

TROISIEME PARTIE

LA GESTION DES RISQUES ET L'ADMINISTRATION DES ORGANISMES

La gestion des risques et l'administration des organismes sont examinées cette année à travers trois chapitres.

Le premier chapitre rassemble différentes analyses sur les risques : au titre de la famille, les prestations familiales sous condition de ressources, en analysant leur ampleur, leur évolution et leurs caractéristiques ; au titre de la maladie, la mise en place en 2000 de la couverture maladie universelle, en montrant à la fois l'avancée qu'elle représente et sa complexité ; au titre de la retraite, le fonds de réserve, en s'interrogeant sur ses perspectives. L'examen des conditions dans lesquelles les caisses locales de MSA conduisent leur action sanitaire et sociale clôt le chapitre.

Le second chapitre, à cheval entre gestion des risques et administration des organismes, est entièrement dévolu à l'assurance maladie et à la retraite des professions indépendantes non agricoles. Les différentes caisses chargées du recouvrement et du versement des prestations ont été contrôlées par la Cour et ce chapitre contient une synthèse des enseignements à caractère général de ces contrôles. Ces enseignements portent pour l'essentiel sur la gestion des caisses et sur leurs relations avec les assurés, et conduisent à un certain nombre d'évolutions nécessaires ou souhaitables.

Enfin, le troisième chapitre se penche brièvement, à partir des contrôles des COREC et des CODEC, sur deux aspects de l'administration des organismes : la passation des marchés dans les caisses de base de la sécurité sociale d'une part, le fonctionnement des caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) d'autre part, organismes complexes puisqu'en dépit de leur nom, ils assurent les prestations de retraite. Sur ces deux thèmes, les enseignements des contrôles des comités sont assez nets. La Cour les synthétise ici et énonce certaines recommandations.

Chapitre IX

La gestion des risques

PRESENTATION

Au titre de la gestion des risques, ce chapitre examine d'abord un thème dans chacun des domaines majeurs de la sécurité sociale : les prestations familiales sous condition de ressources (famille), la mise en place de la couverture maladie universelle (maladie) et le fonds de réserve (retraite). Les COREC et CODEC ayant contrôlé l'action sanitaire et sociale de la MSA, la quatrième section résume les enseignements de ces contrôles.

Les prestations familiales sous condition de ressources représentent une part notable des prestations, mais leur importance et l'ampleur de leur sélectivité sont moins grandes qu'il est souvent dit : à l'exception notable des aides au logement, qui sont très redistributives et concentrées sur les familles modestes, le montant et les conditions de plafonnement font que la grande majorité des familles, y compris des couches moyennes, voire aisées, en bénéficient, seuls les ménages très aisés en étant exclus. Avec le quotient familial, les prestations (sous et sans condition de ressource) contribuent à limiter la baisse du niveau de vie des familles ayant des enfants, lequel reste cependant inférieur à celui d'un couple sans enfants (sauf parmi les familles modestes).

La mise en place de la CMU s'est faite en moins de six mois, ce qui représente un succès pour une opération de cette envergure, et la Cour relève, même si certains aspects en sont critiquables : textes tardifs, complexité de la période de référence sur laquelle on examine les ressources pour bénéficier ou non de la CMU, automaticité sans contrôle du transfert des bénéficiaires de l'aide départementale vers la CMU, grande complexité de la couverture complémentaire, sont autant de sujets sur lesquels des améliorations devraient être apportées.

Le fonds de réserve est une institution essentielle pour assurer la pérennité de notre système de retraites. Il conviendrait d'une part de préciser et de stabiliser son financement (sa valeur doit passer de 20 MdF (3,1 Md€) actuellement à 1 000 MdF (152,5 Md€) en 2020) et d'autre part, de préciser sa politique de placement financier.

L'action sociale et sanitaire des caisses locales de MSA est plus structurée qu'auparavant par des priorités nationales données par la caisse centrale, processus souhaitable mais qui n'est pas achevé. Sur certains aspects (les subventions accordées par exemple), les contrôles des caisses devraient être plus stricts.

I – Les prestations familiales sous condition de ressources

Les prestations familiales sous condition de ressources représentent plus de la moitié du total des prestations et leur croissance a été forte. Leur nature, aides à la famille, mais ciblées sur certaines d'entre elles, les situe donc au croisement de la politique familiale et de la politique de réduction des inégalités. Cette section s'efforce d'abord d'interpréter le sens de cette évolution, d'analyser les caractéristiques du système de modulation des prestations avec le revenu des allocataires, puis de comprendre leur place dans l'ensemble des aides publiques aux familles – et l'on retrouve ici le thème des dépenses fiscales : cf. *supra*, chapitre VII, p. 253 –, et enfin d'apprécier la cohérence de la « base ressources » et de sa gestion.

A – La place des prestations sous condition de ressources

1 – Une forte croissance

Sur la période 1973/2000, l'ensemble constitué des prestations familiales *stricto sensu*, de l'assurance vieillesse des parents au foyer et de la contribution au financement de l'aide personnalisée au logement (APL) progresse de 59 % en francs constants, mais moins que la richesse nationale : cet ensemble est passé de 2,5 % du PIB à 2,2 % du PIB¹⁷⁷.

Dans cet ensemble, les **prestations sous condition de ressources** progressent de 118 % et celles sans condition de ressources de 23 %.

De ce fait, la part des prestations sous condition de ressources passe de 27 à 51 %.

2 – L'interprétation de cette croissance

Certains présentent la croissance des prestations sous condition de ressources comme la preuve d'une utilisation de plus en plus « sociale » des prestations familiales afin que le système bénéficie plus aux ménages

177. Dans cet ensemble ne figurent ni le RMI ni l'allocation pour parent isolé (API). Ils sont exclus de toute cette section.

les plus modestes – voire dérive vers l’assistanat –, au détriment d’un dispositif fondé sur des prestations universelles.

Certes, l’apport des prestations familiales dans la lutte contre la pauvreté est considérable – plus de 700 000 familles passent au dessus du seuil de pauvreté grâce aux prestations familiales. Le revenu par unité de consommation des familles très modestes, même lorsqu’elles ont de nombreux enfants, est supérieur à celui des couples sans enfants de mêmes ressources primaires (cf. *infra*).

Cependant, une analyse qui dépasse la seule qualification juridique des prestations montre qu’il n’y a pas eu de volonté de réorienter de façon radicale le système des prestations vers les ménages les plus modestes, les conditions de ressources exigées étant fréquemment peu contraignantes.

En effet, le fait qu’existe ou non une condition de ressources ne rend pas compte de la réalité de la prestation. Ainsi, depuis 1998, l’AGED variant avec les ressources est classée dans les prestations sous condition de ressources mais 75 % des allocataires ont un revenu annuel qui dépasse 200 000 F. A l’inverse, l’allocation de soutien familial est sans condition de ressources mais elle est perçue par des ménages très modestes, les personnes seules qui en bénéficient ayant des revenus faibles. Lorsqu’une condition de ressources existe, c’est son niveau relatif qui compte et qui définit concrètement le degré de sélectivité de la prestation.

La poussée des prestations sous condition de ressources traduit en fait non pas un ciblage accru du système d’aide sur les familles modestes, mais plutôt l’élargissement des prestations en cause par l’extension de la cible et l’augmentation des plafonds. Ce double mouvement est bien illustré par le complément familial. Sa création en 1978 étend d’une part aux familles de trois enfants l’aide auparavant accordée aux familles de quatre et plus, d’autre part étend l’aide des familles où la mère n’a pas d’activité professionnelle à celles où les deux conjoints en ont une, et le plafond retenu alors est très supérieur à celui des aides auxquelles le complément familial se substitue (salaire unique majoré).

Ces choix sont très illustratifs d’une politique en faveur des familles de revenus moyens, voire aisés¹⁷⁸.

Au demeurant, les prestations universelles ne sont pas sacrifiées : les allocations familiales augmentent en francs constants de 20 à 50 % selon la configuration familiale, alors que la valeur du complément familial, de l’APJE et de l’ARS stagne en francs constants.

178. C’est-à-dire environ jusqu’au huitième décile des revenus (autrement dit jusqu’au revenu en dessous duquel sont les revenus de 80 % des ménages).

L'analyse des trente dernières années montre que tout s'est passé comme si les marges financières dégagées par l'écart entre les évolutions respectives de la base mensuelle des allocations familiales et de la masse salariale du fait de la sous-indexation des barèmes d'une part, et par la baisse de la natalité d'autre part, avaient été affectées au développement préférentiel de prestations au profit des familles ayant de jeunes enfants – notamment des familles bi-actives, plus aisées que la moyenne – et des familles de trois enfants et plus et de revenus moyens.

La croissance forte des aides au logement et de l'AVPF qui explique 68 % de la croissance des prestations sous condition de ressources n'est pas l'indice d'une politique caractérisée d'aide aux familles les plus modestes. Certes, les aides au logement sont la prestation la plus marquée par le critère de ressources – et la plus redistributrice. Mais leur progression est due à la forte croissance des loyers, à la faiblesse de l'évolution des revenus de la population des ménages modestes ou à la montée du nombre des familles monoparentales de bas revenu. L'explosion de l'AVPF (quintuplement en francs constants depuis 1973) est largement liée à l'élargissement de la population éligible (avec la création du complément familial), à la forte augmentation de la cotisation (croissance du SMIC qui sert d'assiette à la cotisation de 106 % ; hausse du taux de cotisation de 87 %).

Ce bref panorama conduit à une conclusion générale : le système des prestations familiales n'a pas connu de concentration caractérisée sur les ménages les plus modestes et reste largement universel ; les allocations familiales comptent encore pour 33 % du total des aides et la sélectivité des prestations sous condition de ressources est faible. Compte tenu du statut fiscal des familles – plus favorable en France qu'à l'étranger – et de ces prestations, le niveau de vie des familles, même de revenu moyen ou élevé, est sensiblement rehaussé.

Cette conclusion générale n'empêche pas que la modulation des prestations liée aux conditions de ressources soit sensible. On peut en prendre deux mesures complémentaires.

D'abord, supprimer la condition de ressources représenterait une lourde charge financière. Le coût, si on la supprimait pour l'APJE, le CF, l'AVPF qui leur est liée et l'ARS (y compris son actuelle majoration), serait de 19 MdF (2,9 Md€). La simulation d'un déplafonnement n'est pas techniquement possible pour les aides au logement dont le montant diminue régulièrement avec le revenu. Mais on peut illustrer l'impact d'une réforme desserrant la condition de ressources par l'ampleur des sommes à engager si on voulait donner aux ménages actuellement exclus par la condition de ressources le tiers (3 300 F (503,1 €) par an) de l'aide moyenne actuelle : 28 MdF (4,3 Md€).

B – Les caractéristiques du système des prestations sous condition de ressources

1 – Une sélectivité modérée

Deux cas doivent être distingués pour apprécier la sélectivité.

Premier cas, les prestations de montant unique qui sont supprimées au dessus d'un plafond : APJE, CF, AVPF, qui leur est liée, ARS. Leur sélectivité est mesurée par le taux d'exclusion (pourcentage des familles exclues par le plafond) qui est de 24 % pour l'APJE, 17,4 % pour le CF et 43 % pour l'ARS. L'effet de seuil, lui, peut être mesuré par le rapport entre le montant de la prestation et le plafond d'exclusion : il est faible pour l'ARS (1 à 2,5 %), un peu plus prononcé pour l'APJE (au plus égal à 7,7 %).

	Prestations (F et (€))		Plafond (F et (€))		Effet de seuil (%)
APJE*	986	(150,3)	12 737	(1 941,7)	7,7
CF**	895	(136,4)	18 341	(2 796,1)	4,9
ARS – 1 enfant	133	(20,3)	11 870	(1 809,6)	1,1
ARS – 2 enfants	266	(40,6)	14 610	(2 227,3)	1,8
ARS – 3 enfants	399	(60,8)	17 349	(2 644,8)	2,3

* Couple avec un enfant ; un seul parent actif.

** Couple avec trois enfants ; un seul parent actif.

Deuxième cas, les aides au logement, dont le niveau diminue régulièrement avec le revenu par unité de consommation jusqu'à atteindre 100 F (15,2 €) (niveau où elle n'est plus versée). L'aide est maximale pour les allocataires ayant des ressources égales au RMI – elle couvre jusqu'à 90 % du loyer s'il est égal au loyer et au forfait de charges plafond – et s'annule au plafond d'exclusion. La sélectivité de l'aide est mesurée par la rapidité de cette décroissance. Elle est de l'ordre de 20/25 % : quand les revenus de la famille augmentent de 1 000 F (152,5 €) par mois, l'aide diminue de 173 F (26,4 €)/216 F (32,9 €) par mois.

Le plafond d'exclusion résulte de cette décroissance. Pour un locataire en zone II – grande ville de province –, il s'établit à 9 838 F (1 499,8 €) pour un couple avec un enfant ; 11 748 F (1 791,0 €) pour deux enfants ; 14 294 F (2 179,1 €) pour trois enfants ; 16 667 F (2 540,9 €) pour quatre enfants.

Ce plafond exclut de l'aide au logement un peu moins de la moitié des familles locataires.

Comme on le voit, les conditions de ressources n'éliminent qu'une minorité de familles. Au total, les taux d'exclusion ne sont prononcés que pour l'ARS et l'aide au logement. C'est l'aide au logement dont le montant varie sensiblement avec le revenu qui est la prestation la plus redistributrice.

2 – La prise en compte de la taille de la famille

Les prestations familiales sont fortement progressives avec la taille de la famille.

C'est l'un des traits majeurs des allocations familiales elles-mêmes : elles ne sont servies qu'à partir du deuxième enfant, progressent avec le troisième et ne sont sensiblement accrues par les majorations pour âge des enfants que pour les familles nombreuses (d'au moins trois enfants).

A côté des allocations familiales, les prestations sous condition de ressources contribuent fortement, elles aussi, à cette progressivité. Le complément familial – 895 F (136,4 €) par mois – n'est accordé qu'aux familles ayant au moins trois enfants. Pour l'APJE, le CF (et par voie de conséquence l'AVPF) et l'ARS, le plafond varie en fonction de la taille de la famille.

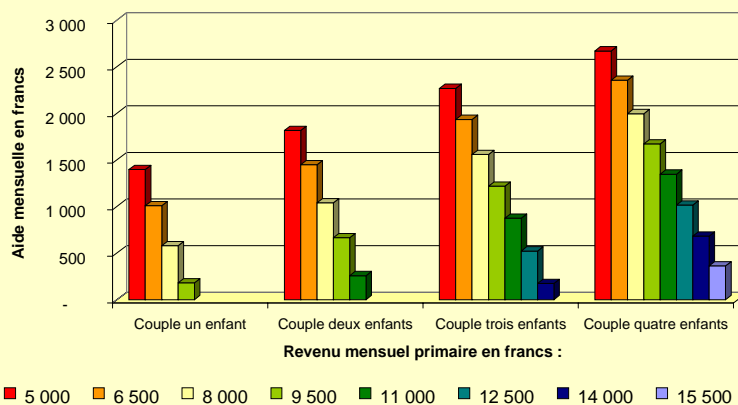
Progressivité du plafond avec le nombre d'enfants (couples avec un seul actif)

en F, (€) et indice

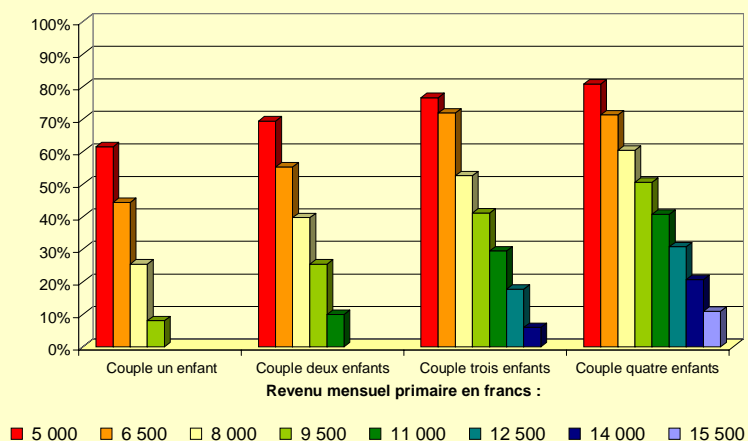
	APJE		CF		ARS	
	F (€)	Indice*	F (€)	Indice*	F (€)	Indice*
1 enfant	12 737 (1 941,7)	100			11 870 (1 809,6)	100
2 enfants	15 285 (2 330,2)	120			14 610 (2 227,3)	123
3 enfants	18 342 (2 796,2)	144	18 342 (2 796,2)	100	17 349 (2 644,8)	146
4 enfants	21 398 (3 262,1)	168	21 398 (3 262,1)	117	20 088 (3 062,4)	180
Enfant supplémentaire	3 057 (466,0)	24	3 057 (466,0)	17	2 740 (417,7)	23

* Base 100 pour un enfant.

Aide au logement selon le nombre d'enfants et le revenu mensuel primaire (en F)



Prise en charge (%) *



* Aide rapportée à l'ensemble du loyer plafond et du forfait de charges (en %)

Note : Le barème de l'aide au logement au 1^{er} janvier 2002 devrait améliorer l'aide au logement des ménages de très faible revenu .

La progressivité du plafond avec la taille de la famille est donc forte même si l'échelle d'unités de consommation qui la sous-tend est un peu plus faible que les échelles couramment utilisées. La probabilité de se situer au-dessous du plafond – et donc de bénéficier de la prestation – croît ainsi avec le nombre d'enfants à charge ; mais la valeur de la prestation ne varie pas.

La taille de la famille intervient aussi pour le calcul des aides au logement, ce qui conduit à des montants d'aide et des taux de prise en charge fortement croissants avec le nombre d'enfants (graphique ci-avant).

3 – La prise en compte du statut professionnel des parents

A l'origine, le système des prestations était très centré sur les familles où la mère restait à son foyer. La forte progressivité des allocations familiales avec la taille du ménage favorisait les familles nombreuses où le taux d'activité des femmes est faible. Par ailleurs, l'allocation pour le salaire unique était très importante.

A partir des années soixante-dix, le système devient plus favorable aux familles où les deux conjoints ont un emploi. La création du complément familial en 1979 ouvre le bénéfice d'une prestation d'un montant significatif à l'ensemble des familles ayant un enfant jeune ou au moins trois enfants, certes sous condition de ressources mais que la mère occupe un emploi ou non. Parallèlement on met en œuvre des prestations spécifiques pour la garde des jeunes enfants.

C'est dans ce contexte qu'il faut étudier comment les prestations sous condition de ressources tiennent ou non compte de l'activité professionnelle des parents.

On tient compte de cette double activité en majorant le plafond en-dessous duquel la prestation est versée. C'est le cas de l'APJE et du complément familial.

On considère ainsi qu'une famille ne se définit pas uniquement par son niveau de revenu mais qu'il faut aussi tenir compte du nombre d'actifs dans le couple. Lorsque les deux parents travaillent, on estime que ses conditions de vie sont moins bonnes pour un revenu donné que celles du ménage où l'un des parents – généralement la mère - n'a pas d'activité professionnelle : la garde des jeunes enfants entraîne des charges financières ; la double journée de travail doit être « valorisée » et la disponibilité de la mère pour produire des biens ou services domestiques (cuisine, couture, éducation des enfants par exemple) est plus faible.

Cette approche appelle trois remarques.

D'abord, ce système de double plafond pour l'APJE n'a pas été modifié depuis sa création, bien que l'aide financière à la garde des jeunes enfants ait considérablement augmenté.

En second lieu, l'option retenue pour favoriser les ménages bi-actifs consiste donc, non pas à majorer le montant de la prestation, mais à majorer le plafond d'exclusion. L'avantage n'a alors qu'une portée limitée puisque deux « petits actifs » auront la même aide (le CF ou l'APJE) qu'un ménage mono-actif de même revenu. C'est seulement pour les ménages de revenu déjà significatif que la prise en compte de la double activité améliorera l'aide en les faisant bénéficier de la prestation dont ils n'auraient pas bénéficié dans le cas d'un plafond unique.

Cela étant, l'avantage en cause est substantiel. Le plafond est majoré de 4 095 F (624,3 €) par mois (montant supérieur à l'allocation parentale d'éducation). 430 000 ménages bénéficient du système du double plafond (ils auraient été exclus de la prestation sans la majoration du plafond) soit 25 % des allocataires de l'APJE et 7 % des allocataires du complément familial. La dépense correspondante est de 4,4 MdF (0,7 Md€) pour l'APJE et 0,7 MdF (0,1 Md€) pour le complément familial.

Pourtant, en dépit de ce double plafond, les taux d'exclusion des ménages bi-actifs sont supérieurs à ceux des ménages mono-actifs : 32 % pour l'APJE (contre 13 % ou 20 % pour les mono-actifs selon le nombre d'enfants), et 25 % pour le complément familial (contre 13 %).

Dans un cas, celui de l'allocation de rentrée scolaire, la double activité professionnelle des deux conjoints est ignorée. Cette exception n'avait guère d'importance lorsque la prestation était faible. Mais depuis 1993 où elle a été fortement majorée, elle en a davantage. Comme au demeurant le plafond d'exclusion de l'ARS est plus bas que celui de l'APJE et du CF, le nombre de ménages bi-actifs exclus est élevé : 56,8 % contre 24,2 % des ménages mono-actifs et 14,5 % des familles monoparentales (la moyenne du taux d'exclusion de l'ARS étant de 44,1 %).

4 – La prise en compte de la monoparentalité

Les familles monoparentales bénéficient certes du système de double plafond décrit ci-dessus mais cet avantage est de faible incidence, la plupart de ces familles ayant des revenus inférieurs au plafond de base. D'autre part, elles ne bénéficient plus d'aucun avantage dans le calcul de l'aide au logement.

C'est donc par d'autres systèmes que les prestations sous condition de ressources que passe l'aide aux parents isolés : outre l'API dont on ne tient pas compte ici, l'allocation de soutien familial (495 F (75,5 €) par mois), les bourses (le barème accorde ainsi 3 points de charge aux familles monoparentales, soit un *bonus* significatif), le barème de l'impôt (demi-part supplémentaire dans le calcul du quotient familial) et le système d'écrêtement de la taxe d'habitation.

Quand on consolide ces différents éléments, on constate que l'aide aux parents isolés n'accroît que faiblement leur revenu (de l'ordre de 7 %), augmente en valeur absolue avec le revenu et est particulièrement modeste lorsque le parent isolé de petit revenu perçoit une pension alimentaire (car l'allocation de soutien familial est alors supprimée).

5 – Les prestations varient très peu avec le lieu de résidence

Depuis la suppression des abattements de zone pour le calcul des allocations familiales et de l'allocation pour salaire unique, les grandes prestations (AF, CF, APJE) ne tiennent pas compte du lieu de résidence. Il en va de même des prestations affectées à la garde des enfants par une assistante maternelle ou une employée de maison. Les plafonds d'exclusion de l'APJE et du complément familial ne sont pas géographiquement différenciés.

Seuls les plafonds de l'aide au logement varient, et encore très peu : les loyers plafonds en zone I (région parisienne et grandes agglomérations) sont les plus élevés ; ceux de la zone II (grandes villes de province) leur sont inférieurs de 10 % et ceux de la zone III de 15 %, ce qui est très inférieur à la différence de loyers et charges entre types d'agglomération.

Au total, cette très faible prise en compte du lieu de résidence est contestable et conduit à des distorsions de taux d'effort, notamment en matière de garde des enfants et de logement.

6 – L'indexation des prestations sous condition de ressources

a) L'indexation du plafond de l'APJE, du CF et de l'ARS

Le plan Juppé a modifié profondément le système d'indexation du plafond des prestations sous condition de ressources. On passe en effet d'une indexation sur l'évolution du SMIC ou celle de la masse salariale à une indexation moins favorable, sur la variation des prix. En longue

période, l'écart entre évolutions des salaires et des prix conduit à la diminution des effectifs éligibles aux prestations. L'élasticité des effectifs à cet écart est de l'ordre - 0,5 : lorsque les salaires progressent de 1 % en francs constants, le nombre de bénéficiaires des prestations et le montant de ces dernières diminuent environ de 0,5 %.

b) L'indexation de la valeur de ces prestations

Le montant des prestations familiales a dans l'ensemble suivi les prix.

L'indexation des aides au logement est complexe. Les paramètres « revenu » des barèmes ont été plutôt indexés sur les prix, ce qui augmente les taux d'effort des allocataires. Les loyers plafonds ont suivi dans l'ensemble l'indice de la construction, qui a progressé beaucoup moins vite que les loyers effectifs. Il en résulte que 73 % des familles avec enfants à charge locataires dans le secteur privé (ALF) et 35 % dans le parc public (APL) ont un loyer supérieur au plafond ; de ce fait, comme la partie du loyer qui excède le plafond ne fait l'objet d'aucune aide, le taux d'effort de ces ménages connaît une brutale augmentation. S'agissant de ménages modestes ou de revenus très moyens, il y a là une incohérence qui pèse sur les locataires du secteur privé (et au demeurant freine la rotation dans les HLM), notamment les jeunes familles.

Le récent effort (1,3 MdF (0,2 Md€)) fait sur les plafonds de l'ALF devrait être poursuivi pour le plafond désormais unique (ALF-APL), quitte à mobiliser à cette fin les marges de financement qui résulteraient de la rationalisation de la « base ressources » (cf *infra*) ou de la suppression progressive du forfait de charges¹⁷⁹.

Au total, les politiques d'indexation retenues conduisent mécaniquement à un appauvrissement relatif des familles.

Sans doute peut-on plaider que si le revenu des Français progresse en francs constants, l'aide peut apparaître moins nécessaire, ce qui peut justifier une indexation partielle. Il n'est pas évident que sur le long terme une telle orientation soit souhaitable. Mais si une telle orientation devait

179. Certains craignent que l'augmentation de l'aide se répercute sur les loyers sans que le taux d'effort du locataire diminue pour autant. Ils ne sont donc pas favorables à une augmentation du plafond ni à une refonte des mécanismes d'indexation. Cette crainte semble à la Cour très exagérée. L'analyse de l'évolution des loyers du parc privé de 1997 à 2000 (période pendant laquelle les plafonds ont augmenté parfois de façon significative) permettrait au demeurant de mieux cerner les termes de cette question.

être suivie, on devrait alors épargner les prestations des ménages les plus modestes.

C – Replacer les prestations familiales dans une analyse plus vaste

Les prestations familiales, avec ou sans condition de ressources, ne sont pas, contrairement à ce que l'on croit parfois, le seul volet financier de la politique familiale. D'autres dispositifs interviennent, les bourses, le statut fiscal des familles, la couverture maladie universelle, pour juger de l'ampleur et de la cohérence globale de la politique conduite en faveur des familles, et pour apprécier les variations de niveau de vie des familles qui en résulte (sur l'analyse des « dépenses fiscales » à la contribution à la politique sociale, cf. *supra*, chapitre VII, p. 253).

1 – L'effet combiné des aides publiques, prestations sociales et « dépenses fiscales »

La Cour a analysé la combinaison de tous ces dispositifs sur trois cibles de la politique familiale : la garde des jeunes enfants, l'aide à la scolarité, l'aide aux jeunes adultes de 18 à 25 ans.

Trois conclusions s'en dégagent :

- les dispositifs souffrent d'une particulière opacité, préjudiciable à une perception correcte de l'effort public par les ménages qui en bénéficient ;
- la combinaison des dispositifs n'obéit pas à une logique claire ; d'où des inégalités dans la courbe des aides, des effets de seuil ou des ruptures inexplicables ;
- enfin, chacun de ces dispositifs a des règles d'indexation propres, ce qui, sur le long terme, déforme le profil des aides.

Il serait indispensable que, « bloc par bloc » (par exemple, garde des jeunes enfants, aide aux jeunes adultes, etc), on recherche comment donner une meilleure cohérence et une meilleure visibilité à l'aide publique.

2 – Les conséquences de la politique globale d'aide sur le niveau de vie des familles

On peut pour définir la politique d'aide aux familles se référer à trois conceptions :

- la compensation des charges de famille, souvent qualifiée de « redistribution horizontale », c'est-à-dire entre les familles et les autres membres de la société de même niveau de vie : à chaque niveau de revenu et pour chaque taille de famille, les aides doivent égaliser le revenu disponible par unité de consommation ; les prestations doivent alors croître avec le revenu ;
- la couverture du coût de l'enfant : dans des conditions sociales « moyennes », l'enfant a un coût, il convient alors de prendre en charge ce « coût normé » par des aides indépendantes du revenu et non imposables ;
- l'égalisation du taux d'effort des familles : comme le taux d'effort des familles pour assumer le « coût normé » des enfants décroît avec le revenu, les aides doivent elles-mêmes décroître avec ce revenu si l'on veut égaliser le taux d'effort ; il s'agit alors de mettre en œuvre une « redistribution verticale », c'est-à-dire entre familles de niveau de vie différent.

Notre système socio-fiscal emprunte des traits à chacune de ces conceptions.

Les allocations familiales se rattachent nettement à la seconde.

Le supplément familial de traitement des fonctionnaires (qui est certes un complément de salaire et non une prestation familiale) se rattache à la première conception, tout comme la prise en compte par le quotient familial des enfants dans le barème de l'impôt, laquelle en diminue la progressivité.

L'institution de conditions de ressources dans les prestations familiales ou les bourses s'inspire de la troisième.

C'est au regard de ces critères de choix qu'on peut juger l'efficacité et l'équité du système global d'aide aux familles. Le graphique qui suit présente le niveau de vie relatif des familles, compte tenu de l'effet combiné des prestations familiales et de l'impôt, en proportion du niveau de vie des couples sans enfant de même revenu primaire initial.

Il s'agit de familles-types, de sorte que les résultats ne prétendent pas à une rigoureuse représentativité. Mais ces types sont suffisamment répandus et significatifs pour que les évaluations soient pertinentes. Elles appellent les commentaires suivants.

Le système global d'aides publiques compense pratiquement ou même surcompense le coût de l'enfant dans le cas des familles les plus modestes, puisque leur niveau de vie est proche (un peu inférieur ou un peu supérieur selon leur taille) de celui des couples sans enfant.

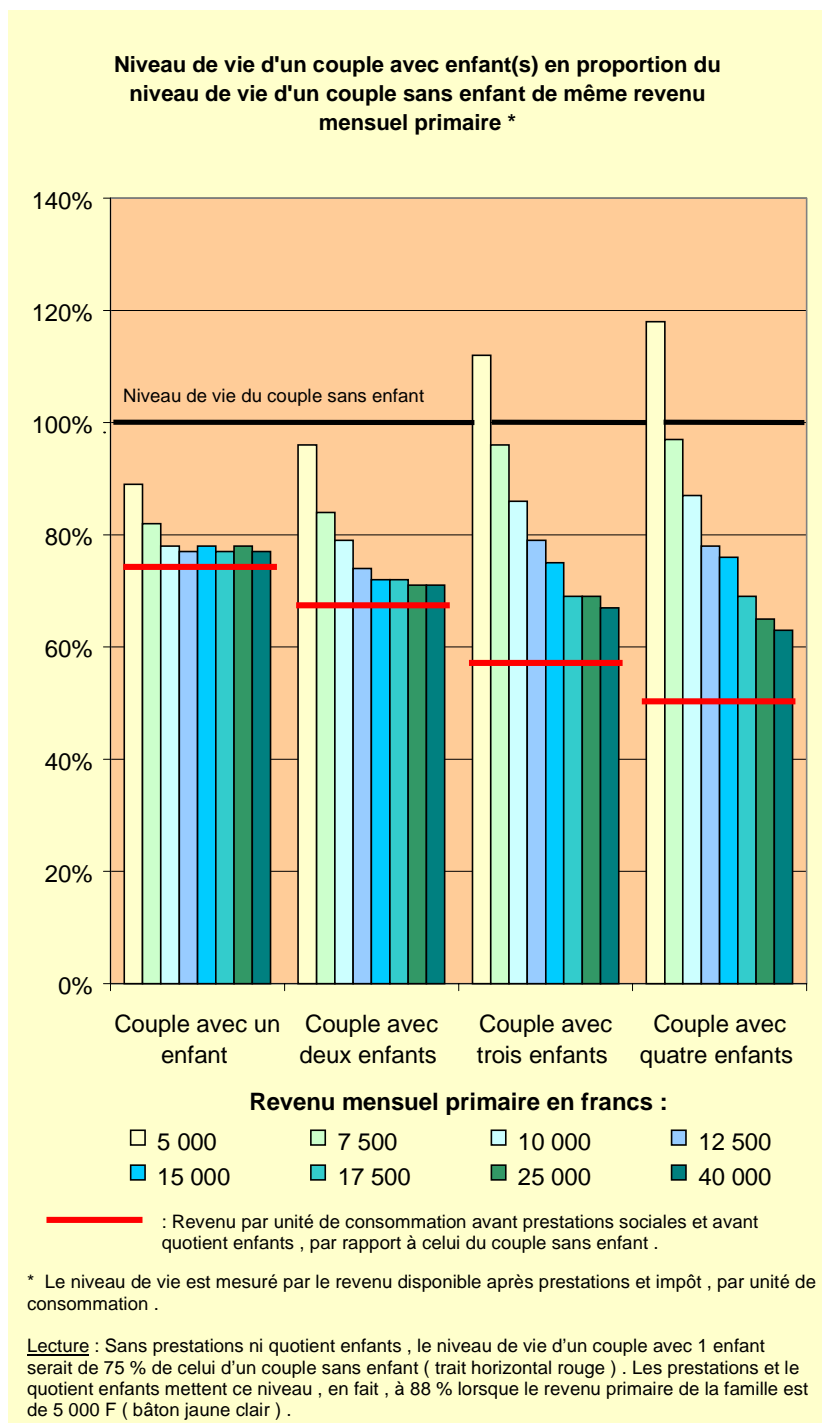
Mais lorsque l'on grimpe dans l'échelle des revenus, la situation change : le système d'aides permet certes de limiter beaucoup la baisse du niveau de vie des familles nombreuses, mais il ne la fait pas disparaître et la dégradation relative du niveau de vie avec le revenu primaire des familles est continue et forte. Pour ne prendre qu'un exemple, le niveau de vie d'une famille de quatre enfants (trois de moins de 14 ans, un de plus de 14 ans) serait environ moitié moindre (51,7 %) sans les aides que celui d'un couple sans enfant ; il n'est qu'un tiers ou un quart plus faible grâce à elles (le rapport des niveaux de vie varie de 87 % à 63 % selon le revenu de la famille, au-delà 10 000 F (1 524,5 €) par mois.

A s'en tenir aux seules prestations familiales, leur sélectivité – dans le champ étudié – résulte principalement des aides au logement. Toutefois l'ARS et le complément familial introduisent une flexion significative au profit des familles nombreuses de revenus faibles et moyens/supérieurs.

La superposition de l'aide au logement, des bourses et de la CMU se traduit par une très forte élasticité des aides au revenu pour les familles les plus modestes, inférieure à $-0,5$ (quand le revenu professionnel augmente de 100, le revenu total ne progresse que de moins de 50).

La prise en compte de l'impôt sur le revenu et des dépenses fiscales et sociales liées à la scolarité des enfants modifie sensiblement les résultats de l'analyse. La structure « familiale » du barème de l'impôt sur le revenu combinée à l'universalité d'allocations familiales non imposables assure aux familles aisées un niveau de vie qui tient largement compte des charges liées à l'éducation de leurs enfants. Le système des bourses – en tout cas au lycée – est d'un apport précieux pour les familles les plus modestes.

C'est pour les familles nombreuses de trois enfants et plus que le ratio est dans l'ensemble le plus élevé (sauf en haut de l'échelle des revenus).



D – La gestion de la « base ressources »

Une prestation sous condition de ressources suppose la définition préalable de la « ressource » qui va être comparée au plafond - les spécialistes parlent de la « base ressources » - et celle de la période sur laquelle on va la mesurer. Il faut ensuite qu'on s'organise pour collecter et contrôler les informations nécessaires.

La condition de ressources est appréciée au niveau du foyer, ce qui pose deux problèmes :

- le statut des personnes hébergées au domicile des allocataires, alors qu'elles ne sont pas ou plus juridiquement à charge ; la situation actuelle, qui provoque des effets de seuil dissuadant, dans certains cas, les familles d'héberger ces personnes, mériterait d'être clarifiée pour aboutir à une plus grande neutralité ;
- la dissimulation des revenus du concubin, mais les politiques de contrôle semblent cantonner ce risque à un niveau acceptable.

Le critère qui devrait être retenu à titre principal – voire exclusif – est celui du revenu disponible du ménage. On s'en écarte sensiblement parce que la base ressources est pour l'essentiel calée sur les références fiscales. Elle enregistre donc les « dépenses fiscales » qui diminuent le revenu pris en compte pour le calcul de l'aide (sur les dépenses fiscales, cf. *supra*, chapitre VII, p. 253). D'où un surcroît de dépenses et des inégalités d'aide pour des ménages dont les revenus disponibles sont de fait similaires.

Par ailleurs, la base ressources intègre des abattements et neutralisations propres à la législation des prestations familiales, parfois discutables.

Cette référence au revenu fiscal n'est pourtant pas « fatale » : d'autres prestations – la CMU, la prestation dépendance par exemple – s'en affranchissent. Et sur des points importants, la base ressources des prestations familiales a été découplée du revenu fiscal (l'abattement spécial pour les personnes âgées n'est plus appliqué pour le calcul de l'aide au logement des personnes atteignant 65 ans ; ou encore, les indemnités journalières en matière d'accidents du travail sont désormais dans la base ressources).

Il conviendrait de reprendre systématiquement l'analyse de la base ressources à partir de trois principes complémentaires : le principe de

neutralité (chaque franc doit être équivalent quelle que soit la source de ce franc)¹⁸⁰, l'étalement dans le temps des réformes (même si elles deviennent de ce fait plus difficiles à gérer), l'affectation de tout ou partie des marges de financement ainsi dégagées à l'amélioration des plafonds et à leur correcte indexation.

A quel moment mesurer les ressources ? La gestion des CAF est de fait « en exercice décalé », c'est-à-dire que les prestations sont normalement calculées sur les ressources de l'année n-1. Mais la volonté de « coller » au plus près aux ressources du moment conduit à faire de nombreuses entorses à ce principe, ce qui multiplie les faits générateurs de modification des droits, avec de lourdes conséquences sur la charge des caisses et les relations avec les usagers. Il conviendrait de réfléchir à un système plus rustique qui diminue le taux de rotation des fichiers.

Cela étant, la collecte et le contrôle des déclarations de ressources constituent une charge de gestion que les caisses d'allocations familiales maîtrisent correctement. La politique de contrôle – un peu affaiblie en 1999/2000 par le passage au modèle CRISTAL – est solidement amarrée aux échanges de données, notamment avec l'administration fiscale. Et le risque d'interruption des prestations pour défaut de fourniture en temps utile de la déclaration de ressources est cantonné par une procédure de maintien temporaire qu'il conviendrait de consolider.

Indépendamment de son coût en termes de gestion, la condition de ressources est enfin un des facteurs de complexité des prestations familiales. Cette complexité peut conduire certains allocataires à ne pas entreprendre les démarches – ou à renoncer à les poursuivre – ou encore à ignorer leurs droits à prestation. Les CAF devraient avoir sur le problème de l'accès aux droits une ambition plus exigeante et la prochaine COG entre la CNAF et l'Etat devrait comporter des engagements fermes sur ce point.

RECOMMANDATIONS

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

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

180. La réforme des aides au logement appliquée en 2001 a diminué la distorsion d'aide entre les titulaires des minima sociaux et les ménages ayant de faibles revenus d'activité, ce qui va dans le sens de ce principe.

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

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

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

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES PAGE 567

II – La mise en place de la couverture maladie universelle

La couverture maladie universelle (CMU) a été créée par une loi du 27 juillet 1999 pour généraliser la protection de base contre le risque maladie et assurer une couverture complémentaire aux plus démunis. Même si le nombre de personnes jusqu'alors non couvertes par les régimes obligatoires d'assurance maladie était faible, cette réforme est à plusieurs titres importante : elle achève l'extension progressive d'une couverture de base à l'ensemble de la population ; cette généralisation, jointe à l'alignement progressif des prestations servies par les différents régimes, aura à terme des conséquences sur la notion même d'ouverture des droits, alors que cette tâche absorbe aujourd'hui une part non négligeable de la capacité de travail des caisses ; la réforme confie également la gestion de la CMU complémentaire aux caisses primaires, mais pour le compte de l'Etat ; au plan du fonctionnement immédiat, elle a accru la charge de travail des caisses primaires, notamment au premier semestre.

Le législateur souhaitait que la mise en œuvre de la CMU soit rapide et avait fixé son entrée en vigueur au 1er janvier 2000. Il s'agissait en moins de six mois de publier les textes d'application, de concevoir et adapter les procédures et les systèmes informatiques et de former les agents des caisses d'assurance maladie avec, pour perspective, l'application de cette réforme à six millions de bénéficiaires.

Les travaux de la Cour ont essentiellement porté sur les conditions dans lesquelles s'est effectuée cette mise en œuvre et sur les problèmes encore à résoudre. Les développements ci-dessous seront, après la présentation de cette réforme, principalement consacrés aux insuffisances rencontrées et à des recommandations pour les dépasser. Cette approche critique ne doit pas masquer que la mobilisation de tous les acteurs a permis de relever avec succès le défi que constituait la mise en œuvre d'une réforme de cette envergure en moins de six mois.

A – La CMU sur critère de résidence et la CMU complémentaire

La CMU améliore à deux niveaux la protection contre le risque maladie : d'une part par une couverture de base, d'autre part par une couverture complémentaire.

La CMU « sur critère de résidence » assure à tout résident stable et régulier sur le territoire l'accès à la couverture maladie de base. Selon les pouvoirs publics, 150 000 personnes en restaient exclues malgré les extensions successives de la notion d'ayants droit et la création de l'assurance personnelle que la CMU remplace désormais. La Cour constate que l'affiliation est rapide.

La CMU « complémentaire » (« CMUC »), elle, améliore l'accès aux soins pour les plus démunis, en supprimant les obstacles financiers que l'aide médicale départementale (AMD) n'avait que partiellement levés en raison de barèmes d'admission souvent restrictifs. Elle s'efforce également d'abolir la connotation d'assistance qui s'attachait à l'AMD. Elle institue en effet, au profit des personnes dont les ressources sont inférieures à un seuil fixé par décret, la prise en charge du ticket modérateur, du forfait journalier hospitalier ainsi que la délivrance gratuite de certains articles relevant du tarif interministériel des prestations sanitaires (TIPS)¹⁸¹. L'intéressé est en outre, dans tous les cas, dispensé de l'avance des frais. Les bénéficiaires choisissent pour gérer cette couverture soit leur caisse d'assurance maladie, soit une mutuelle, une institution de prévoyance ou une compagnie d'assurance ayant décidé de participer au dispositif.

En complément des dispositions relatives à la CMU, le législateur impose une négociation annuelle sur les modalités d'un régime de prévoyance maladie aux entreprises dont les salariés ne sont pas couverts par un accord de branche ou par un accord d'entreprise. Sans coût direct

181. Optique, appareillages, matériels et pansements.

pour l'État ou pour les organismes de sécurité sociale, cet article 21 de la loi n'a pas bénéficié d'aussi nombreux commentaires que la CMU et son application n'est pas suivie. Il n'en revêt pas moins un intérêt certain pour la généralisation de la couverture maladie complémentaire, en encourageant sa diffusion aux personnels des petites entreprises qui en étaient souvent dépourvus.

B – La production réglementaire

La mise au point tardive du dispositif réglementaire, par ailleurs complexe, n'a pas facilité la mise en place initiale. Les premiers décrets ont été transmis à la CNAMTS en octobre et sont datés du 1er décembre 1999. Ce n'est ainsi qu'un mois avant l'entrée en vigueur de la CMU qu'ont été fixées officiellement les conditions de ressources dont le calcul réclamait un minimum de formation. Quant à la circulaire centrale (DSS 2A n°99-701), elle n'est datée que du 17 décembre 1999.

La procédure et la complexité sont pour partie responsables de ces retards. Aux délais dus aux consultations obligatoires de l'article L-200-3 du code de la sécurité sociale se sont ajoutées les consultations et concertations nécessaires ou souhaitées pour l'application d'un dispositif impliquant l'ensemble des acteurs de la couverture du risque maladie, organismes complémentaires et professionnels de santé, mais également les associations caritatives, qui ont été étroitement associées.

Ce retard s'est poursuivi durant l'année 2000. Au 1^{er} janvier 2001, plusieurs textes importants restaient à adopter, notamment l'arrêté fixant le montant de la cotisation pour la prise en charge par un organisme complémentaire d'un bénéficiaire de la CMUC qui cesse d'y avoir droit parce que ses ressources excèdent le seuil¹⁸². Cet arrêté a été publié le 6 mai 2001.

C – La période de référence pour la prise en compte des ressources

La loi renvoyait au pouvoir réglementaire la fixation du montant des ressources prises en compte pour apprécier le droit à une couverture

182. La loi du 27 juillet 1999 comportait un article visant à rendre plus attractive la souscription d'un contrat auprès d'un organisme complémentaire plutôt qu'une couverture par un organisme gérant un régime obligatoire. Le bénéficiaire en fin de droit devait se voir proposer une prolongation d'affiliation à un tarif préférentiel fixé par arrêté.

complémentaire. Selon l'article R.861-8 du code de la sécurité sociale « les ressources prises en compte sont celles qui ont été effectivement perçues au cours de la période des douze mois civils précédant la demande, sous réserve des dispositions des articles R. 861-11 (bénéficiaires du RMI), R. 861-14 (personnes non-salariées), R. 861-15 (personnes non-salariées non agricoles) ». Cette référence à une période de 12 mois glissants est un compromis entre la volonté d'apprécier les revenus sur une durée significative pour éviter les effets d'aubaine – avoir choisi une année est un bon choix – et celle de suivre au plus près l'évolution des revenus.

Cette période de référence est cependant particulièrement complexe tant pour les usagers que pour les agents des CPAM. C'est en vain que la CNAMTS, lors de la préparation des textes d'application avait tenté de sensibiliser les pouvoirs publics sur les difficultés opérationnelles, et donc les coûts, qu'entraînait un tel choix.

La constitution du dossier est délicate pour le demandeur. Aucune autre déclaration de ressources ne se fait sur cette période de référence ; les demandeurs ont donc du mal à fournir des éléments justificatifs établis par des tiers (administration, banques). A défaut de pouvoir se référer à d'autres déclarations, chaque dossier doit comprendre tous les justificatifs, qui peuvent être nombreux : indemnités ASSEDIC sur douze mois, pensions alimentaires versées à échéance plus ou moins régulière, bulletins de salaire, parfois plus de douze bulletins pour les personnes ayant plusieurs employeurs. La complexité des pièces et la difficulté à les réunir conduisent souvent à accepter des déclarations sur l'honneur, comme d'ailleurs la réglementation le prévoit.

L'ensemble des pièces doit ensuite être analysé, photocopié, archivé. Le temps de traitement de chaque dossier est de ce fait important : 30 à 45 minutes. Les contrôles *a posteriori* ne sont pas facilités pour les caisses : elles ne peuvent les effectuer ni à partir des informations détenues par les CAF, ni à partir des déclarations fiscales.

Les ressources des non salariés sont en revanche analysées sur l'année civile, ce qui introduit une inégalité de traitement entre les ressortissants des différents régimes. Enfin, la situation des titulaires du RMI constitue également une exception à la règle des douze mois glissants ; un droit à la CMU leur est ouvert pour un an alors que la CAF examine les ressources des trois derniers mois pour l'attribution du RMI.

La Cour suggère que, à la lumière de l'expérience acquise, une étude des coûts et avantages des solutions pour la détermination de la période soit réalisée. Elle examinerait, pour chaque solution, les coûts de fonctionnement des CPAM et les contraintes pesant sur les usagers.

D – Le plafond de ressources pour bénéficiaire de la CMUC

Le plafond de ressources pour bénéficiaire de la CMUC avait été fixé à 42 000 F (6 402,9 €) annuels, soit 3 500 F (533,6 €) mensuels¹⁸³. L'assiette est inspirée du dispositif RMI et prend en compte le total des ressources, net des prélèvements sociaux obligatoires : revenus d'activité, des biens et capitaux, allocations familiales. Ces revenus sont complétés d'un forfait de 300 F (45,7 €) pour une personne seule qui s'applique à tous les demandeurs propriétaires de leur logement ou locataires bénéficiant d'une aide personnelle au logement. Ce forfait, qui augmente avec la taille de la famille, abaisse le plafond de ressources.

Cette disposition existe certes dans d'autres réglementations et est techniquement recevable, mais seul le montant de 3 500 F (533,6 €) de revenus mensuels avait été largement débattu lors du vote de la loi. Le forfait logement n'avait pas été explicitement évoqué.

Le dispositif sépare évidemment les personnes ayant droit à la CMU complémentaire des personnes n'y ayant pas droit parce que leurs ressources excèdent ce plafond. Il conviendrait d'étudier l'importance réelle et concrète de ce plafond (nombre et types de personnes qui le dépassent, etc).

E – Le transfert automatique des bénéficiaires de l'aide médicale départementale à la CMUC

Les bénéficiaires de l'aide médicale départementale, titulaires du RMI ou non, dont les droits étaient ouverts au 31 décembre 1999, ont été automatiquement transférés dans la couverture maladie complémentaire durant le mois de décembre 1999. Leurs droits ont été prolongés jusqu'au 30 juin 2000.

Globalement, les CPAM considèrent que ces transferts se sont déroulés de façon satisfaisante. Cette satisfaction mérite cependant d'être tempérée. Des incidents se sont produits notamment dans les départements dans lesquels la CPAM ne gérait pas elle-même l'aide médicale départementale. Les dispositions prises pour s'assurer de la qualité des basculements ont souvent été insuffisantes. Si la CPAM de Seine-Saint-Denis a ainsi découvert un incident dans le transfert initial des fichiers, entraînant l'attribution à tort de 5430 CMUC, d'autres se

183. Il a été porté par an à 43 200 F (6 585,8 €), soit, par mois, à 3 600 F (548,8 €) par un décret du 9 janvier 2001.

sont en revanche contentées de radier les assurés qui retournaient les attestations leur indiquant qu'ils bénéficieraient de la CMUC, sans que cet indice d'imperfection des conditions dans lesquelles s'était effectué le basculement les incite à engager une vérification plus générale.

Ces attributions indues de CMUC sont d'autant plus regrettables que le réexamen des droits initialement prévu pour le 30 juin 2000 a été repoussé.

F – L'examen des droits des personnes transférées de l'aide médicale départementale dans la CMUC

Par deux fois, l'examen des ressources des bénéficiaires de la CMUC provenant des titulaires de l'AMD basculés d'office a été reporté suivant des modalités juridiques discutables et dans la précipitation.

Deux raisons justifiaient le réexamen de la situation des personnes transférées de l'AMD dans la CMUC au regard des nouveaux critères. D'une part, certaines pouvaient bénéficier d'un accroissement de ressources depuis leur admission à l'AMD. D'autre part, plusieurs départements appliquaient des barèmes AMD supérieurs au seuil retenu par la CMUC, notamment dans le cadre de la carte « Paris Santé ».

Dès le vote de la loi, les incertitudes sur les modalités de réexamen des droits étaient perceptibles puisque deux dates différentes d'examen des droits étaient retenues¹⁸⁴.

Une lettre du directeur de la CNAMTS confirmée par une lettre de la ministre, reporte une première fois au 31 octobre 2000 le contrôle des ressources pour les personnes entrées dans le dispositif par basculement. Une lettre ministérielle du 27 novembre 2000 reporte une seconde fois jusqu'au 30 juin 2001 les droits des anciens bénéficiaires de l'AMD dont les droits n'auraient pas été renouvelés antérieurement. La ministre a enfin annoncé, le 9 mai 2001 à l'Assemblée nationale, qu'elle décidait un nouveau report au 31 décembre 2001 pour les anciens bénéficiaires de l'aide médicale gratuite dont les revenus sont inférieurs à 4 000 F

184. L'article 28 de la loi dispose que : « Les personnes titulaires de l'aide médicale à la date d'entrée en vigueur de la présente loi bénéficient de plein droit des dispositions de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, jusqu'à l'expiration de la période d'admission à l'aide médicale et, en tout état de cause, jusqu'au 31 mars 2000. ». L'article 72, 8^{ème} alinéa dispose quant à lui que : « les bénéficiaires de l'aide médicale dont les droits s'interrompent entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2000 bénéficient, sur leur demande, des dispositions de l'article L 861-3 du code de la sécurité sociale jusqu'à cette date ».

(609,8 €) pour une personne seule. Elle introduit, ce faisant, un nouveau seuil qui s'applique aux anciens titulaires de l'aide médicale gratuite et à tous les bénéficiaires de la CMUC dont les droits arrivent à expiration entre juin et décembre 2001, avec toutes les complications qui découleront de l'existence d'un nouveau seuil : inégalité des assurés, difficultés de gestion opérationnelle pour les caisses, - nécessité d'examen des ressources, mise au point de logiciels spécifiques -.

Ces reports successifs de l'examen des ressources des personnes « basculées » ne sont fondés sur aucune base législative ou réglementaire. En outre, ils peuvent décourager les bénéficiaires qui avaient accompli les démarches nécessaires au réexamen de leurs droits.

Ces reports ont également un coût. Sans que la Cour ait été en mesure d'apprécier le bien-fondé de cette évaluation, la DSS évalue à 900 000 le nombre de personnes maintenues dans le dispositif en raison des reports de droits. Elle estime à 450 MF (68,6 M€) le coût du premier report et à 875 MF (133,4 M€) le coût du second¹⁸⁵. Si l'effectif précédent est exact, la régularisation doit intervenir au plus vite.

Au-delà de leur coût, ces reports entachent enfin d'incertitude le nombre des bénéficiaires de la CMUC répondant aux critères réglementaires.

G – Le nombre de bénéficiaires

L'exposé des motifs prévoyait que la CMU complémentaire concernerait six millions de personnes. Au 31 décembre 2000, cinq millions de bénéficiaires (4 977 308 précisément) étaient recensés¹⁸⁶, dont 4 377 000 en métropole soit 1 452 000 de plus que ceux de l'aide médicale gratuite. Le nombre des personnes couvertes est donc inférieur aux prévisions mais excède celui de l'aide médicale départementale.

Ces effectifs méritent cependant d'être considérés avec prudence. Les opérations de révision des droits programmées pour juin puis octobre 2000 n'ayant pas été menées à leur terme, il n'est pas possible d'évaluer avec exactitude le nombre de bénéficiaires qui auraient du être exclus des fichiers en raison de revenus dépassant le seuil d'admission à la CMUC.

185. Sur la base d'une dépense annuelle de 1 500 F (228,7 €) par bénéficiaire. En fait la dépense moyenne par bénéficiaire de la CMU complémentaire est un peu plus faible.

186. Le régime général avec 4 691 103 bénéficiaires enregistrait 94 % des CMU complémentaires, la MSA et la CANAM 3% chacune avec respectivement 160 745 et 125 460 CMU complémentaire.

Sur la base de 900 000 personnes qui, selon la DSS, sont maintenues dans la CMUC alors qu'elles ne satisfont plus aux critères d'admission, le nombre de bénéficiaires relevant de la cible est proche de quatre millions, soit près de deux millions de moins que les estimations initiales.

Plusieurs explications peuvent être recherchées à ce décalage.

La montée en charge de la CMU est nécessairement progressive. Elle l'est d'autant plus qu'il s'agit d'une prestation en nature ne donnant pas lieu à versements d'espèces mais permettant de bénéficier d'une protection maladie. La démarche d'inscription peut donc être négligée par les bien portants.

Parmi les personnes âgées, certains bénéficiaires potentiels peuvent renoncer à faire valoir leur droit. Elles peuvent craindre de résilier, ou transformer, leur contrat complémentaire actuel en raison des incertitudes pesant sur les contrats dont elles bénéficieraient en cas de sortie ultérieure du droit à la CMUC. Ce problème, valable pour tous les bénéficiaires, est encore plus aigu pour les personnes âgées qui constituent des mauvais risques sur le marché de l'assurance complémentaire.

Les jeunes en situation de précarité n'ont pas de " culture sécurité sociale " et, contrairement aux plus âgés, ne se rendent pas dans les centres de paiement de proximité. La solution semble résider dans un fort partenariat avec les associations qui sont au contact des jeunes précaires.

L'amélioration de la conjoncture économique et la baisse du chômage en 1999-2000 peuvent aussi contribuer à expliquer l'écart.

Les pouvoirs publics ont clairement choisi de ne pas inclure les bénéficiaires de certains minima sociaux (les titulaires de l'AAH et du minimum vieillesse) dans la CMUC compte tenu des dispositions qui leur sont par ailleurs applicables.

H – Le panier de soins

Le panier de soins est, par définition, un ensemble de prestations prises en charge par la collectivité et devant répondre efficacement à un besoin de santé. La CMUC a été l'occasion de réaliser un essai « grandeur nature » de définition explicite d'un panier de soins. Le panier de soins pris en charge par la CMU complémentaire est en partie défini par la loi elle-même (art. L. 861-3) et comprend :

- le ticket modérateur, dans les limites des tarifs de responsabilité des prestations couvertes par les régimes

obligatoires, et à l'exclusion de dépassements d'honoraire des médecins du secteur II ;

- le forfait journalier en cas d'hospitalisation, sans limite de durée ;
- les dépassements de tarif pratiqués pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale ainsi que sur l'optique, les audioprothèses et certains autres produits médicaux, dans des limites fixées par arrêté interministériel.

En matière dentaire, le montant maximum des frais en sus des tarifs de responsabilité a été fixé à 2 600 F (396,4 €) par bénéficiaire et par période de deux ans¹⁸⁷. Lors du conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance maladie du 29 décembre 1999, le représentant de l'Etat (direction de la sécurité sociale) rappelait que : « la fixation d'un plafond de dépenses en matière dentaire a été réclamée par toutes les fédérations d'organismes complémentaires et par le président de la caisse nationale. Après un premier refus, le ministre a satisfait à cette demande, en prévoyant cependant deux dérogations à l'application de la règle du plafond pour les appareils dentaires importants (dix dents sur le même maxillaire) et les traitements d'orthopédie dento-faciale. En outre, il est apparu que, dans un certain nombre de cas impossibles à définir à l'avance, il pouvait être nécessaire de dépasser le plafond en cas de situations exceptionnelles où des soins échelonnés dans le temps mettraient en cause la pertinence des premiers soins. Cette dérogation ne devant jouer qu'à titre exceptionnel justifie donc l'emploi de l'expression « d'impérieuse nécessité ».

L'« impérieuse nécessité » permet donc l'ajustement d'une limite rigide aux besoins de soins dentaires. A la lumière des consommations sur une durée significative, il conviendra d'examiner la pertinence de ce plafonnement et son articulation avec la procédure d'entente préalable.

La CMUC a permis, en moyenne, une meilleure prise en charge des soins que celle que permettait l'AMD. Il existe certes des exceptions sur certains points pris isolément : le barème pour l'admission totale, la prise en charge des soins prothétiques dentaires, l'admission partielle qui était possible au-delà des barèmes CMUC actuels. Il est compréhensible que les personnes concernées - bénéficiaires ayant un besoin spécifique ou professionnels de santé - puissent regretter les dispositions antérieures

187. Les « tarifs de responsabilité », c'est-à-dire les tarifs pris en compte par les caisses pour le remboursement, sont très éloignés des prix réellement pratiqués pour les prothèses. Sur ce point, cf. le rapport de la Cour sur le financement de la sécurité sociale de septembre 1999.

de l'AMD, mais globalement la couverture des soins des personnes à bas revenus s'est améliorée. Elle est en outre de bon niveau si on la compare avec les contrats complémentaires actuels.

I – La participation des organismes complémentaires

Le nombre d'organismes complémentaires ayant demandé à participer à la gestion de la CMUC est particulièrement élevé : plus de 850 ont demandé à y participer, soit plus de 40 % d'entre eux¹⁸⁸. La liste des organismes participants est très hétérogène. A côté de groupes comme AXA, on relèvera, pour l'exemple, la société mutualiste d'un grand hôtel parisien ou la mutuelle des sapeurs pompiers d'une petite ville.

Initialement les assureurs avaient évalué à 800 000 le nombre de bénéficiaires de la CMUC qu'ils pourraient être amenés à gérer. La réalisation au 31 décembre 2000 se limite à 65 900. Cependant, la montée en charge des organismes complémentaires est loin d'être achevée en raison du report de l'examen des droits des personnes transférées automatiquement de l'aide médicale dans la CMUC.

Si le plafond de ressources évoluait à la hausse, des assurés seraient attirés dans la CMU complémentaire. Or l'article 23 de la loi prévoit la résiliation de plein droit de son contrat pour l'assuré admis à bénéficier d'une CMU lorsque l'organisme assureur ne participe pas à la CMU. Il est une puissante incitation faite aux organismes complémentaires à se déclarer comme souhaitant gérer la CMUC¹⁸⁹. Ce

188. L'ACOSS évalue à 2000 le nombre de complémentaires ayant une activité en matière d'assurance maladie.

189. « Lorsqu'une personne obtient le bénéfice de la protection complémentaire définie à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale alors qu'elle est déjà garantie par un organisme assureur contre les risques liés à une maladie, une maternité ou un accident dans les conditions prévues aux articles 2 et 3 de la présente loi, elle obtient à sa demande :

« 1. soit la résiliation totale de la garantie initialement souscrite si l'organisme assureur n'est pas inscrit sur la liste prévue à l'article L. 861-7 du code de la sécurité sociale ;

« 2. soit la modification de la garantie initialement souscrite en une garantie établie en application des articles L. 861-1 et L. 861-3 du code de la sécurité sociale ; si la garantie initialement souscrite s'appliquait également à des risques différents de la garantie prévue par l'article L. 861-3, l'organisme assureur doit proposer au bénéficiaire de la protection complémentaire, pour la partie de son contrat initial qui excède cette protection, un contrat correspondant à des conditions tarifaires de droit commun.

seul article aurait suffi à motiver les organismes complémentaires à s'inscrire parmi les organismes participants.

Les conditions de mise en œuvre initiale de la CMUC, avec le basculement automatique des bénéficiaires de l'AMD, ont infléchi la répartition du « marché » entre CPAM et organismes complémentaires.

Durant les premiers mois, les caisses ont fait face à une situation très délicate. Pour participer à la gestion de la CMUC, les organismes complémentaires doivent se faire inscrire sur une liste d'une gestion complexe. Les caisses recevaient des embryons de listes difficiles à exploiter. De plus les documents étaient par nature incomplets dans la mesure où les organismes complémentaires pouvaient s'inscrire jusqu'au 31 mars. Des bénéficiaires ont pu être inscrits à tort auprès d'une CPAM pour leur CMUC, alors qu'ils disposaient déjà d'un contrat dans une compagnie d'assurance ou une mutuelle.

Par la suite, toutes les conditions n'ont pas été remplies pour que les nouveaux bénéficiaires choisissent en priorité un organisme complémentaire dès lors que les textes réglementaires sur les conditions de sortie de la CMUC n'étaient pas publiés¹⁹⁰.

Le grand nombre des organismes, l'obligation qui leur est faite de transmettre à chaque préfet de région concerné la liste de leurs implantations, l'actualisation annuelle de leur engagement, la complexité des échanges informatiques, rendent leur participation difficilement gérable sur le long terme. Or, tous n'ont pas intérêt à recruter des adhérents au travers de la CMUC. La plupart, en revanche, ne souhaitent pas en perdre.

Afin de donner un véritable sens à l'engagement des organismes complémentaires, il pourrait être envisagé de distinguer les organismes actifs de ceux accueillant des bénéficiaires de la CMUC à titre accessoire. Parmi ces derniers figureraient notamment les organismes ne retenant pas l'accueil de nouveaux adhérents parmi leurs priorités mais souhaitant conserver les assurés qui « basculeraient » dans la CMUC. Un nombre minimum de bénéficiaires de CMUC gérés devrait être déterminé pour qu'un organisme puisse être considéré comme actif. Il devrait aussi être également en mesure de respecter des normes en matière de transferts informatiques avec les CPAM.

190. L'arrêté fixant le montant maximum du tarif de prolongation d'adhésion ou du contrat de protection complémentaire en matière de santé est daté du 27 avril 2001 et a été publié au journal officiel du 6 mai 2001.

Quelle que soit la solution retenue, chacun s'accorde à reconnaître que la liste des organismes participants, telle qu'elle est aujourd'hui, est difficile à gérer et exploiter et doit être révisée.

J – Les professionnels de santé et la CMUC

Les professionnels de santé ont été peu, ou tardivement, associés alors qu'ils jouent un rôle essentiel dans le bon fonctionnement de la CMUC. Les pharmaciens doivent notamment gérer les attentes des clients, pas toujours possibles à satisfaire au titre de la CMUC, les articles n'étant pas tous pris en charge. Les dépliants distribués au public n'ont pas été de nature à faciliter leur tâche. Certains pharmaciens estiment par exemple que les tracts et affichettes produits par la CNAMTS proclamant « besoin de médicaments ? avec la CMU, zéro franc avancé, 100 % santé ! », s'ils sont exacts pour les médicaments remboursables, peuvent être interprétés par des patients de manière plus large et leur faire croire qu'ils couvrent tous les produits de santé.

Par ailleurs, le dispositif de plafonnement du panier de soins en matière dentaire est d'une indéniable complexité. Il convient de vérifier que les droits à dépassement, limités à 2 600 F (396,4 €) pour deux ans ne sont pas atteints, et dans le cas contraire s'il n'existe pas une « impérieuse nécessité médicale ». La vérification du suivi du montant de la consommation du panier de soins incombe à l'organisme complémentaire, le constat d'impérieuse nécessité médicale au dentiste-conseil.

Le professionnel de santé n'est pas en état de connaître la situation dans laquelle se trouve son patient ; celui-ci a pu s'adresser à divers praticiens et atteindre ainsi les plafonds autorisés. Le patient risque de lui imputer un refus de soins alors que le traitement aura été différé dans l'attente de connaître la décision de l'organisme complémentaire et du dentiste-conseil.

Quant à la réticence de certains professionnels à traiter les bénéficiaires de la CMUC, les pratiques paraissent diversifiées suivant les départements. La question des refus de soins induit la suspicion et alimente les polémiques. Elle mériterait à elle seule une enquête approfondie.

K – Le financement de la CMUC

Le financement de la CMU complémentaire repose pour partie sur la création d'une contribution nouvelle et pour partie sur une subvention

d'équilibre. Les transferts financiers nécessaires à ce financement sont organisés par le fonds de financement de la protection complémentaire maladie.

Par la création d'une contribution de 1,75 % assise sur le montant des cotisations afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé, le législateur a entendu créer une solidarité entre les personnes bénéficiant déjà d'une couverture complémentaire, et celles ne disposant pas des moyens d'en financer une. Le rendement attendu était évalué à 1,8 MdF (0,3 Md€).

La subvention d'équilibre est, en volume, le premier mode de financement de la CMU complémentaire. L'étude d'impact l'évaluait à 7 MdF (1,1 Md€) et c'est le montant pour lequel elle a été budgétée pour l'année 2000. Les crédits provenaient de la « recentralisation » des crédits que les départements consacraient précédemment à l'aide médicale pour un montant de 9,2 MdF (1,4 Md€), ventilés entre CMU sur critère de résidence et CMU complémentaire.

Les recettes du fonds échappent très largement à l'examen du Parlement. Il est peu informé des ressources fiscales affectées à l'établissement public et ne vote annuellement que la subvention d'équilibre. Celle-ci est susceptible de variations compte tenu de sa nature. Dès la première année, elle a ainsi été ramenée de 7 MdF (1,1 Md€) initiaux à 5,3 MdF (0,8 Md€) en raison d'un nombre de bénéficiaires de la CMU inférieur aux prévisions. Il conviendrait que soit mieux assurée la coordination entre l'examen de la loi de finances et celui de la loi de financement de la sécurité sociale.

SYNTHESE

La Cour constate qu'à la date fixée par le législateur, et malgré des délais de mise en œuvre très brefs, la CMU fonctionnait. Des textes restent cependant à adopter. La question de l'examen des droits des personnes provenant de l'aide médicale départementale, repoussé à deux reprises, reste à régler. Certaines dispositions techniques mériteraient d'être réexaminées : période de douze mois glissants pour l'examen des ressources d'une part, modalités de participation des organismes complémentaires d'autre part. Parmi les questions qui mériteraient d'être approfondies, la Cour en souligne deux qui ont trait à la réalisation des objectifs sanitaires et sociaux de la loi. Il conviendrait tout d'abord d'examiner si les objectifs de la CMU sur critère de résidence sont atteints alors que le nombre de nouveaux assurés se limite à 70 000 personnes pour 150 000 prévues. Il serait nécessaire ensuite, s'agissant de la CMU complémentaire, d'étudier la réalité et l'ampleur des effets qu'induit

l'existence d'un seuil de revenus et les modalités à retenir pour en traiter les conséquences éventuelles.

RECOMMANDATIONS

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

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

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

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

5. Reconsidérer les modalités de la participation des organismes complémentaires.

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

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

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES PAGE 569

III – Solidarité retraite : le fonds de réserve

La loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a institué, au sein du Fonds de solidarité vieillesse, un fonds de réserve pour les régimes d'assurance vieillesse CNAV, ORGANIC et CANCAVA. Ce fonds dispose de recettes affectées d'origines diverses : contributions, excédents, redevances. Elles sont précisées par cinq lois ; l'une d'entre elles indique explicitement que le fonds peut disposer de « toute ressource affectée par la loi » (cf. encadré).

La loi du 23 décembre 1998 instituant le fonds de réserve, dispose en son article 2 que les recettes affectées au fonds de réserve sont constituées par a) une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, du solde du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (C3S) ; b) tout ou partie du résultat excédentaire de la section du FSV retraçant les opérations de solidarité ; c) toute ressource affectée par la loi.

La loi du 25 juin 1999 relative à l'épargne et à la sécurité financière, en son article 26, attribue au fonds de réserve le produit annuel des versements des caisses d'épargne représentatifs de la souscription des parts sociales des sociétés locales d'épargne.

La loi du 29 décembre 1999 relative au financement de la sécurité sociale pour 2000 prévoit, en son article 16, que soient affectés au fonds de réserve a) les excédents des fonds gérés par la CNAV et ce, dès l'arrêté des comptes de l'exercice 1999 ; b) une fraction égale à 49 % du produit des prélèvements sur les revenus de capitaux, dits « des 2 % sociaux » visés aux articles L 245-14 à L 245-16 du code de la sécurité sociale ; c) un versement de 3 MdF (0,5 Md€) de la caisse des dépôts et consignations sur le résultat net de son activité pour compte propre, dégagé au titre de 1999.

La loi relative au financement de la sécurité sociale pour 2001 prévoit le versement au fonds de réserve :

- des sommes provenant du fonds de provisionnement des charges de retraites et de désendettement de l'Etat créé par la loi de finances pour 2001, fonds lui-même alimenté par le produit des redevances résultant de l'attribution des licences d'occupation du domaine public hertzien par les téléphones mobiles de troisième génération (UMTS) ;

- de 50 % des prélèvements visés aux articles L 245-14 à L 245-16 ;

- du produit des placements effectués au titre du fonds de réserve ;

- de toute autre ressource affectée au fonds de réserve en vertu de dispositions législatives.

La loi du 19 février 2001, relative à l'épargne salariale, prévoit le versement par les employeurs d'une contribution de 8,2 % de l'abondement à l'épargne salariale sur la fraction excédant 2 300 €

La loi du 17 juillet 2001, qui a transformé le fonds en établissement public spécifique, prévoit en outre le versement au fonds de réserve de certains dépôts à la caisse des dépôts et consignations, après prescription.

Les encaissements que le fonds a effectivement reçus en 1999 et 2000 sont résumés dans le tableau ci-après.

Encaissements reçus par le fonds de réserve des retraites

en MF et (Md€)

	« 2 % sociaux »	Produits financiers	Autres affectations	Total
1999		7,0 (1,1)	2 000 (304,9)	2 007,0 (306,0)
2000	5 803,0 (884,6)	191,6 (29,2)	12 745,4 (1 943,0)	18 740,0 (2 856,9)
Total cumulé	5 803,0 (884,6)	198,6 (30,3)	14 745,4 (2 247,9)	20 747,1 (3 162,9)

Les recettes provenant des « 2 % sociaux » font l'objet de versements concentrés en fin d'année.

Les recettes relatives aux produits financiers résultent des placements que le fonds de réserve est autorisé à effectuer, conformément à l'article L. 135-21 du code de la sécurité sociale, et selon les modalités édictées par le ministre chargé de l'économie et des finances. Pour les deux années sous revue, ces placements sont limités à deux catégories d'opérations :

- l'achat ferme de valeurs d'Etat, ou garanties par l'Etat, ou de titres émis par des établissements publics nationaux, de maturité résiduelle inférieure ou égale à deux ans ;
- la prise en pension contre espèces pour une durée au plus égale à un mois de valeurs d'Etat, valeurs garanties par l'Etat ou titres émis par un établissement public national, de maturité inférieure ou égale à 15 ans.

Les « contreparties » autorisées sont les spécialistes agréés en valeurs du Trésor, pour une valeur unitaire limitée à 500 M€

La colonne « autres affectations » comprend les 2 MdF versés en octobre 1999 par l'ORGANIC au titre de la contribution sociale de solidarité des sociétés. En 2000, elle comprend les 3 MdF (0,5 Md€) versés en mai par la Caisse des dépôts et consignations, un peu plus de 5 MdF (0,8 Md€) versés en fin d'année par la CNAVTS au titre de ses excédents, enfin 4,7 MdF (0,7 Md€) au titre du premier versement représentatif du produit de la cession de parts sociales des sociétés locale d'épargne, acquittés par la Caisse nationale des caisses d'épargne et de prévoyance (CENCEP).

Au total, le fonds de réserve pour les retraites dispose à fin 2000 d'un solde cumulé de 20,8 MdF (3,2 Md€) soit une valeur très proche de celle (20 MdF (3,1 Md€)) ayant servi au calcul du « plan de marche » du fonds de réserve, devant aboutir à une valeur cumulée de 1 000 MdF (152,5 Md€) en 2020.

A – La dynamique du fonds de réserve

Pour passer des 20 MdF (3,0 Md€), valeur initiale du fonds atteinte en 2000, à l'objectif des 1 000 MdF (152,5 Md€), vingt ans plus tard, les services du FSV ont formulé en 2000 trois groupes d'hypothèses.

En premier lieu et à court terme, des recettes spécifiques sont prévues pour 2001 et 2002 : suite des versements des parts sociales des caisses d'épargne (4,7 MdF (0,7 Md€) environ par an), versements relatifs au produit de la vente des licences UMTS (18,5 MdF (2,8 Md€) environ en 2001). Comme on le sait, les recettes tirées de la vente des licences UMTS présentent certains aléas ; en revanche, les recettes issues de la mise sur le marché d'une partie du capital des caisses d'épargne sont assurées.

En second lieu et dans le moyen et long terme, l'évolution macro-économique de la France est supposée très dynamique, correspondant au retour à une croissance de long terme de plein emploi, caractérisée par un taux de chômage redescendant et se maintenant à 4,3 %. Cet environnement dynamique permet de construire des hypothèses favorables aboutissant à un flux d'excédents pour la CNAV, à des disponibilités de C3S, à d'importants produits des « 2 % sociaux » portant sur les revenus du capital et du patrimoine, enfin, de façon accessoire, à une contribution significative de la caisse des dépôts et consignations. Ce dynamisme, continu sur une période de vingt ans, correspond de fait à un changement important du sentier de croissance à long terme de l'économie française. Jusqu'à présent, cette modification n'a pas fait l'objet d'un argumentaire justificatif.

En dernier lieu et toujours à moyen et long terme, les services du FSV tablent sur un rendement des produits financiers du fonds de 4 % par an, en valeur réelle. Sur les marchés financiers, il est difficile de caractériser une hypothèse de rendement qui n'est pas accompagnée d'indications sur le niveau de risque associé. L'hypothèse retenue semblait peu compatible avec la nomenclature des placements autorisés au fonds. Mais la transformation du fonds en établissement public spécifique (loi du 17 juillet 2001) s'est accompagnée d'une extension de la liste des instruments financiers que le fonds est autorisé à détenir ou à

utiliser. A l'évidence, cette extension impose d'entreprendre une réflexion sur le lien entre rendement et risque que les autorités en charge jugent souhaitable pour le fonds : il est étonnant que le niveau du rendement ait été fixé avant cette réflexion et, semble-t-il, indépendamment du niveau du risque qu'il requiert.

Le tableau ci-après résume le « plan de marche » du fonds, tel qu'il a été prévu sur la base de ces hypothèses, et l'importance respective des contributions des divers facteurs attendues lors de l'année terminale.

Plan de marche du fonds d'ici 2020 et structure des contributions en 2020⁽¹⁾

Plan de marche					<i>en MdF et (Md€)</i>
2000	2005	2010	2015	2020	
20	170	400	670	1 000	
(3,1)	(25,9)	(61,0)	(102,1)	(152,5)	

Structure des contributions							<i>en MdF et (Md€)*</i>
Excédents CNAV	C3S	2 % sociaux	Contribution CDC	<i>Sous-total</i>	Produits financiers	Total	
100	400	150	20	670	330	1 000	
(15,2)	(61,0)	(22,9)	(3,1)	(102,1)	(50,3)	(152,5)	

* francs et euros de 2000.

(1) Selon les informations communiquées au comité de surveillance du FSV lors de sa séance du 14 novembre 2000.

B – Une répartition lissée grâce au fonds

L'institution du fonds de réserve pour les retraites constitue une innovation majeure pour notre système de retraite par répartition. Il déroge au principe temporel de base de la répartition selon lequel les prestations d'une année sont couvertes par les cotisations ou autres contributions de la même année. Désormais, la répartition prend une dimension inter-temporelle, les prestations d'une année peuvent être en partie couvertes par les ressources d'une autre année. Mais le principe reste « la répartition » au sens où il ne s'agit que d'un lissage du profil des recettes et non de la création d'un lien économique entre une épargne accumulée et la prestation retraite servie. Les intérêts financiers produits par le fonds apparaissent comme une recette complémentaire substantielle et non comme le motif premier de l'opération.

Au-delà de la vraisemblance des montants cibles annoncés pour 2020, l'existence même du fonds incite à s'interroger sur les questions de principe, touchant à l'équité, que soulève sa création : quelles recettes doivent l'abonder ; quels régimes peuvent en profiter, après 2020.

La loi répond à la question portant sur les régimes bénéficiaires : ce sont la CNAV, l'ORGANIC et la CANCAVA, qui ont fait l'objet de la réforme de 1993. Mais en énonçant que le fonds peut être abondé par « toute ressource affectée par la loi », et en décidant dans ce cadre l'affectation de ressources qui ne sont pas spécifiques aux régimes bénéficiaires, comme le sont les produits de la vente des licences de l'UMTS, la loi ne résout pas le problème de principe. Pourquoi en effet exclure durablement tous les autres régimes du bénéfice du lissage des recettes alors qu'ils sont tout autant que les trois régimes cités affectés par le problème du déséquilibre démographique, et ce d'autant plus que les ressources mobilisées pour ce lissage sont, pour partie, prélevées sur l'ensemble de la communauté nationale et non sur les seuls bénéficiaires ?

Ce problème est de même nature que celui rencontré en 1974 lorsque l'apparition des premiers déséquilibres entre nombre de cotisants et nombre de retraités a conduit, par souci d'équité, à l'instauration de la « compensation démographique généralisée ». A cette époque, on a quitté la logique de la répartition régime par régime pour y introduire une solidarité inter-régime. C'est à une mutation de même nature qu'invite la création du fonds de réserve : passer d'une répartition période par période à une solidarité inter-générationnelle.

RECOMMANDATIONS

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

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

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

IV – L'action sanitaire et sociale des caisses de la mutualité sociale agricole

A – La politique d'action sanitaire et sociale

Le code rural, le code de la sécurité sociale, ainsi que le décret n° 85-192 du 11 février 1985 fixent le cadre législatif et réglementaire de l'action sanitaire et sociale de la MSA. Elle répond également aux critères fixés par la convention d'objectifs et de gestion pour 1999-2001 qui précise notamment :

« La politique d'action sanitaire et sociale est définie par les conseils d'administration des caisses et vise en particulier à maintenir pour les actifs et les retraités de l'agriculture les services sociaux de proximité indispensables. Afin de contribuer à la lisibilité de l'action sanitaire et sociale du régime agricole, la caisse centrale et les caisses de MSA se dotent d'une politique d'action sanitaire et sociale, exprimée sous forme de priorités pluriannuelles ».

Les conseils d'administration fixent les principes généraux et les moyens de la politique menée par chaque caisse. Ces moyens sont regroupés dans une section d'action sanitaire et sociale financée, à titre principal, par une fraction des cotisations complémentaires perçues sur les assurés. La caisse centrale apporte un soutien plus méthodologique que financier (moins de 28 MF (4,3 M€)) à la mise en place de la politique que chaque caisse entend conduire.

En 1998, la caisse centrale a défini de nouvelles orientations. Elles prévoient notamment la mise en place d'un « socle » de quatre prestations minimales dites « extra légales », c'est-à-dire allant au-delà des minima prévus par la loi, et servies au même niveau que celles du régime général. Il s'agit de :

- l'aide à domicile aux personnes âgées (aide ménagère, télé-assistance, portage de repas) ;
- l'aide à domicile aux familles (travailleuses familiales et femmes de ménage) ;
- l'aide aux vacances et au temps libre des enfants et des familles (séjours collectifs, séjours familiaux, loisirs de proximité) ;
- l'aide à la garde du jeune enfant de la naissance à six ans (crèches collectives, familiales ou parentales, haltes-garderies).

La remise en cause des autres actions conduites antérieurement s'est effectuée progressivement, dans la mesure où les caisses sont libres de les financer ou non.

Les comités d'examen des comptes ont contrôlé en 2000 l'action sanitaire et sociale dans les caisses de MSA à l'occasion de la vérification des comptes pour l'exercice 1999 d'un échantillon de seize caisses¹⁹¹

1 – Les orientations nationales ne sont pas pleinement respectées

La prise en compte du « socle » minimal de prestations n'est pas systématique dans les caisses. En 1999, au plan national, l'ensemble des 81 caisses du régime mettait en œuvre l'aide ménagère à domicile des personnes âgées ainsi que l'aide aux vacances pour les familles et les jeunes ; l'aide à domicile en faveur des familles était servie par 78 caisses. En revanche, seules 49 caisses participaient à la garde du jeune enfant, pour une dépense totale de 12,6 MF (1,9 M€) (soit 2,1 % de l'ensemble des prestations extra-légales), et 11 caisses seulement aidaient à la garde à domicile des personnes âgées.

Parmi les caisses contrôlées, deux seulement offraient un niveau de prestation pour l'aide à la garde au jeune enfant comparable à celui du régime général, représentant près de 10 % du budget des dépenses des prestations individuelles.

L'existence de plans de communication et d'information en direction des assurés notamment pour les aides les moins connues n'était pas générale. Trois organismes n'avaient développé aucun plan de communication.

2 – Le partenariat doit être développé et mieux maîtrisé

Le partenariat avec les acteurs du régime général, dans le cadre des conférences régionales de santé et avec les URCAM, a débuté en 1998. Les caisses de MSA doivent améliorer les procédures nécessaires à une meilleure exploitation des bases d'information dont elles disposent. Cela étant, la majorité des caisses contrôlées font part de leur déception du fait que leurs partenaires dans les URCAM ne suivent pas leurs propositions en matière de gestion du risque.

191. Caisses de la mutualité sociale agricole du Bas-Rhin, des Bouches-du-Rhône, de la Corrèze, de la Corse-du-Sud, de l'Eure-et-Loir, de la Haute-Marne, d'Ille-et-Vilaine, de l'Indre, du Jura, de la Lozère, du Nord, de l'Orne-et-Sarthe, du Puy-de-Dôme, des Pyrénées-Atlantiques, de la Somme et du Vaucluse.

Seules deux caisses développaient de réels partenariats avec les CAF : l'une sur la coordination de la politique de la petite enfance (Bas-Rhin), l'autre sur l'action sociale des travailleuses familiales (Haute-Marne). Sur ce dernier sujet, le partenariat avec les CAF devrait être plus fréquent. Par ailleurs, deux autres caisses de MSA participaient de manière indirecte à un programme européen de formation au bénéfice des femmes en difficulté.

Parmi les autres partenariats locaux, la mise en commun avec une CRAM des interventions d'aide ménagère et de la formation des intervenants a été jugée intéressante.

a) Les partenariats avec les associations d'aide à domicile en milieu rural

Sauf exception, les caisses délèguent des enveloppes à des associations qui ont pour objet d'assurer une aide à domicile en milieu rural. Les enveloppes ainsi déléguées peuvent représenter jusqu'à 80 % du budget des aides individuelles des caisses contrôlées.

Les exceptions méritent d'être évoquées. Ainsi la MSA du Nord a choisi de ne pas recourir à des associations, mais de s'adresser directement à des employés de maison. Le coût moyen horaire des interventions a été fortement réduit, alors même que la formation de ces employés était assurée par l'intermédiaire d'associations. Ce choix est innovant.

Pour les autres caisses qui sous-traitent cette activité, les pratiques constatées appellent plusieurs observations.

Les relations entre la caisse et les institutions qui interviennent ne font pas toujours l'objet de conventions.

Les instruments mis en place pour maîtriser les dépenses ne sont pas toujours fiables : la convention conclue par une caisse ne fixait aucun plafond aux dépenses que les associations pouvaient engager. Le défaut d'outil visant à contrôler le bon emploi des fonds est très général.

La préoccupation d'assurer une prestation avec le meilleur rapport qualité/prix n'est pas assez présente. Cette lacune se traduit notamment par le fait que les coûts horaires des interventions peuvent être très différents au sein d'une même caisse entre les diverses associations intervenantes.

L'intérêt que présente la possibilité de comparer plusieurs partenaires conduit à critiquer, parce qu'elles présentent des risques, deux situations extrêmes dont plusieurs exemples ont été relevés :

- soit une pluralité de prestations, mais trop spécialisées ;
- en sens contraire, trois caisses n'avaient recours aux services que d'une seule association.

Dernière anomalie qui mérite d'être relevée dans une caisse : le défaut de protection des données individuelles concernant les bénéficiaires de l'aide.

b) Le partenariat avec les conseils généraux

Les relations avec les conseils généraux diffèrent selon les caisses. Parmi les caisses contrôlées, six exercent des missions pour leur compte dans le cadre de domaines ciblés : contrats RMI, prestation spécifique dépendance, protection de l'enfance, sans que la prise en charge de ces activités soit rémunérée. Cette situation est confirmée au plan national : 23 % de l'activité des assistants sociaux s'effectuait en 1999 dans le cadre de missions placées sous la responsabilité des conseils généraux alors que les rémunérations versées par les conseils généraux aux caisses pour ce service ne concernaient que 7 % des assistants sociaux.

Les caisses ont été invitées, dans le cadre de la mise en œuvre des partenariats avec les conseils généraux et les URCAM, à créer un réseau gérontologique. Ces réseaux sont encore en phase de démarrage. L'engagement de neuf caisses de l'échantillon sur ce projet était réel. Il n'a cependant pas conduit à la création de postes spécifiques.

La caisse d'Orne-et-Sarthe mettait à la disposition du conseil général, par convention, des locaux sans aucune contrepartie hors le remboursement des charges locatives. D'autre part, elle mettait également à disposition des locaux pour des activités qui n'entrent ni dans le champ de la politique d'action sanitaire et sociale ni dans celui des subventions d'équipement ou de fonctionnement ni dans celui des autres avantages financiers prévus à l'article 12 du décret du 21 juin 1971.

B – Les moyens de la politique et le fonctionnement des services

1 – Budgets et clefs de répartition

Le pilotage des dépenses paraît délicat. En effet, les organismes ne maîtrisent pas le flux des demandes présentées. Il est en outre difficilement envisageable de modifier, en cours d'année, et pour des

raisons strictement budgétaires, les conditions ou les niveaux de prise en charge. Une fluctuation importante des taux d'exécution budgétaire a donc été constatée pour la majorité des caisses. Elle pouvait se traduire par un doublement de l'effort net d'action sociale d'un exercice à l'autre.

Les dépenses de prestations individuelles représentent la part la plus importante du budget et, en leur sein, les actions en faveur des personnes âgées sont majoritaires et progressent chaque année.

Parmi les caisses contrôlées, la MSA du Puy-de-Dôme se signale en gérant directement un service d'assistance éducative en milieu ouvert et de tutelles aux prestations familiales. Il représente près de 25 % de son budget d'action sanitaire et sociale. Cette activité de diversification s'est révélée déficitaire au cours des exercices 1998 et 1999. Elle impose à l'organisme de veiller au maintien de l'équilibre de gestion de cette activité et à lui garder un caractère complémentaire à sa mission.

Les contrôles effectués tant *a priori* qu'*a posteriori* par les caisses se sont révélés insuffisants dans 15 des 16 caisses vérifiées, qu'il s'agisse de l'octroi des subventions ou de la vérification de l'existence et de la qualité du service fait.

2 – Personnels

Au niveau national, les dépenses d'action sanitaire et sociale se sont élevées en 1999 à 1,5 MdF (0,2 Md€), dont 46 % étaient consacrés aux seules charges de personnel.

L'analyse de la politique du personnel du service social des caisses depuis cinq ans montre une grande stabilité des effectifs. Cependant, malgré les objectifs annoncés par la COG et comme indiqué ci-dessus, de nombreuses caisses n'ont pas obtenu une rémunération des conseils généraux notamment dans le cadre du traitement des dossiers de RMI et de la PSD. Parmi les caisses de l'échantillon, six d'entre elles emploient directement 54 assistantes sociales de secteur (en équivalent temps plein), correspondant à une masse salariale de près de 12 MF (1,8 M€), sans contrepartie de la part des conseils généraux.

La MSA de l'Indre assume depuis 1996 la tutelle des majeurs protégés et la tutelle d'État. Le service comprend six agents, pour les ressortissants agricoles et non agricoles. Cette activité est déficitaire. Il convient que la caisse obtienne de ses partenaires une disparition de ce déficit.

3 – Subventions et prêts

Les concours financiers accordés aux institutions, œuvres ou groupements sont en général de faible montant voire nuls.

Les caisses auraient dû arrêter d'aider les fédérations départementales des maisons familiales rurales d'éducation et d'orientation ainsi que les fédérations départementales de l'enseignement agricole privé, l'État participant désormais à leur fonctionnement. Cependant trois caisses ne s'étaient pas désengagées de ce dispositif. Outre la MSA d'Orne-et-Sarthe (voir *supra*), une caisse versait toujours en 1999 des subventions à de tels établissements pour un total certes faible, mais qui représente 80 % du total des subventions attribuées. Une autre caisse accordait une aide à deux organismes d'enseignement privé agricole.

SYNTHESE

Les contrôles effectués par les COREC se sont déroulés pendant une période de transition. Les conseils d'administration ont éprouvé des difficultés à mettre en œuvre les nouvelles orientations de la COG 1999-2001. C'est ainsi qu'ils ont eu à appliquer la recommandation nationale visant à favoriser les aides directes, sans connaître les modalités de sa mise en œuvre, notamment pour ce qui concerne leur personnel. Ces éléments indiquent que la politique d'action sanitaire et sociale ne saurait évoluer que progressivement.

En effet, il n'est pas facile de relayer des orientations nationales dans une organisation où le caractère souverain de chaque conseil d'administration de caisse est affirmé.

RECOMMANDATIONS

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

2. Réduire les inégalités en matière de garde du jeune enfant entre les départements, soit en achevant d'étendre au plan national la prestation versée par les caisses de MSA, soit en faisant participer les caisses de MSA aux contrats enfance de la CNAF.

3. Achever la cessation des aides apportées aux fédérations départementales des maisons familiales rurales d'éducation et

d'orientation ainsi qu'aux fédérations départementales de l'enseignement agricole privé.

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

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