

## **Chapitre XI**

### **L'administration des organismes**

---

**PRESENTATION**

---

*Ce chapitre aborde deux aspects très différents de l'administration des organismes de sécurité sociale.*

*D'abord, un sujet très transversal, commun à toutes les caisses locales, la passation des marchés. Les contrôles des COREC et CODEC ont permis d'apprécier si les procédures sont respectées. Elles le sont dans beaucoup de caisses, surtout les plus grosses. Dans d'autres, un certain nombre d'irrégularités se produisent, qui pourraient être évitées par une meilleure connaissance de la réglementation, un meilleur usage des outils de contrôle, et la création d'un service achats.*

*La seconde section porte sur les caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) qui exercent en réalité de multiples fonctions, certes dans le domaine de la maladie et celui des accidents du travail, mais aussi dans celui de la retraite. La Cour et les COREC ont contrôlé leur activité. Il en ressort des améliorations nécessaires en termes d'organisation du travail (notamment du contentieux) d'une part, de contrôle et de qualité de l'action sanitaire et sociale d'autre part. Par ailleurs, il conviendrait de s'assurer que la situation d'exception de la caisse d'Ile-de-France, qui est très coûteuse, est toujours justifiée.*

---

## **I – Les marchés passés par les organismes de sécurité sociale**

Au cours des contrôles exercés en 2000, les COREC et CODEC ont porté une attention particulière aux marchés passés par les organismes de sécurité sociale, qui font partie des plus importants acheteurs publics.

Ces organismes, qui relèvent du droit privé mais qui sont chargés d'une mission de service public, bénéficient de la personnalité juridique et sont, à ce titre, indépendants des caisses nationales. Si ces dernières peuvent coordonner et harmoniser la politique nationale d'achat au moyen de préconisations, notamment à caractère normatif, (l'encadré ci-dessous en décrit les conditions juridiques), les organismes locaux restent, en théorie, maîtres de leurs choix. Dans ces conditions, il a paru important de mesurer l'application sur le terrain des directives nationales, et les efforts faits au niveau local pour optimiser la politique d'achat dans un cadre départemental ou régional. Les contrôles ont concerné 76 organismes, récapitulés dans le tableau ci-après :

### **Le cadre juridique des procédures de passation de marchés applicables aux organismes de sécurité sociale**

L'article L.124.4 du code de la sécurité sociale dispose que le mode de passation et les conditions d'exécution des marchés des organismes de sécurité sociale respectent les garanties prévues en matière de marchés de l'Etat et que ses conditions d'application sont fixées par arrêté interministériel .

Ce principe d'une réglementation des marchés pour les organismes de sécurité sociale existait déjà dans l'ancienne rédaction de l'article L.124.4, qui a été modifiée par l'article 24 de la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 (Journal Officiel du 27 juillet 1994).

Un premier arrêté, du 4 avril 1984, long de 145 articles, a ainsi porté règlement sur les marchés des organismes de sécurité sociale. Il a été modifié le 29 juillet 1988, en étendant cette réglementation des marchés à tous les organismes privés, unions ou fédérations qui, en tout ou partie, assurent la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale.

L'arrêté du 9 mai 1995 régit les marchés postérieurs au 1<sup>er</sup> septembre 1995.

Ces deux textes s'inspirent très largement du code des marchés publics. Ils en ont repris souvent littéralement les dispositions, à l'exception néanmoins de celles relatives aux commissions spécialisées des marchés. Cependant, les évolutions réglementaires qui ont affecté régulièrement le code des marchés publics depuis plusieurs années n'ont été intégrées que très tardivement - lorsqu'elles l'ont été - dans le dispositif applicable aux organismes de sécurité sociale. Dans une telle circonstance, les organismes de sécurité sociale se reportent généralement au code des marchés publics, afin de pouvoir passer des marchés "dont le mode de passation et les conditions d'exécution respectent les garanties prévues en matière de marchés de l'Etat".

Cette dualité des sources du droit applicable n'est pas propice à leur bonne application, particulièrement dans les organismes les moins importants. Cela peut de plus, dans certains cas, générer des difficultés d'interprétation.

Il est ainsi par exemple apparu, au cours des contrôles des COREC et CODEC, que l'examen par les commissions des marchés des avenants supérieurs à 5 % du montant initial du marché n'était pas systématique. Il a été relevé dans un rapport que "cette disposition prévue par l'article 8 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 s'applique aux marchés publics mais n'a pas été reprise dans l'arrêté du 9 mai 1995..." Dans cet exemple, seule l'interprétation de l'article L.124.4 du CSS permet de déterminer si ces dispositions s'appliquent. En l'espèce, il semble que la quasi totalité des organismes s'accorde à considérer qu'ils relèvent de cette réglementation, même si certains oublient parfois de l'appliquer.

Aussi conviendrait-il, pour l'avenir - et la mise en œuvre du nouveau code des marchés pourrait en être l'occasion\* - que la tutelle veille en permanence, à défaut de textes communs, à l'harmonisation des réglementations applicables aux marchés de l'Etat et à ceux des organismes de sécurité sociale. A tout le moins, un texte pourrait préciser celles des garanties apportées par les marchés de l'Etat qui doivent être étendues aux organismes de sécurité sociale.

Par ailleurs l'article L.224-12 du code de la sécurité sociale, qui autorise les organismes nationaux du régime général de la sécurité sociale à passer des conventions de prix assorties de marchés types ne vise pas la CANAM et ne lui est pas applicable. De ce fait, la CANAM ne dispose d'aucune possibilité juridique pour passer des conventions de prix assorties de marchés types pour l'ensemble des CMR, alors que la caisse nationale de la mutualité sociale agricole bénéficie de dispositions analogues en application de l'article 1002-4 du code rural.

Cette situation est d'autant plus regrettable que le régime d'assurance maladie des professions indépendantes (AMPI) est soumis depuis l'ordonnance du 24 avril 1996 aux mêmes obligations que les autres régimes de sécurité sociale en matière de conventions d'objectifs et de gestion.

*\* Un projet de nouvel arrêté réglementant la passation des marchés dans les organismes de sécurité sociale est en préparation.*

#### Nombre de contrôles par nature d'organisme

Caisses d'allocations familiales (CAF)	18
Centres informatiques (CERTI et CTI)	3
Caisses mutuelles régionales (CMR)	1
Caisses de mutualité sociale agricole (CMSA)	1
Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM)	21
Caisses régionales d'assurance maladie (CRAM)	11
Centres régionaux de formation (CRF)	2
Unions pour la gestion des établissements sanitaires et médico-sociaux des caisses d'assurance maladie (UGECAM)	1
Sociétés de secours miniers (SSM)	1
Unions immobilières des organismes de sécurité sociale (UIOSS)	6
Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM)	1
Unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF)	10
<b>Total</b>	<b>76</b>

Les observations des CODEC/COREC ont été complétées, en tant que de besoin, d'éléments extraits du rapport de synthèse de la campagne précédente.

Ces contrôles ont mis en évidence de nombreuses anomalies ou irrégularités, réparties sur un grand nombre d'organismes. Parfois sérieuses, elles ne semblaient pas, dans la plupart des cas, devoir être imputables à une intention frauduleuse ou à de graves négligences. Elles relevaient plus d'une méconnaissance ou d'une mauvaise interprétation des dispositions réglementaires.

Plusieurs organismes, souvent de taille importante, ont au contraire su s'entourer de toutes les sécurités garantissant le respect des règles de la commande publique et maîtrisaient parfaitement l'ensemble des procédures.

Toutefois, il est apparu que dans sept organismes, soit 10 % des organismes contrôlés dont la taille a nécessité la mise en œuvre de procédures de marchés, l'accumulation d'anomalies ou d'irrégularités importantes présentait un caractère inquiétant.

## **A – L'organisation des procédures d'achat**

La plupart des organismes contrôlés disposaient d'un véritable « service achats », seul compétent pour lancer et mener à son terme une commande, quel qu'en soit l'objet. Dans le quart des organismes, ce service figurait dans l'organigramme. Dans 55 % des cas, la taille de l'organisme ne justifiait pas la création d'un véritable service, mais une structure spécialisée existait, parfois limitée à son seul responsable. Cependant, un organisme sur cinq ne disposait pas encore d'un véritable service achats, plusieurs services se partageant alors cette responsabilité.

Dans les caisses les plus importantes (28 % des caisses contrôlées), les procédures de marchés étaient déclenchées par une structure spécialisée. Dans la plupart des autres cas, les agents de direction les mettaient en œuvre, souvent avec l'assistance de l'agent comptable. Pour les plus complexes, notamment les marchés de travaux, les organismes sollicitaient parfois l'assistance de spécialistes de l'union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS).

Les procédures applicables en matière de marchés sont rarement décrites dans des guides de procédure. Seuls treize organismes disposaient d'un guide interne de procédure. Celui-ci n'était pas toujours diffusé dans les services. Six caisses seulement déclaraient utiliser les guides élaborés par l'UCANSS, notamment pour les marchés de

nettoyage ou relatifs aux opérations immobilières. La documentation était bien actualisée dans les organismes les plus gros, mais elle était parfois obsolète pour ceux de petite taille, et le besoin en formation s'y faisait fréquemment sentir.

Les effets de cette fréquente méconnaissance de la réglementation applicable sont aggravés, dans de très nombreux cas, par l'absence de tout contrôle interne. En effet, seuls neuf organismes avaient intégré les marchés dans leur dispositif de contrôle interne et huit autres procédaient à un contrôle sans que le dispositif en soit formalisé. Ainsi, dans plus de trois organismes sur quatre, aucun contrôle interne des marchés n'était effectué.

Les délais de passation des marchés semblent bien maîtrisés dès lors que la consultation a été officiellement lancée (deux à trois mois entre la publication et la notification du marché). De nombreux organismes ont néanmoins les plus grandes difficultés à définir précisément leurs besoins et à les formaliser dans des documents contractuels dans des délais inférieurs à cinq ou six mois.

## **B – Les différentes catégories de marchés des organismes de sécurité sociale**

### **1 – Les marchés lancés à l'instigation des organismes**

Les organismes de sécurité sociale passent les marchés qui leur sont nécessaires en application de l'arrêté du 9 mai 1995. Les contrôles ont mis en évidence le nombre relativement modeste de marchés passés dans la majorité des organismes.

Si quelques-uns parmi les plus importants (surtout les CRAM, et quelques CPAM et CAF) passaient de nombreux marchés (plusieurs dizaines par an), il est apparu que parmi les 76 organismes contrôlés, seuls 10 avaient passé au cours des trois exercices examinés plus de dix marchés par an ; 6 n'en avaient passé aucun, 27 entre un et trois, et 33 entre trois et dix.

### **2 – Les marchés passés dans le cadre de conventions nationales**

Les organismes de sécurité sociale peuvent également passer des marchés dans le cadre de conventions nationales de prix assorties de marchés types, conclues par les caisses nationales en vertu de l'article L.224-12 du code de la sécurité sociale. Dans le cadre de ces procédures,

les organismes locaux sont alors dispensés du respect de certaines obligations, telles celles de procéder à une nouvelle mise en concurrence et de soumettre les marchés ainsi conclus à l'avis de la commission consultative des marchés des organismes de sécurité sociale (CCMOSS). Les organismes locaux ne sont pas liés par l'existence de conventions et peuvent toujours procéder à leurs propres appels d'offres, même pour des prestations identiques. Dans ce cas, la réglementation leur est intégralement applicable.

44 % des organismes contrôlés bénéficiaient de conventions nationales, certains ayant plusieurs dizaines de marchés-types en cours. Dans quelques petits organismes, les marchés-types étaient même les seuls qui y étaient connus. La plupart des organismes qui utilisaient cette possibilité le faisaient de manière systématique, un seul s'interrogeait sur l'opportunité de passer lui-même ses propres marchés.

Il peut également être recouru, à l'initiative conjointe d'un ou plusieurs organismes locaux et de l'organisme national, et après décision de leur conseil d'administration respectif, à la procédure des conventions locales de prix assorties de marchés types. Ces conventions restent assez peu fréquentes, puisque seuls sept cas ont été relevés, qui concernaient essentiellement des matériels informatiques et des fournitures de papeterie.

## **C – La mise en concurrence**

Certains organismes, surtout parmi les plus importants, ont fait du marché leur procédure d'achat de droit commun, et ne présentent que de très rares dépenses hors marchés. Cependant, l'examen des agrégats par nature de dépense montre qu'il est vraisemblable que dans un grand nombre de cas où elle n'avait pas été mise en œuvre, cette procédure aurait été justifiée.

Dans plusieurs cas, des organismes ont réalisé, au cours des trois années examinées, sans mise en concurrence, des dépenses annuelles cumulées pouvant atteindre, sans que toutefois aucune prestation ne dépasse le seuil des marchés, jusqu'à 10,5 MF (1,6 M€) pour des travaux sur constructions, 11,4 MF (1,7 M€) pour des fournitures non informatiques, 2,2 MF (0,3 M€) pour du matériel bureautique, 2,2 MF (0,3 M€) pour des autres fournitures informatiques, 8,2 MF (1,3 M€) pour des prestations de service informatiques.

Enfin quelques cas de fractionnement ont été relevés dont le but est manifestement d'éviter le recours à un marché.

## **D – Le respect des seuils de marchés**

Les COREC et CODEC ont constaté que le seuil de 300 000 F (45 734,7 €) au-delà duquel il est nécessaire de passer un marché avait été dépassé par onze organismes, sans que, dans la plupart des cas, un marché de régularisation ait été ultérieurement conclu<sup>204</sup>.

A l'occasion de la campagne 1999, il avait été relevé dans un organisme que des prestations fournies par des cabinets d'architectes ou des gérants immobiliers n'avaient pas donné lieu à appel d'offres pendant plusieurs années, malgré des montants d'honoraires atteignant 6,4 MF en 1997. Ce cas semble avoir été exceptionnel puisque, dans la très grande majorité des organismes, les irrégularités constatées ont pour origine l'absence d'outils de contrôle efficace ou leur mauvaise utilisation : certains organismes, qui disposent pourtant de logiciels permettant ce type de contrôles, n'en utilisent pas les possibilités, qu'ils trouvent trop lourdes à mettre en œuvre. Seules six caisses ne disposent d'aucun outil, et certains agents comptables reconnaissent ne pas effectuer cette vérification, ce qui explique la rareté des marchés de régularisation intervenus à leur demande.

Contrairement au seuil de 300 000 F (45 734,7 €), les seuils de publicité pour les marchés communautaires, ainsi que les seuils de présentation des marchés en commission consultative des marchés sont dans l'ensemble bien respectés.

## **E – Le fonctionnement des commissions des marchés**

Les commissions des marchés des organismes sont des émanations des conseils d'administration.

Les plis contenant les candidatures ou les offres sont dans la très grande majorité des cas régulièrement enregistrés à leur arrivée. Ceux qui sont remis en mains propres ont donné lieu, sauf dans six cas, à la remise d'un récépissé. Toutefois, les comités ont constaté que dans un cas sur quatre, l'heure de réception ne figurait ni sur le registre, ni sur les récépissés, ce qui n'assure pas une bonne sécurité juridique. Par ailleurs, l'acceptation des plis arrivés hors délai a pu être constatée à trois reprises.

La recevabilité des offres, c'est-à-dire la présence des attestations et certificats contenus dans la première enveloppe, a été contrôlée, et dans six caisses, des plis qui n'étaient pas accompagnés de toutes les

---

204. Les marchés de régularisation n'ont aucune valeur juridique et ne servent qu'aux comptables pour éviter la mise en jeu de leur responsabilité pécuniaire.

attestations et tous les certificats requis ont été acceptés, sous réserve d'une régularisation ultérieure.

Dans plusieurs cas, les procès-verbaux de la commission ne permettaient pas l'exercice d'un contrôle externe, tant ils étaient succincts et imprécis. Plusieurs ne comportaient notamment pas l'enregistrement des offres ou des pièces annexées ou n'expliquaient ni ne motivaient les décisions de la commission.

Les comités ont également constaté que seuls cinq organismes procédaient à un "marquage" des pièces contractuelles afin d'empêcher une substitution ultérieure, soit en apposant les signatures des membres de la commission, soit par un procédé mécanique. Un effort en ce sens devrait être fait, au moins pour les organismes les plus importants.

En théorie, les commissions de marché ne donnent qu'un avis sur le choix des titulaires, et l'article 7 de l'arrêté du 9 mai 1995 attribue une compétence de principe au conseil d'administration pour la décision définitive. Toutefois, celui-ci peut déléguer au directeur son pouvoir de décision pour les prestations d'un montant inférieur à 600 000 F (91 469,4 €). Si de nombreux conseils d'administration ont utilisé cette possibilité, il apparaît que, dans la pratique, les directeurs n'ont pas utilisé cette possibilité.

Les titulaires sont généralement choisis selon les critères de sélection préalablement définis. Dans quatre cas seulement des marchés ont été attribués sur des critères non connus des candidats. Les avis d'attribution des marchés sont le plus souvent régulièrement publiés.

De nombreuses commissions vont au-delà de la réglementation en demandant à examiner tous les projets d'avenants, quels qu'en soient le montant ou l'objet. Quatre cas d'avenants supérieurs à 5 % du montant initial du marché ont pu être découverts, sans que, à une exception près, ils aient bouleversé l'économie du marché.

## **F – Les contrôles des marchés des organismes**

Les décisions des commissions des marchés sont examinées par les DRASS dans le cadre d'un contrôle de légalité. Ce contrôle est réalisé au vu du procès-verbal, la DRASS disposant de huit jours pour se prononcer.

Cependant, certaines DRASS, telle celle d'Alsace, prescrivent aux organismes de joindre aux procès-verbaux d'autres pièces ou informations (procédure de passation du marché, montant estimé du marché, règlement de la consultation, copie des avis de publication, copie du registre de dépôt, rapport d'analyse des offres, ...). Ces demandes supplémentaires,

qui portent sur les points essentiels des procédures de marchés, sont de nature à assurer une plus grande sécurité juridique, tout en sensibilisant les organismes à la nécessité de leur existence. De telles initiatives pourraient être encouragées par la tutelle, et même recevoir une consécration réglementaire.

Six organismes locaux sur 76 avaient procédé à la notification d'un marché sans attendre la fin du délai d'examen par la DRASS et l'approbation de la tutelle sur la sélection des candidats.

Par ailleurs, l'article 131 de l'arrêté du 9 mai 1995 prescrit la rédaction d'un document annuel à destination du conseil d'administration, relatant l'exécution des marchés. Cette obligation était bien respectée par l'ensemble des organismes contrôlés, puisqu'un seul manquement a été relevé, et il s'agit d'un organisme passant très peu de marchés.

Enfin, l'article 111 précise les cas et les seuils pour lesquels l'avis de la commission consultative des marchés des organismes de sécurité sociale doit être impérativement recueilli. Cette obligation est également bien respectée, puisqu'un seul marché relevant de la CCMOSS ne lui avait pas été présenté, l'organisme ayant invoqué une « urgence absolue ».

De fait, les montants des seuils sont tels que très peu d'organismes passent des marchés susceptibles de relever du contrôle de la CCMOSS, d'autant plus que, s'agissant des marchés de travaux comportant plusieurs lots, la commission consultative apprécie sa compétence par lot. Deux opérations immobilières d'une CPAM, d'environ 21 MF (3,2 M€) et 7 MF (1,1 M€) pour l'ensemble des lots, n'ont ainsi fait l'objet d'aucun contrôle de la CCMOSS, aucun des lots n'atteignant les seuils d'examen.

## **G – Le paiement des prestataires**

### **1 – Le respect du délai de mandatement**

Le délai de mandatement, qui doit être précisé dans le marché, est en règle générale, fixé à 35 jours au maximum pour le paiement des acomptes et du solde. Ce délai court à partir des termes périodiques ou du terme final fixés par le marché ou, lorsque le marché n'en a pas fixé, à partir de la réception de la demande de paiement faite par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou par tout moyen permettant de lui donner date certaine.

Ces dispositions sont rarement respectées, et l'absence de date certaine qui en découle conduisait les organismes à s'affranchir des règles relatives au paiement des intérêts moratoires.

Dans de telles circonstances cependant, toute date apposée par l'organisme (date d'enregistrement au service du courrier, date de visa par un service...) peut être opposée par le fournisseur comme point de départ du délai de mandatement.

Les contrôles ont permis de constater des délais de mandatement supérieurs aux délais légaux dans 17 organismes sur 76, trois d'entre eux ne datant pas la réception des factures, et l'un ne datant pas l'ordonnancement. Par ailleurs, les COREC et CODEC ont relevé la mauvaise connaissance de ces dispositions, pourtant d'ordre public, qu'avaient nombre d'organismes. Les contrôles ont permis de les rappeler et de les préciser.

Enfin, certaines procédures mises en œuvre par les caisses nationales ne favorisent pas le respect de ces règles. Ainsi, pour les travaux immobiliers, les délais de mandatement étaient inhérents aux procédures mises en œuvre par la CNAMTS. En effet, au-delà de l'autorisation de programme permettant le démarrage du chantier, les fonds sont ensuite attribués par « ouvertures de crédits » successives en fonction de l'avancée des travaux. La CNAMTS demande dans ce cadre aux organismes de regrouper leurs mémoires de travaux afin d'éviter la multiplication des « ouvertures de crédits ». Cette contrainte est plus fréquente au moment du paiement des décomptes généraux définitifs qui doivent être tous regroupés avant que la CNAMTS transmette une « ouverture de crédits » permettant de solder l'opération. Les conditions actuelles de mise à disposition des fonds par la CNAMTS dans le cadre des marchés de travaux génèrent ainsi de façon quasi systématique le paiement d'intérêts moratoires, qui, s'ils étaient régulièrement payés, augmenteraient de manière significative l'enveloppe initiale octroyée<sup>205</sup>.

## **2 – L'information des prestataires**

L'organisme contractant doit porter à la connaissance du titulaire et par écrit la date du mandatement le jour même de l'émission du mandat. Cette formalité restait inappliquée dans de trop nombreux cas puisque seuls six organismes informaient ainsi leurs fournisseurs. Cette situation était d'autant moins admissible que certains organismes

---

205. Ce que dit la CNAMTS dans sa réponse n'enlève rien aux constatations des COREC/CODEC sur le terrain.

disposaient de logiciels permettant l'édition automatique de lettres d'information, sans que cette fonctionnalité soit utilisée.

### 3 – Le paiement des intérêts moratoires

Le paiement d'intérêts moratoires est de plein droit dès lors que le délai maximum du mandatement est dépassé. Un seul cas de paiement d'intérêts moratoires a été constaté par les comités, alors que certains des dépassements de délais de mandatement atteignaient parfois plusieurs mois. L'agent comptable de l'un des organismes contrôlés a ainsi pu évaluer à environ 120 000 F (18 293,9 €) le montant des intérêts moratoires qu'aurait dû payer son organisme en 1999. De fait, la liquidation des intérêts moratoires est très rarement demandée à l'ordonnateur par l'agent comptable, et, lorsqu'elle l'est, cette demande n'est pas suivie d'effet. Enfin, les crédits nécessaires ne sont, dans la plupart des cas, jamais ouverts dans les budgets des organismes.

---

#### SYNTHESE

---

*L'examen des marchés des organismes de sécurité sociale fait apparaître des situations contrastées. La plupart des caisses locales de l'échantillon ne connaissent pas de dysfonctionnements majeurs. Assez nombreuses pourtant sont celles qui connaissent des difficultés dans la mise en œuvre de la réglementation, et commettent, pour certaines vraisemblablement de bonne foi, des irrégularités qui dans certains cas pourraient être susceptibles de mettre en jeu la responsabilité de leurs dirigeants. Il conviendrait qu'une sensibilisation accrue du personnel de ces organismes soit mise en œuvre.*

---

#### RECOMMANDATIONS

---

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

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

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

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

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

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

---

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES PAGE 607
---

## **II – Le fonctionnement des caisses régionales d'assurance maladie**

Les comités régionaux et départementaux d'examen des comptes (COREC et CODEC) ont procédé au contrôle du fonctionnement de 11 des 14 caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), hors Ile-de-France et Alsace<sup>206</sup>. La Cour a examiné, en parallèle, certains aspects de la gestion de la caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France (CRAMIF). Cette enquête a mis en évidence des constats analogues à ceux des comités mais aussi les inconvénients de la situation d'exception de la CRAMIF, notamment en matière d'invalidité.

### **A – Des organismes à la gestion complexe**

La gestion des CRAM se rattache à trois branches de la sécurité sociale : vieillesse, maladie, accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP). Leur action relève donc de trois programmations budgétaires, de deux conventions d'objectifs et de gestion et de deux plans informatiques.

---

206. En Alsace, les retraites sont liquidées par une caisse de retraite spécifique, et la CRAM n'a donc pas cette fonction, ce qui a conduit à l'exclure du présent examen.

Les COREC n'ont pas fait état de dysfonctionnements majeurs, générés par cette double tutelle. Ils ont cependant souligné les retards que pouvaient engendrer les calendriers budgétaires et les procédures parallèles ou les ambiguïtés induites dans la détermination des objectifs et des priorités de chacune des branches. Ainsi, la notification tardive des budgets et des reports de crédit, particulièrement par la branche maladie, ne facilite pas la gestion des caisses. Le fait que les dates d'approbation des différents budgets ne coïncident pas peut les conduire à différer l'engagement de dépenses relevant des charges communes.

En matière de travail social également, les caisses ont parfois des difficultés à concilier les priorités de la branche vieillesse et celles de la branche maladie. La dualité des compétences CNAMTS-CNAV nécessite un rééquilibrage constant des missions, l'une risquant de prendre le pas sur l'autre, notamment en matière d'actions en faveur des personnes âgées.

## **B – Un environnement institutionnel profondément remanié**

La création, à la suite des ordonnances de 1996, des agences régionales de l'hospitalisation (ARH), des unions régionales de caisses d'assurance maladie (URCAM) et enfin des unions pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie (UGECAM) a entraîné une adaptation des modalités d'exercice de certaines missions des CRAM voire, pour la gestion en propre d'établissements sanitaires et médico-sociaux, un abandon de cette activité.

Dans le cadre des ARH, les CRAM participent à la définition de la politique hospitalière régionale dans ses deux composantes, publique et privée.

Elles ont été associées à l'ensemble des travaux d'élaboration des SROS même si elles en ont assez peu fréquemment assuré le pilotage. De la même façon, les CRAM participent à toutes les séances du comité régional d'organisation sanitaire et sociale (CROSS) mais elles n'assurent pas les fonctions de rapporteur (ce sont les médecins des échelons régionaux du service médical qui l'assurent), sauf à l'occasion de procédures exceptionnelles telles le renouvellement des autorisations d'activité des établissements d'hospitalisation.

En revanche, les CRAM ont pu faire bénéficier leurs partenaires des ARH de leur savoir-faire méthodologique : études d'évaluation économique des restructurations hospitalières, grilles d'analyse des établissements, bases de données permettant d'exploiter les comptes de

gestion des receveurs, constitution de dossiers de fongibilité des enveloppes de crédits.

La création des agences a permis de développer une collaboration plus étroite et un travail en commun plus large au sein d'équipes mixtes ce qui a entraîné un partage des connaissances et un cumul des compétences très positif.

Mais, s'agissant de responsabilité opérationnelle, les domaines traditionnels de compétence de l'assurance maladie et des services déconcentrés de l'Etat n'ont pas été bouleversés par la création des ARH. Les CRAM ont assuré presque partout le pilotage des contrats négociés avec les cliniques privées. De même, en matière de PMSI des cliniques privées ou d'allocation des ressources, les CRAM ont continué d'assurer les mêmes missions qu'auparavant.

En matière de relations avec les URCAM, seule la gestion des crédits du FNPEIS, au titre des programmes régionaux de santé qui définissent les actions à mener dans le cadre des priorités de santé publique arrêtées par la conférence régionale de santé, suscite des interrogations.

En effet, l'instruction des demandes et l'évaluation des actions relèvent désormais des URCAM mais l'exécution budgétaire relève toujours des CRAM. La lourdeur de cette procédure, notamment au sein de l'assurance maladie, appelle des mesures de simplification.

## **C – La gestion des retraites**

Lors de l'élaboration de la COG en 1997, la CNAV s'était engagée, au nom de la branche, à mettre à la disposition des assurés et retraités un réseau de points d'accueil retraite où un conseiller pourrait les recevoir en tête-à-tête.

De fait, les caisses régionales ont fait preuve de souplesse et d'adaptabilité dans la constitution et l'évolution de leur réseau d'accueil de proximité. L'élargissement du réseau des agences et des points d'accueil a été réalisé de façon quasi générale avec le double souci de se rapprocher des assurés et de se garder du risque d'émiettement<sup>207</sup>.

Dans d'autres secteurs du service des retraites en revanche, les caisses n'ont pas progressé au même rythme. Ainsi, en matière de personnalisation des contacts, les initiatives apparaissent encore

---

207. Sur ce point, cf. le rapport de la Cour sur le financement de la sécurité sociale de septembre 2000.

modestes. Seules les caisses les plus dynamiques ont instauré un suivi personnalisé de chaque dossier par un conseiller retraite ou un accueil spécifique pour certaines catégories de salariés.

Les initiatives en matière d'accueil des populations les plus fragiles sont également assez disparates : cellules « écoute veuvage », conseillers retraite itinérants, conventions avec les établissements pénitentiaires ou actions spécifiques à destination des titulaires du RMI (revenu minimum d'insertion) et de l'AAH (allocation aux adultes handicapés).

De la même façon, certaines caisses apparaissent en retard dans le développement du partenariat avec les autres régimes de retraite, peinant à définir des objectifs communs.

Enfin si des caisses ont commencé à réfléchir à la prise en charge par les agences de la liquidation des retraites, dans l'ensemble, les CRAM se sont montrées très prudentes et n'ont envisagé de l'instaurer que de façon très progressive.

En matière de contentieux, le contrôle de l'organisation des services, du déroulement des procédures et des résultats obtenus par les caisses a fait apparaître que les meilleurs résultats étaient obtenus là où était confiée, à un agent identifié, la maîtrise complète d'un portefeuille de dossiers comprenant une mission de coordination des différents intervenants et assortie d'un guide des diligences minimales à assurer quel que soit le dossier concerné.

## **D – L'action sanitaire et sociale vieillesse**

Le décret du 5 avril 1968 a confié aux CRAM et aux CGSS la mission d'organiser le service social pour l'ensemble des caisses primaires d'assurance maladie de leur circonscription et d'assurer, à la demande de la CNAV, le service social pour les personnes âgées de leur circonscription.

L'action sanitaire et sociale des CRAM dans le domaine de la vieillesse s'organise autour de deux formes principales d'interventions : l'action en faveur du logement et les aides individuelles<sup>208</sup>. Deux de ces aides individuelles appellent des développements spécifiques : les aides ménagères et l'aide à l'amélioration de l'habitat.

---

208. Sur ce point, cf. le rapport de la Cour sur le financement de la sécurité sociale de septembre 2000.

## **1 – Les aides ménagères à domicile**

Le mode d'organisation des aides ménagères le plus répandu est celui de la gestion déléguée partielle à un organisme prestataire avec lequel les caisses concluent un accord de prise en charge des heures réalisées au domicile de leurs ressortissants.

Les contrôles réalisés en 1997 avaient mis en évidence, outre l'inflation du nombre d'organismes délégataires, la faiblesse des dispositifs conventionnels et l'insuffisance du suivi opéré par les caisses sur ces organismes. Les comités notaient aussi que les caisses s'étaient dessaisies de leurs prérogatives en matière d'appréciation des demandes individuelles au profit des prestataires, se contentant quant à elles d'une appréciation strictement administrative.

Les contrôles réalisés en 2000 ont permis de noter un début de remise en ordre. D'une part, certaines caisses avaient instauré une démarche qualité auprès des services, fondée sur la réalisation d'un auto-diagnostic établi sur la base d'un schéma élaboré par le service d'action sanitaire et sociale de la CRAM, et complété pour les services les plus importants par un diagnostic sur place. D'autre part, le regroupement des services de moins de dix bénéficiaires avait également été engagé dans plusieurs régions.

En revanche, le nombre de contrôles sur place restait très variable d'une caisse à l'autre et paraissait encore largement insuffisant.

## **2 – Les aides à l'amélioration et à l'adaptation de l'habitat**

Les aides à l'amélioration et à l'adaptation de l'habitat sont destinées à financer des travaux et des équipements qui permettent à l'assuré de rester à son domicile malgré un handicap : travaux de conservation du gros œuvre (couverture, maçonnerie, menuiserie), de mise en conformité (EDF-GDF, eau...) ou d'entretien du logement et d'amélioration du cadre de vie.

Ces aides font l'objet d'une large délégation de gestion à des prestataires de services conventionnés, principalement aux PACT (Protection, amélioration, conservation, transformation de l'habitat), associations départementales qui assurent le suivi administratif et technique. Or, lors de leurs contrôles, les caisses constatent assez fréquemment des dysfonctionnements tels que l'absence de mise en concurrence des entreprises, de visites de chantiers et d'évaluation des besoins précis de la personne âgée. Il leur appartient donc de s'assurer de

la réelle mise en concurrence des entreprises et qu'une véritable assistance technique est apportée à la personne âgée.

### **E – L'action sanitaire et sociale maladie**

L'action sanitaire et sociale des CRAM dans le domaine de l'assurance maladie s'exerce sous la forme de versements de subventions à des associations et de financements d'investissements dans les établissements du secteur médico-social.

Indépendamment des équipes chargées de gérer ces dépenses, les CRAM disposent de services sociaux régionaux dont l'organisation et le fonctionnement appellent des observations.

L'activité des services sociaux régionaux a connu des réorientations, ces dernières années, du fait de la mise en place de la prestation spécifique dépendance (PSD) et de la loi sur les exclusions.

Ils demeurent, en termes d'effectifs, des services importants au sein des caisses régionales. Toutes CRAM confondues (hors CGSS) l'effectif total était, au 31 décembre 1998, de 2 820 équivalents-temps plein, dont 1 632 assistants sociaux et 818 secrétaires, soit un rapport de 2 assistants par secrétaire.

Cette structure d'effectifs mérite d'être soulignée. En effet, la diminution de ce rapport, qu'évoque la CNAMTS dans sa réponse, est faible au regard de ce que la caisse nationale attendait : elle évaluait en effet en 1997 l'impact de l'introduction de l'application nationale pour l'informatisation des services sociaux (ANAISS) à « une division par deux du temps consacré aux opérations élémentaires par les secrétaires ».

Même si des difficultés de montée en charge d'ANAISS ont été notées, les conséquences de cette informatisation n'ont pas été tirées : le rapport entre nombre d'assistants et nombre de secrétaires doit être revu.

### **F – La situation d'exception de la CRAMIF**

Le cadre institutionnel issu des ordonnances de 1996 a modifié l'activité de la CRAMIF dans les mêmes termes que celle des autres CRAM. 17 de ses établissements sanitaires et médico-sociaux ont été transférés aux UGECAM compétentes au 1<sup>er</sup> janvier 2000, ce qui a entraîné une réduction des effectifs de la caisse de 1 500 personnes environ et une diminution de plus de 600 MF (91,5 M€) de ses moyens budgétaires. De même, sa participation aux travaux de l'ARH d'Ile-de-

France a pu faire bénéficier ses partenaires dans l'agence de son expérience et des informations très riches de ses bases de données.

En revanche, même si sa participation à l'ensemble des travaux de l'ARHIF est effective, ses responsabilités opérationnelles ont peu évolué par rapport à la période antérieure. Principalement chargée du contrôle et de la tarification des cliniques privées, elle n'a eu jusqu'à présent dans les autres domaines que celles de dresser le bilan d'exécution du SROS de 1994 et de conduire la négociation d'un seul contrat d'objectifs et de moyens. Enfin, comme pour les autres CRAM, en dépit du désengagement de la polyvalence de secteur opéré progressivement, son service social régional, à la fois consacré à l'action sociale de la CNAV et à celle conduite en faveur des bénéficiaires de l'assurance maladie, demeure abondamment pourvu en personnel – notamment en secrétaires – au regard de l'activité réelle.

Par ailleurs, la CRAMIF demeure dans une situation d'exception. Contrairement aux autres caisses régionales, elle n'assure ni la liquidation ni le règlement des retraites des assurés du régime général. A l'inverse, elle fixe le montant et paie les pensions d'invalidité pour les ressortissants de sept départements de la région d'Ile-de-France alors que cette mission revient aux CPAM dans le reste de la métropole. Cette situation dérogatoire avait été notée dans les rapports publics de la Cour de 1989 et 1992. Elle présente divers inconvénients.

La détermination des droits à pension d'invalidité se caractérise par un grand retard : seulement 43 % des décisions prises en 1999 respectaient le délai réglementaire de deux mois<sup>209</sup>. Le transfert des informations administratives et médicales entre les CPAM et la CRAMIF était défaillant. Des ruptures de paiement entre la fin des indemnités

---

209. Dans sa réponse, la CRAMIF fait état d'un délai moyen de 48,70 jours, soit inférieur aux deux mois réglementaires. Cependant, ce calcul est faussé car s'il prend bien en compte la durée de traitement des demandes qui aboutissent directement à une attribution ou un rejet d'indemnités, il ne prend pas en compte, au contraire, la durée totale de traitement des demandes que la CRAMIF classe « sans suite », c'est-à-dire en instance avant décision définitive d'attribution ou de rejet. En effet, certaines demandes ne peuvent être traitées directement, souvent faute des pièces nécessaires, qui sont alors demandées à l'assuré. Ce sont des demandes qui sont « classées sans suite », c'est-à-dire mises en instance pour être traitées ensuite à la réception des pièces demandées, réception qui peut demander beaucoup de temps, notamment du fait des assurés eux-mêmes. Quoi qu'il en soit, il faut, dans le calcul du délai moyen, tenir compte, pour ces demandes, de la durée totale de traitement et non pas de la seule durée qui a abouti au classement sans suite. Calculée sur ces bases, la durée moyenne de traitement de toutes les demandes est, pour 1999, de 103 jours, soit nettement supérieure à deux mois.

journalières et le début du service de la pension d'invalidité ont été constatées pour plus de 20 % des attributions. La moitié de ces retards ont eu une durée supérieure à un mois. Des dossiers examinés par la Cour, il ressort des délais anormalement élevés pour l'attribution de pensions dans un certain nombre de cas.

Pour le fonds spécial d'invalidité, la CRAMIF, contrairement à la CNAV, ne prend pas l'hypothèque prévue à l'article R 815-47 du code de la sécurité sociale, au détriment des droits de l'Etat<sup>210</sup>.

Pour les titulaires d'une pension d'invalidité inférieure au RMI ou à l'AAH, le droit à ces prestations est maintenu à hauteur de la différence. Le fichier des pensionnés de la CRAMIF a été rapproché de celui de trois CAF de la région. La Cour a constaté des versements indus d'AAH ou de RMI par les CAF pour un montant de 9,5 MF (1,5 M€). Par ailleurs, la CRAMIF est subrogée dans les droits des CAF pour leur reverser les montants d'AAH perçus à tort. Elle prélève pour ce faire les sommes nécessaires sur les arrérages des pensions d'invalidité. Cette subrogation n'a pas d'autre fondement qu'une lettre ministérielle qui ne saurait être tenue pour une base légale. Elle paraît même contraire à l'article L 821-1 du code de la sécurité sociale qui prévoit un reversement par le bénéficiaire lui-même.

---

#### RECOMMANDATIONS

---

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

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

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

---

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES PAGE 616
---

---

210. Dans sa réponse, la CRAMIF justifie sa décision par le caractère désavantageux du rapport coût/avantage, sans apporter de preuves très convaincantes.