CNAM devrait adopter également d'ici la fin 2003 des orientations stratégiques pour les UGECAM. Ces orientations devraient être reprises en substance au sein de la future COG entre l'Etat et CNAM puis déclinées au sein de contrats pluriannuels de gestion avec les unions, articulés autour trois axes :

- la qualité de service avec notamment pour indicateurs les procédures d'accréditation et/ou de certification engagée par les établissements sanitaires et médico-sociaux ;
- la participation à l'offre de soins dans le cadre de la politique de l'assurance maladie ;
- la mise en œuvre d'une gestion transparente et mutualisée notamment au regard de la gestion des ressources humaines, des fonctions logistiques, comptables et du système d'information.

Par ailleurs, la classification des emplois des établissements fait d'ores et déjà l'objet d'un examen spécifique dans le cadre des négociations engagées au sein de l'UCANSS sur la révision de la classification des personnels des organismes de sécurité sociale. Enfin, la stratégie opérationnelle prévoit la mise en œuvre de schémas directeurs des ressources humaines et de l'informatique spécifiques, permettant d'adapter les outils de gestion aux besoins des établissements sanitaires et médico-sociaux.

V – La formation des personnels de la sécurité sociale

REPONSE DE L'UNION DES CAISSES NATIONALES DE SECURITE SOCIALE (UCANSS)

Renforcement de la fonction formation dans les organismes

Le souci de professionnaliser la fonction formation dans les organismes a conduit l'UCANSS à expérimenter une formation au management des ressources humaines.

En vue de les aider à élaborer et à évaluer leurs plans de formation l'UCANSS propose aussi aux organismes :

- des logiciels élaborés avec un prestataire de conseil en formation (programme Systeval) ;

- de nombreuses sessions axées sur l'ingénierie de formation, l'achat de formation, la réforme du code des marchés publics (48 % de l'offre de perfectionnement exprimée en nombre d'inscriptions effectives).

Centres régionaux de formation

Développement de l'ingénierie de formation

La Cour a exprimé le souhait que les centres régionaux de formation privilégient, au détriment des formations *standard*, des actions adaptées aux besoins spécifiques de chacun des organismes acheteurs.

Afin de renforcer les compétences des équipes pédagogiques en ingénierie de formation, un dispositif de professionnalisation, comprenant 10 modules optionnels, est en cours d'organisation : 266 demandes de formation ont déjà été enregistrées dont 49 pour la session relative à l'évaluation de la formation.

Comptabilité analytique ; gestion et activité des centres

A la demande des centres de formation, l'UCANSS a chargé un groupe de travail de rédiger un cahier des charges en vue de mettre en place un dispositif de comptabilité analytique dès la fin de l'année en cours.

Mis à la disposition des centres en vue de contribuer à la modernisation de leur gestion, le logiciel Oasis est déjà utilisé dans 11 régions.

A partir des inscriptions enregistrées, il devrait aussi permettre d'obtenir des informations précieuses et inédites sur les destinataires et l'objet des formations dispensées à chaque catégorie d'organisme acheteur.

Durée des formations institutionnelles

La Cour relève que plusieurs organismes de la branche maladie proposent de réduire la durée des formations institutionnelles et notamment celle de la formation des responsables d'unité Performance.

L'UCANSS et les caisses nationales, qui fixent en partenariat le cahier des charges des formations institutionnelles, partagent le souci des organismes d'atténuer l'incidence des départs en formation de longue durée sur l'organisation des services.

Afin de limiter l'incidence des absences pour formation sur la disponibilité des agents, et d'alléger le coût des frais de mission, l'UCANSS conduit depuis plusieurs années des recherches et des expérimentations en matière d'individualisation de la formation, de management de la connaissance, de la formation à distance et, depuis l'année dernière de validation des acquis de l'expérience.

Individualisation de la formation

Dans le souci de réduire la durée de la formation tout en préservant son efficacité et son efficience, il a été décidé d'individualiser plusieurs dispositifs de professionnalisation :

Désormais, toutes les formations nationales dont la durée excède une semaine comprennent plusieurs modules : ainsi, par exemple, le dispositif de professionnalisation des responsables d'unité performance proposera bientôt dix cycles optionnels comprenant chacun une ou plusieurs sessions.

Management du savoir ; formation à distance

Depuis 2002, le site pédagogique Atout.net, mis à la disposition des organismes par l'UCANSS, permet aux agents de mettre à jour les connaissances acquises au cours d'une session de formation et d'échanger informations et expertise avec les autres participants.

Un dispositif de formation à distance, élaboré en partenariat avec la CNAMTS, devrait être expérimenté par, plusieurs caisses primaires d'assurance maladie dès février 2004.

Ce dispositif, destiné aux 500 à 600 techniciens formés chaque année par la branche maladie, devrait contribuer à réduire l'impact des départs en formation groupés et prolongés sur le fonctionnement des services.

Validation des acquis de l'expérience

L'UCANSS conduit une réflexion sur l'adaptation du dispositif légal de validation des acquis à plusieurs catégories de personnels - notamment : secrétaires, agents de maintenance, techniciens informatiques, administrateurs de réseaux - susceptibles d'obtenir le diplôme correspondant aux compétences qu'ils exercent effectivement.

Formation des responsables d'unité « performance »

La durée de la formation performance des responsables d'unité - neuf mois - constitue certainement une contrainte pour la caisse cédante du fait de l'absence ininterrompue du stagiaire pendant tout le cycle.

Toutefois, on peut observer, en contrepartie de cet inconvénient, que :

- l'investissement consenti s'inscrit dans une logique de réussite qui privilégie la formation en alternance, plus de 99 % des candidats étant de fait affectés, dès l'issue de leur formation, à l'emploi en vue duquel ils ont été présélectionnés ;
- la formation dispensée est très qualifiante puisqu'elle permet à des agents non diplômés, ou peu qualifiés, d'occuper, dès la certification de leur formation, un emploi exigeant des connaissances du niveau de la licence ;

- le dispositif - qui recouvre toutes les dimensions du métier et notamment la conduite du changement - contribue à adapter le management de proximité et la gestion des ressources humaines à l'évolution des missions des organismes et de leur contexte.

L'efficacité du dispositif a d'ailleurs fait l'objet de plusieurs évaluations - notamment une évaluation du transfert des acquis après la prise de fonction - qui ont confirmé les principes pédagogiques énoncés dans le cahier des charges initial validé par des représentants de chaque branche du régime général et approuvé par le comité national de la formation professionnelle.

La formation rencontre un réel succès auprès des organismes puisque chaque année une ou plusieurs centaines de candidats sont présélectionnés en vue d'un recrutement sur un poste de cadre de proximité : en sept ans, près de 10 % des emplois de responsables d'unité ont été pourvus par des lauréats du dispositif performance.

Dispositif « performance » de professionnalisation interne

La Cour souligne que les formations dispensées au personnel ressortissent à deux catégories principales ayant respectivement pour objet :

- d'apporter une culture institutionnelle et technique aux agents nouvellement recrutés ;
- d'assurer le perfectionnement et l'adaptation des personnels à l'évolution du contexte.

Si cette offre de formation représente effectivement entre 80 et 90 % de la formation dispensée dans les organismes (volume estimé à partir du tableau de bord de la formation professionnelle) les actions qualifiantes du dispositif performance permettent chaque année à une centaine d'agents d'acquérir une nouvelle qualification ou d'accéder à un nouveau métier sans priver les organismes de leur expérience, d'évoluer ou d'effectuer une reconversion au sein des organismes.

Ainsi, en 2002, les certifications « performance » relatives à huit métiers différents (auditeurs, conseillers en organisation, gestionnaires de patrimoine, informaticiens, responsables de ressources humaines, responsables de service) attribuées par l'UCANSS ont permis à 154 agents de se qualifier, d'évoluer ou d'effectuer une reconversion au sein des organismes.

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF)

La CNAF prend acte des observations de la Cour. La CNAF, prenant en compte à la fois l'évolution des métiers notamment du point de vue de la

relation de service, la réforme de l'UCANSS et la renégociation de l'accord de branche sur la formation professionnelle a renforcé sa collaboration avec l'UCANSS et les autres caisses nationales et restructuré ses moyens autour d'un pôle métiers.

Le plan d'action du pôle métiers de la CNAF, complémentaire aux actions de l'UCANSS et du réseau des CRF, porte sur les métiers et les compétences spécifiques au réseau des caisses d'allocations familiales (notamment techniciens conseils, agents de contrôle, travail social), sur les acteurs chargés de l'accompagnement des évolutions des métiers et des compétences (responsables RH et formation, concepteurs-animateurs de formation, tuteurs et moniteurs, encadrement).

Par ailleurs, une action expérimentale conduite avec une dizaine de caisses vise à consolider tant sur le plan méthodologique que technique les démarches locales de perfectionnement des métiers concourant à la production du service à l'allocataire.

REPONSE DU CENTRE REGIONAL DE FORMATION PROFESSIONNEL D'Auvergne

Cette surcotisation a été débattue lors du conseil d'administration du 9 octobre 1997, qui s'est déroulé dans un contexte particulièrement délicat puisque le devenir du centre était en cause en raison d'une situation financière extrêmement fragilisée. Elle résulte du souci du conseil de privilégier l'esprit de solidarité entre l'ensemble des organismes adhérents, et de le fidéliser.

Par ailleurs, le taux prévu aux statuts types ne permet pas de couvrir les charges fixes relevant d'un certain nombre de travaux (organisation de concours et examens institutionnels, participation aux travaux nationaux de l'UCANSS et aux réunions institutionnelles locales ou nationales). En effet, il est impossible de répercuter le coût de ces dépenses sur les prestations accomplies par les formateurs du centre de formation.

Le centre de formation d'Auvergne se caractérise par la faiblesse de ses effectifs stagiaires potentiels ; la mise en œuvre de plates-formes interrégionales a contribué à réduire ce handicap, et cela s'est fait ressentir sur les résultats financiers observés à partir de l'année 2000.

Cette démarche a été confirmée par le conseil d'administration du 27 février 1998 qui, lors de l'examen du budget 1998, a considéré que le pourcentage de recettes non liées à la facturation à l'acte devait être de 10 %, à savoir les 4 % prévus par les statuts et une surcotisation de 6 %. Certains administrateurs avaient même proposé d'aller jusqu'à 8 % de surcotisation.

Préalablement au vote du conseil d'administration, le comité de direction, lors de sa séance du 20 février 1998, avait également validé la proposition du directeur du centre de formation de mutualiser une participation à hauteur de 6 %.

Cette volonté, tant des organismes adhérents que du conseil d'administration, a largement contribué à relancer l'activité du centre de formation.

REPONSE DU CENTRE REGIONAL DE FORMATION DE BRETAGNE

Le réseau institutionnel de formation : une gestion perfectible.

Le rapport fait état des critiques adressées aux CRFPP touchant en particulier les tarifs non compétitifs dans certaines formations telles l'informatique ou la bureautique.

Le CRF de Bretagne déployant une activité régulière dans ce secteur, il convient de rappeler qu'il se situe dans un marché fortement concurrentiel. Le centre ne maintient une offre que parce que le client la choisit. Les tarifs élevés dans ce domaine concernent « l'informatique opérationnelle », mais dans ce cas, il s'agit d'une offre institutionnelle permettant des parcours de formation et une certification, après analyse des besoins, ce qui n'a rien à voir avec un produit standard.

- touchant la recommandation de se doter au plus vite d'une comptabilité analytique, le CRF de Bretagne partage parfaitement ce point de vue qui constitue une de ses priorités. Un travail est en cours porté par les quatre CRF du réseau « Far-Ouest » afin, dès la fin de 2003, de disposer d'un outil pertinent.
- la Cour, touchant les ressources des CRFPP, rappelle qu'elles se composent essentiellement du produit de la rémunération des services rendus et des cotisations des organismes adhérents dans la limite de 4 % des ressources du Centre : la Cour indique que deux centres - *dont celui de Bretagne* - ont décidé d'une surcotisation de 6 %, pour services rendus non individualisés, venant s'ajouter à la cotisation prévue par les textes, alors que le taux plafond doit être respecté strictement.

Sur ce point de principe, il convient de rappeler que :

- le taux de 4 % a été fixé dans les statuts-types sans aucune analyse économique, ni éléments de comptabilité analytique,

- que les statuts des CRF fixent aux centres des missions institutionnelles au profit de leurs adhérents, sans qu'il soit prévu une contrepartie financière permettant de faire face à ces charges fixes (*ex. : organisation d'examens, jury ...*), ce qui ne peut que destabiliser le fonctionnement desdits centres qui sont, par ailleurs, sur le marché de la formation pour la formation continue ;
- qu'en l'absence de comptabilité analytique pertinente, le comité de direction du CRF de Bretagne, en charge statutairement de la politique tarifaire du centre, a décidé, en 1999, d'une facturation pour un certain nombre de services rendus listés à cette occasion estimés alors forfaitairement à 5 % des charges budgétaires, et non d'une surcotisation. Cette analyse a fait l'objet d'un accord du Conseil d'Administration, en particulier par le vote du budget. Ce point de vue a été régulièrement confirmé par ces instances ;
- que la remise en place d'une comptabilité analytique devrait permettre prochainement de clarifier ce sujet, soit en modifiant le taux de cotisation du CRF, soit en prévoyant d'autres types de recettes permettant dans la clarté aux centres de faire face à leurs missions institutionnelles tout en n'étant pas pénalisés par les charges correspondantes dans le cadre d'un marché concurrentiel.

Il convient d'ajouter que le conseil d'administration du CRF de Bretagne a déjà procédé à un examen de la même recommandation formulée par le COREC à sa dernière séance. Il a considéré que le problème serait réexaminé lors du vote du budget pour 2004 au vu de la décision du comité de direction.

VI – La gestion par les caisses d'allocations familiales des dispositifs contractuels en faveur de la petite enfance

REPONSE DE LA DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE

Face aux manquements observés, la Cour formule deux types de recommandations : d'une part la mise en place d'un contrôle plus strict de la qualité des prestations offertes aux familles et des dépenses et, d'autre part, le développement des liens avec les autres intervenants du domaine de la petite enfance, notamment les conseils généraux.

L'hétérogénéité de la couverture du territoire est à relier à la double dynamique des collectivités locales et des CAF, ainsi qu'aux caractéristiques sociologiques des territoires. En outre, l'action sociale des caisses est décentralisée, une large autonomie leur est laissée afin d'assurer une adaptation de l'offre de garde aux besoins locaux.

En contrepartie, il incombe aux CAF d'évaluer le niveau de réalisation des objectifs à la fin de chaque exercice, non seulement en termes financiers mais aussi en termes quantitatifs et qualitatifs, par l'organisation de rencontres annuelles, le suivi des réalisations, l'évaluation des dépenses et actions nouvelles.

Le non-respect des engagements par une municipalité peut entraîner la résiliation du contrat par la caisse d'allocations familiales. Un délai supplémentaire peut néanmoins être accordé à celle qui n'aurait pas pu remplir ses obligations dans le cadre de la durée initialement prévue.

S'agissant plus particulièrement du contrôle sur le contenu des dépenses et de la qualité des prestations, l'Etat a été particulièrement attentif à ce que des engagements soient pris par la CNAF et son réseau. Aux termes de l'article 20.4 de la COG, la CNAF s'engage à définir une politique de contrôle afin de mieux assurer l'homogénéité et la sécurité financière des interventions d'action sociale des CAF. La COG prévoit le développement des schémas directeurs d'action sociale qui pourront constituer l'outil permettant l'évaluation des contrats.

La mise en œuvre de ces engagements sera examinée dans le cadre de l'évaluation qui sera faite sur la mise en œuvre de la COG. Le respect de ces engagements permettra de répondre aux recommandations de la Cour des comptes.

S'agissant du développement du partenariat, la possibilité d'ouvrir ces contrats à de nouveaux opérateurs (mutualité sociale agricole, entreprises privées) est à l'étude au sein de la CNAF. Malgré le rôle important qui leur est imparti dans le domaine de la petite enfance, les conseils généraux n'ont pas vocation à être intégrés dans la procédure contractuelle proprement dite. Néanmoins l'Etat a alloué à la CNAF dans le cadre de la convention d'objectif et de gestion des moyens financiers destinés à favoriser et développer la concertation avec les conseils généraux : les dix-huit contrats expérimentaux conclus à ce jour en sont l'illustration.

Ces contrats visent en outre à soutenir la mise en place des commissions départementales de l'accueil des jeunes enfants précitées. Ces commissions constituent le lieu privilégié de concertation et de coordination au niveau départemental, puisqu'elles permettent de disposer d'un lieu d'échanges, de réflexion et d'analyse sur les besoins et les propositions.

La négociation de la future convention d'objectifs et de gestion, laquelle portera sur la période 2005-2008, sera l'occasion d'approfondir ce point afin de répondre plus précisément aux recommandations de la Cour.

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ALLOCATIONS FAMILIALES

Le territoire est inégalement couvert par les contrats

Ainsi que le souligne la Cour des Comptes, les disparités géographiques dans la répartition des équipements d'accueil des jeunes enfants ne sont pas uniquement le fait des caisses qui ne sont pas responsables au premier chef de la conclusion des contrats mais également de la volonté des collectivités locales et de leur capacité de financement. Elles mènent pour leur part une politique volontariste à l'égard des communes et communautés de communes.

Le développement de l'intercommunalité entraîne effectivement des difficultés en matière de contractualisation. C'est pourquoi la commission d'action sociale a décidé, en mars dernier, d'adapter les règles financières des contrats enfance et temps libre pour faciliter le partenariat entre les CAF et les communes.

Les coûts sont suivis mais non maîtrisés

La généralisation de SIAS, applicatif national de gestion des aides de l'action sociale de la branche famille, et son paramétrage, devraient à terme renforcer la connaissance des bénéficiaires de financements et faciliter le développement d'outils de rationalisation des coûts.

Certaines CAF ont déjà mis en place un suivi des structures, en intégrant des indicateurs d'activité, de comparaison des coûts de prestations, d'analyse de la viabilité des projets, de la santé financière des structures (Brest).

L'application des règles nationales n'est pas généralisée

Jusqu'à présent, l'application du barème national et de la mensualisation des participations familiales n'ont pas été appliqués par les CAF de façon homogène. Mais, en 2000, a été expérimenté un nouveau mode de calcul de nos prestations de service et la commission d'action sociale de la CNAF a décidé de le généraliser en 2003. Ainsi, le barème national et la mensualisation des participations familiales seront appliqués sur l'ensemble du territoire en 2004, ce qui répondra à la remarque tout à fait justifiée à la Cour des comptes.

Par ailleurs, la récente mise en place du comité d'implantation des politiques d'action sociale constitue un atout pour faciliter la compréhension et la diffusion des dispositifs institutionnels.

Les moyens alloués aux contrats varient selon l'importance de la politique menée par la caisse

Il existe des variables importantes qui entrent dans le déploiement des ressources par les CAF :

- la taille de la CAF, qui implique parfois une certaine polyvalence fonctionnelle ;
- des choix de politique ;
- le degré de potentialité de développement des contrats.

Les caisses travaillent peu avec d'autres partenaires

Jusqu'à présent, peu de caisses se sont effectivement appuyées sur l'avis des conseils généraux pour élaborer les diagnostics préalables aux contrats. Certaines CAF comme celles qui sont citées ou encore comme les CAF du Rhône, ont un partenariat habituel avec les conseils généraux et les collectivités locales.

Par ailleurs, les commissions départementales instituées par le décret n°2002-798 du 3 mai 2002 devraient permettre un développement de ces partenariats mais il paraît souhaitable qu'une réelle impulsion leur soit donnée au plan national.

Les pratiques de consultation du partenariat dans le cadre de l'élaboration des diagnostics des schémas directeurs d'action sociale se sont développées dans les CAF.

La commission d'action sociale de la CNAF a récemment examiné les modalités permettant de soutenir le renforcement de la collaboration CAF/conseils généraux dans le domaine de la petite enfance. C'est ainsi qu'une expérimentation nationale est en cours avec une quinzaine de CAF et de conseils généraux. Celle-ci est particulièrement centrée sur le développement d'une analyse partagée de l'offre et de la demande, tant au plan quantitatif que qualitatif, et sur le développement de la qualité de l'accueil, en particulier pour l'accueil individuel (formation, information, coordination...).

Le contrôle de la qualité des réalisations est peu développé et n'a que peu de conséquences pour les partenaires des CAF

Les CAF ont concentré leurs efforts sur le développement quantitatif de l'offre et plus récemment sur le renforcement de la qualité (charte qualité, mise en réseau des gestionnaires de structures, participation des parents, amélioration de l'équipement des structures, accompagnement des gestionnaires...).

Depuis la première COG, elles procèdent à des actions de contrôle des équipements. Ainsi :

- 80 % des CAF ont, en 2002, défini un plan de contrôle des équipements ;
- 63 % des CAF ont créé une fonction de contrôle en action sociale : 9 % sur un poste mutualisé entre CAF, 11 % pour une fonction partagée avec les partenaires (conseil général, jeunesse et sports).

Les CAF renforcent leur expertise en matière d'analyse financière, de suivi et d'évaluation des projets et s'appuient sur les pôles régionaux de mutualisation. Elles observent que le contrôle constitue un moyen d'échanges et de conseils qui permet de clarifier les informations attendues, par exemple en matière de présentation des comptes ou de justificatifs.

Malgré les efforts entrepris, le contrôle des équipements reste encore modeste. En effet, en matière de contractualisation (système déclaratif) et d'accès à certaines informations (effectifs ou détails des dépenses par exemple), les CAF n'ont que peu de moyens pour expertiser les résultats globaux et en assurer le suivi. Ces limites s'observent en particulier pour les résultats émanant des collectivités territoriales car la comptabilité communale rend difficile cette approche analytique.

Il est cependant assez fréquent de constater que les conseillers techniques assument, au sein des CAF, l'analyse critique des résultats des contrats enfance et proposent des adaptations après explications avec les acteurs concernés. Les réajustements (indus ou rappels) s'effectuent la plupart du temps sur des financements ultérieurs. Ceci étant, comme le rapport le souligne, les CAF s'inscrivent dans une logique de partenariat et de concertation et privilégient le dialogue et la continuité, indispensables aux familles qui ont recours aux services concernés.

Dans le cadre des travaux actuels de l'institution, des réflexions sont en cours pour mettre en œuvre une évaluation des contrats enfance et consolider nationalement des contrôles locaux dans le cadre de la maîtrise des risques. Le dispositif institutionnel de contrôle des équipements et des services prévoit un certain nombre de dispositions en matière de sécurisation des informations déclarées, de contractualisation et de suivi de la mise en œuvre des projets.

Des collaborations sont ainsi recherchées avec les partenaires (PMI, jeunesse et sports notamment) et des échanges de données avec certains organes de contrôle (URSSAF, trésor, chambres régionales des comptes).

*REPONSE DE LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES
DU DOUBS*

Je vous confirme, à titre de complément d'information, que le contrat dérogatoire CAF/ville de Besançon, est arrivé à son terme en 2002 et que depuis l'exercice 2003, le contrat enfance est strictement conforme à l'épure nationale. La tarification des journées sera revue pour les familles en septembre 2003, pour tenir compte de l'effet "année scolaire".

Par ailleurs, le contrôle de qualité s'appuie sur la création de comités de validation. Ces commissions mixtes CAF/communes, composées d'élus locaux et d'administrateurs de la CAF constituent un point de passage obligé. Lors de ces rencontres annuelles sont examinées les actions menées, l'évolution de la qualité de service, les actions de formation réalisées. Les contrôles comptables et de conformité sont effectués par les services de la CAF (conseillers techniques et agence comptable).

*REPONSE DE LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES
DE PARIS*

Tout d'abord, jusqu'en 2002, la ville de Paris n'a effectivement pas appliqué le barème national dans ses haltes garderies mais n'a perçu de ce fait aucune prestation de service que ce soit la prestation de service ordinaire ou celle du contrat-enfance. Depuis le début de l'année 2003, le barème est totalement respecté dans les établissements municipaux.

En second lieu, la CAF de Paris ne pouvant contrôler la totalité des établissements de petite enfance, a choisi de cibler ceux qui semblaient présenter le plus de risques. Ainsi nous avons contrôlé les crèches municipales qui avaient le plus faible taux d'occupation.

Enfin, sur le contrôle de la qualité de service, il convient de rappeler que chaque établissement fait l'objet d'un agrément et que la PMI s'assure périodiquement du respect des normes qui conditionnent cet agrément.

*REPONSE DE LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES
DE LA SARTHE*

Le territoire est inégalement couvert par les contrats

Il est vrai que l'intercommunalité peut être source de lourdeurs. Par ailleurs, dans certains cas, il peut y avoir tendance à raisonner sur le niveau

d'équipement nécessaire en ne tenant compte que des communes regroupées dans cette intercommunalité, sans prendre en considération les zones de vie réelles des familles, les itinéraires pris pour se rendre au travail ou pour répondre aux besoins de vie quotidiens. Or, dans certains cas, il serait nécessaire de prendre en compte les équipements des « territoires » voisins. Néanmoins, malgré ces réserves, l'échelle intercommunale est dans beaucoup de cas la plus pertinente, particulièrement en milieu rural.

L'application des règles nationales n'est pas généralisée

En ce qui concerne le département de la Sarthe, le barème CNAF est appliqué à l'exception d'une structure pour laquelle la situation sera régularisée en 2004, lors de sa prise en compte dans un contrat-enfance.

Les CAF travaillent peu avec d'autres partenaires

Je crois nécessaire de nuancer cette affirmation pour ce qui concerne notre organisme. En effet, nos conseillers techniques travaillent régulièrement avec le service social départemental et la PMI. Les fonds d'investissement petite enfance puis l'aide exceptionnelle à l'investissement ont d'ailleurs favorisé ce partenariat. Au plan politique, le conseil général n'a, jusqu'à présent, pas été demandeur d'être associé à une telle démarche mais nous venons de conclure ensemble une charte d'action sociale et la commission petite enfance départementale sera installée en septembre. L'une de ses premières missions sera de recenser les besoins.

Enfin, la CAF de la Sarthe a constitué sept « territoires » au sein du département, sur la base des pays, auxquels s'ajoute le Mans ville. Sur chacun d'eux, un cadre représente l'organisme pour une meilleure connaissance des besoins locaux et un travail de proximité, au quotidien, avec les partenaires.

Le contrôle de la qualité des réalisations est peu développé

Contrairement à ce qui est indiqué pour Paris, la CAF de la Sarthe ventile les dépenses par crèche. Par ailleurs, nous nous intéressons également aux aspects qualitatifs de l'exécution des contrats, en particulier pour ce qui concerne la formation du personnel et les actions menées en faveur des enfants.

Il convient aussi de noter que la prolongation des contrats n'intervient pas uniquement lorsque les objectifs initiaux n'ont pas été respectés. En Sarthe, un seul cas relève de cette catégorie. D'autres raisons peuvent expliquer une prolongation : mise en adéquation de l'échéance avec celle d'un contrat temps libre ou de l'agrément d'un centre social porteur du contrat enfance...

Notre organisme a entendu par ailleurs distinguer les fonctions de conseil et de contrôle. La première est confiée à nos conseillers techniques, la

seconde étant assurée par un contrôleur recruté à cet effet. Nous disposons d'un poste à mi-temps qui sera porté à un temps plein au mois de septembre.

Recommandations

La caisse d'allocations familiales effectue déjà un contrôle de la qualité notamment par l'analyse des plans de formation, des projets éducatifs et en veillant à ce que l'accueil d'urgence et l'accueil des enfants handicapés soient assurés.

Au-delà, il conviendrait sans doute que les missions et responsabilités respectives des services de la PMI et de la CAF soient clarifiées.

Nous sommes bien d'accord sur la nécessité de développer les liens avec les autres intervenants du domaine de la petite enfance. Nous pensons que la commission départementale petite enfance pourra être un levier important et que la fonction d'observatoire sera développée pour l'analyse des besoins et l'évolution des politiques menées.

L'organisation territoriale que nous avons mise en place correspond aussi à cette volonté de développer les liens partenariaux.

DEUXIEME PARTIE

REPONSE DE LA MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE CAISSE CENTRALE

La mutualité sociale agricole partage les observations formulées par la Cour sur les limites actuelles des outils de la régulation tout en insistant sur les insuffisances qui s'attachent encore à la mise en œuvre d'une véritable démarche d'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles : faiblesse des référentiels, absence d'obligations en matière de formation continue, procédures d'évolutions balbutiantes, modes d'exercice très individualistes et insuffisamment coordonnés.

Pour autant la mise en œuvre d'une politique de régulation ne peut reposer sur les seuls professionnels de santé et implique aussi une volonté de responsabilisation des assurés. Une politique inscrite dans la durée ne peut ainsi faire l'impasse d'un débat de fond sur l'accès aux spécialistes, l'obligation d'un dossier médical individuel ou l'incitation à la prévention.

La MSA est convaincue que les caisses d'assurance maladie peuvent et doivent jouer un rôle moteur dans l'aide et le conseil aux assurés comme en témoignent :

- l'action d'éducation sanitaire en cours sur le bon usage des médicaments par les personnes âgées (cf. documents joints),
- ou la réflexion engagée pour proposer une refonte du PIREs et promouvoir, en lien avec les professionnels, de nouvelles méthodes de suivi pour les patients en ALD : aiguillage dans le système de soins, diffusion systématique des référentiels disponibles aux praticiens concernés, outil d'aide au suivi de la pathologie (ex. du carnet du diabétique), requêtes systématiques de contrôle sur les prescriptions médicamenteuses.

Sans porter atteinte aux capacités d'initiative et d'impulsion de chacun, cette approche doit naturellement être coordonnée en interrégimes. A cet égard, les URCAM ont certes rencontré des difficultés pour s'imposer comme acteur à part entière sur la scène régionale mais celles-ci sont à apprécier à l'aune d'un contexte marqué notamment par :

- l'absence d'une expertise pré-existante sur l'offre de soins ambulatoires, contrairement aux ARH qui ont pu s'appuyer sur les acquis des CRAM, des ERSM et des DRASS,
- les lacunes en terme d'outils puisque le codage des médicaments et des actes de biologie n'a produit ses premiers résultats qu'en 2000,
- la détérioration des rapports conventionnels.

CHAPITRE VIII

LES INSTRUMENTS DIRECTS DE LA REGULATION

II – La convention conventionnelle avec les professions de santé

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES

La situation financière de l'assurance maladie, particulièrement critique, appelle des mesures et des prises de responsabilités de l'ensemble des acteurs.

La démarche conventionnelle

Des accords ont ainsi pu être conclus en 2002 avec l'ensemble des professions de santé, mettant ainsi toutes les conventions en conformité avec la loi du 6 mars 2002 portant réforme des relations entre l'assurance maladie et les professions de santé, à la seule exception des médecins spécialistes qui n'ont signé qu'un relevé de conclusions avec la CNAMTS qu'en 2003. Ces accords ouvrent la voie d'une dynamique nouvelle en impliquant chaque profession dans une démarche d'amélioration de sa pratique, assortie d'indicateurs et d'objectifs médicaux et économiques.

L'accord sur le bon usage des soins à domicile, celui sur le bon usage des antibiotiques ou celui sur les prescriptions en génériques sont autant d'exemples positifs de cette démarche. Comme le signale la Cour, ces exemples sont nécessairement ponctuels au regard de l'ensemble du champ des pratiques professionnelles et des dépenses d'assurance maladie ; ils n'en sont pas moins nécessaires et la CNAM, en lien avec les autres caisses nationales, s'est organisée pour les démultiplier. Toutefois, pour progresser dans ce déploiement, il est nécessaire que les caisses d'assurance maladie disposent de référentiels et de protocoles dûment validés sur lesquels fonder leurs accords. Les diverses instances compétentes et en particulier l'ANAES, ont donc été saisies par la CNAM de façon à faire accélérer la publication de référentiels et de couvrir ainsi un champ élargi de la pratique médicale.

Dans le même esprit, la CNAM a saisi la DHOS afin que les règles de bonne pratique ainsi édictées soient également diffusées et respectées au sein des structures hospitalières dont elle assure la tutelle. Cette diffusion au sein des établissements hospitaliers est particulièrement nécessaire en matière de prescriptions de transports sanitaires ou de prescriptions pharmaceutiques. Le rythme d'augmentation de ces prescriptions, souligné par la Cour, plaide en outre en faveur de deux mesures préconisées par la CNAM : l'une qui permettrait de disposer de référentiels précisant les critères de diagnostic et de suivi thérapeutique pour les médicaments dont l'AMM prévoit une prescription initiale hospitalière, l'autre qui viserait à fixer un tarif opposable aux médicaments « rétrocédables » dont le nombre devrait être limité, ainsi qu'à réduire le forfait de rétrocession. Ces propositions ont été formulées aux services ministériels.

La démarche conventionnelle qui concilie qualité des pratiques et maîtrise des dépenses n'est cependant pas suffisante pour garantir à elle seule un strict respect des objectifs fixés par le Parlement dont le mode de détermination reste au demeurant à améliorer pour une meilleure prise en compte des besoins de la population et des capacités de financement de la collectivité.

Néanmoins, et contrairement à ce que préconise la Cour, il est impératif de ne pas limiter le champ des négociations conventionnelles à la seule fixation de tarifs sauf à se satisfaire d'une situation où la collectivité,

par le biais de l'assurance maladie , fixerait des tarifs de prise en charge, sans avoir aucun moyen d'action ni levier pour définir la prestation ainsi couverte par des fonds publics ni aucune garantie sur sa pertinence et l'efficience de cette dépense. Il est à l'inverse indispensable et, au demeurant désormais admis par les syndicats de professions de santé eux-mêmes, que la rémunération que leur garantit la collectivité par le biais des tarifs conventionnels doit trouver des contreparties et offrir des garanties en termes de qualité des soins et donc d'organisation du système.

La CNAM ne saurait donc trop insister sur le risque qu'il y aurait à restreindre les accords conventionnels à une simple fonction d'élaboration de grille tarifaire et à en disjoindre l'expression des exigences de la collectivité en termes d'organisation de qualité et d'optimisation des soins ; Les difficultés qu'ont soulevées certaines réformes, telles que celle du médecin référent, de l'organisation des gardes médicales ou celle relative à la démarche de soins infirmiers, lors de leur mise en œuvre, loin de contredire cette analyse vient, à l'inverse, la renforcer en mettant en évidence la nécessité d'accompagner tout projet qui touche aux comportements des professionnels et des assurés. C'est ainsi que le dispositif du médecin référent, qui n'a jamais eu vocation à devenir le modèle uniforme et généralisé d'accès aux soins, ne saurait plus être qualifié d'échec au vu du nombre de professionnels et d'assurés qui en ont fait le choix. Au contraire 2 millions d'assurés ont choisi un médecin référent et il faut souligner le caractère précurseur de ce dispositif tant pour les médecins (rémunération forfaitaire, cahier des charges et engagements sur les pratiques...) que pour les patients (engagements vis à vis du généraliste). Sans doute si ce premier dispositif n'avait pas existé depuis plusieurs années, et levé un certain nombre de craintes devant les réformes structurelles, les partenaires conventionnels de l'ensemble des professionnels auraient-ils rencontré davantage de difficultés pour s'entendre et porter ensemble les nouveaux dispositifs contractuels prévus par la loi du 6 mars 2002, notamment ceux proposés à l'adhésion individuelle des professionnels.

Ces démarches partenariales ne dispensent aucunement la CNAM de ses fonctions propres d'évaluation et de contrôles des professionnels et des assurés.

III- La gestion du risque et les contrôles

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES

Le volet gestion du risque de la convention d'objectifs et de gestion.

L'avenant n° 4 à la convention d'objectifs et de gestion, consacré à la gestion du risque a été négocié fin 2002 et signé en février 2003 par le ministre de la santé chargé et de la sécurité sociale en mai 2003 par le ministre chargé de l'économie et des finances.

Sa durée d'application sera donc brève dans la mesure où la COG s'achève fin 2003. Néanmoins, il fixe les grandes orientations de l'action conjointe de l'Etat et de l'assurance maladie en matière de régulation du système de soins. Les mesures, si elles ne sont pas nouvelles, confirment l'action de l'assurance maladie et sa détermination à donner corps aux principes qui fondent une politique de régulation médicalisée et notamment le partage de responsabilité entre les caisses d'assurance maladie, les offreurs de soins et les patients. Pour ne citer que quelques réalisations : 13 500 entretiens confraternels ont été réalisés sur le bon usage des antibiotiques, et des échanges sur l'hypertension artérielle sont prévus à l'automne, deux régions expérimentent les cercles de qualité ou groupes de progrès, les enquêtes portant sur l'insuffisance rénale chronique, la chimiothérapie anticancéreuse sont en cours, la diffusion des résultats portant sur la chirurgie ambulatoire aura lieu en septembre...

Elle y précise son action en faveur d'un dispositif contractuel renoué avec les professionnels de santé qui a donné lieu à d'intenses négociations avec l'ensemble des professions de santé au cours de l'année 2003 et notamment à la conclusions d'accords de bon usage des soins, de contrats de santé publique ou de bonne pratique professionnelle. Le suivi de ces accords est réalisé en commissions paritaires entre les signataires, à l'exception de celui de l'accord du 5 juin 2002 qui comporte une instance propre de suivi ouverte à d'autres partenaires.

La gestion du risque au niveau régional et local

Les unions régionales de caisses d'assurance maladie (URCAM) sont parvenues à faire reconnaître le fait régional dans l'assurance maladie. Les travaux qu'elles ont menés ont contribué à la nécessaire coordination des acteurs locaux du régime général et des autres régimes, en créant une logique

d'action régionale en matière de gestion du risque au sens large, y compris dans le domaine de la prévention.

Leurs relations avec les unions régionales de médecins libéraux (URML) les ont conduites à développer un mode d'action plus partenarial à travers des études ou des actions décidées en commun.

Cependant depuis la mi-2002 leur rôle s'est développé en tant qu'acteurs de la politique conventionnelle : réunions de concertation avec les représentants régionaux du centre national des professions de santé (CNPS), signature d'accords de bon usage des soins régionaux notamment en matière de visites à domicile, participation avec les services des caisses nationales à la préparation des accords nationaux, coordination régionale de l'action des caisses locales sur le suivi des dépassements des spécialistes, préparation et coordination du suivi des accords conventionnels,

L'avenant n° 12 à la convention nationale des généralistes prévoit la mise en place d'instances conventionnelles régionales destinées au suivi des dispositifs relatifs à la permanence des soins et aux dispositifs conventionnels de régulation médicalisée du système de soins. Le rôle des URCAM s'en trouvera renforcé.

De plus, toutes les régions mettent en place dès à présent un comité de liaison régional permanent : organisé à l'initiative de l'URCAM, ce comité de liaison doit coordonner, au sein de chaque région, les expertises de l'assurance maladie et donc concerner tous ses champs d'action dans le domaine de la santé : secteur hospitalier, ambulatoire, prévention, évolution et contrôle médical.

Il regroupe dans sa formation restreinte, les directeurs de l'URCAM et de la CRAM et le directeur régional du service médical.

Les sanctions

En ce qui concerne le système de sanctions à l'encontre des professionnels de santé qui ne respectent pas leurs obligations et/ou les règles de bonne pratique, la CNAM fait chaque année des propositions dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Pour 2004, ont été notamment renouvelées les propositions visant à rendre opposables aux prescripteurs les indications médicales prévues par la réglementation, en reprenant, entre autres, les dispositions de l'ex. article L. 315-3. Il appartiendrait à la caisse, sur avis du service médical et après mise en œuvre des dispositions prévues à l'article L. 315-2-1, de notifier au professionnel concerné, le montant des prestations versées à tort par l'assurance maladie en raison de ses prescriptions. Les professionnels sanctionnés pourraient utiliser les voies de recours du TASS.

IV – Le médicament

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES

Les spécificités de la consommation de médicaments en France, qu'il s'agisse de son niveau, de son rythme de croissance ou de son impact parfois néfaste sur la santé de la population, doivent comme y insiste la Cour conduire à une politique volontariste en matière de médicaments.

Cette politique passe notamment par une meilleure évaluation des produits justifiant leur prise en charge par l'assurance maladie, une réforme des modalités de prise en charge et un meilleur encadrement, en particulier en termes d'indications médicales des conditions de délivrance de certains d'entre eux.

L'évaluation

La Cour relève l'insuffisance de moyens de la Commission de la transparence mise récemment en évidence par l'annulation par le Conseil d'Etat d'arrêtés ministériels prévoyant la baisse de taux de remboursement, en raison de l'insuffisance de motivation des avis de cette commission.

Un projet de décret, soumis à l'avis du conseil d'administration de la CNAM, prévoit un renforcement, au sein de cette commission, de l'effectif des experts choisis pour leur compétence médicale et scientifique, qui peut conduire à une amélioration de la qualité des avis. Il prévoit également de réduire le nombre de représentants de l'assurance maladie et de leur ôter toute voix délibérative. L'assurance maladie estime que ses représentants, par leur connaissance de l'utilisation des médicaments remboursés, et par les résultats d'études médicalisées dont ils disposent, ont enrichi l'évaluation réalisée par la commission, en l'ancrant dans la réalité de la thérapeutique sur le terrain. Elle considère donc que cette modification ne sera pas, en elle même, de nature à améliorer le fonctionnement de la commission.

le périmètre de remboursement

La réévaluation du service médical rendu (SMR) par les médicaments, initiée en 1999 s'est achevée en 2001. La CNAM estime que les résultats de cette réévaluation doivent conduire à exclure du remboursement les médicaments dont les experts scientifiques estiment que le service médical rendu n'est pas suffisant pour en justifier la prise en charge. Dans l'attente, la CNAM ne s'est pas opposée à l'inscription de génériques correspondant à ces produits, dans le but de faire des économies. Les « génériqueurs » qui copient

des molécules à SMR insuffisant sont au demeurant les mêmes que ceux qui fabriquent les autres molécules.

S'agissant des baisses de remboursement de certains médicaments, elles ne permettent d'agir ni sur la prescription ni sur la consommation. Elle mettent en revanche en évidence la nécessité d'une approche cohérente entre les régimes obligatoires et les régimes complémentaires d'assurance maladie.

Les prix

Les prix restent en France administrés. En revanche, l'année 2003 verra la mise en œuvre d'une réforme prônée par la CNAM depuis plusieurs années qui vise à prendre en charge les médicaments sur la base d'un tarif de responsabilité forfaitaire par classe pharmaco-thérapeutique. Ce dispositif devrait permettre une régulation des prix des produits qui rendent un service équivalent à la population.

Par ailleurs, l'accord cadre de juin 2003 conclu entre l'Etat et l'industrie pharmaceutique tente de limiter l'impact de la procédure de dépôt de prix en maîtrisant le champ de la procédure tout en protégeant les médicaments orphelins et les médicaments pédiatriques et en précisant les engagements des firmes quant au niveau des prix (l'entreprise s'engage à ce que le prix déposé soit cohérent avec les prix acceptés dans les pays suivants : Allemagne, Espagne, Italie, Royaume-Uni). Cette politique d'alignement sur les prix européens soulève des inquiétudes : en effet lors du passage de produits du marché hospitalier au marché de ville, on constate souvent que les prix libres pratiqués par les laboratoires en situation de monopole sont supérieurs aux prix européens de référence. La plus grande vigilance s'impose et la CNAM mettra en place un tableau de bord pour suivre la montée en charge des produits qui seront concernés par le dépôt de prix et les dépenses qui s'en suivront.

La prescription

La Cour relève avec raison que la régulation du secteur "médicament" a toujours relevé de l'Etat. Les prescriptions d'origine hospitalière échappent en outre au cadre conventionnel et les moyens n'ont pas été mis en œuvre par les autorités compétentes pour une diffusion au sein du secteur hospitalier des outils de régulation de la prescription pharmaceutique développés avec les médecins libéraux.

S'agissant de ces dernières, elles revêtent plusieurs formes :

- l'ordonnancier bizonne, qui prévoit d'identifier au sein d'une prescription la partie qui relève d'une prise en charge à 100 %,
- les RMO (références médicales opposables), dont le non respect pouvait être examiné au sein de comités médicaux régionaux, supprimés par la loi de financement pour 2003, et non

remplacés : les caisses sont donc aujourd'hui démunies en terme de moyens de sanction pour non respect de ces références.

- les accords de bon usage des soins (AcBUS) qui ont été récemment signés ou sont en préparation.

Ainsi, par exemple, un accord relatif à la polymédication des personnes âgées a été signé le 9 juillet 2003. Il vise à mettre en place des actions visant à optimiser les prescriptions médicamenteuses en s'appuyant sur les recommandations de bonne pratique publiées par les agences nationales.

En effet la population âgée est particulièrement exposée aux risques d'interactions médicamenteuses. L'objectif retenu est donc de limiter ce risque iatrogène auprès d'une population fragile, et l'indicateur retenu est celui des ordonnances comportant un nombre important de médicaments. Pour la durée de l'accord, les parties signataires sont convenues de suivre le taux d'ordonnances délivrées à des personnes âgées de 75 ans et plus comportant cinq médicaments et plus.

Il pourrait dans ce même cadre être fait mention de l'AcBUS sur l'antibiothérapie, en matière d'angine, dont les effets sont déjà sensibles et dont le bilan sera diffusé en septembre 2003.

CHAPITRE IX

LES INSTRUMENTS D'ACTION A MOYEN TERME

I – Les politiques structurelles

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES

Le FAQSV : soutien des politiques structurelles

Une montée en charge progressive

La Cour considère que ce fonds a été sous utilisé. On ne peut pourtant en rester à ce constat.

En effet, en 2000, la faiblesse des taux d'exécution s'explique par la mise en place progressive des instances de décision qui n'ont pu être installés qu'après désignation de leurs membres par les autorités ministérielles et préfectorales. Ainsi, le comité national a été installé le 4 mai 2000 et a immédiatement constitué son bureau et fixé les premières orientations de la

politique au niveau national et régional. Les bureaux des comités régionaux ont été installés de septembre à décembre.

L'année 2001 constitue donc le premier exercice de fonctionnement en année pleine du FAQSV. Mais, la capacité du FAQSV à atteindre les objectifs qui lui ont été assignés par l'article 25 de la LFSS pour 1999 ne se mesure pas au taux de consommation des crédits.

Les taux de consommation de 30 % pour 2001 (19 % au niveau national et 32 % au niveau régional) et les 50 M€ de consommation en 2002 auxquels fait référence la Cour correspondent à la consommation effective des crédits pour ces deux années mais ne reflètent pas l'ampleur des décisions prises par les instances gestionnaires. En effet, si on raisonne en droits constatés et que l'on se réfère au total des montants correspondant aux actions qui ont reçu un accord de la part des instances de décision, le FAQSV enregistre des résultats nettement supérieurs : 51,5 % pour 2001 (dont 13 % au niveau national et 38,4 % au niveau régional) et 59 % pour 2002.

Plus généralement, ces taux de consommation illustrent le rôle de filtre joué pour les instances tant nationales que régionales du FAQSV en écartant les projets qui ne s'intégraient pas dans les missions et les orientations nationales du FAQSV ou qui n'étaient pas suffisamment construits (ex : en 2001, sur 414 dossiers présentés, seuls 51 % ont conduit à un accord). La nature même du champ d'intervention du FAQSV qui touche à des thèmes souvent complexes et peu aisés à appréhender n'est sans doute pas étrangère à la difficulté pour les professionnels à bâtir des dossiers complets.

Des orientations ajustées

La Cour considère que les orientations données par le comité national de gestion aux instances régionales ont été, année après année, changeantes. Elles ont pourtant, à l'inverse, été régulièrement confirmées (le comité de gestion national dans sa nouvelle composition a au demeurant réaffirmé cette continuité lors de son installation en juillet 2003). En revanche, et tout naturellement, le comité a tenu compte des évolutions législatives qui ont affecté le champ d'intervention de ce fonds et tiré les enseignements de l'expérience acquise dans le fonctionnement du fonds et qui constitue un phénomène normal pour un dispositif expérimental.

Ces orientations générales s'articulent dorénavant autour des quatre thèmes suivants :

- la promotion de la coordination,
- l'amélioration des pratiques professionnelles au travers notamment du développement d'une démarche qualité, de l'élaboration de référentiels communs,
- le développement du partage de l'information,

- et le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles.

L'évaluation des projets

Tous les projets qui font l'objet d'un financement par le FAQSV incluent un dispositif d'évaluation conformément à l'article 1^{er} du décret du 12 novembre 1999.

Néanmoins, il est exact que la nature même de cette évaluation n'est pas aisée à cerner, à l'instar de ce qui se produit pour les réseaux de soins, en raison même de la diversité du champ couvert par le FAQSV. Il convient en outre de veiller à ce que le coût d'une évaluation trop ambitieuse ne devienne pas prohibitif par rapport au coût de l'action elle-même. Néanmoins, la CNAM portera une attention particulière à cette question de l'évaluation, maintenant que les premiers projets vont s'achever ou entrer dans une phase de maturité qui va imposer des relais financiers autres que le FAQSV (réseaux notamment).

S'agissant des données générales relatives aux projets financés par le FAQSV, elles font l'objet de remontées d'information en provenance des URCAM, réalisées tous les ans à l'occasion de l'élaboration par la CNAM du rapport d'activité du fonds, à un niveau de détail très fin puisque, contrairement aux autres fonds, le rapport fait état de chaque projet individuellement. Ce rapport est diffusé très largement et permet à chaque URCAM d'avoir une connaissance des projets financés sur l'ensemble du territoire.

TROISIEME PARTIE

CHAPITRE X

RETRAITES : ASPECTS DEMOGRAPHIQUES ET FINANCIERS

III – Tableau de financement des différents régimes

REPONSE DE LA BANQUE DE FRANCE

S'agissant des commentaires relatifs aux retraites complémentaires de la Banque de France, j'attire votre attention sur les éléments suivants. Ces retraites complémentaires sont aussi anciennes que l'institution elle-même : dès la première liquidation de pension en 1812 sont apparus des compléments, dont le contenu a certes évolué avec le temps, mais dont l'appartenance au régime de retraite de la Banque constitue une réalité socialement difficilement contestable. En effet, en raison de sa grande stabilité de fait, ce dispositif apparaît comme totalement intégré, même si le cadre juridique dans lequel il s'inscrit permet de distinguer une pension de base définie par décret et des compléments aux fondements spécifiques. En outre, le niveau de ces prestations complémentaires ne contribue pas à assurer un taux de remplacement particulièrement élevé. Il compense le fait que les salaires d'activité sont composés d'une part élevée de primes qui, bien que constituant des éléments fixes de rémunération, n'ont jamais été intégrées dans le traitement. Ainsi, en tenant compte de l'ensemble de la pension, le taux de sortie brut - défini comme le rapport entre dernier salaire et première pension pour un agent ayant effectué une carrière complète - varie entre 57 % et 74 % suivant les catégories d'agents, niveaux comparables à ceux observés pour les salariés en général, très proches notamment de ceux constatés dans la fonction publique. Si les prestations complémentaires n'existaient pas, le taux de sortie serait ramené à 55 % pour un agent non-cadre et à 39 % pour les cadres de rang le plus élevé.

La Cour avait d'ailleurs déjà observé, dans son rapport de 1990 sur la Banque de France, que le niveau élevé des pensions relevait à l'époque, non pas des taux de sortie mais du niveau élevé des salaires d'activité. Or la politique salariale rigoureuse mise en œuvre depuis cette époque a très sensiblement contribué à réduire le différentiel entre le niveau des pensions

des agents de la Banque de France et le niveau moyen des retraites versées par les autres régimes spéciaux, notamment la fonction publique.

Par ailleurs, si le caractère non contributif du régime complémentaire est incontestable, il convient cependant de rappeler que, dans un projet de réforme du financement de son régime de retraite élaboré au début des années quatre-vingt-dix, la Banque avait proposé d'élargir l'assiette de cotisation des agents actifs aux allocations spéciales, ce qui aurait assuré la participation des salariés au financement de la totalité de leur pension. Ce projet, qui avait recueilli l'aval des partenaires sociaux, n'a finalement pas été accepté par le ministère des finances.

Ces différentes remarques expliquent que l'observation formulée par la Cour à propos du tableau de financement des différentes catégories de régimes, selon laquelle les recettes annexes du régime complémentaire de la Banque de France correspondent à une politique volontaire de la banque centrale et non à une nécessité financière, ne nous semble pas fondée. Ces recettes, que l'on pourrait assimiler à une cotisation patronale au régime complémentaire, ne sont supportées par la Banque en totalité qu'à son corps défendant et sont indispensables au maintien d'un niveau de pension cohérent avec les rémunérations d'activité.

IV – Transferts de solidarité entre régimes

REPONSE DE LA CAISSE CENTRALE DE MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE

Le champ de la compensation

Concernant le champ de la compensation et plus particulièrement les réversions, la CCMSA est favorable à l'étude des règles permettant l'intégration des bénéficiaires de droits dérivés dans le champ de la compensation. Sur la place des régimes complémentaires obligatoires, et en raison de la spécificité de ceux-ci, la CCMSA est favorable à la seconde solution préconisée par la Cour, qui consiste à décomposer de façon conventionnelle entre base et complémentaire pour les régimes intégrant les deux prestations.

La mise en œuvre effective de la compensation

Concernant le décompte des retraités, la CCMSA n'est pas opposée à ce que soit prise en compte la durée effective de la carrière pour le décompte du nombre de bénéficiaires, à condition que la prestation de référence prise en compte, comme cela est préconisé par la Cour, soit la prestation de référence pour une carrière complète.

La CCMSA prend acte que la Cour donne crédit au régime agricole de sa méthode de dénombrement des salariés agricoles et encourage implicitement les autres régimes à présenter des effectifs corrigés de la durée effective de travail au cours de l'année.

Le régime des salariés agricoles

Comme le souligne la Cour, l'intégration du régime des salariés agricoles au sein du régime général aurait effectivement un impact important sur le calcul de la prestation de référence.

Problèmes de principe

Sur le point du partage entre contributivité et solidarité, la CCMSA partage le point de vue de la Cour lorsqu'elle rappelle « que la compensation doit remédier aux disparités de capacités contributives entre les différents régimes ».

Les revenus des non-salariés

La MSA est favorable à la suggestion de la Cour, qui propose que « à défaut de prendre en compte les revenus effectifs des non-salariés qui restent mal connus, il serait possible d'appliquer la compensation financière [entre bloc des salariés et bloc des non-salariés] à partir des seuls revenus cotisés des non-salariés ».

Le fonctionnement de la commission de compensation

Tout en partageant les remarques de la Cour, la CCMSA souligne la difficulté à disposer pour l'année N de données fiables et contrôlées relatives à l'année N.

Pour conclure sur ce chapitre, la CCMSA est favorable à l'ensemble des suggestions proposées par la Cour. Cependant, elle souhaite que ces mesures dont l'impact peut être important sur l'équilibre financier des régimes, fassent l'objet d'une concertation préalable à partir de simulations financières à moyen terme.

REPONSE DE LA CAISSE DE RETRAITE ET DE PREVOYANCE DES CLERCS ET EMPLOYES DE NOTAIRE (CRPCEN)

S'agissant des décisions structurelles, la suppression de la compensation spécifique poserait un problème d'équilibre financier à la CRPCEN, dans la mesure où ce n'est pas l'Etat qui assure cet équilibre. Cette mesure, largement motivée par les problèmes de la CNRACL, ne devrait pas avoir pour effet de créer les mêmes à la CRPCEN et devrait s'accompagner,

si elle était mise en œuvre, d'autres mesures permettant l'équilibre sans surcotisation pour les ressortissants du régime.

CHAPITRE XI

RETRAITES : ASPECTS DE LA GESTION DES REGIMES

II – Le système d'information de la CNAV

REPONSE DE LA CAISSE CENTRALE DE MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE (CCMSA)

Des relations inter-régimes indispensables

La CCMSA partage l'avis de la Cour sur la nécessité de sérier les objectifs et les outils en matière de retraite. Il est nécessaire de développer, en premier lieu, les outils inter-régimes qui faciliteront la tâche de liquidation des retraites, en particulier dans l'optique de la réforme engagée et de la mise en place du GIP pour faciliter le droit à l'information des retraités.

Concernant la mise en place, à moyen terme, d'un répertoire national des cotisants, l'intérêt de celui-ci doit être démontré dès lors que les fichiers des régimes comportent des données sur les salaires et revenus ayant donné lieu à validation de trimestres.

III – La gestion de certains régimes de retraite

REPONSE DE LA DIRECTION GENERALE DES COLLECTIVITES LOCALES

Observations concernant la CNRACL

S'agissant de l'organisation du régime et de sa gestion, les observations contenues dans le rapport sont conformes aux difficultés rencontrées par les services de tutelle pour exercer leur mission.

Les recommandations des rapporteurs sont totalement étayées mais appellent des moyens difficilement mobilisables à court terme, pour les raisons suivantes :

- passer une convention de gestion : cette démarche est en cours de développement ;

- modifier le système de transferts entre l'IRCANTEC et la CNRACL : les deux organismes sont gérés par la caisse des dépôts et consignations. Cette modification pourra être mise en œuvre dès que les réorganisations en cours à la caisse des dépôts et consignations (services et mode de travail) seront finalisées (la DGAFP ne voit pas l'étude de ce mécanisme avant 2004) ;
- accorder un statut de commissaire du gouvernement aux représentants des ministres de tutelle sous-entend un emploi de catégorie A à plein temps pour la représentation de chaque ministère à la CNRACL et à l'IRCANTEC, ainsi qu'une formation appropriée et continue.

Observations concernant l'IRCANTEC

La réorganisation de l'institution fait l'objet de longues concertations. Le rapport souhaite un rapprochement des modes de fonctionnement utilisés par l'AGIRC et l'ARRCO, organismes dont le rendement est unanimement reconnu comme performant. Les représentants du ministère de l'intérieur souhaitent saisir l'occasion de ces réformes pour introduire la participation au conseil d'administration de représentants des principaux groupes d'employeurs (dont les élus locaux).

Le rapport souligne également que les réserves de l'IRCANTEC assureront l'équilibre financier du régime jusqu'en 2010. La réduction progressive du rendement du régime pour assurer l'équilibre à moyen terme est totalement dépendante des mesures actuellement présentées au Parlement.

Enfin, je vous précise que l'état de ces réflexions reste étroitement tributaire de l'adoption du projet de loi sur les retraites en cours d'examen devant le Parlement.

REPONSE DE LA CAISSE AUTONOME DE RETRAITE ET DE PREVOYANCE DES INFIRMIERS, MASSEURS-KINESITHERAPEUTES, PEDICURES- PODOLOGUES, ORTHOPHONISTES ET ORTHOPTISTES

Concernant la gestion de l'avantage social vieillesse, notre conseil d'administration tient à signaler que le rendement du régime ASV des auxiliaires médicaux est resté constant depuis sa mise en place à titre obligatoire en 1975, et n'a pas été réduit comme celui d'autres professions de santé (médecins, chirurgiens-dentistes).

Par ailleurs le conseil d'administration de la caisse est d'accord sur la recommandation faite par la Cour de généraliser le recours aux études

prospectives qui procurent un éclairage indispensable au pilotage des régimes de retraite.

Concernant le régime de base, le conseil d'administration de la caisse demande à ce que ces études soient réalisées par des actuaires extérieurs à la CNAVPL, dans la plus entière transparence, avec communication des données utilisées pour les réaliser.

Notre conseil a enfin noté avec intérêt la recommandation tendant à faire participer les avocats à la compensation démographique interne aux professions libérales.

CHAPITRE XII

SANTE ET COUVERTURE MALADIE DES PERSONNES AGEES

I – L'accès des personnes âgées aux soins

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE ET MATERNITE DES TRAVAILLEURS NON SALARIES DES PROFESSIONS NON AGRICOLES (CANAM)

Les dépenses des personnes prises en charge au titre d'une ALD

Le périmètre de l'exonération du ticket modérateur n'est pas actuellement défini à partir d'un plan de soins explicite. La CANAM s'interroge sur l'intérêt d'une réforme du protocole inter-régimes d'examen spécial (PIRES) qui demanderait au médecin traitant de définir de manière précise le périmètre de l'exonération du ticket modérateur à partir d'un plan de soins détaillé. Le plan de soins serait établi en tenant compte des standards par ALD établis par la communauté scientifique et des conditions locales de l'accès aux soins. Le périmètre individuel de l'exonération du ticket modérateur serait saisi en informatique dans les programmes de liquidation des prestations. Cette réforme pourrait à la fois promouvoir la diffusion du progrès médical et prévenir le risque d'extension injustifiée du champ de l'exonération du ticket modérateur.

La prévention et les programmes de santé en faveur des personnes âgées

La vaccination antigrippale des personnes âgées constitue l'un des programmes pérennes les plus anciens. Le taux de vaccination antigrippale des personnes âgées constitue l'un des indicateurs du contrat triennal d'intéressement du personnel dans le régime d'assurance maladie des professions indépendantes. Il s'agit d'un exemple encore modeste de sensibilisation des agents de l'assurance maladie à la culture du résultat dans le domaine des indicateurs de santé.

Le rôle des auxiliaires médicaux

La question de la qualification des professionnels qui exécutent les actes les moins qualifiés comme la toilette des personnes âgées va de pair avec celle de la détermination du financeur. Le financement de l'aide aux actes ordinaires de la vie incombe-t-il à l'assurance maladie ? Dans la négative, quels opérateurs publics (collectivités locales) ou privés (opérateurs complémentaires assureurs et mutualistes) sont les mieux placés pour solvabiliser le service au meilleur rapport qualité/prix ?

Les couvertures complémentaires des personnes âgées

La combinaison, pour certains soins les plus nécessaires aux personnes âgées, d'un faible taux de prise en charge par l'assurance maladie avec un faible niveau de couverture par les complémentaires pourrait conduire, dans l'hypothèse d'une couverture de ces biens et services au premier euro par les opérateurs complémentaires, à confier aux partenaires sociaux gestionnaires des caisses d'assurance maladie une double mission d'établissement des cahiers des charges médico-techniques auxquels devraient satisfaire les complémentaires pour que leurs contrats soient éligibles à l'aide personnalisée à la couverture complémentaire et, d'autre part, d'information des usagers sur la lecture des contrats complémentaires pour en comprendre la portée réelle.

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES

La Cour des Comptes met en évidence les insuffisances d'une réponse globale, graduée et coordonnée aux problèmes spécifiques que pose la prise en charge des personnes âgées.

Au-delà des observations sur les différents thèmes abordés par le rapport, la prise en compte de la spécificité de la prise en charge des personnes âgées mérite un approfondissement.

Il relève en premier lieu d'une analyse des effets du vieillissement de la population, et ses impacts sur les dépenses des régimes sociaux.

En second lieu, il résulte d'une aspiration profonde de la population à pouvoir avoir accès le plus longtemps possible à une prise en charge et un accompagnement qui privilégient le maintien du lien social de proximité et à domicile.

Le secteur sanitaire, dans sa dimension curative, a certes des progrès à accomplir, mais il ne peut résoudre à lui seul l'ensemble des difficultés sans changer la nature de l'approche des besoins des personnes âgées.

L'approche est donc nécessairement transversale aux trois champs que sont le secteur social, le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Il importe que les responsabilités de chacun soient affirmées, au risque de déformer l'éventail des réponses et de le rendre inadapté aux besoins.

De même, il nécessite une meilleure coordination entre les professionnels de santé de ville et ceux des établissements, au travers des réseaux bien évidemment, mais également sur les moyens et méthodes à développer pour permettre la coordination et la continuité des soins.

L'approche ne peut être seulement curative, mais doit comporter aussi des volets préventif de réadaptation et palliatif. A ce titre les réformes récentes dans la prise en charge de soins palliatifs constituent des avancées.

Selon ces principes, la CNAM a souhaité développer, en coordination avec la CNAV, un programme commun d'intervention qui permette de mieux répondre à l'objectif de préservation de l'autonomie des personnes âgées. Les deux conseils d'administration ont ainsi adopté un plan expérimental de préservation de l'autonomie des personnes âgées qui a vocation à être intégré dans la prochaine convention d'objectifs et de gestion (COG) de chaque caisse nationale avec l'Etat.

Ce projet vise à une mobilisation autour de trois grands objectifs :

La mise en valeur des actions de prévention

L'action préventive pour cette population, comme pour les autres populations plus jeunes, évolue vers une conception plus globale. Plutôt qu'une juxtaposition de mesures ciblées visant à éviter telle dégradation spécifique, menées en parallèle et soulevant des difficultés induites de coordination, il est préféré une palette d'offres de services.

Ainsi, l'offre conjointe des branches maladie et retraite en ce qui concerne la *mobilité corporelle* et l'*équilibre nutritionnel* est privilégiée. Des ateliers thématiques animés par des professionnels –soignants libéraux, établissements de soins, associations- et coordonnés par la maîtrise d'œuvre des caisses disposent à la fois d'une base solide et d'une souplesse d'adaptation. Systématiquement, un cahier des charges et un processus formalisé d'évaluation participent à leur mise en place.

Une convention formalise l'engagement volontariste de différents financeurs (conseils généraux, organismes sociaux et organismes complémentaires). Cette offre de service est complémentaire au programme "bien vieillir" développé par le secrétariat d'Etat aux personnes âgées.

Des actions labellisées actuelles (comme les ateliers PAK EUREKA, équilibre) sont à promouvoir dans des réseaux, qui permettent de diffuser une politique de prévention gérontologique cohérente, apte d'ailleurs à se concerter avec d'autres actions de la prévention, sur d'autres tranches de vie, dans une approche inter-générationnelle.

Services médicaux et services sociaux sont particulièrement sollicités pour ce travail de terrain. Les UGECAM peuvent également concourir à cette offre de service. Les services d'éducation sanitaire des CPAM, les Centres d'examen de santé dans le réseau institutionnel, sans occulter le rôle des autres partenaires (correspondants régionaux de l'INPES) peuvent être également contributifs. Le montage des actions de cette nature est orchestré par un pilotage régional conjoint CRAM/URCAM.

La coordination de la sortie d'hospitalisation

La prévention secondaire s'attache à repérer le plus précocement possible des symptômes apparemment banaux mais qui participent à une étape de fragilité et donc d'instabilité physiologique qui peuvent être la porte d'entrée vers une décompensation d'organes voire une perte d'autonomie.

Il est donc important pour l'assurance maladie comme pour la branche retraite, de développer une prise en charge globale, médico-psycho-sociale, qui intègre, en concertation avec les médecins de ville et la médecine hospitalière, le repérage de défaillances sensorielles (ouïe, vision), de difficultés de marche avec les risques de chutes, de défaillances de la mémoire, l'apparition d'une fatigabilité à l'effort voire la dévalorisation de l'individu pour des activités courantes ou des modifications d'appétit.

Dans le cadre d'une coordination dans l'approche médico-sociale, il est prévu de lancer une expérimentation "*sortie d'hospitalisation*" pour intégrer toutes les dimensions nécessaires : meilleure information des personnes et de leur entourage, obligation d'un dispositif de sortie d'hospitalisation contractualisé avec les établissements via les contrats d'objectifs et de moyens, meilleure articulation ville/hôpital et versement d'une aide expérimentale "*sortie d'hospitalisation*" ponctuelle sur le fonds national d'action sanitaire et Sociale en faveur des personnes âgées.

L'amélioration de la prise en charge médico-sociale via une politique d'aide aux aidants

Celle-ci s'illustre par deux actions à développer. L'implication du service social, qui est aujourd'hui déjà marquée sur ce terrain, sera amplifiée à l'avenir, en favorisant des actions collectives d'aides aux aidants dans toute

unité de travail du service social, selon des référentiels régionaux établis au sein des services sociaux.

De plus, le conseil et l'aide au financement et au montage de dossiers, permettant d'accroître l'offre de soins, accueil de jour et hébergement temporaire d'une part, et d'améliorer la qualité d'évaluation des besoins des personnes âgées dans l'expérimentation d'autre part, sont mise en avant.

Cette problématique est commune aux personnes handicapées vieillissantes.

A titre expérimental, promouvoir dans les établissements concernés, et à domicile, de nouveaux modes de prise en charge (soins et équipes mobiles, investissement) constitue une orientation forte du conseil d'administration de la CNAM. Conformément à un récent avenant à sa COG, la CNAV concentre ses efforts sur la réalisation d'études préalables sur cette population.

Le plan expérimental "préservation de l'autonomie des personnes âgées" constitue ainsi une porte d'entrée importante pour une prise en charge globale des personnes âgées pour les branches maladie et retraite de la sécurité sociale, en complémentarité étroite avec les politiques conduites par l'Etat et les collectivités territoriales.

Il permet, grâce à une collaboration partenariale, interne et externe, dans un dispositif territorialisé, d'assurer pour les personnes, un service continu, en respectant les financements actuels.

II – L'impact du vieillissement de la population sur les dépenses d'assurance maladie

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES

Le vieillissement annoncé de la population française a conduit la CNAM a étudié de façon particulièrement détaillée, l'impact de cette évolution démographique sur les dépenses d'assurance maladie. Dans une étude publiée en juillet 2003, elle a pu ainsi, pour la première fois, à partir de l'échantillon permanent des assurés sociaux, mettre en évidence un « effet génération » déterminant pour la conduite de politique de santé comme pour tout prévision en matière de dépenses d'assurance maladie. C'est ainsi qu'a notamment été mis en évidence que l'accroissement des dépenses de santé, ne résulte pas majoritairement du fait que les personnes âgées consomment davantage de soins que les personnes jeunes, mais plutôt du fait que les personnes d'un âge donné consomment davantage aujourd'hui que les personnes qui avaient le même âge quelque vingt ans plus tôt.

C'est donc un mouvement beaucoup plus profond de croissance des dépenses qu'il appartient à la collectivité d'anticiper.

Parallèlement, la nature même des dépenses évolue avec le vieillissement de la population. Ainsi, en même temps que ce dernier c'est à un développement des pathologies chroniques que le système de soins doit faire face. Or, plus que toute autre, ces pathologies rendent indispensables la coordination des soins et signe la fin d'un système de soins qui n'était pendant longtemps qu'une réponse ponctuelle à des épisodes pathologiques.

Le caractère chronique des pathologies appelle une organisation du système et de tous les métiers et institutions médicales et sociales autour de référentiels et recommandations, qui garantiront la qualité et l'équité de la réponse apportée à cette population. Il exige également une réponse adaptée aux particularités physiologiques de cette classe d'âge. En particulier, s'agissant de la surconsommation médicamenteuse qui caractérise la France au sein des pays développés, il convient de relever que les personnes âgées en sont les premières victimes. Dans un accord négocié avec le syndicat des médecins généralistes MG France, la CNAM, avec les deux autres caisses nationales a donc mis au point un dispositif pour favoriser une meilleure prescription médicale en sorte de réduire les cas d'interactions médicamenteuses néfastes à la santé de la population, notamment la plus âgée.

III – Médicaments et personnes âgées

REPONSE DE L'AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE

Dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles, l'ANAES a rédigé un référentiel simple qui concerne la prescription médicamenteuse chez la personne âgée.

Ce référentiel permet aux médecins qui sont volontaires de comparer leur pratique avec des critères de bonne pratique.

Un nouveau document d'évaluation de l'ANAES sur la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer a été finalisé et sera très bientôt diffusé. Il complète les documents cités par la Cour.

*REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE
ET MATERNITE DES TRAVAILLEURS NON SALARIES DES
PROFESSIONS NON AGRICOLES (CANAM)*

Les personnes âgées surconsomment certains médicaments

L'absence de déremboursement des médicaments dont le service médical rendu est jugé avec constance insuffisant par la communauté scientifique, soulève la question de l'arbitrage entre les politiques sanitaire et sociale, industrielle, de l'emploi et de l'aménagement du territoire. L'évaluation des politiques étrangères à la sphère sanitaire et sociale mériterait d'être conduite en parallèle pour vérifier s'il n'y a pas lieu de supprimer une charge induite pour l'assurance maladie en tirant les conséquences de l'insuffisance du service médical rendu, quitte à donner aux industriels un délai raisonnable pour adapter l'entreprise à la nouvelle donne.

IV – Les réseaux de santé pour la prise en charge des personnes âgées

*REPONSE DE L'AGENCE NATIONALE D'ACCREDITAION ET
D'EVALUATION EN SANTE*

Les deux rapports de l'ANAES sur l'évaluation des réseaux sont cités.

L'ANAES poursuit cette démarche en déclinant les cadres de référence de l'évaluation sur des projets scientifiques. Ce projet associe l'ANAES, les URCAM et les URML de quelques régions.

*REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE
DES TRAVAILLEURS SALARIES*

La Cour des Comptes dans le chapitre relatif à la santé et la couverture maladie des personnes âgées met en évidence les insuffisances d'une réponse globale, graduée et coordonnée aux problèmes spécifiques que pose la prise en charge des personnes âgées.

Au delà des observations sur les différents thèmes abordés par le rapport, la prise en compte de la spécificité de la prise en charge des personnes âgées mérite un approfondissement.

Il relève en premier lieu d'un constat sur les effets du vieillissement de la population, et ses impacts sur les dépenses des régimes sociaux.

En second lieu, il résulte d'une aspiration profonde de la population de pouvoir avoir accès le plus longtemps possible à une prise en charge et un accompagnement qui privilégient le maintien du lien social de proximité et à domicile.

Le secteur sanitaire dans sa dimension curative, a certes des progrès à accomplir, mais il ne peut résoudre à lui seul l'ensemble des difficultés sans changer la nature de l'approche des besoins des personnes âgées.

L'approche est donc nécessairement transversale aux trois champs que sont le secteur social, le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Il importe qu'aucun des trois ne soit privilégié, aux risques de déformer l'éventail des réponses et de le rendre inadapté aux besoins.

De même, il nécessite une meilleure coordination entre les professionnels de santé de ville et ceux des établissements, au travers des réseaux, bien évidemment, mais également sur les moyens et méthodes à développer pour permettre la coordination et la continuité des soins.

L'approche ne peut être seulement curative, mais doit articuler des volets préventifs et palliatifs. A ce titre les réformes récentes dans la prise en charge de soins palliatifs permettent des avancées.

A partir de ces bases, la CNAM a souhaité développer, en coordination avec la CNAV, un programme commun d'intervention qui permette de mieux répondre à l'objectif de préservation de l'autonomie des personnes âgées.

Sur la base d'un travail menée par les services de la CNAM, de la CNAV, de représentants de CRAM, d'URCAM et des directions régionales du service médical, a été proposée aux différentes commissions spécialisées de chaque caisse nationale, et à leur conseil d'administration respectif la mise en œuvre d'un plan expérimental de préservation de l'autonomie des personnes âgées.

Ce plan a vocation à être intégré dans la prochaine convention d'objectifs et de gestion (COG) de chaque caisse nationale à intervenir avec l'Etat.

Ce projet vise à une mobilisation autour de trois grands objectifs :

La mise en valeur des actions de prévention

Il s'agit là d'une compétence générale auprès des assurés sociaux "hors dépendance", explicite dans un contexte de prévention primaire. L'action

préventive pour cette population, comme pour les autres populations plus jeunes, évolue vers une conception plus globale. Plutôt qu'une juxtaposition de mesures ciblées visant à éviter telle dégradation spécifique, menées en parallèle, et la difficulté de coordination en corollaire, il est préférable d'envisager une palette d'offres de services ; ce, plus dans une optique participative des bénéficiaires que dans une optique consumériste.

Ainsi, l'offre conjointe de la branche maladie et retraite en ce qui concerne la *mobilité corporelle* et l'*équilibre nutritionnel* est privilégiée. Des ateliers thématiques animés par des professionnels - soignants libéraux, établissements de soins, associations - et coordonnés par la maîtrise d'œuvre des caisses disposent à la fois d'une base solide et d'une souplesse d'adaptation.

Systématiquement, un cahier des charges et un processus formalisé d'évaluation participent à leur mise en place.

Une convention formalise l'engagement volontariste de différents financeurs (type conseils généraux, organismes sociaux et les organismes complémentaires). Cette offre de service est complémentaire au programme "bien vieillir" développé par le secrétariat d'Etat aux personnes âgées.

Des actions labellisées actuelles (comme les ateliers PAK EUREKA, Equilibre) sont à promouvoir dans des réseaux, "tissu d'innervation" d'une politique de prévention gérontologique cohérente, apte d'ailleurs à se concerter avec d'autres actions de la prévention, sur d'autres tranches de vie, dans une approche inter- générationnelle.

L'exigence de qualité de la prestation offerte doit guider les différents financeurs pour jouer la complémentarité des différents secteurs (libéraux et milieux associatifs) et couvrir géographiquement plus largement le territoire.

Services médicaux et services sociaux sont partiellement sollicités pour ce travail de terrain. Les UGECAM peuvent également concourir à cette offre de service. Les services d'éducation sanitaire des CPAM, les centres d'examen de santé dans le réseau institutionnel, sans occulter le rôle des autres partenaires (correspondants régionaux de l'INPES) peuvent être également contributifs.

Le montage des actions de cette nature est orchestré par un pilotage régional conjoint CRAM/URCAM.

La coordination de la sortie d'hospitalisation

La prévention secondaire s'attache à repérer le plus précocement possible des symptômes banaux dont le danger est le plus souvent de les mettre sur le compte de l'âge. Ces symptômes participent à une étape de fragilité et donc d'instabilité physiologique pouvant être la porte d'entrée vers une décompensation d'organes voire une perte d'autonomie.

Il est donc important pour l'assurance maladie et pour son pendant, l'action sociale de la branche retraite, de développer une prise en charge globale, médico-psycho-sociale, qui intègre, en concertation avec les médecins de ville et la médecine hospitalière, le repérage de défaillances sensorielles (ouïe, vision), de difficultés de marche avec les risques de chutes, de défaillances de la mémoire, l'apparition d'une fatigabilité à l'effort voire la dévalorisation de l'individu pour des activités courantes ou des modifications d'appétit.

Dans le cadre d'une coordination dans l'approche médico-sociale, il est attendu une amélioration de la prise en charge des personnes âgées hospitalisées par une expérimentation de type "*sortie d'hospitalisation*" pour jouer sur l'ensemble des volets : meilleure information des personnes et de leur entourage, obligation d'un dispositif de sortie d'hospitalisation contractualisé dans les établissements via les contrats d'objectifs et de moyens, meilleure articulation ville/hôpital et versement d'une aide expérimentale "*sortie d'hospitalisation*" ponctuelle sur le fonds national d'actions sanitaires et sociales en faveur des personnes âgées.

L'amélioration de la prise en charge médico-sociale via une politique d'aide aux aidants

Celle-ci s'illustre par deux actions à développer.

Les branches maladie et retraite, pour soutenir l'autonomie et le maintien à domicile, doivent faire porter leurs efforts sur l'aide aux aidants. Les lacunes actuelles des services de soins et/ou d'aide à domicile, l'insuffisance des structures d'hébergement temporaire ou d'accueil de jour ont fait l'objet de plusieurs rapports.

L'implication du service social, qui est aujourd'hui déjà marquée sur ce terrain, sera amplifiée à l'avenir, en favorisant des actions collectives d'aides aux aidants dans toute unité de travail du service social, selon des référentiels régionaux établis au sein des services sociaux.

De plus, le conseil et l'aide au financement et au montage de dossiers, permettant d'accroître l'offre de soins, accueil de jour et hébergement temporaire, d'une part, et d'améliorer la qualité d'évaluation des besoins des personnes âgées dans l'expérimentation d'autre part, sont mis en avant.

Cette problématique est commune aux personnes handicapées vieillissantes.

A titre expérimental, promouvoir dans les établissements concernés, et à domicile, de nouveaux modes de prise en charge (soins et équipes mobiles, investissement) constitue une orientation forte du conseil d'administration de la CNAM. Conformément à l'avenant de la COG portant sur l'action sociale (2003-2004), la CNAV concentre ses efforts sur la réalisation d'études préalables sur cette population.

Le plan expérimental "préservation de l'autonomie des personnes âgées" constitue ainsi une porte d'entrée importante pour une prise en charge globale des personnes âgées pour les branches maladie et retraite de la sécurité sociale, en complémentarité étroite avec les politiques conduites par l'Etat et les collectivités territoriales.

Il permet, grâce à une collaboration partenariale, interne et externe, dans un dispositif territorialisé, d'assurer pour les personnes un service continu, en respectant les financements actuels.

Il permet aussi une continuité de prise en charge dans une démarche inter-générationnelle, cohérente, diversifiée et s'inscrit dans la stratégie de service des deux branches.

Les deux caisses nationales, pour mettre en œuvre le plan "préservation de l'autonomie des personnes âgées" s'appuient sur l'ensemble des organismes du réseau assurance maladie et retraite CPAM-CRAM-URCAM-services médicaux-UGECAM-CES (centres d'examens de santé).

L'affichage des thématiques retenues au niveau national permet aux régions de choisir leurs priorités et le périmètre des actions.

REPONSE DE LA CAISSE PRIMAIRE DES ALPES-MARITIMES

Ce constat de la Cour appelle les observations ci-après :

- disposer d'une véritable cartographie de ces organisations en réseau, tant pour les pouvoirs publics que pour les réseaux eux-mêmes est une véritable nécessité.

La connaissance exacte et en permanence actualisée du maillage du territoire et des régions serait un plus, en termes de cohérence et de coordination des politiques de santé publique et d'aide à la décision, et la possibilité pour les réseaux de mutualiser ou de partager des expériences communes.

Connaître et évaluer les dispositifs existants, mesurer et analyser les écarts entre les objectifs et les résultats atteints est effectivement une démarche indispensable pour s'assurer que les ressources consacrées au fonctionnement de ces structures par les multiples financeurs ont bien contribué à l'atteinte des objectifs en apportant une véritable réponse aux problèmes de prise en charge et d'organisation des soins à l'égard des personnes âgées.

La démarche entreprise actuellement par l'ANAES, qui s'est vue confier une mission d'accréditation des réseaux de santé, va tout à fait dans ce sens, fixant ainsi une exigence de qualité supplémentaire.

Définir et clarifier le partage des rôles des différents partenaires (Etat-assurance maladie-collectivités territoriales et locales) dans leur domaine d'intervention respectif devrait en particulier éviter tout doublement dans l'évaluation gérontologique de la dépendance, notamment des services des CLIC et des équipes médico-sociales de l'APA et jouer sur la complémentarité.

*REPONSE DU MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES, DU
TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITE*

ET

*DU MINISTRE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE
ET DES PERSONNES HANDICAPEES*

Nous vous remercions de nous avoir communiqué le projet de rapport au Parlement de la Cour des Comptes sur la sécurité sociale. Outre les observations d'ordre technique qui vous ont été précédemment communiquées, nous tenons à vous apporter quelques précisions.

La situation des comptes sociaux en 2002

La Cour entame son rapport par l'analyse de l'évolution des dépenses de sécurité sociale au regard des objectifs fixés par le pacte européen de stabilité et de croissance. Nous souhaitons rappeler à cet égard que notre politique vise d'abord à préserver la croissance et l'emploi qui, comme le souligne très justement le rapport, conditionnent le retour à l'équilibre des comptes sociaux.

Dans le même temps, le gouvernement s'est attaché à la mise en œuvre des « réformes structurelles » que la Cour appelle de ses vœux. La loi portant réforme des retraites a été votée le 21 août 2003. Ces jours-ci, le gouvernement a entamé le processus de modernisation de notre système d'assurance maladie au travers de consultations avec l'ensemble des acteurs concernés.

Organisation comptable et comptes

Nous partageons le souhait de la Cour quant à l'amélioration de l'information sur les conséquences des choix effectués par les organismes de sécurité sociale pour l'établissement des opérations de fin d'exercice et, notamment, des provisions sur cotisations et prestations.

La création d'un groupe de travail sur la gouvernance et les comptes de la sécurité sociale, dans le cadre des travaux du Haut conseil de la comptabilité des organismes de sécurité sociale, animé par un magistrat de la 6ème chambre, devrait répondre aux attentes de la Cour sur l'établissement de comptes centralisés au niveau national. Il devra en effet définir les niveaux de responsabilité des organismes locaux et nationaux à chaque étape de l'élaboration des comptes présentés par les organismes nationaux de sécurité sociale.

Le rôle de l'ACOSS au regard des comptes du recouvrement, pour l'élaboration et les notifications des produits aux différents attributaires devra également être un thème de réflexion de ce groupe de travail.

Garantir la qualité et la sincérité des comptes des organismes de la sécurité sociale est un souci constant de ce Gouvernement.

Evolution et régulation des dépenses d'assurance maladie

La Cour a choisi de consacrer de longs développements aux outils de régulation des dépenses d'assurance maladie mis en œuvre depuis la réforme de 1996. Elle fait le constat de l'échec des politiques menées au vu, notamment, des déficits croissants des régimes obligatoires. Il est certain qu'au regard de ce seul critère, les objectifs fixés n'ont pas été atteints.

De plus, la mise en place, même partielle, de ces outils de régulation a contribué à dégrader la qualité des relations avec les professionnels de santé. Le paradoxe est bien d'avoir vu sur la période récente les dépenses d'assurance maladie augmenter fortement, alors même que les professionnels ont eu le sentiment qu'on leur imposait des instruments de maîtrise comptable qu'ils rejetaient.

Sans proposer de solutions alternatives, le rapport indique que les « *actions sur les comportements* » (accréditation, évaluation, formation...) ont connu, pour leur part, quelques succès. C'est bien cette voie, celle de la maîtrise médicalisée, que le Gouvernement a choisi d'emprunter et qui, déjà, donne des signes encourageants, ainsi que le souligne le rapport. C'est pour cela que le gouvernement a choisi de rétablir la confiance avec les professionnels de santé, car le dialogue est indispensable pour le succès de cette maîtrise médicalisée.

Mais, si le Gouvernement partage l'analyse de la Cour quant au constat d'échec de la plupart des instruments de régulation utilisés, il ne peut se ranger à son analyse des causes de l'accélération des dépenses en 2001 et 2002, qui serait, selon la Haute juridiction, liée à une conjonction de décisions d'ampleur exceptionnelle. Cela n'est guère contestable pour ce qui concerne les protocoles de mise en œuvre de la réduction du temps de travail mais doit être nuancé pour d'autres mesures prises plus récemment. Ainsi, s'il est encore trop tôt pour faire le bilan de l'accord conclu avec les médecins en juin 2002, celui-ci montre que les revalorisations tarifaires se sont accompagnées d'une évolution sensible des pratiques sur les visites. De même, on observe une modification tangible des prescriptions en ce qui concerne les génériques (à un niveau jamais atteint jusqu'alors) et les antibiotiques.

Dès lors, nous sommes bien typiquement ici dans un accord qui permet cette action sur les comportements que la Cour appelle de ses vœux : définir des objectifs partagés avec les professionnels de santé pour faire

évoluer les pratiques, tel doit être le fil conducteur des relations avec ces professionnels.

Dans cette logique, le Gouvernement est déterminé à poursuivre la promotion des accords de bon usage de soins et des contrats de pratiques professionnelles qu'il appartient aux partenaires conventionnels de conclure. Certes, leur nombre est encore insuffisant mais il devrait progresser de façon continue. C'est en tous les cas notre souhait.

Sur l'hôpital, il faut souligner que l'objectif central du plan hôpital 2007 est bien, en donnant à l'ensemble des acteurs plus d'autonomie et plus de responsabilités, d'augmenter sensiblement l'efficacité des ressources financières consacrées à l'hôpital. C'est l'objet même de la tarification à l'activité qui va, enfin, pouvoir s'appliquer progressivement à partir de 2004.

S'agissant du médicament, ce Gouvernement a, contrairement au Gouvernement précédent, mis en œuvre des mesures de déremboursement des médicaments à service médical rendu (SMR) insuffisant. Les premières mesures en ce sens ont été annoncées dès le mois d'août. Le Gouvernement est décidé à poursuivre dans cette voie, dans la durée. La mise en place du tarif forfaitaire de responsabilité est également en cours et va dans le sens de la maîtrise des dépenses de médicaments.

Par ailleurs, nous sommes conscients des problèmes liés à la polymédication. Toutefois, ces difficultés concernent l'ensemble de la population et non seulement les personnes âgées. Ce sujet doit traité globalement dans le cadre de l'amélioration de la maîtrise médicalisée.

Le Gouvernement partage l'opinion de la Cour sur les questions relatives à la répartition des professionnels de santé sur le territoire. Les travaux engagés sur la démographie médicale montrent le souci du gouvernement de favoriser une répartition plus équilibrée des professionnels de santé.

De même, la perte de sensibilité aux coûts des dépenses de santé pour nos concitoyens, phénomène souligné par la Cour est incontestable. Dans le même temps, elle est liée à des dispositifs qui constituent intrinsèquement des progrès indéniables de gestion qu'il est sans doute nécessaire de mieux accompagner.

Sur l'ensemble de ces sujets, le Gouvernement a fait le choix de construire un diagnostic partagé puis d'engager un large processus de concertation avec l'ensemble des acteurs de l'assurance maladie, partenaires sociaux, professionnels de santé, usagers, afin de déterminer les modalités d'adaptation de notre système aux exigences actuelles. Il est déterminé, comme l'y invite le rapport, à donner à ces acteurs les moyens d'une gestion du risque maladie plus cohérente et efficace qu'aujourd'hui.

La Cour conclut ce chapitre de son rapport sur les limites du cadre juridique existant et sur la nécessité de le réformer. Le manque de crédibilité

de l'ONDAM, sans cesse dépassé, même « rebasé », et la stricte annualité dans laquelle l'interprétation du Conseil constitutionnel a enfermé les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) sont en effet des limites importantes à l'exercice. Ces points ne manqueront pas d'être abordés dans le cadre des réflexions menées sur la modernisation de notre assurance maladie.

Il nous semble néanmoins nécessaire d'être prudents dans les critiques adressées à ce dispositif. En effet, le bilan que l'on peut dresser de sept LFSS discutées puis votées est assez positif. Au premier rang de ce que les LFSS ont apporté, nous relevons l'association du Parlement à la prise de décision en matière de finances sociales et la mise en évidence des enjeux financiers de notre système de protection sociale. Cette sensibilisation constitue un préalable à toute modification ou réforme et demeure à ce titre, indispensable.

De plus, si les dernières prévisions sur l'ONDAM 2003 montrent que celui-ci sera légèrement dépassé, il apparaît nettement plus réaliste que celui des années précédentes, notamment en 2002.

Enfin, les travaux que nous avons engagés sur la médicalisation de l'ONDAM constituent également une piste à approfondir. Le PLFSS 2004 est une première étape dans l'affirmation d'un lien plus étroit entre les objectifs de dépenses et ceux de la politique de santé du gouvernement.

Retraites

Nous ne reviendrons pas sur les constats faits par la Cour, notamment sur les outils de projection et d'évaluation. Chacune de ses observations a fait l'objet d'une réponse circonstanciée dans le courrier qui vous a précédemment été adressé.

Si nous pouvons regretter, comme le fait la Cour, les limites de ces outils, il n'en demeure pas moins que le constat des graves difficultés auxquels étaient confrontés, à moyen et long terme, nos régimes de retraite, à législation inchangée, était unanimement partagé.

Dès lors, la priorité du Gouvernement était de consolider cet acquis essentiel de notre système de protection sociale, ce qui a été fait par la loi du 21 août 2003.

Cela, bien évidemment, n'exclut pas l'amélioration de la qualité des outils de pilotage, tant en termes physiques que financiers. La loi récemment adoptée consacre également de longs développements au droit à l'information qui constitue une priorité justement soulignée par la Cour.

*REPONSE DU MINISTRE DE L'ECONOMIE,
DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE*

ET

*DU MINISTRE DELEGUE AU BUDGET
ET A LA REFORME BUDGETAIRE*

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie et le ministre délégué au budget et à la réforme budgétaire ont pris connaissance avec un grand intérêt des travaux effectués par la Cour des Comptes dans le cadre de son rapport annuel sur la sécurité sociale.

Les observations formulées rejoignent dans leur majorité les préoccupations du ministère.

Sur le format des lois de financement et le mode de détermination de l'ONDAM

La Cour constate à nouveau que la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) ne présente pas les caractéristiques d'une véritable loi de finances et que la procédure qui conduit à sa détermination et à celle de l'ONDAM, devrait être améliorée ; en outre, elle souligne une progressive complexification du dispositif. Par ailleurs, la Cour déplore les modifications récurrentes et les disparités de périmètre qui nuisent à la lisibilité de la LFSS ; en particulier, la distinction entre les dépenses du champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et celles qui en sont exclues, ne semble pas totalement pertinente.

Le ministère de l'économie des finances et de l'industrie est favorable à ce que soient examinées les adaptations des conditions actuelles d'élaboration de la loi de financement de la sécurité sociale, recherchant à la fois une amélioration de la portée des LFSS, afin de responsabiliser plus fortement les acteurs et de rendre plus effectif le contenu des lois de financement de la sécurité sociale, une révision du contenu des LFSS (avec un éventuel élargissement de leur champ et sans doute la simplification du document actuel) et la mise en place d'une démarche de performance dans l'esprit de la loi organique relative aux lois de finances.

Le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie est, bien entendu, particulièrement attaché à l'exigence de cohérence avec la stratégie globale de finances publiques, marquée en particulier par le débat annuel d'orientation budgétaire devant le Parlement, par le rapport sur la situation et les perspectives économiques, sociales et financières (joint au projet de loi de finances) et par le programme de stabilité établi dans le cadre de nos engagements européens.

Sur la question de la place de la régulation et des instruments adéquats

Sur l'évolution des dépenses depuis 6 ans, la Cour des comptes dresse trois constats : les dépenses ont excédé de manière croissante l'objectif fixé chaque année en LFSS depuis 1997 ; les dépassements cumulés atteignent 15 Mds€ sous l'effet de la progression des dépenses d'assurance maladie et le régime général connaît des déficits historiquement élevés.

Le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie ne peut que rejoindre le constat de la Cour sur le poids croissant des dépenses de santé. Leur proportion au regard de la richesse nationale est l'une des plus élevée au monde (près de 10 % du PIB) et ces dépenses progressent à un rythme tendanciellement supérieur à la moyenne des autres pays développés. La Nation consacre, dans ce contexte, de l'ordre de 20 % du total des prélèvements obligatoires aux dépenses des régimes obligatoires de base d'assurance maladie. La maîtrise des dépenses d'assurance maladie constitue dès lors un impératif pour la compétitivité de notre économie, pour le développement de l'emploi et au regard de l'exigence de ne pas laisser des dettes aux générations futures.

La Cour des comptes constate l'échec des mécanismes destinés à assurer un encadrement des enveloppes et des professions qui ont été mis en place jusqu'en 2001 (sanctions collectives, ODD, lettres clés flottantes ...) et dresse un bilan négatif du système conventionnel actuel. Cet état de fait tient en particulier, selon la Cour, aux fragilités juridiques récurrentes inhérentes aux conventions et à l'approche globale insuffisante des éléments constituant les revenus des professions de santé qui sont financés par l'assurance maladie.

Le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie note qu'une des pistes qui pourraient être envisagées, concernant la prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé libéraux, serait éventuellement de laisser plus de marge aux gestionnaires des caisses d'assurance maladie pour moduler les taux de prise en charge (en fonction de l'adhésion aux contrats de bonne pratique ou de l'implantation géographique notamment).

La Cour rappelle que le médicament constitue un enjeu majeur de régulation en raison de son importance au sein des dépenses de santé (1/5 des dépenses) et du dynamisme de sa croissance. En dépit des mesures de redressement qui peuvent être retenues, la Cour juge que la politique relative aux médicaments reste fragile en raison notamment de l'utilisation incomplète faite du critère du service médical rendu, d'un périmètre de remboursement contestable (depuis 1999, 211 présentations à service médical rendu (SMR) insuffisant ont été acceptées au remboursement), des défauts de la procédure de fixation des prix et des marges. De plus, la rationalisation des prescriptions devrait être améliorée.

Le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie partage cette analyse et souligne que l'objectif d'amélioration de la qualité va de pair avec la lutte contre les gaspillages et les surconsommations, certains comportements pouvant en outre présenter des risques sanitaires (exemple de la surconsommation d'antibiotiques). La politique conduite en matière de médicaments depuis 2002 marque cependant un net progrès en confortant la référence au service médical rendu. Une modification du panier de médicaments remboursés et du taux de prise en charge a été mise en œuvre sur la base de critères objectifs. De plus, le Gouvernement a réformé en 2003 le fonctionnement de la Commission de la transparence. Par ailleurs, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a cherché à développer les génériques en instaurant en particulier le tarif forfaitaire de responsabilité. Outre la pleine application effective des mesures adoptées en LFSS 2003, il importe que la prise en charge des médicaments soit adaptée aux besoins réels et de mieux responsabiliser l'ensemble des acteurs (assurés sociaux, praticiens, industriels, réseaux de distribution) à la forte consommation de médicaments constatée, qui place la France au premier rang mondial pour le volume consommé par habitant.

S'agissant de la régulation par les prix et par les tarifs de remboursement des prestations et des actes, la Cour constate que l'extension rapide des divers modes de couverture complémentaire et l'extension du tiers payant ont modifié l'appréhension par l'assuré des notions de prix et de tarif. Ce progrès social aurait logiquement dû être accompagné de la mise en place des mesures de responsabilisation appropriées. Bien entendu, les hypothèses à envisager ne devront pas mettre en cause l'accès de tous –et notamment des plus démunis– à une médecine de qualité.

Le rapport de la Cour critique les instruments de suivi des politiques structurelles mises en place, en particulier la connaissance insuffisante des évolutions démographiques des professions de santé.

En ce qui concerne les établissements de soins, ainsi que le constate la Cour, la politique d'accréditation souffre d'une mise en place trop lente et d'une dérive par rapport à l'objectif initial, cette politique excluant l'activité médicale ainsi que la qualité des soins. La même critique de lenteur s'applique à l'évaluation des pratiques professionnelles, confiée aux URML, qui en outre comporte des limites importantes : basée sur l'auto-évaluation, le volontariat et la confidentialité du résultat, elle n'inclut aucune articulation avec la formation médicale continue (FMC) ou le système du médecin référent. Quant à la certification, elle concerne à ce jour la seule profession des ambulanciers.

S'agissant des référentiels, ils constituent aux yeux de la Cour, la base indispensable pour d'autres actions, notamment la formation, l'évaluation des pratiques, les accords de bon usage des soins (AcBUS) et contrats de bonne pratique (CBP) ainsi que les entretiens confraternels entre médecins libéraux et médecins conseils. Cependant, une meilleure utilisation des référentiels

établis par l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) par les praticiens suppose, sans doute, que ceux-ci soient plus lisibles et plus systématiquement diffusés.

La Cour estime que la régulation ne pourra être efficace que si elle s'appuie sur une connaissance et une compréhension suffisantes de l'offre et de la demande. Elle indique que quelques progrès ont été accomplis, mais qu'il reste encore de nombreuses limites, notamment dans l'exploitation du système national d'information inter-régimes d'assurance maladie (SNIIRAM).

Le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie partage les préoccupations de la Cour et considère qu'un nouveau dispositif de régulation associant d'une façon équilibrée professionnels de santé, patients et industriels doit être mis à l'étude. Ce sujet s'inscrira dans le cadre de la concertation et des travaux que le Gouvernement entend engager avec l'ensemble des partenaires concernés, dans le cadre d'un dialogue social approfondi.

Les retraites

Aspects démographiques et financiers

Sur l'évolution des retraites et de la population des retraités au cours des dernières décennies

La Cour souligne l'insuffisante connaissance des effectifs de retraités : elle rappelle en particulier la forte incertitude liée en partie à l'importance de la part des polypensionnés (36 % des retraités), dont l'augmentation probable dans une perspective de moyen terme justifie une attention particulière et des efforts d'amélioration des instruments statistiques. La loi portant réforme des retraites a bien intégré cette évolution structurelle en généralisant la prise en compte de la durée d'assurance tous régimes.

Par ailleurs, constatant le déficit d'évaluation d'une réforme d'aussi grande ampleur que celle de 1993, la Cour demande que soit développée la capacité d'évaluer les réformes, dans le régime général notamment. A cet égard, la nécessité d'accroître substantiellement, en particulier à la CNAV, les capacités d'évaluation des effets des réformes des retraites se trouve renforcée par la récente loi portant réforme des retraites, qui prévoit un changement continu des paramètres des différents régimes, dans le cadre d'une montée en charge générationnelle. Cette recherche d'amélioration des instruments de projection est également valable pour les autres régimes, au vu des enjeux pour les finances publiques à moyen et long terme. En outre, comme le recommande la Cour, il importe de développer les sources d'information sur l'ensemble des retraités, en mettant en place des instruments tous régimes. L'échantillon inter-régimes (EIR) est une première source d'information, mais devrait être enrichie par l'amélioration des flux d'information entre les régimes.

Sur les effets des mécanismes des pensions des salariés du secteur privé

Comparant les parts respectives du régime général et des régimes complémentaires obligatoires dans les pensions versées aux salariés du secteur privé, la Cour constate que les systèmes par annuités incitent peu les salariés ayant atteint la durée de cotisation de référence à poursuivre leur activité, contrairement aux régimes par points, dont le caractère assurantiel et contributif est plus marqué.

Si la loi portant réforme des retraites a conduit au maintien du système par annuités du régime général, le gouvernement a cependant marqué son intérêt pour les systèmes par points au travers de la transformation en système par points du régime des professions libérales (CNAVPL) ; la mise en place prévue par la même loi, pour les fonctionnaires, d'un nouveau système additionnel privilégie également un système par points. Parallèlement, le caractère contributif des pensions a été renforcé pour les salariés du privé par l'introduction d'un coefficient de majoration, et pour les fonctionnaires par la mise en place progressive de coefficients de majoration et de minoration.

Sur le tableau de financement des différents régimes

Le rapport rappelle le cadre actuel du financement des pensions des fonctionnaires civils et militaires de l'Etat, et notamment son caractère budgétaire qui se traduit par l'absence d'une cotisation employeur.

Dans la perspective de la mise en œuvre du compte d'affectation spéciale « pensions » prévu par la LOLF en 2006, l'article 63 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites a prévu la mise en place à cette même date d'une contribution employeur à la charge de l'Etat assise sur les traitements et soldes payés aux fonctionnaires civils et militaires. Cette évolution contribuera à une plus grande transparence des dépenses de pensions mais également à une meilleure responsabilisation des employeurs qui supporteront ainsi le coût complet des dépenses de personnel.

Sur les transferts de solidarité entre régimes

La Cour rappelle le principe de la compensation : ce mécanisme vise à corriger les écarts entre les situations démographiques et les capacités contributives des différents régimes. Il doit être relevé que l'existence de ces transferts, confortée dans la loi portant réforme des retraites, est étroitement liée au système de retraite par répartition et à l'absence d'un régime unique.

Comme le souligne le rapport, il est nécessaire de définir des règles et d'améliorer le mécanisme pour établir des transferts entre les régimes sur une base équitable. Il convient d'approcher au mieux les écarts entre les situations démographiques et les capacités contributives des différents régimes, avec des règles qui tiennent compte de leur diversité, même si la loi portant réforme des retraites a engagé une certaine harmonisation de ces règles.

Le ministère de l'économie des finances et de l'industrie partage cette analyse dans laquelle s'est inscrite une évolution récente qui a ainsi permis de mieux prendre en compte la situation financière effective des régimes. La LFI 2003 et la LFSS 2003 prévoient en effet que les transferts du FSV au titre du chômage seront intégrés dans les calculs de compensation, aussi bien au niveau des prestations et des cotisations perçues que des effectifs des différents régimes ; cette mesure figurait, parmi d'autres, dans le rapport d'un magistrat de la Cour des Comptes remis au Conseil d'orientation des retraites pour son rapport de décembre 2001.

Pour l'avenir, d'autres évolutions envisagées par la Cour pourraient faire l'objet d'un examen particulier, parmi lesquelles, notamment, la prise en compte des transferts de l'AVPF (qui suivrait la même logique que la prise en compte des transferts du FSV), la prise en compte des retraités de plus de 60 ans, dès lors que la loi portant réforme des retraites a conforté la possibilité de départ à 60 ans, modifié les règles d'âge de départ à la CNAVPL et rapproché les conditions de liquidation des salariés du privé et du public, ainsi que la prise en compte des droits dérivés (qui existe actuellement dans la compensation spécifique), selon des modalités à arrêter.

Certaines évolutions pourraient cependant soulever des difficultés de mise en œuvre. Ainsi, des calculs de compensation réalisés en équivalent-carrière complète nécessiteraient des données fiables provenant des régimes et une réflexion sur la nature des annuités validées dans les différents régimes.

Constatant la coexistence dans ce dispositif des régimes de base et des régimes intégrés, la Cour relève que l'intégration des régimes complémentaires dans la compensation soulèverait une question de principe, eu égard à la gestion de ces régimes par les partenaires sociaux. La solution évoquée par la Cour, consistant à décomposer les régimes intégrés en une couverture de base et une couverture complémentaire, pourrait toutefois poser des difficultés de mise en œuvre, la distinction entre ces deux niveaux étant inévitablement arbitraire. Par ailleurs, la prise en compte de la prestation la plus faible et des masses salariales plafonnées dans les calculs de compensation entre régimes de salariés vise déjà à restaurer une certaine cohérence en la matière, en rapprochant les caractéristiques prises en compte de celles des régimes de base.

La Cour envisage la perspective d'un regroupement du régime des salariés agricoles avec le régime général dans le calcul de la compensation. Il convient d'observer que le régime des salariés agricoles se trouve à la fois être le principal bénéficiaire de la compensation au sein des régimes de salariés, en raison de ses caractéristiques démographiques particulières, et servir de référence, en termes de prestations, pour le fonctionnement du mécanisme de compensation. Cette hypothèse appelle une réserve s'agissant de régimes juridiquement distincts et impose la plus grande prudence au regard des conséquences induites.

S'agissant de la surcompensation, le rapport relève à juste titre que, malgré son caractère arbitraire, le taux de surcompensation conduit à des transferts équivalents à ceux qui seraient fondés sur la prise en compte de la prestation la plus basse, et non de la prestation moyenne. Par ailleurs, il convient de rappeler que, dans son principe même, ce mécanisme permet d'assurer des transferts de solidarité en l'absence d'un régime unique des fonctionnaires, entre des régimes dont les caractéristiques sont extrêmement proches, au moins pour ce qui concerne les régimes des fonctionnaires. La situation financière de la CNRACL a conduit le gouvernement à annoncer un plan de redressement de ce régime fondé sur une augmentation du taux de cotisation de 0,4 point par an sur 2003-2005, et sur une baisse de 3 points par an du taux de surcompensation. Au-delà de ce plan triennal, la loi portant réforme des retraites prévoit la suppression à terme de la surcompensation. Dans ce cadre, le redressement de la CNRACL devrait être poursuivi dans la durée et grâce à un effort partagé, dans l'attente des pleins effets de la réforme des retraites sur la situation financière de ce régime.

En tout état de cause, les hypothèses examinées par la Cour en matière de transferts de compensation devront être évaluées au regard de leur impact sur l'équilibre des régimes et sur le budget général de l'Etat pour ce qui relève du régime des fonctionnaires. Quelles que soient les évolutions envisagées à moyen terme, l'existence de données fiables pour améliorer les transferts sera une condition nécessaire. Il sera également nécessaire de trouver un juste équilibre entre des objectifs en partie contradictoires de recherche de règles les plus précises possibles et de lisibilité suffisante des mécanismes pour en assurer l'acceptabilité par les régimes.

Concernant le rôle de la commission de compensation, il apparaît notamment souhaitable, comme le note la Cour, que la commission de compensation puisse contribuer à améliorer la qualité et le degré de fiabilité des données servant de base aux calculs des transferts. Par ailleurs, la loi relative à la réforme des retraites dispose que « *tout projet de modification des règles affectant les mécanismes de compensation fait l'objet d'un avis de la Commission, qui est transmis au Parlement* ».

Enfin, si l'importance des transferts de compensation doit être relevée, tant au titre des conséquences pour chacun des bénéficiaires débiteurs et créditeurs que pour garantir la solidarité entre régimes dans le cadre de la répartition, ce qui nécessite d'en améliorer l'équité à moyen terme, il faut rappeler son caractère neutre dans le pilotage global de l'augmentation du besoin de financement des régimes de retraite, à laquelle la loi portant réforme des retraites a cherché à répondre en priorité.

Sur les enjeux financiers à moyen et long terme

Le rapport rappelle l'ampleur de la dégradation financière des régimes de retraite à long terme, conduisant à un besoin de financement de l'ordre de 4 points de PIB à législation inchangée à horizon 2040.

Pour remédier à cette situation, la loi portant réforme des retraites, sur la base de l'analyse des facteurs d'évolution structurelle des dépenses de retraite, a notamment prévu un partage des gains d'espérance de vie entre durée d'activité et de retraite, en stabilisant le ratio entre ces deux durées, en fonction des gains d'espérance de vie à 60 ans. Les projections effectuées des gains d'espérance de vie à 60 ans à horizon 2020 conduisent à une durée potentielle de cotisation de 41 ans en 2012 et de 41 $\frac{3}{4}$ ans en 2020.

Au-delà, la stratégie à long terme des finances publiques devra prendre en compte plus globalement et de manière croissante l'impact du vieillissement de la population, sur les dépenses de retraites comme sur celles liées à la santé ou la dépendance.

Sur le fonds de réserve des retraites

L'objectif du fonds est bien de « lisser » à compter de 2020 l'accroissement des charges de retraite. Sa montée en charge, qui dépend à court terme de la conjoncture économique et de la situation des finances publiques, doit donc être considérée sur moyenne période.

Le rapport note à juste titre l'importance du rendement financier, les revenus financiers étant susceptibles de représenter environ un tiers du fonds en 2020. A ce titre, le choix des placements effectué par le conseil de surveillance sera déterminant.

Concernant la recommandation de la Cour d'engager une réflexion sur la mise en œuvre d'une « compensation généralisée intertemporelle », il faut souligner la différence liée au caractère intra-générationnel des transferts de compensation et inter-générationnel du Fonds de réserve pour les retraites. Par ailleurs, les transferts de compensation ont vocation à se réduire à long terme du fait d'évolutions démographiques pour partie convergentes et d'une harmonisation des règles.

Aspects de la gestion des régimes

Sur les outils de pilotage dans différents régimes

D'une manière générale, la Cour recommande de poursuivre les efforts d'amélioration des méthodes de projection, notamment par une meilleure utilisation des fichiers de cotisants.

Les services du MINEFI contribuent directement à ces efforts de projection financière (INSEE, service des pensions, direction de la prévision et direction du budget).

Pour la fonction publique d'État, afin de compléter le modèle actuellement disponible au service des pensions, fondé sur une base individuelle, la direction du budget a mis au point, dans le sens souhaité par la Cour, un nouvel instrument de projection (modèle ARIANE) fondé sur une base générationnelle et visant à appréhender les changements de

comportement potentiels. Ce modèle prend également en compte la situation des polypensionnés.

Le développement des capacités d'expertises techniques et actuarielles des régimes doit être encouragé (de manière horizontale) afin de permettre un meilleur pilotage dans la durée des systèmes de retraite et une meilleure anticipation des risques auxquels ils sont confrontés, en évaluant par exemple des taux de rendement d'équilibre, notamment pour les systèmes par points. Les paramètres du nouveau régime additionnel sur les primes prévu par la loi portant réforme des retraites devront être calibrés avec une attention particulière pour éviter de créer des difficultés de soutenabilité à moyen terme.

Sur le système d'information de la CNAV

La Cour insiste sur l'amélioration de la qualité des données reportées aux comptes individuels, ainsi que sur l'information des cotisants en la matière. A cet égard, la loi portant réforme des retraites prévoit la création d'un groupement d'intérêt public qui mettra en œuvre les moyens nécessaires au renforcement de l'information des cotisants : droit à l'obtention d'un relevé de situation individuelle, délivrance périodique de ce relevé, estimation indicative des pensions qui seront perçues à partir d'un certain âge.

La Cour juge par ailleurs que les échantillons de retraités et de cotisants doivent être prioritaires, alors que la mise en place d'un répertoire national des cotisants devra faire l'objet d'une concertation approfondie dans une perspective de moyen terme. Il convient de souligner à ce titre l'intérêt potentiel de l'Echantillon inter-régimes des cotisants (EIC), dont la première exploitation doit intervenir à fin 2004. Il devrait permettre une meilleure appréciation de la situation future des régimes et de l'impact de la réforme engagée.

Sur la gestion de certains régimes

Sur les régimes de retraite des professions libérales

La Cour a examiné les régimes de base de la CNAVPL et de la CNBF, qui n'étaient pas alignés sur le régime général (ouverture des droits à 65 ans, durée de cotisation égale à 37,5 ans et demi, prestations au caractère largement forfaitaire). La loi portant réforme des retraites a aligné l'âge d'ouverture des droits de la CNAVPL sur celui du régime général, tout en modifiant profondément son mode de fonctionnement, qui devient celui d'un système par points.

La Cour a également examiné en particulier les régimes dits d'avantage social vieillesse (ASV) qui offrent à certaines professions libérales intervenant dans le domaine de la santé une couverture retraite complémentaire et dont une partie des cotisations est prise en charge par l'assurance maladie. Le ministère de l'économie, des finances et de

l'industrie prend bonne note de la recommandation de diminution du rendement des régimes d'ASV des professions de santé conventionnés, dont la pérennité est menacée, ainsi que d'une réflexion d'ensemble sur ces régimes en vue de mesures de redressement indispensables.

Sur les régimes de retraite des fonctions publiques territoriale et hospitalière

La Cour recommande, afin d'améliorer les rapports entre l'Etat et le conseil d'administration jugés imparfaits, de donner aux représentants des ministres de tutelle un statut de commissaire du gouvernement ne participant pas aux votes.

Une telle évolution ne pourrait que s'inscrire dans un cadre plus général, applicable à l'ensemble des caisses de retraite où siègent des représentants de l'Etat et nécessiterait une réflexion globale. En tout état de cause, l'existence d'un droit d'opposition aux délibérations semble nécessaire au bon fonctionnement du conseil d'administration notamment pour garantir la parité de traitement avec le régime de la fonction publique de l'Etat. Une des premières approches possible consisterait à généraliser les conventions d'objectifs et de gestion qui constituent un moyen reconnu de clarifier les rôles respectifs de la tutelle et du conseil d'administration. C'est la démarche qui est actuellement entreprise pour la CNRACL.

Concernant le financement du régime, la Cour estime que les cotisations patronales ont été maintenues à un niveau trop bas, alors que la CNRACL a été fortement contributrice aux mécanismes de compensation ; cela s'est traduit par des exercices déficitaires et la disparition des réserves.

Les mesures annoncées par le gouvernement à l'automne 2002 permettent d'apporter une réponse cohérente aux difficultés financières récurrentes de la CNRACL en diminuant les charges de compensation parallèlement à un effort de hausse du taux de cotisation employeur. Une telle démarche globale devra sans doute être poursuivie dans la durée afin de consolider sur le moyen terme le redressement financier de la CNRACL et dans la mesure où le taux retenu reste inférieur au taux de cotisation employeur implicite des fonctionnaires civils de l'Etat (26,5 % contre 44,7 % en 2003).

Sur la gestion du régime de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques (IRCANTEC)

Le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie partage l'analyse de la Cour, selon laquelle, face à la dégradation prévisible de la situation financière de l'IRCANTEC, des mesures de redressement doivent être envisagées, d'autant plus rapidement que l'âge moyen des cotisants actuels étant peu élevé, ces mesures ne peuvent produire d'effet qu'à long terme.

Ceci pourrait supposer, selon la Cour, la normalisation des paramètres techniques du régime, dans un souci de rapprochement à terme du rendement du régime de celui existant à l'ARRCO-AGIRC. La Cour recommande, en outre, de modifier la durée de cotisation nécessaire pour obtenir une pension sans abattement à l'IRCANTEC au même niveau que celle nécessaire pour obtenir une pension à taux plein du régime général et de clarifier par ailleurs le champ d'application de l'IRCANTEC.

En matière de gestion, les conditions d'achèvement du schéma d'architecture informatique font l'objet d'une attention et d'un suivi particulier des ministères de tutelle au vu des évolutions observées tant en matière de coût que de calendrier. Les dysfonctionnements constatés en 2002 sur le stock de paiement des nouveaux liquidants, ont en effet conduit à demander à l'IGAS de procéder à un audit. Ces difficultés semblent aujourd'hui en voie d'être résorbées. Par ailleurs, dans le cadre d'un souci partagé avec les gestionnaires du régime, il est envisagé comme pour la CNRACL la mise en place d'une convention d'objectifs et de gestion, afin de mettre en place et de fixer des objectifs en matière de performance de gestion tant en termes de coût que de qualité de gestion.

Enfin, une réflexion pourrait rapidement être conduite, comme le suggère la Cour, sur l'évolution de la composition et du fonctionnement du conseil d'administration de l'IRCANTEC, celui-ci devant allier représentation des principaux groupes d'employeurs et d'agents et recherche de l'efficacité dans son fonctionnement et dans les procédures de contrôle de la gestion du régime.

Divers sujets techniques

Sur l'apurement CNAF

Dans le cadre de l'examen des relations financières entre l'Etat et la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), la Cour des comptes observe une augmentation sensible du solde à apurer. En outre, elle constate que le changement intervenu dans la méthode de calcul du solde a conduit à une diminution de la masse salariale de référence et en conséquence du montant de la contribution de l'Etat.

L'augmentation du solde à apurer s'explique par l'évolution non strictement parallèle de ses principaux déterminants, la masse salariale ayant progressé assez régulièrement tandis que les dépenses de prestations versées par l'Etat ont connu de fait une évolution plus variable d'une année sur l'autre. Cette évolution ne conduit nullement à un report de charges puisque le solde à apurer, une fois établi, est couvert par l'Etat dans son intégralité, donnant même lieu le cas échéant à une ouverture de crédits en collectif budgétaire. De plus, la méthode retenue permet d'appliquer à l'Etat un traitement comparable à celui des autres employeurs, sous réserve de la minoration du taux de cotisation représentatif des frais de gestion qu'il engage lorsqu'il assure à ses agents le service des prestations familiales.

Le changement de la méthode de calcul de la cotisation de l'Etat a été dicté par la nécessité d'appliquer strictement ce principe et de rechercher une meilleure estimation du versement de l'Etat. En outre, cette méthode permet de vérifier le champ d'application géographique de la mesure ainsi que la nature de la dépense. Au total, cette nouvelle méthode semble la plus à même de calculer de façon la plus précise la somme réellement due par l'Etat à la CNAF. Par ailleurs, il semble difficile d'imaginer un dispositif alternatif à celui de l'apurement sur la base d'une créance certaine vis-à-vis de l'Etat, sous peine d'entrer en contradiction avec le droit budgétaire.

Sur la nomenclature relative aux chapitres globalisés

Les préfectures expérimentant la globalisation des crédits (29 préfectures en 2003) voient l'ensemble de leurs crédits de rémunérations, de cotisations et prestations sociales et de fonctionnement inscrits sur un même chapitre (chapitres 37-20 & 37-21 jusqu'en 2002, chapitre 37-30 en 2003).

Si la nomenclature de prévision ne distingue pas les diverses composantes de la dépense, il n'en est pas de même de la nomenclature d'exécution qui reste très détaillée : elle permet en conséquence d'identifier les cotisations et prestations versées. En exécution 2003, bien qu'ayant subi une réforme en termes de présentation, la nomenclature permet toujours d'individualiser la dépense. Il s'agit là d'une obligation incontournable afin de disposer d'une remontée d'information sur l'exécution de la dépense qui s'analyse comme la contrepartie à l'autonomie de gestion accordée aux préfets par la globalisation des crédits.

Sur les versements de l'Etat

La Cour indique que l'Etat aurait une « dette en fin d'exercice 2002 », hors premier versement de l'année n+1 au titre de l'année n, de 656,2 M€ au titre du RMI, 365,4 M€ au titre de l'AAH et 86,2 M€ au titre de l'API. La prise en compte des importantes ouvertures de collectif d'été et d'automne 2002 conduit à revoir en forte baisse ces évaluations. Les dettes à fin 2002, y compris versements issus des lois de finances rectificatives de 2002 sont, en fait, réduites à :

API : - 19,17 M€ (la LFR d'été ayant couvert 65 M€, dont 34,78 M€ de dettes et 30,22 M€ d'insuffisances) ;

RMI : - 71,42 M€ (la LFR d'été ayant ouvert 700 M€, celle d'hiver 225 M€) ;

sur l'AAH, l'Etat détient, à l'inverse, une créance de 11,75 M€ (la LFR d'été ayant ouvert 150 M€, dont 95,86 M€ au titre des insuffisances et 54,14 M€ au titre des dettes).

*REPONSE DU MINISTRE DE L'AGRICULTURE,
DE L'ALIMENTATION, DE LA PÊCHE
ET DES AFFAIRES RURALES*

Vous m'avez adressé pour observations un projet d'insertion devant figurer dans le prochain rapport annuel de la Cour au Parlement sur la sécurité sociale.

La Cour suggère dans le point relatif aux missions de commissariat aux comptes à la mutualité sociale agricole de parvenir, selon un calendrier raisonnable, à la présentation de comptes consolidés certifiés par les commissaires aux comptes.

Je suis moi-même convaincu que seuls les comptes d'ensemble d'un réseau d'organismes de sécurité sociale peuvent être présentés de manière lisible et utile au Parlement.

Néanmoins, cette suggestion m'inspire les remarques suivantes.

Aucune disposition législative ou réglementaire ne confie à la caisse centrale de la mutualité sociale agricole la mission d'établir des comptes consolidés ou combinés du réseau de la MSA. De plus, pour le moment, chaque commissaire aux comptes ne certifie que les comptes de l'organisme de MSA l'ayant nommé.

L'article L. 723-46 du code rural prévoit en effet que les assemblées générales des organismes de mutualité sociale agricole désignent un ou plusieurs commissaires aux comptes qui rendent compte de leur mandat à ces assemblées générales. Cette disposition prévoit "que les commissaires aux comptes peuvent procéder aux contrôles et investigations relevant de leur mission", l'étendue de cette mission doit être comprise au sens que lui donne le code de commerce : les commissaires aux comptes opèrent toutes vérifications et tous contrôles qu'ils jugent opportuns.

L'agent comptable de la caisse centrale n'est responsable que de ses propres comptes et non pas de ceux des agents comptables des caisses locales même consolidés.

Aussi, la certification des comptes du réseau de la MSA qui sera fort utile à l'information du Parlement en phase de discussion des projets de loi de finances concernant les prestations sociales agricoles ou du projet de loi de financement de la sécurité sociale, nécessite-t-elle au préalable que soit adoptée une disposition formalisant l'existence de la consolidation de ces comptes, voire confiant à l'agent comptable de la caisse centrale de la MSA un rôle et une responsabilité particulière en la matière. En outre, il m'apparaît nécessaire de confier par la loi une mission spécifique au commissaire aux

comptes de la caisse centrale qui, en lien avec les commissaires nommés près des caisses locales, serait chargé de la certification de ces comptes consolidés.

Compte tenu de ces responsabilités nouvelles, ces dispositions devraient être de nature législative.