

RÉPONSES DES MINISTRES

*REPONSE DU MINISTRE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES ET DU
MINISTRE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES
AGEES, AUX HANDICAPES ET A LA FAMILLE*

Nous vous remercions de nous avoir communiqué le projet de rapport au Parlement de la Cour des comptes sur la sécurité sociale, dont nous avons pris connaissance avec le plus grand intérêt. Outre les observations techniques qui vous ont été d'ores et déjà communiquées, nous souhaitons revenir sur deux des principaux points examinés par la Cour.

En premier lieu, la Cour souligne les difficultés d'appréhension de l'ensemble des financements consacrés aux politiques de sécurité sociale, compte tenu, d'une part, de la structure actuelle des lois de financement de la sécurité sociale, d'autre part de la multiplicité des acteurs intervenant en la matière.

Partageant le souci exprimé par la Cour, le Gouvernement, mais aussi le Parlement et les partenaires sociaux, ont souhaité renforcer le pilotage financier de l'ensemble des politiques publiques de sécurité sociale qui représentent, avec 350 Md€ engagés, plus du cinquième de la richesse nationale. La loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, dont l'élaboration a fait l'objet d'un important travail parlementaire et qui vient d'être publiée le 2 août dernier, met en place le cadre rénové qui permettra d'améliorer ce pilotage.

Tout d'abord, la loi organique renforce la portée des lois de financement de la sécurité sociale, en instituant un véritable débat sur l'équilibre de chacune des branches, ce qui donnera au Parlement l'occasion de se prononcer sur le solde des régimes obligatoires de base, par le vote des tableaux d'équilibre. Ce souci de plus grande transparence se traduit également par le fait que le Parlement pourra désormais voter les différentes composantes de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), décomposé en plusieurs sous-objectifs. La définition du périmètre de l'ONDAM, sa décomposition en sous-objectifs et l'évolution à structure constante de l'objectif et des sous-objectifs seront retracées dans une annexe spécifique au projet de loi de financement (PLFSS).

Par ailleurs, le champ des lois de financement est également élargi, puisqu'elles intégreront les fonds qui participent au financement de la sécurité sociale. Nous avons à cet égard pris note de l'analyse approfondie et des observations formulées par la Cour sur la nécessité pour l'Etat d'assumer ses responsabilités financières à l'égard de ces fonds.

Il faut également souligner que la loi organique donne plus de lisibilité et de cohérence aux lois de financement, ce qui renforcera leur crédibilité. D'une part, ces lois seront désormais structurées en quatre parties -la première portera sur le dernier exercice clos, la deuxième sur celui de l'année en cours, la troisième sera relative aux recettes et à l'équilibre de l'année à

venir et la dernière aux dépenses de l'année à venir. D'autre part, un cadrage pluriannuel des prévisions financières est institué. Chaque loi de financement fixera les perspectives de recettes et de dépenses pour les quatre années à venir. Ce cadrage pluriannuel concernera également les organismes concourant au financement des régimes de sécurité sociale, tels que le FSV ou le FFIPSA. Enfin, le Parlement approuvera chaque année le montant des compensations d'exonérations de cotisations ou contributions de sécurité sociale, les dérogations au principe de compensation ne pouvant plus intervenir que dans le cadre de la loi de financement.

La sincérité des lois de financement a également été renforcée puisque votre Cour est appelée à certifier les comptes des organismes nationaux du régime général et les comptes combinés des branches du régime général et à se prononcer sur la cohérence des tableaux d'équilibre du dernier exercice clos.

Enfin, la loi organique approfondit la démarche « objectifs-résultats » déjà introduite avec les conventions d'objectifs et de gestion créées en 1996. Désormais, une annexe au PLFSS retracera les programmes de qualité et d'efficacité de la politique de sécurité sociale ; ces programmes seront établis sur la base d'un diagnostic de situation reposant notamment sur les données sanitaires et sociales de la population et comporteront des objectifs suivis au moyen d'indicateurs précis.

Nous pensons que l'ensemble de ces dispositions concourront à améliorer significativement la détermination des priorités qui doivent guider les politiques publiques de sécurité sociale, l'appréciation des enjeux financiers qu'elles représentent, et, en définitive, l'évaluation de leurs résultats.

*

* *

La Cour a également consacré d'importants développements aux actions sur les comportements des professionnels de santé et des assurés sociaux, dont elle a analysé la conduite et les résultats pour la période antérieure à 2004. Comme la Cour, le Gouvernement est convaincu des enjeux décisifs qui s'attachent à la réussite de ces actions, à la fois en termes de santé publique et de maîtrise des dépenses d'assurance maladie. C'est pourquoi, il a entrepris de rénover en profondeur la maîtrise médicalisée avec la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie, afin d'améliorer la qualité et l'efficacité du système de soins.

S'inscrivant dans un processus de responsabilisation des acteurs du système de soins, l'action sur les comportements est multiforme et passe, comme le souligne la Cour, par une meilleure information des professionnels de santé et des patients, par la lutte contre les abus et les fraudes, et par une démarche conventionnelle instaurant un véritable partenariat entre l'assurance maladie et les professionnels de santé. Elle nécessite comme

préalable le renforcement de la connaissance des comportements, ce qui suppose de poursuivre l'amélioration des systèmes d'information de l'assurance maladie engagée ces dernières années.

S'agissant de l'information des professionnels de santé, le Gouvernement rejoint l'analyse de la Cour sur la nécessité d'en renforcer le contenu et la diffusion. Les recommandations de bonnes pratiques doivent en effet contribuer à la qualité des soins. L'élaboration des référentiels constitue un enjeu majeur de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et de l'amélioration de la qualité des soins. C'est une priorité essentielle confiée à la haute autorité de santé créée par la loi du 13 août 2004. Quant à la diffusion des référentiels, la CNAMTS s'est engagée à y contribuer dans ses orientations sur la gestion du risque adoptées par le conseil le 2 juin 2005. Le Gouvernement a souhaité rendre obligatoires la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles par les lois des 9 et 13 août 2004.

Le Gouvernement partage également l'avis de la Cour sur la nécessité de mieux informer les usagers du système de soins. A cet égard, le parcours de soins coordonné organisé autour du médecin traitant permet désormais aux patients d'être mieux orientés dans le système de soins et de recourir à l'offre de soins de manière appropriée et efficiente. Le médecin traitant, établissant avec ses patients une relation dans la durée, sera ainsi à même de les conseiller, notamment en matière de prévention, et de les orienter vers d'autres médecins ou d'autres professionnels de santé dont il aura vocation à coordonner si nécessaire les interventions. A l'horizon 2007, la mise en place du dossier médical personnel (DMP), autre axe central de la réforme instaurée par la loi du 13 août 2004, complètera le dispositif de coordination, de qualité et de continuité des soins. Pour les patients en affection de longue durée, l'outil privilégié que constitue le protocole de soins entre médecin conseil, médecin traitant et patient sur les soins nécessités par l'affection et les comportements à adopter en termes d'hygiène de vie, sera renforcé : la loi du 13 août 2004 prévoit désormais qu'il soit signé par le patient et systématiquement présenté par celui-ci au médecin consulté. Plus généralement, le conseil de la CNAMTS a décidé de faire de l'information de l'ensemble des assurés l'un des axes majeurs de la gestion du risque. Cette démarche sera appuyée par l'Etat notamment dans le cadre de la négociation de la prochaine convention d'objectifs et de gestion (2006-2009).

La Cour souligne par ailleurs l'importance qui s'attache à un renforcement des contrôles des caisses d'assurance maladie en matière d'abus et de fraudes. Le Gouvernement est lui aussi convaincu que des actions de contrôle menées avec détermination sont nécessaires et efficaces. Comme l'indique la Cour, le renforcement des contrôles des arrêts de travail et l'amélioration de leur efficacité ont eu ainsi en 2004 et plus encore en 2005 des effets significatifs sur la prescription d'indemnités journalières. Au-delà des dispositions de la loi du 13 août 2004, qui mettent notamment à la disposition des caisses d'assurance maladie de nouveaux modes de

pénalisation financière des établissements, des professionnels de santé et des assurés en cas d'inobservation des règles du code de la sécurité sociale, le PLFSS 2006 comportera des mesures complémentaires visant à renforcer l'efficacité de cette politique.

Quant aux relations conventionnelles, elles ont elles aussi été renouvelées par la loi du 13 août 2004, qui confère à la nouvelle Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et aux syndicats représentatifs des médecins libéraux une responsabilité importante dans la mise en œuvre de la réforme. La nouvelle convention médicale conclue le 12 janvier 2005 entre l'UNCAM et les syndicats de médecins libéraux généralistes et spécialistes comporte ainsi des engagements en matière d'amélioration de la coordination des soins autour du médecin traitant, mais aussi de respect du champ d'exonération du ticket modérateur ou encore d'inflexion des prescriptions d'indemnités journalières et de certains produits de santé qui font l'objet d'une surconsommation. Par ailleurs, en transférant la gestion de la nomenclature à l'assurance maladie, la loi du 13 août 2004 rétablit l'unité et la cohérence de gestion des tarifs des professions de santé.

L'action sur les comportements est au cœur de la réforme de l'assurance maladie que conduit le Gouvernement. Elle ne portera l'ensemble de ses fruits que progressivement mais commence d'ores et déjà à faire sentir ses premiers effets. Avec une croissance en 2004 de 4,7 % par rapport aux résultats comptables 2003, le taux de progression de l'ONDAM se situe, pour la première fois depuis 2001, en dessous de 5 %, alors qu'il était de 6,4 % en 2003 et de 7,2 % en 2002, ce qui marque une inflexion de tendance significative et encourageante. Cet infléchissement est particulièrement net pour les remboursements d'actes des libéraux et les indemnités journalières, ces dernières ayant décliné de 0,6 % en 2004, après avoir enregistré des hausses de 6,6 % en 2003 et de plus de 10 % en 2004. Les tendances qui se dégagent des sept premiers mois de l'année 2005 confirment et accentuent l'inflexion observée depuis la fin 2004. Par rapport à la même période en 2004, la progression de l'ONDAM reste en effet limitée à 3,5 %, grâce en particulier à une croissance modérée des soins de ville à 1,4 %.

Ces premiers résultats encourageants montrent que les français ont compris la nécessité d'un changement de comportement. La mise œuvre de la réforme de l'assurance maladie, dont les différentes dispositions produiront progressivement l'ensemble de leurs effets, confortera et approfondira ces changements.

*REPONSE DU MINISTRE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DE
L'INDUSTRIE ET DU MINISTRE DELEGUE AU BUDGET ET A LA
REFORME DE L'ETAT*

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie et le ministre délégué au budget et à la réforme de l'État ont pris connaissance avec un

grand intérêt des travaux effectués par la Cour des comptes dans le cadre de son rapport annuel sur la sécurité sociale.

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

Sur les dépenses et le financement de la sécurité sociale

1° Évoquant la construction de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), la Cour souligne les questions de définition de périmètre et de suivi des dépenses qui le composent. Sur ce point, la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale qui prévoit un minimum de cinq sous-objectifs de l'ONDAM, ainsi que les réformes en cours, marquent un très net progrès. Ce souci de clarté devra conduire à reconstituer l'évolution historique des dépenses, en vue d'établir les prévisions d'ONDAM conformément à l'article LO. 111-4-III-9 du code de la sécurité sociale prévoyant une annexe détaillant et chiffrant l'ensemble des hypothèses et mesures.

2° La Cour aborde ensuite certains sujets plus spécifiques à l'assurance maladie. Elle relève les risques de dérive financière en cas d'encadrement insuffisant de l'extension de la tarification à l'activité (T2A) à l'ensemble du secteur sanitaire. Cette observation plaide pour une « corde de rappel », c'est-à-dire un ajustement prix/volume en amont de la fixation annuelle des tarifs. S'agissant des prestations de radiologie et biologie effectuées en ville, la Cour note la très forte augmentation, sur la période 1999-2003 du volume des actes, ce qui devrait inciter à certains regroupements des laboratoires de petite taille. De même, partant du constat de la Cour sur le retard de la France pour les scanners et IRM, le souci de meilleur service rendu et de meilleur usage de l'argent public devrait conduire à desserrer le contingentement de ces équipements, tout en veillant à limiter le nombre de sites et le nombre de clichés par examen.

3° En ce qui concerne la branche accidents du travail – maladies professionnelles (AT-MP), le caractère désormais structurel du déficit constaté par la Cour, en raison notamment de l'émergence du risque de l'amiante, appelle des mesures de redressement. La définition d'une clé de répartition stable des contributions de l'État et de la branche AT-MP au financement de ces fonds ne paraît, en revanche, pas techniquement réalisable, au moins à ce stade, compte tenu des difficultés à se fonder sur des données précises, objectives et stables. A cette occasion, les ministres indiquent à la Cour les financements opérés par l'État tant au bénéfice du FIVA, par une contribution de 52 M€ en 2005 (et de 50 M€ en 2006), qu'à celui du FCAATA par le biais de l'affectation d'une fraction des droits tabacs.

4° Par ailleurs, la Cour évoque divers sujets tenant aux relations financières entre l'État employeur et les organismes de sécurité sociale. Elle souligne ainsi la nécessité que la nomenclature d'exécution continue de

permettre de suivre précisément, une fois la LOLF entrée en vigueur, les cotisations sociales. Cette préoccupation est vraisemblablement liée aux regroupements de lignes de nomenclature qui ont dû être opérés, pour certaines sections budgétaires, dans le cadre d'expérimentations de la LOLF. En 2006, dans le cadre de la généralisation de la LOLF, nous sommes en mesure d'assurer à la Cour que la nomenclature d'exécution permettra de ne rien perdre de l'information actuelle mais au contraire de gagner en analyse. Quant au congé de paternité des agents de l'État, l'absence de données de nature comptable, en rien inhabituelle sur ce type de dépense, ne saurait justifier la suppression de son remboursement à l'État par la CNAF dès lors que sont produites par l'État, sur la base d'une enquête statistique, les estimations de dépenses salariales en cause.

Enfin, s'agissant des créances des organismes de sécurité sociale sur l'État, le MINEFI rappelle toutes les précautions méthodologiques qui s'imposent afin de ne pas assimiler des restes à recouvrer au 31 décembre 2004 à des « dettes » de l'État, ce qui majorerait artificiellement celles-ci. En effet, dans la comptabilité en droits constatés des organismes de sécurité sociale, l'intégralité des créances vis-à-vis de l'État est prise en compte au 31 décembre de l'année de l'exercice, cette échéance ne permettant pas de tenir compte de paiements dès le début janvier de l'année suivante par l'État au titre des prestations versées en décembre par les caisses. En revanche, la dette n'apparaît pas dans la comptabilité de l'État puisque le paiement intervient pendant la période complémentaire, tout début janvier, du même exercice. L'écart technique entre les deux comptabilités, en droits constatés pour les organismes de sécurité sociale et intégrant la période complémentaire pour l'État, explique à elle seule la moitié des 9,1 Md€ de « restes à recouvrer » au 31 décembre 2004 cités par la Cour. De cette évaluation de la Cour, il convient en outre de déduire les montants relatifs au FFIPSA et au FSV qui, en droit, ne constituent pas des dettes de l'État. C'est dire le caractère contestable de cette présentation, l'État ayant au contraire cherché à apurer en 2004 des dettes dûment reconnues.

Attributaire de la mission de certification, la Cour dresse un bilan de l'état des comptes de la sécurité sociale

1° Tout en soulignant les progrès effectués en dix années de réforme comptable par les organismes de sécurité sociale, la Cour réitère ses précédentes observations sur la légitimité d'une présentation des comptes encore dérogatoire au plan comptable général, autorisant à comptabiliser en résultat courant, et non en résultat exceptionnel, des produits et des charges sur exercices antérieurs. Dans l'immédiat cependant, la lisibilité et la sincérité des comptes ressort des détails fournis dans leurs rapports par les agents comptables établis par branche, distinguant à titre d'exemples les reprises sur provisions permettant de dégager un résultat exceptionnel du résultat courant.

2° S'agissant de la comptabilité de l'État, le MINEFI précise que la mise en œuvre de la LOLF au 1^{er} janvier 2006 prévoit, d'une part, que la

nouvelle comptabilité de l'État s'appuiera sur les principes de la comptabilité dite d'exercice, arrêtée au 31 décembre avec rattachement des produits et des charges à l'exercice qui s'achève et, d'autre part, que l'exécution budgétaire sera toujours assortie d'une période complémentaire (article 28 de la LOLF), cette règle d'exécution budgétaire ne modifiant pas l'état des dettes et des créances de l'État.

3° La certification offre l'occasion au MINEFI de témoigner de l'intérêt particulier qu'il attache aux méthodes et diligences qui seront déployées par la Cour lors de l'examen des comptes combinés du régime général et de son avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre des régimes obligatoires de base prévus par la loi organique du 2 août 2005. Les modalités de certification proposées par la Cour sont conformes aux travaux des groupes de travail mis en place par le Haut Conseil et les comités régionaux d'examen des comptes (COREC). En outre, les Ministres approuvent les recommandations de la Cour d'étendre l'obligation de certification des comptes aux régimes autres que le régime général et de publier au printemps l'ensemble des comptes, ceci s'inscrivant dans le sens de la circulaire du Premier ministre du 21 mars 2005 relative aux échanges interministériels approfondis entre administrations pour la préparation annuelle du PLFSS.

4° L'examen de la place des travaux et du positionnement institutionnel de la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) appelle les commentaires suivants. Tout d'abord, le MINEFI souligne combien l'harmonisation des nomenclatures comptables réalisée par la MIRCOSS puis la centralisation des états financiers effectuées par la Mission des comptes permanente (MCP) ont facilité les comparaisons entre les agrégats de comptabilité nationale et ceux utilisés par la CCSS. Sur les questions de projections pluriannuelles, le Ministre de l'économie, des finances et de l'industrie et le Ministre délégué au budget et à la réforme de l'Etat tiennent à souligner leur responsabilité de synthèse des prévisions à moyen terme et globales sur les finances publiques, y compris sociales, en vue de répondre à la logique de l'article 50 de la LOLF et de l'article 2-I. de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale. Le rapport économique, social et financier et les perspectives d'ensemble des finances publiques sont les outils privilégiés de cette cohérence. Il en ressort qu'un élargissement des réflexions prospectives de la CCSS ne pourrait être étudié que dans le strict respect des prérogatives du MINEFI, en étroite collaboration avec les différents départements ministériels concernés.

S'agissant de la gestion des risques, le rapport appelle les réponses suivantes.

1° Le MINEFI ne peut que partager le constat de la Cour sur les résultats mitigés des mesures tarifaires jusqu'alors prises par les pouvoirs publics pour lutter contre les dérives des dépenses induites par les comportements des professionnels de santé et des assurés sociaux en France. Le recours à des dispositifs d'information sur les bonnes pratiques et les

sanctions des comportements sont restés incomplets et la Cour relève même que les actions visant à modifier les comportements en utilisant le vecteur des rémunérations a pu générer des surcoûts importants. En conséquence, il convient de poursuivre les orientations de la récente loi portant réforme de l'assurance maladie, qui a mis en place des éléments de responsabilisation du patient, à l'instar du 1 € non remboursé et du parcours de soins, ces mesures constituant des signaux clairs et des incitations concrètes pour les assurés sociaux. En outre, il importe de rappeler le poids des dépenses liées à des « affections de longue durée » (ALD) qui représentent près de la moitié des dépenses et 70 % de leur progression annuelle. La future convention d'objectifs et de gestion (COG) entre l'État et la CNAMTS offre une opportunité pour traduire ces mesures au moyen d'indicateurs de suivi des engagements conventionnels ainsi que de mise en œuvre des objectifs de maîtrise de la dépense prévue dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie.

2° Les observations de la Cour relatives aux retraites dans le monde agricole appellent les observations suivantes.

S'agissant des salariés, les Ministres approuvent, en grande partie, les analyses de la Cour sur les transferts de compensations démographique en provenance du régime général. Toutefois, les ministres rappellent que seule une approche globale comportant d'autres mesures d'équité, inspirée du rapport d'audit de juin 2004 sur les compensations, pourrait être préconisée. En tout état de cause, les ministres partagent l'avis de la Cour qu'une intégration financière salariés agricoles-régime général ne devrait pas avoir d'incidence sur le réseau de la Mutualité sociale agricole (MSA), l'existence d'un « guichet unique » de proximité constituant une mesure de simplicité au service des assurés sociaux.

En ce qui concerne les exploitants, les Ministres ne peuvent que corroborer l'analyse de la Cour. Les plus modestes de ces pensions ont été portées au niveau minimum de 75 % du SMIC par une série de revalorisations mises en œuvre depuis 1994 et par la création en 2002 du régime complémentaire obligatoire (RCO). Ces réformes se sont traduites par un apport cumulé de financement pour l'essentiel en provenance de la solidarité nationale de plus de 4 Md€ Les ministres prennent note des interrogations de la Cour sur certains avantages, comme par exemple le seuil de contribution au réel, et sur la nécessité d'éviter l'« évasion sociale » de certaines sociétés à objet agricole.

**RÉPONSES DES ADMINISTRATIONS
ET DES ORGANISMES**

PREMIÈRE PARTIE – LA SITUATION DES COMPTES SOCIAUX EN 2004

Chapitre I - Les dépenses de la sécurité sociale

REPONSE DU COMITE ECONOMIQUE DES PRODUITS DE SANTE

Ce projet n'appelle que deux observations :

La première est technique et porte sur la mesure de l'évolution des prix. Le projet relève que la baisse mesurée par l'INSEE est plus forte que celle mesurée par le CEPS. Ces deux mesures ne sont pas contradictoires. Leur différence tient simplement à ce que l'INSEE enregistre comme baisse de prix, pour une molécule donnée, la croissance de la pénétration des génériques alors que le CEPS traite chaque présentation générique comme un produit isolé. Pour le CEPS, la croissance des génériques est donc à l'origine d'un effet structure négatif.

La seconde observation porte sur l'évaluation faite par le projet de rapport des effets en 2005 du plan médicament, évaluation qui paraît notablement sous estimée. Ce plan comporte en effet deux volets : l'un relatif à l'offre de médicaments (prix, génériques, grands conditionnements, maintien ou non au remboursement, etc.), l'autre à la demande (maîtrise médicalisée de la prescription). Les économies attendues en 2005 du volet « offre » devraient approcher 600 M€: 160 M€de baisses de prix de produits sous brevets ; au moins 200 M€de baisses de prix de produits achetés par les hôpitaux en conséquence du nouveau régime de prix de ces produits; nettement plus de 200 M€dans le secteur générique (augmentation de la pénétration, TFR, baisses de prix des génériques. Il n'y aura en revanche en 2005 quasiment aucune économie sur les grands conditionnements dont l'arrivée sur le marché en nombre significatif ne pourra pas intervenir avant la fin de l'année. A ces économies s'ajouteront celles résultant de la maîtrise médicalisée. Il n'y a aucune raison de prévoir aujourd'hui que les mesures prises par l'assurance maladie pour accompagner sur ce point les engagements conventionnels des prescripteurs ne produiront pas d'économies dès 2005.

Chapitre II - Les ressources des régimes de sécurité sociale

REPOSE DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES

Un constat alarmant est dressé sur la situation gravement déficitaire du FSV, jugée non conforme au droit. La caisse nationale des allocations familiales note à cet égard la mention « Quant à la contribution de la CNAF, elle ne correspond en 2004 qu'à 60 % des majorations de pension servies aux parents de trois enfants. A l'avenir l'augmentation de ce taux se heurtera au déficit de la branche famille constaté en 2004 ». La caisse note également les recommandations spécifiques de la Cour :

- assujettir les majorations de pensions à l'impôt sur le revenu ou les rendre forfaitaires ;
- régler le déficit structurel du FSV par une augmentation de la CSG ou par une dotation de l'Etat.

Comme la caisse a déjà eu l'occasion d'en faire part à la Cour au sujet de son relevé de constatations provisoires sur l'activité du FSV, elle voudrait souligner deux points :

- le solde de la branche famille, correspondant à une prise en charge actuelle de 60 % des majorations de pensions, est déjà déficitaire en 2004. La prise en charge des 40 % actuellement supportés par le FSV l'aggraverait structurellement de 1,3 Md€ en valeur 2004, « installant » un découvert de l'ordre de 3 % de l'ensemble des dépenses de la branche. Le financement de l'avantage relatif aux majorations de retraite pour enfants, instauré à partir de 2001 représente à lui seul 7 % des autres charges techniques et administratives de la branche. Il n'est dès lors plus compatible avec le niveau de la CSG affectée en 1991 à la branche famille, niveau qui n'a pas été révisé depuis cette date. Par ailleurs, l'élargissement récent de l'assiette de la CSG (de 95 % à 97 % ne lui a pas bénéficié, puisque, contrairement à la branche maladie, il a été neutralisé par la baisse du taux qui est passé de 1,10 % à 1,08 % ;
- si le rattachement à la politique familiale de cet avantage devait être consacré, il conviendrait par ailleurs de s'interroger sur le calibrage de la mesure. Comme la Cour le souligne justement, la majoration revêt un caractère anti-redistributif, puisqu'elle est actuellement proportionnelle à la pension, et non imposable. Parmi les deux solutions évoquées par la Cour, il serait alors préférable d'agir directement sur le niveau de dépense en forfaitisant la prestation plutôt que de l'assujettir à l'impôt sur le revenu. Cette mesure entrerait en effet en cohérence avec le caractère forfaitaire, non proportionnel au revenu, des prestations familiales tout en

corrigeant l'effet anti-redistributif dénoncé par la Cour. De surcroît, la réduction de coût serait affectée directement à l'organisme en charge de la politique familiale, ce qui est également cohérent.

DEUXIÈME PARTIE – LA GESTION DES RISQUES

Chapitre V - Les actions sur les comportements des professionnels de santé et des assurés sociaux

REPONSE DE LA DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DE STATISTIQUES

La DREES souscrit entièrement à la recommandation de La Cour visant à approfondir les études sur les comportements des professionnels de santé et des assurés sociaux. Elle a d'ailleurs réalisé récemment ou inscrit à son programme de travail de nombreux travaux sur ces thèmes.

Ainsi, s'agissant des professionnels de santé, l'enquête 2002 sur les consultations et visites des médecins généralistes libéraux, que cite la Cour, a permis de dresser une première typologie des séances de généralistes. Des exploitations complémentaires de l'enquête sont en cours. Elles portent notamment sur l'analyse de la durée de consultation ou celle du nombre de médicaments prescrits. D'autres études pourraient également être lancées suite à un appel d'offre à l'exploitation secondaire de cette enquête prévue pour juin 2005. Ces études chercheront notamment à isoler d'éventuels effets spécifiquement liés au « patient » ou au « prescripteur » ainsi qu'à prendre en compte des données sur le contexte dans la zone d'emploi (densité de professionnels, revenus des ménages...).

Dans la lignée de cette enquête sur les consultations et visites des médecins généralistes libéraux, la DREES a réalisé fin 2004 une enquête sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale, visant tant à décrire les recours « urgents » à partir de questionnaires remplis par les médecins sur ces recours, qu'à interroger les patients sur les raisons et circonstances les ayant amenés à consulter un médecin généraliste de ville. Ces enquêtes seront complétées en 2006 par une enquête sur l'activité des spécialistes.

Plus généralement, la DREES a également réalisé ou fait réaliser de nombreuses études sur les comportements des médecins libéraux, portant par exemple sur l'impact de la densité médicale sur leur activité et leurs honoraires, sur les évolutions de leur temps de travail (ou de leur volume d'activité) en lien avec la féminisation et le vieillissement de la profession, sur l'organisation en groupe. Ainsi, une étude à paraître dans le dossier « solidarité-santé » indique que, dans une certaine mesure, la régulation de la médecine libérale en France, où les rémunérations sont définies selon le système de paiement à l'acte avec des tarifs conventionnels, contribue au développement de comportements de demande induite, c'est à dire d'intensification des soins par les médecins généralistes du secteur 1.

Par ailleurs, en ce qui concerne le comportement des assurés sociaux, une analyse des déterminants individuels des dépenses de santé ([Études et Résultats N°378](#)) indique qu'au delà de l'influence de l'âge, du sexe et de l'état de santé, les caractéristiques socioéconomiques et le bénéfice d'une assurance maladie complémentaire influent sur la consommation de soins. Alors que la structure de la consommation des personnes issues de milieux sociaux favorisés est plutôt tournée vers les soins ambulatoires, celle des plus modestes a tendance à privilégier les soins vers l'hôpital : c'est le cas des personnes issues de ménages dont la personne de référence est ouvrière ou n'a pas reçu d'éducation secondaire, ainsi que des personnes issues de familles monoparentales. En outre, les personnes bénéficiant d'une assurance complémentaire engagent des dépenses ambulatoires supérieures de 29 % à celles des personnes qui en sont dépourvues, les bénéficiaires de la CMU complémentaire engageant quant à eux des dépenses de médicaments et d'omnipraticiens supérieures à celles des autres assurés complémentaires. Enfin, les déclarations de renoncement aux soins pour des raisons financières concernent essentiellement les soins dentaires, optiques et de spécialistes. Elles sont réduites de plus de moitié quand les personnes sont couvertes par une assurance complémentaire.

Une analyse des effets redistributifs de l'assurance maladie ([Solidarité et santé N°1*2005](#)) rappelle en outre que l'essentiel de la fonction d'assurance-maladie étant assurée par des régimes obligatoires, et les prélèvements étant essentiellement proportionnels aux revenus des assurés, les propriétés redistributives de l'assurance-maladie dépendent essentiellement du lien entre les remboursements des soins et les revenus individuels. A structures d'âge comparables, les dépenses de soins des ménages les plus modestes sont plus élevées que celles des autres ménages, mais la prise en compte de l'état de santé plus précaire de ces ménages modestes atténue l'ampleur relative de leurs dépenses de soins. La progressivité des prélèvements apparaît légèrement réduite à structures d'âge identiques. Au total, la redistribution des revenus opérée par le système d'assurance-maladie apparaît d'une ampleur légèrement réduite, lorsqu'elle est considérée hors redistribution horizontale liée à l'âge et à l'état de santé. L'impact de la réforme de l'assurance maladie n'est pas sans conséquences. L'augmentation

de la CSG augmente légèrement la progressivité des prélèvements, tandis que le forfait de « 1 euro » a un léger effet inverse à partir du deuxième décile de niveau de vie et l'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire devrait principalement bénéficier aux ménages des deux premiers déciles de revenu. L'estimation du nombre de bénéficiaires de la CMU fait aussi l'objet de publications régulières ([Études et Résultats N°381](#)).

Les dépenses des médicaments remboursables font par ailleurs l'objet de plusieurs analyses ([Études et Résultats N°404](#) et [Solidarité et santé N°3*2004](#)) ainsi que les dépenses de soins de ville remboursés par le régime général ([Études et Résultats N°364](#)).

Enfin, il est envisagé une étude sur les trajectoires de soins à partir de l'enquête nationale santé (INSEE/DREES) permettant de caractériser les trajectoires de recours aux soins selon les variables socio-démographiques et notamment les enchaînements entre généralistes et spécialistes.

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

Le travail de la Cour s'inscrit pleinement dans les réflexions qui accompagnent la mise en œuvre de la réforme de l'assurance maladie.

Cette réforme, adoptée par le Parlement en juillet 2004, repose en effet sur un changement des comportements de l'ensemble des acteurs du système de santé. Aujourd'hui, les principales instances de la nouvelle gouvernance du système sont en place, les différentes mesures contenues dans la loi pour renforcer son efficacité sont opérationnelles. La volonté d'influer sur les comportements des professionnels de santé et des assurés sociaux est au cœur des préoccupations de la CNAMTS.

L'efficacité de l'action sur les comportements individuels ou collectifs implique une connaissance fine de l'information relative à la prescription et à la consommation des soins. Ce constat est largement partagé. Dans cette logique, l'assurance maladie s'efforce depuis plusieurs années de perfectionner son analyse de l'activité des professionnels de santé.

Le rapport évoque les limites de l'étude opérée sur les disparités géographiques des pratiques des médecins, qui est présentée comme insuffisamment analytique. La finalité préalable de ces études consistait précisément à mettre en évidence les disparités afin de susciter une réflexion générale sur leur fondement.

S'agissant plus particulièrement de l'activité des médecins, il est précisé que les services de la CNAMTS prennent en compte l'impact des modifications de nomenclature dans leur suivi de l'évolution des dépenses. Ces travaux sont diffusés dans des points de conjoncture, le dernier a fait l'objet d'une publication au mois de février 2005.

Pour prolonger cette démarche, la CNAMTS met de façon régulière à la disposition de son réseau, dans le cadre de son plan national d'actions de régulation, des informations sur l'évolution des prescriptions de l'ensemble des médecins libéraux, omnipraticiens et spécialistes. J'attache une importance toute particulière à ce que les acteurs locaux de la gestion du risque dispose effectivement des données pertinentes, à un niveau territorial et selon un calendrier adapté aux nécessités de l'action.

Cette approche doit se doubler d'une accentuation, comme vous le soulignez, du processus d'élaboration et de diffusion des référentiels de bonne pratique aux professionnels de santé. Vous soulignez à cet égard les lacunes de la situation observée ces dernières années.

La loi du 13 août 2004 donne à notre système de santé le cadre institutionnel et les moyens permettant de promouvoir la qualité des soins et les bonnes pratiques médicales.

La création de la haute autorité de santé devrait permettre de pallier les insuffisances constatées. La coordination et la diffusion des référentiels sont l'une des raisons majeures de sa création. De la même façon, le nouvel élan donné par la loi du 13 août 2004 à l'évaluation des pratiques professionnelles qui est rendue obligatoire me semble répondre aux insuffisances soulignées par la Cour des comptes.

Pour ce qui est de son domaine de compétence, l'assurance maladie diffuse depuis plusieurs mois à l'ensemble des médecins une lettre d'information accompagnée, le plus souvent, de fiches pratiques d'aide à la prescription, contribuant ainsi à l'appropriation par les praticiens d'une approche qualité.

Dans le cadre du plan national d'actions de régulation déjà évoqué, les médecins conseils de l'assurance maladie vont réaliser, au cours de l'exercice 2005, 70 000 échanges confraternels destinés à promouvoir les bonnes pratiques autour de trois thèmes majeurs du volet régulation de la convention médicale du 12 janvier 2005 : les statines, les antibiotiques, les anxiolytiques et les hypnotiques.

Dans ce prolongement, la mise en œuvre des orientations de la politique de gestion du risque adoptées par le conseil de la CNAMTS le 2 juin 2005, doit permettre d'inciter les professionnels de santé à respecter leur obligation de formation et d'évaluation des pratiques.

Vous évoquez également dans votre projet de rapport les limites actuelles des mesures de régulation financière qui touchent aussi bien les assurés sociaux que les professionnels de santé. Vous soulignez très justement les limites fortes du rôle du ticket modérateur et ses effets pervers.

Là encore, la réforme de l'assurance maladie, au travers du parcours de soins et de la mise en place des contrats responsables me semble pouvoir être une réponse adaptée.

En dehors du parcours de soins, lorsque l'assuré consultera un spécialiste du secteur à tarifs opposables sans passer par son médecin traitant, le médecin pourra, pour un peu moins d'un tiers de son activité, facturer sa consultation 17,5 % au dessus du tarif normalement applicable, soit environ 32 euros. Le patient sera remboursé sur la base de 25 euros. Cette incitation est destinée à encourager les usagers à s'inscrire dans une logique de continuité et de qualité des soins.

Cette participation financière de l'assuré sera renforcée par le dispositif des contrats responsables qui devrait désinciter fortement les organismes complémentaire d'assurance maladie à prendre en charge le dépassement d'honoraires.

Concernant le bilan des nouveaux outils conventionnels, institués suite à la loi du 6 mars 2002, celui-ci est évidemment nuancé.

S'agissant de la convention médicale du 12 janvier 2005, il me semble utile de souligner que les médecins se sont engagés, dans la convention médicale du 12 janvier 2005, sur des objectifs quantifiés annuels d'inflexion de l'évolution des dépenses de santé traduits en termes d'économies attendues

Il est également prévu dans la convention qu'un avenant annuel définira les modalités selon lesquelles une partie des dépenses effectivement évitées pourra être utilisée pour valoriser la rémunération des actes médicaux.

Nous partageons votre analyse tendant à encourager les contrôles des abus et des fraudes dans une perspective d'efficacité consistant à éviter de rembourser des dépenses inutiles. Le bilan du programme « Contrôler autrement » permet d'appréhender la globalité des actions contentieuses réalisées en fonction des professions de santé concernées.

4 023 professionnels de santé ont été contrôlés entre le dernier trimestre 2003 et la fin de l'exercice 2004. : soit 1,4% du nombre total. Parmi ces contrôles, 23,9 % ont donné lieu à un contentieux (conventionnel, ordinal ou pénal), 37,5 % ont fait l'objet d'un recouvrement d'indus et 29,6 % ont justifié un retour d'informations personnalisé.

Le plan national de contrôle de la CNAMTS pour l'année 2005 a été rendu public au mois de février. Il repose sur trois idées force : la transparence, le ciblage et l'efficacité des contrôles. La CNAMTS travaille dans ce cadre à une charte d'engagement de l'assurance maladie, pour les contrôles menés par le service médical.

En 2005, sur quatre thèmes prioritaires : les dépenses de soins prises en charge indûment à 100 % au titre des affections de longue durée, les arrêts de travail, les prescriptions des médicaments anti-cholestérol, les transports en ambulance, les contrôles de l'assurance maladie seront renforcés.

A titre d'indication, sur l'exercice 2005, 220 000 contrôles porteront sur les arrêts de travail de courte durée dans la continuité de ceux opérés en 2004 qui ont permis de diminuer de façon significative les dépenses relatives aux prestations en espèce. Le contrôle systématique des arrêts de travail de longue durée a par ailleurs été porté de 90 à 60 jours.

Par ailleurs, pour faire face aux enjeux actuels de l'assurance maladie, une réorganisation des services de la CNAMTS en charge de la gestion du risque a été engagée, répondant directement à la recommandation de la Cour.

Elle vise à renforcer l'efficacité des équipes en rapprochant les personnels administratifs et médicaux et en identifiant mieux les responsabilités des directions « métiers » et de celle en charge des relations avec le réseau.

Concomitamment, nous engageons une politique de développement de l'information des assurés et des professionnels de santé, actée dans plusieurs des orientations de la politique de gestion du risque. Dès à présent nous organisons la mise en œuvre de ces orientations par l'élaboration de plans d'actions pluriannuels.

Le constat nuancé fait par la Cour des Comptes sur les actions menées pour faire évoluer les comportements des acteurs du système de soins ne me semble pas devoir remettre en cause le choix de la CNAMTS d'accroître ses efforts en matière de maîtrise médicalisée. Beaucoup d'éléments convergent pour montrer qu'une action ciblée et suivie, qu'elle ressorte d'une logique d'accompagnement, de contrôle ou d'explication, a effectivement un impact sur les acteurs et qu'il demeure des marges de manœuvre et d'actions très importantes dans ce domaine.

REPONSE DE LA CAISSE CENTRALE DE LA MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE

1 - Les limites du système d'information de l'assurance maladie :

Le logiciel ARCHIMED (analyse, recherche, informations médicalisées) a été généralisé à l'ensemble des services de contrôle médical en janvier 2005.

Il s'agit d'un outil qui intègre des fonctions avancées d'analyse sur la pratique de professionnels de santé et sur la consommation des assurés que ce soit pour une aide à la décision dans les avis sur prestations ou en analyse thérapeutique. Il intègre également une fonction observatoire « médicament » et un module « gestion du risque » facilitant l'imputation sur le bon risque. Le logiciel ARCHIMED permet au médecin conseil d'analyser les ordonnances au regard des pathologies et par conséquent de repérer des anomalies dans la prescription. Un contact par courrier avec le médecin, suivi le cas échéant d'un entretien, permet de modifier très sensiblement les habitudes de prescriptions des médecins.

Dans le cadre du plan de maîtrise médicalisée prévu par la convention signée, le 12 janvier 2005, entre les médecins et l'assurance maladie, le logiciel ARCHIMED s'est enrichi de modules spécifiques automatisés concernant :

- le plan médicament avec des actions sur la polymédication des personnes âgées, les associations médicamenteuses formellement contre-indiquées, la prescription des benzodiazépines après 70 ans, la prescription des statines après 80 ans et une incitation à la prescription de génériques ;

- le plan ALD avec des actions sur le respect de la prescription sur ordonnancier bizona et sur le retour de pratique au médecin en fonction des référentiels en vigueur.

Les ALD constituent un enjeu majeur pour la MSA dont 20% des adhérents sont en ALD. C'est dans ce contexte que la MSA a lancé en 2004 un plan d'accompagnement des patients en ALD, afin de responsabiliser médecins et assurés, basé sur :

- l'harmonisation des avis des médecins conseils ;
- l'envoi de référentiels aux médecins traitants ;
- le retour d'information aux médecins prescripteurs ;
- l'éducation thérapeutique des patients.

2 – L'information des professionnels de santé

La MSA expérimente, dans le cadre de son plan ALD :

- l'envoi des référentiels aux médecins traitants :

La MSA estime que les médecins conseils sont un bon relais pour transmettre aux médecins traitants, en particulier généralistes, les recommandations de bonne pratique clinique validées par l'ex-ANAES ou l'actuelle haute autorité de santé.

S'inspirant de la méthode du « rappel au moment de la prescription », reconnue comme un moyen efficace d'amélioration des pratiques, toute demande d'ALD dans quatre pathologies (asthme, insuffisance coronaire, hypertension artérielle, diabète de type 2), fait l'objet d'un envoi, par le médecin conseil au médecin traitant, d'un questionnaire qui reprend les recommandations édictées.

Six régions participent à l'expérimentation (Pays de Loire, Bretagne, Picardie, Midi-Pyrénées, Poitou-Charentes, Rhône-Alpes) qui a débuté au dernier trimestre 2004 et doit se dérouler sur une durée d'un an.

Il est prévu, après un an d'expérimentation, de procéder à une évaluation de la faisabilité et de l'impact de la diffusion de référentiels par les médecins conseils auprès de leurs confrères médecins traitants.

-le retour d'information aux médecins prescripteurs :

L'objectif est d'optimiser la qualité des soins par un retour d'information vers les médecins en terme de prise en charge et de suivi de leurs patients en ALD 13 (insuffisance coronarienne) tout en responsabilisant les assurés.

Cette expérimentation se déroule depuis octobre 2004 en Aquitaine, Auvergne, Basse Normandie, Centre, Lorraine, Nord Pas de Calais, Champagne Ardennes, PACA et Franche Comté. Elle concerne les patients de 20 à 75 ans pour lesquels une prise en charge au titre de l'ALD 13 est accordée à la demande d'un médecin généraliste sur une période de 6 mois (octobre 2004 – mars 2005). Le médecin est contacté afin de lui expliquer la démarche et lui diffuser les recommandations et les indicateurs de suivi (document ad hoc).

Un an après la mise en ALD (soit à partir d'octobre 2005), un retour d'information collectif est fait aux médecins sur l'ensemble de leurs patients, assurés de la MSA, en ALD 13 (pourcentage de respect des référentiels médicaux). Des entretiens confraternels auront lieu pour les généralistes « atypiques ».

Un 2^{ème} retour d'information est prévu en 2006 avant l'évaluation de l'action.

3 – L'information des assurés

Dans le cadre de son plan ALD, la MSA a prévu, parallèlement au retour d'information aux médecins prescripteurs, de convoquer une première fois les assurés afin de leur exposer leurs droits et devoirs dans le cadre de l'ALD et de réexpliquer les objectifs du traitement (remise de deux documents ad hoc), puis une seconde fois, un an après la mise en ALD, afin de faire le bilan de leurs connaissances sur leur maladie et de vérifier le suivi des prescriptions du médecin.

REPOSE DE LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE LA SARTHE

La CPAM confirme l'action de sensibilisation des assurés sociaux ayant des arrêts itératifs. Cette action a d'ailleurs été reprise par la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et généralisée à l'ensemble des départements : si la première généralisation concernait les assurés ayant eu au moins 5 arrêts de moins de 15 jours, la CNAMTS nous a fait connaître, par lettre réseau du 14 juin 2005, qu'elle modifiait sa cible pour retenir les assurés ayant eu au moins 3 arrêts de moins de 15 jours.

Il est précisé, par ailleurs, que la caisse a entrepris d'autres actions de responsabilisation des assurés sociaux et des professionnels de santé. A titre d'exemple :

- pour les assurés sociaux, des courriers leur sont adressés pour les alerter sur leur consommation médicamenteuse ;

- pour les professionnels de santé, et depuis 1998, la CPAM de la Sarthe, par l'intermédiaire des délégués de l'assurance maladie, transmet aux médecins (mais aussi aux dentistes, aux pharmaciens, ...) leur profil d'activité et de prescription. Ce profil, qui leur permet une comparaison avec leurs confrères, a été généralisé dans une forme proche par la CNAMTS à l'ensemble de la France.

Afin de compléter ce profil, la CPAM de la Sarthe présente aux médecins du département, d'abord en réunion collective puis lors des visites individuelles des délégués de l'assurance maladie, la « cartographie » cantonale des prescriptions médicales.

Cette cartographie permet de déceler les écarts de prescription pour ensuite en analyser les causes.

Chapitre VI - Les questions de retraite

REPONSE DE LA CAISSE CENTRALE DE LA MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE

Le bilan global de la recherche de la parité.

La méthode de calcul retenue par la Cour conduirait à une augmentation des taux de cotisations sociales très sensible.

La méthode conduit, en effet, à faire porter le poids financier de mesures spécifiques au régime professionnel alors qu'elles ont précisément pour objet de prendre en compte des éléments considérés comme devant être écartés des prélèvements sociaux (par exemple les déficits dans la moyenne triennale). Une logique similaire n'est pas retenue par les Pouvoirs publics en matière d'allègements des charges des entreprises employeurs de main d'œuvre puisque ces exonérations sont en principe remboursées aux régimes par le budget de l'Etat.

D'une manière générale, la MSA estime souhaitable de distinguer un raisonnement de type macro économique au niveau des régimes et un raisonnement de type micro économique par catégories de personnes en veillant à bien distinguer les catégories de cotisants et bénéficiaires. En effet l'existence des minima d'assiette de cotisations par branche conduit à titre individuel à des taux de prélèvements instantanés très élevés pour les bas

revenus professionnels¹. La CCMSA est favorable à une comparaison individuelle des revenus professionnels et des taux de cotisations retenus, étant précisé que les différences de taux entre le régime général et le régime des non salariés agricoles gardent un caractère de convention prenant en compte de manière approchée les différences majeures de réglementation en matière de prestations sociales.

Par ailleurs, la prise en compte d'éléments tirés de l'impact d'une évolution fiscale sur l'assiette en termes de manque à gagner, traduit ensuite en points de cotisations, est discutable car il existe des dispositions de nature similaire pour l'assiette des cotisations sur salaires qui ne semblent pas être intégrés au raisonnement, par exemple la non prise en compte des indemnités de licenciement pour la partie non assujettie à l'impôt sur le revenu ou la non prise en compte des contributions patronales au financement de prestations complémentaires de prévoyance ou encore le non assujettissement à cotisations des sommes versées en application d'un accord d'intéressement.

L'intégration dans les calculs des effets de la revalorisation des petites retraites agricoles paraît particulièrement discutable au plan des principes car il s'agit d'une mesure décidée par les Pouvoirs publics. L'impact sur les finances publiques doit bien entendu être connu et isolé mais il semble délicat de traduire cet impact en taux de cotisations sauf à vouloir faire financer par le régime une mesure qui a été portée à la charge de la collectivité publique.

Les éléments d'assiette entre salariés et non salariés sont très différents par nature et il convient de s'interroger sur la pertinence de l'introduction de correctifs dans un seul sens, dès lors qu'une disposition concernant les non salariés agricoles conduit à une baisse partielle de l'assiette fiscale. Les règles d'assiette minimum n'existent pas dans les régimes de salariés et, pour autant, le droit aux prestations en nature est ouvert sous la seule condition d'une activité professionnelle.

Enfin, on peut se demander à quel moment du raisonnement sont pris en compte les mécanismes d'exonération des cotisations patronales qui conduisent à maintenir, pour certains niveaux de rémunération (ceux proches du SMIC) des niveaux de taux globaux² sans commune mesure avec la réalité du prélèvement pratiqué.

En ce qui concerne le calcul relatif aux conjoints collaborateurs, la CCMSA observe qu'il s'agit d'un dispositif qui vise à attribuer une

1. Ainsi avec les taux et minima de cotisations applicables en 2004 et pour les trois situations suivantes de revenus professionnels soumis à cotisations (hors CSG CRDS, hors ATEXA et hors RCO) de 400, 600 et 800 SMIC, le taux d'effort par rapport au revenu professionnel est de 52,47 % à 400 SMIC, 36,78 % à 600 SMIC et 32,07 % à partir de 800 SMIC.

2. Le niveau d'exonération se situe à 26 % du SMIC brut à hauteur du SMIC avec le dispositif FILLON de droit commun.

protection sociale améliorée à certains conjoints avec des éléments favorables en termes de rendement des cotisations ou de rachat qui ont été décidés par les Pouvoirs publics. La majoration théorique du taux de cotisation vieillesse de l'ensemble des cotisants est discutable au plan de la méthode (en admettant le principe même de la majoration de cotisation qui n'est pas retenu par la CCMSA) puisqu'elle aboutit à faire porter sur l'ensemble des cotisants une mesure estimée favorable pour certains d'entre eux. On observera que l'attribution d'une pension d'invalidité aux conjoints collaborateurs a été financée par une cotisation forfaitaire et non par une majoration de la cotisation d'AMEXA.

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DE RETRAITE DES AGENTS DES COLLECTIVITES LOCALES

Le rapport annuel de la Cour des comptes sur la sécurité sociale, prévu par l'article LO 132-3 du code des juridictions financières a examiné les effets de l'autonomie du régime des salariés agricoles sur la compensation démographique.

La caisse des dépôts, gestionnaires de la CNRACL, souhaite attirer l'attention de la Cour sur les conséquences de la consolidation du régime des salariés agricoles avec la CNAVTS, qui sont de nature à mettre en péril l'équilibre financier de ce régime.

Déjà, dans le cadre des travaux menés pour la rédaction du rapport d'audit pour la commission de compensation de juillet 2004, la Caisse des dépôts, gestionnaire de la CNRACL, avait exprimé des réserves sur cette piste d'évolution technique des mécanismes de compensation. Elle avait préconisé le maintien des règles actuelles de calcul des transferts de compensation généralisée vieillesse sans intégration de nouveaux paramètres ou d'évolution du périmètre.

En effet, la position de la caisse des dépôts s'explique par l'impact financier de cette hypothèse d'intégration qui accroît considérablement le montant de compensation généralisée à la charge de la CNRACL et qui n'est pas compensé par la suppression progressive de la surcompensation.

Il convient de rappeler que la diminution du taux de recouvrement de la surcompensation s'inscrit dans deux plans de mesures (2000-2001 et 2003-2005) décidés par les pouvoirs publics permettant à la CNRACL de disposer d'une situation financière équilibrée pour les cinq prochaines années, dans un effort partagé entre l'Etat et les collectivités locales et sans alourdissement des charges de compensation généralisée.

La baisse du taux de surcompensation qui est passé de 38 % à 34 % en 2000 et de 34 % à 30 % en 2001 ainsi que l'augmentation du taux de contribution employeur de 0,5 % au 1^{er} janvier 2000 et 2001 (décret n° 99-1065 du 20 décembre 1999) ont permis de constater un résultat excédentaire

en 2001, à hauteur de 46,6 M€ mais ces mesures n'ont pas suffi à éviter un déficit de 47 M€ en 2002.

Le second train de mesures a porté le taux de cotisation employeur à 26,5 % au 1^{er} janvier 2003, à 26,9 % au 1^{er} janvier 2004 et à 27,3 % au 1^{er} janvier 2005 conformément au décret n° 2003-51 du 17 janvier 2003 tandis que le taux de la contribution à la CNRACL passait au terme du décret n° 2003-1037 du 29 octobre 2003, à 27 % en 2003, à 24 % en 2004 puis à 21 % en 2005. La situation financière de la CNRACL est revenue à l'équilibre dès 2003 mais ne pourra le rester en 2006 qu'avec une nouvelle diminution du taux de recouvrement de la surcompensation.

Ces différentes mesures se sont donc avérées indispensables pour financer la dérive démographique du régime qui va se poursuivre sur les prochaines années malgré la montée en charge progressive du dispositif de réforme des retraites. Il est à noter qu'elles ont été d'autant plus nécessaires que la baisse continue du taux de recouvrement sur la période n'a pas empêché la CNRACL de verser un montant de surcompensation en augmentation de + 4 % entre 2001 et 2002, de + 1 % entre 2002 et 2003 et de +4 % entre 2003 et 2004 en raison d'une dégradation encore plus marquée des paramètres de calcul des autres régimes participants au mécanisme.

Par ailleurs, l'apparition de résultats déficitaires au cours des dernières années a totalement absorbé les réserves de la CNRACL qui doit recourir à un dispositif d'avance de trésorerie de 500 M€. Les besoins d'accompagnement de la trésorerie du régime sont restés les mêmes pour les six premiers mois de l'année 2005 et le report de compensations 2004 en début d'année 2005 a été de 630 M€. Pour 2005, tout en conservant le plafond d'avance de trésorerie au même niveau, l'amélioration de la situation financière de la CNRACL devrait permettre de limiter le report de compensation de 2005 sur 2006 à hauteur de 400 M€ d'après les dernières prévisions réalisées.

Dans ce contexte, une augmentation de la participation de la CNRACL au mécanisme de compensation généralisée annulerait l'efficacité du plan de rééquilibrage des comptes du régime. Mais surtout, il est probable que cette situation obligerait la CNRACL à recourir à des reports accrus de compensation sur l'exercice suivant et/ou à des avances plus importantes de trésorerie, au risque de mettre en difficulté les régimes bénéficiaires de la compensation généralisée. Elle entraînerait également à terme une augmentation sensible de l'effort contributif des ressortissants du régime, de l'ordre de 4 points de cotisation, la croissance de la population cotisante ne permettant plus depuis de nombreuses années de couvrir tout accroissement de la charge de compensation.

Au regard de l'effort contributif déjà consenti pour financer les charges actuelles du régime, toute hausse du montant de la compensation généralisée versé par la CNRACL pourrait apparaître comme fortement

inéquitable au regard de celui concédé par les régimes bénéficiaires du mécanisme. D'après le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2004, la cotisation moyenne obtenue en rapportant le montant des cotisations de l'année 2003 à l'effectif cotisant du milieu d'année, est déjà très supérieure à la CNRACL par rapport aux régimes bénéficiaires de la compensation généralisée.

De plus, la part des cotisations à la CNRACL consacrées au financement des régimes bénéficiaires des compensations qui s'est établie en 2004 à 24 %, augmenterait de plus de 11 points dans l'hypothèse de consolidation du régime des salariés agricoles avec la CNAVTS, soit plus du tiers des ressources de l'institution.

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

L'intégration totale des salariés agricoles dans le régime général tout en maintenant leur gestion dans les caisses de la MSA poserait le problème de l'organisation dédiée à un type de caisse pour un type de dossier et nécessiterait de décliner les implications en gestion de cette architecture.

L'intégration des salariés agricoles dans le régime général aboutirait à considérer qu'il n'y a plus qu'un régime et que ce régime fait bloc dans le cadre de la compensation démographique entre régimes de bases.

Dans ce scénario, les paramètres de la compensation démographique devraient être alors nécessairement revus.

Comme le fait remarquer la Cour des comptes dans le cadre des travaux du rapport d'audit pour la commission de compensation de 2004, une simulation (simulation 2A du rapport d'audit) sur la base de la prestation moyenne de référence égale à la moyenne des prestations des deux régimes et en éliminant les doubles comptes de retraités fait ressortir un transfert régime général + salariés agricoles de 1 446 M€ au lieu d'un transfert de 2 892,5 M€ dans le cadre actuel de calcul de la compensation menée sur l'exercice 2002. Le transfert du régime général est réduit de moitié, tandis que celui de la CNRACL passerait à 2 747 M€ et son transfert serait augmenté de 1 386,96 M€

Cette option qui augmente fortement les transferts du fait de l'accroissement de la prestation de référence avait été majoritairement rejetée par les régimes. Certains régimes ont fait valoir que la prestation de référence des salariés agricoles devait être maintenue.

La CNAVTS souligne qu'une autre simulation introduisant la prise en compte de la durée moyenne d'affiliation validée pour le décompte des effectifs de retraités, croisée avec la simulation précédente (simulation croisée 2A et 5A du rapport d'audit) a été examinée en 2004 et mise à l'étude

en 2005 (les transferts du régime général sont réduits de 16 M€ le transfert de la CNRACL est augmenté de 1 247 M€).

La révision des mécanismes de compensation demande une analyse approfondie des implications sur les régimes et sur l'équilibre des régimes.

Le conseil d'administration de la CNAVTS, le 1^{er} juin a regretté que la concertation avec les partenaires sociaux annoncée par les pouvoirs publics sur les principes et les règles de la compensation n'ait pas encore été engagée.

La haute juridiction propose de fusionner le régime de retraite des salariés agricoles avec le régime général en maintenant la gestion des salariés agricoles par la MSA, au motif que ce régime dispose d'un réseau de caisses de proximité.

Les règles applicables au régime des salariés agricoles et au régime général étant alignées, il serait en effet cohérent d'intégrer le régime des salariés agricoles au régime général :

- d'une part, pour éviter les effets négatifs liés à la dissociation des éléments de calcul pris séparément dans chaque régime, effets atténués cependant par le nouveau mode de calcul du salaire annuel moyen des polypensionnés, issus, du décret 2004-144 du 13 février 2004 (article R.173-4-3 du code de la sécurité sociale),

- d'autre part, en cohérence avec le fait que de nombreux assurés au régime des salariés agricoles n'exercent pas leur activité sur les exploitations agricoles, mais dans les entreprises du tertiaire liées à l'origine au monde agricole.

Cependant, maintenir la gestion par la MSA d'un régime intégré au régime général entraînerait des difficultés de mise en œuvre importantes, en terme d'implémentation et d'utilisation d'un système d'information ou de systèmes disjoints.

Cette hypothèse n'apporterait pas toutes les garanties de cohérence de traitement entre les assurés relevant désormais d'un même régime, selon leur appartenance ou non, à un moment de leur carrière, à l'ex-régime des salariés agricoles. Le problème serait également posé de la gestion des données sociales, qui alimentent les carrières des actifs, etc.

L'attention de la Cour est appelée sur le fait que la branche retraite du régime général dispose d'un réseau de proximité étendu et réparti sur tout le territoire, soit, à fin 2004 : 252 Agences locales permanentes et 1 781 points d'accueil, de telle sorte que les relations de proximité avec les assurés sont parfaitement comparables à celles de la MSA.

En conséquence, la préconisation d'intégration du régime des salariés agricoles au régime général, paraît devoir impliquer la gestion directe par le

régime général, comme cela a toujours été le cas pour les régimes que le régime général a déjà intégrés.

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

La crise financière que traversent les régimes d'assurance sociale vieillesse est due principalement à deux causes : une dégradation rapide du rapport démographique cotisants/retraités (le nombre de retraités va être multiplié entre trois et sept d'ici à 2030) et un rendement instantané trop élevé pour être pérenne sur du long terme.

De plus, nous rejoignons la Cour des comptes sur la nécessité d'une réforme ainsi que sur les principes qui devraient la guider, notamment en terme de partage de l'effort entre les différentes générations concernées. Ce sont d'ailleurs ces principes que l'IGAS a mis en avant dans ses différents rapports. Il est aussi logique que soit posée la question des paramètres de la compensation spécifique.

L'assurance maladie souhaite participer aux réformes des régimes ASV, car le maintien de ces régimes ainsi que la participation aux cotisations ASV sont des éléments du pacte conventionnel.

C'est la raison pour laquelle il nous semble néanmoins important d'apporter quelques précisions sur les jugements que semble porter la Cour quant à la délégation donnée par la loi du 13 août 2004 aux partenaires conventionnels sur ce sujet.

Il faut d'abord souligner que la responsabilité des difficultés financières que traversent les différents régimes ASV n'incombe pas principalement aux partenaires conventionnels. Ce sont en effet des textes réglementaires qui fixent les principaux paramètres des régimes de l'ASV.

De plus, la CNAMTS ne partage pas totalement l'analyse de la Cour sur le caractère juridiquement contestable de la rédaction de l'article 49 de la loi du 13 août qui délègue aux partenaires conventionnels une responsabilité plus importante sur ce sujet.

Cette délégation est en cohérence avec la logique de la réforme de l'assurance maladie visant à étendre le champ de compétence des conventions qu'elles soient relatives à la mise en œuvre du parcours de soins, à la définition des missions du médecin traitant ou des majorations de rémunération pour certaines activités.

A cet égard, les orientations adoptées par le conseil de l'UNCAM le 16 juin dernier relatives aux négociations conventionnelles avec les chirurgiens dentistes retiennent l'idée d'agir sur l'assiette des cotisations sociales, ce qui démontre une volonté bien réelle de l'assurance maladie d'utiliser les outils que lui a confiés le législateur.

Par ailleurs, avec la mise en place du parcours de soins, l'assurance maladie va renforcer sa vigilance quant au respect des tarifs opposables.

S'agissant du secteur 2, la nouvelle convention médicale prévoit une participation des caisses d'assurance maladie aux cotisations sociales des médecins du secteur 2 ayant adhéré à l'option de coordination. Dans ce cadre, la participation ne s'effectue que sur la base des honoraires liés à l'activité réalisée en tarifs opposables³, ceci souligne le lien entre participation aux cotisations sociales et respect des tarifs opposables.

La participation aux cotisations sociales nous paraît donc un élément important de la vie conventionnelle ce qui, en outre, n'est pas incompatible avec une gestion plus rationnelle de l'ASV.

REPONSE DE LA CAISSE AUTONOME DE RETRAITE DES MEDECINS DE FRANCE

Le rapport rappelle la préférence de la CARMF pour une solution de fermeture mais exclut cette solution en raison de son « coût exorbitant pour l'assurance maladie ».

A cet égard, la caisse autonome de retraite des médecins de France rappelle la position exprimée par le président du conseil d'administration de la CARMF en avril 2005 en réponse au relevé de constatations provisoires, et notamment sa conclusion : « la fermeture coûterait sur le long terme, au-delà des trente premières années, globalement moins cher aux caisses d'assurance maladie que la poursuite du régime ».

REPONSE DE LA CAISSE AUTONOME DE RETRAITE DES SAGES-FEMMES FRANÇAISES

La CARSAF constate avec soulagement que la Cour ne recommande pas la fermeture des régimes d'ASV comme le préconisaient certains.

En effet, cette fermeture aurait eu pour conséquences de spolier plusieurs générations de sages-femmes qui se sont vu imposer des tarifs conventionnels très bas depuis plusieurs années, en contrepartie de la participation des régimes maladie au financement des avantages sociaux.

Par ailleurs, les recommandations de la Cour tendant à rendre autonome la gestion technique de ce type de régime me semblent de nature à permettre une gestion plus sereine des régimes d'ASV.

3. Y compris la participation forfaitaire à la cotisation ASV qui sera modulée en fonction de la part de l'activité réalisée en tarifs opposables.

TROISIÈME PARTIE – LA CERTIFICATION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Chapitre VIII - L'état des comptes

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES

Les points relatifs à l'amélioration des comptes de la CNAF en vue de leur certification ont tout particulièrement retenu notre attention.

La CNAF a pris diverses mesures qui font actuellement l'objet d'une programmation conjointe de la direction générale et de l'agence comptable de la CNAF.

Si une première tranche significative d'application de ce programme peut être engagée dès la clôture des comptes 2005, en coordination avec la mission comptable permanente et la direction de la sécurité sociale, pour ce qui relève de leur autorisation, deux années supplémentaires seront nécessaires à une application complète.

En ce qui concerne les provisions pour rappels de prestations et indus, l'impact sur les comptes 2005 du dispositif proposé par la CNAF est actuellement en cours d'examen auprès de la tutelle.

En ce qui concerne les rappels, ce dispositif reposera sur un recensement effectif de toutes les prestations liquidées après la clôture de l'exercice au titre duquel les droits ont été acquis par les allocataires.

En ce qui concerne les indus, seule une approche statistique peut permettre aujourd'hui de calculer le montant de la provision à constituer.

Les applicatifs de suivi des indus doivent encore être perfectionnés en vue d'établir la provision à partir d'une connaissance directe des « créances douteuses » cote par cote. Ce sujet sera traité en lien avec un autre point soulevé par la Cour, qui est la définition d'un tableau de bord pour le suivi du recouvrement des indus dans les CAF.

Pour le traitement des opérations réciproques entre organismes sociaux, la CNAF poursuit la réalisation des améliorations souhaitées par la Cour dans le cadre des travaux inter-branches du haut conseil interministériel de la comptabilité des organismes de sécurité sociale.

S'agissant des prestations financées par l'Etat ou versées pour son compte, l'agence comptable définira pour la clôture 2005 une procédure permettant de distinguer, au bilan, les restes à recouvrer réellement exigibles au 31 décembre et les produits à recevoir dont l'échéance se situe en année

suivante. Les schémas d'écritures correspondants devront au préalable avoir été approuvés par la mission comptable permanente.

Enfin, dans le cadre de la négociation de la COG 2005-2008, la CNAF a introduit auprès de la tutelle une demande d'aménagement des règles du fonds national d'action sociale, afin de permettre une comptabilisation indépendante des procédures budgétaires pour les dépenses à caractère obligatoire du fonds d'investissement pour la petite enfance et des prestations de service.

REPONSE DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE

L'ACOSS est consciente de certains retards dans les notifications aux caisses nationales des produits encaissés. Elle s'efforce de les réduire au maximum. Toutefois, l'ACOSS ne peut transmettre aux caisses nationales des données non fiabilisées. En conséquence, elle procède à de nombreux contrôles au niveau central avant notification. Par ailleurs, elle perfectionne les différents logiciels afférents à la comptabilisation des cotisations et à la qualité de la répartition afin de notifier les vrais montants qui doivent être attribués à chaque caisse nationale. A cet égard, elle engagera en 2006 un processus de certification de la qualité de la répartition qui concernera l'ensemble des URSSAF.

Par ailleurs, l'ACOSS ne peut procéder à la notification des résultats que lorsque la totalité des balances est remontée dans les premiers jours du mois N + 1. Si cette remontée s'effectue sans trop de difficultés pour les URSSAF, il n'en est pas de même pour les CGSS qui connaissent régulièrement des difficultés. L'ACOSS ne souhaite pas notifier des résultats incomplets avec des organismes manquants afin de permettre aux services de l'ordonnateur d'assurer une analyse cohérente et fiable des résultats d'un mois sur l'autre.

La Cour indique que « l'ACOSS élabore ensuite un compte combiné du recouvrement qui traite les notifications faites aux caisses, correspondant à des versements non pas comme des charges de l'ACOSS mais en affectation du résultat net dans le bilan ».

L'ACOSS précise que le compte combiné de la branche est établi à partir de l'agrégation des comptes des URSSAF, CERTI et CGSS et non à partir des notifications. Les notifications sont établies à partir des comptes des mêmes entités et distinguent les produits, les charges et les encaissements. Les notifications et les comptes combinés étant établis à partir de mêmes sources, il ne saurait y avoir de discordance.

La Cour conteste les méthodes de comptabilisation utilisées par l'ACOSS. En effet, l'ACOSS comptabilise en recettes les cotisations et contributions mises en recouvrement. Cette méthode n'a pas jusqu'à présent

fait l'objet de critiques tant par la Cour que par les autorités de tutelle. L'ACOSS n'est pas opposée à une réflexion sur ce sujet, mais il faut avoir conscience qu'un changement de comptabilisation, s'il s'avérait conforme à l'orthodoxie comptable, ne serait pas sans conséquence sur le système d'information de l'agence centrale et des URSSAF et qu'il conviendrait d'en mesurer les conséquences tant en termes organisationnels que financiers. Cette réflexion doit être engagée en tout état de cause avec la MCP.

La Cour critique les méthodes utilisées pour la comptabilisation des produits à recevoir et des provisions pour créances douteuses.

La comptabilité des organismes de sécurité sociale est tenue en droits constatés. Or, une application de ces principes conduit à valider la pratique actuelle puisque les créances ou les dettes sont bien nées dans chaque organisme. Il convient, en conséquence, de les prendre en compte avec les provisions afférentes dans chaque comptabilité, sauf à rendre celles-ci non sincères.

Les délais pour notifier les produits à recevoir (PAR) et les provisions aux caisses nationales doivent être dissociés pour ces deux estimations.

Les PAR font l'objet d'une estimation nationale avant d'être répartis entre les URSSAF qui les comptabilisent sans pouvoir remettre en cause le produit notifié.

L'ACOSS, par ailleurs, n'attend pas la centralisation des balances pour notifier les produits à recevoir aux caisses nationales, mais elle effectue cette notification, dès la détermination de ceux-ci au niveau national. Un contrôle a posteriori est effectué sur les balances des organismes locaux, afin de vérifier le bon enregistrement des montants.

Pour l'estimation des provisions nationales en revanche, l'ACOSS centralise les balances des organismes après avoir demandé aux CGSS et aux URSSAF d'effectuer un certain nombre de contrôles portant sur l'estimation dans les caisses des provisions calculées de manière centrale.

Les opérations de clôture de l'exercice 2004 montrent que les travaux nécessaires à la fiabilisation des données n'ont pas introduit de délais supplémentaires par rapport aux notifications nationales.

Les notifications concernant ces opérations ont été transmises, comme prévu, dès le 15 février.

La Cour relève d'une part que l'enregistrement des exonérations de cotisations et leur compensation ne sont pas conformes aux normes comptables et d'autre part que l'ACOSS ne constitue pas de provisions pour dépréciation d'actif.

S'agissant de l'enregistrement comptable, l'observation de la Cour est exacte. L'ACOSS a donc l'intention de revoir ce circuit comptable afin que soient émis les titres de recettes en classe 7 qui seraient comptabilisés dans le

compte de résultat du recouvrement direct. La comptabilisation des URSSAF devra être adaptée en conséquence.

S'agissant du non provisionnement d'une créance sur l'Etat, l'ACOSS a toujours considéré et l'a déjà indiqué à la Cour, que l'Etat étant solvable, il n'y avait pas lieu à comptabiliser une provision pour dépréciation. Par ailleurs, l'Etat n'a jamais contesté formellement une dette à l'égard du régime général. Toutefois, sur le plan de la stricte orthodoxie comptable, une provision pour créance douteuse devrait être comptabilisée au moins pour la créance « plan textile » étant donné les incertitudes quant à un apurement rapproché.

La Cour indique que « lors de la mise en place du FOREC, le versement effectué par l'Etat en janvier 2001 a été affecté au FOREC et comptabilisé en produit de l'exercice 2001 et non rattaché comme cela aurait dû l'être aux exercices 1999 et 2000. De ce fait, la créance détenue par les organismes sur l'Etat, d'un montant de 0,9 Md€ n'a jamais été soldée ».

Cette interprétation de la Cour ne correspond pas aux opérations réalisées par l'ACOSS qui a, dans ce cas, appliqué les principes des droits constatés. En fait aucun versement de l'Etat, ni du FOREC n'est venu couvrir les exonérations constatées en janvier 2000 et janvier 2001. L'explication détaillée de cette situation est la suivante :

La créance de 0,9 Md€ correspond aux montants déclarés exonérés par les entreprises au titre de :

- janvier 2000 - réduction bas salaires (594,12 M€) ;
- janvier 2000 - autres mesures emplois 35h (118,5 M€) ;
- et de deux autres nouvelles mesures mises à la charge du FOREC qu'à partir de 2001 ;
- janvier 2001 - exonérations allocations familiales (148,44 M€) ;
- janvier 2001 - Loi de Robien (45,88 M€).

Ces montants enregistrés, en droits constatés, dans les comptes de la branche, en classe 7 et en classe 4 (créance), ont été facturés à l'Etat puisqu'ils concernaient des mesures emplois relatives à des salaires versés en décembre 1999 et décembre 2000.

Toutefois, l'Etat considérant que sa comptabilité était tenue en encaissement/décaissement a décidé qu'il ne devait pas rembourser cette créance, puisqu'il s'agissait d'exonérations déclarées en janvier 2000 puis 2001.

De son côté, le FOREC installé en janvier 2001 a considéré que les exonérations (148,44 M€ et 45,88 M€) de janvier 2001 qui se rapportaient à des salaires de décembre 2000, n'étaient pas dues, puisque sa comptabilité était tenue en droits constatés, et que seules les exonérations déclarées à partir de février 2001 devaient être compensées par ses soins.

Il en a été de même pour janvier 2000 (l'ACOSS a joué le rôle du FOREC en l'absence de sa mise en place) les fonds affectés au financement des 35 heures ne pouvaient pas venir couvrir des exonérations dont le fait générateur était situé décembre 1999.

Ainsi ni l'Etat, ni le FOREC n'ont accepté de prendre en charge les montants déclarés par les cotisants.

En conclusion, les encaissements de l'Etat ne sont pas « rattachés » à un exercice, mais viennent honorer une facturation. En revanche, sont rattachés à un exercice les montants dus et constatés au titre des exercices en fonction du fait générateur.

La Cour considère que l'importance des crédits à affecter (CAF) et leur ancienneté ainsi que celle des avoirs sont dues à un partage de responsabilité insuffisamment clarifié entre services de l'ordonnateur et du comptable.

L'ACOSS considère, qu'en application des textes actuels, la responsabilité de la gestion des comptes des cotisants relève de l'ordonnateur. En conséquence, la régularisation des CAF et des avoirs incombe à l'ordonnateur seul.

Toutefois, étant donné l'impact de ces situations sur les comptes, les URSSAF sont appelées à mettre en place, dans le cadre du contrôle interne, des mesures de surveillance et d'apurement.

Le plan de contrôle interne relevant du directeur et de l'agent comptable, c'est dans ce cadre que la responsabilité est partagée.

Les agents comptables ne peuvent avoir qu'un rôle d'alerte, les services de l'ordonnateur étant responsables de la gestion et donc de l'exécution des régularisations. Ce rôle d'alerte leur a d'ailleurs été rappelé récemment par l'agent comptable national.

En effet, l'ACOSS a donné des instructions très précises en la matière :

- un standard de pratiques recommandées sur les crédits à affecter ;
- une circulaire sur la régularisation des avoirs ;
- la mise à disposition d'outils informatiques sur le suivi des crédits à affecter.

Le total des crédits non répartis (crédits à affecter, avoirs, encaissements non ventilés) se sont élevés respectivement en 2001, 2002, 2003 et 2004 à 1 404 M€, 976 M€, 966 M€ et 897 M€.

Enfin depuis 2003 l'ACOSS fait le distinguo entre deux types de crédits à affecter :

- les crédits à affecter de moins d'un mois appelés crédits reçus par anticipation (384 M€ fin 2003 et 535 M€ fin 2004). Ces chiffres traduisent le comportement des cotisants qui payent avant l'échéance sans transmission concomitante des données déclaratives. Sur ces situations les organismes n'ont pas de possibilité d'apurer avant le 31/12 ;

- les crédits à affecter de plus d'un mois (332 M€ fin 2003 et seulement 171 M€ fin 2004), ces montants traduisent les progrès de la gestion des URSSAF.

Ces quelques chiffres démontrent ainsi une nette amélioration de la gestion des crédits à affecter depuis 4 ans, le niveau ayant baissé de pratiquement 45 %.

Enfin, la Cour semble indiquer que la méthode retenue par la branche recouvrement pour la comptabilisation des crédits à affecter en compte de tiers n'est pas régulière.

Il convient d'apporter les précisions suivantes :

- les crédits à affecter sont comptabilisés dans les URSSAF jusqu'au 31/12 et non lors de la période complémentaire ;

- la branche est dans un système déclaratif, et en l'absence de déclarations ou de délais suffisants pour traiter ces déclarations (échéance du 15/01) les sommes ne peuvent que rester en compte de tiers ;

- la répartition statistique avec incidence comptable est effectuée dans le cadre des travaux de combinaison des comptes.

REPONSE DE L'URSSAF DE PARIS

La prise en compte de la répartition des cotisations et contributions à l'Urssaf de Paris-région parisienne à l'aide du programme de répartition Racine s'est opérée à l'URSSAF de Paris au 1^{er} janvier 1998, comme pour toutes les autres URSSAF. Néanmoins il convient de rappeler que l'URSSAF de Paris-RP venait de basculer ses comptes en SNV2 au cours des mois et même des jours précédents. L'appropriation progressive du nouveau système de gestion des comptes et l'impact des crédits non répartis sur les clients du recouvrement des URSSAF ont conduit l'URSSAF à se mobiliser prioritairement sur l'amélioration des circuits des opérations courantes et sur la diminution des montants en jeu.

L'URSSAF de Paris-RP est bien consciente que du fait de sa taille, près d'un tiers du réseau du recouvrement, elle doit être plus vigilante sur la qualité de ses résultats car un faible pourcentage de non-qualité entraîne inévitablement un effet volume sensible. A ce titre, un audit interne a été diligenté à l'instigation de la direction générale de l'organisme en 2003 sur les avoirs (rapport du 22 avril 2004).

Ainsi l'URSSAF a diminué de façon drastique le montant des crédits non ventilés :

En euros

	31/12/2000	31/12/2001	31/12/2002	31/12/2003	31/12/2004
cred. par anticip*				37 288 544	21 803 275
créd. à affecter	188 156 993	238 950 068	161 222 435	78 510 306	52 704 847
Avoirs	70 335 759	75 879 247	64 64 255	51 808 175	40 729 640
Non ventilés	16 668 727	11 494 623	678 732	13 512 374	3 899
Non identifiés	151 841 532	124 133 908	53 337 127	2 634 705	2 302 500
Total	427 003 011	450 457 845	279 882 548	183 754 104	117 544 162

* inclus dans les crédits à affecter jusqu'au 31 décembre 2002.

Le taux des crédits non ventilés par rapport aux encaissements de l'URSSAF a été ramené dans la norme des taux de la branche, voire inférieur à la moyenne. La part des crédits non répartis⁴ en année 2003 à été de 0,25 % pour une médiane de 0,22 % et une moyenne de métropole de 0,36 %⁵. L'indicateur est passé à 0,18 % en 2004 pour l'URSSAF de Paris-RP.

Le contrat d'objectif local de chaque direction départementale fixe les objectifs de crédits à répartir. Un tableau de bord de suivi des objectifs des contrats est établi périodiquement. Pour sa part l'agence comptable établit mensuellement depuis 1998 un tableau de bord détaillé des crédits à répartir largement diffusé. Ce tableau est désormais trimestriel.

Maintenant que les objectifs concernant la masse financière des montants non répartis ont été atteints, les remarques formulées lors du dernier contrôle ont été prises en compte en vue de solder les crédits en solde, non plus seulement en priorité en fonction de leur montant mais également en fonction de leur ancienneté. De nouveaux tableaux de suivis en nombre et en fonction de l'antériorité ont été mis en place. Ainsi le 15 septembre 2004 un courrier co-signé du directeur et de l'agent comptable a fixé comme priorité de solder au 31 décembre 2004 les crédits non répartis antérieurs à 2001. Ceux-ci représentaient au 31 août 2004, 6 454 crédits à affecter et 1 323 avoires. Des relances mensuelles ont été opérées par l'agent comptable et quatre mois plus tard, le nombre était tombé à 1 988 crédits à affecter et 64 avoires (le nombre de paiements est supérieur à 3 millions chaque année).

4. Crédits à affecter, hors crédits reçus par anticipation + avoires.

5. Lettre collective ACOSS 2005-003 du 10/01/2005

Le 3 février 2005, le directeur et l'agent comptable fixaient un nouvel objectif de solder les crédits à affecter et les avoirs antérieurs à 2002 avant le 30 juin 2005. Ceux-ci étaient au 31 décembre 2004 de 6 625 crédits à affecter et 667 avoirs. Au 30 avril, il restait 5 001 crédits à affecter et 465 avoirs. Il convient de noter que la plus grande partie des crédits à affecter antérieurs à 2002 restants sont de très faible montant et concernent des comptes d'employeurs de personnel de maison dans le cadre de l'AGED. Pour ces comptes, le versement du cotisant reste en solde créditeur car il n'a pas été rapproché de la dette du fait que l'URSSAF attend une régularisation du complément en provenance de la caisse d'allocations familiales. Des réunions de travail ont été organisées entre les deux organismes et celles-ci devraient permettre une régularisation des sommes ci-dessus mentionnées d'ici la fin de l'exercice. Les nouveaux circuits plus simples mis en œuvre dans le cadre de la PAJE mettent fin à ces difficultés pour l'avenir.

Par ailleurs l'agent comptable établit également depuis octobre 2004 des relances concernant l'apurement des sommes anciennes figurant sur les comptes des encaissements à identifier des directions départementales. Le nombre de ces crédits antérieurs à 2004 est ainsi passé de 243 à 111 entre le 31 décembre 2004 et le 30 avril 2005.

L'URSSAF considère qu'il n'est pas exact de noter «une absence de coordination entre les services ordonnateurs et l'agence comptable». Les modalités de traitement des remboursements aux cotisants ont fait l'objet depuis plusieurs années de procédures formalisées sous forme de note de service co-signée du directeur et de l'agent comptable, régulièrement mise à jour. Ces mises à jour sont proposées par un groupe de surveillance permanent composé de représentants du directeur et de l'agent comptable et animé par un cadre de l'agence comptable. L'évolution du système de production national en 2003 permettant de positionner un code «crédit justifié» sur les montants créditeurs ayant fait l'objet d'une vérification par les gestionnaires des comptes cotisants a conduit à une actualisation conséquente de ces instructions (dernière version, note de service du 18 octobre 2004 «traitement des crédits justifiés»). En effet, elle permet d'éviter la génération d'un remboursement en positionnant automatiquement le crédit sur l'appel suivant de cotisations. Par ailleurs, dans le cadre de la préparation de la certification de la répartition, ce groupe travaille à l'adaptation du standard national de pratiques recommandées (SPR) à l'organisation de l'URSSAF régionale déconcentrée mutualisée ainsi qu'à la description du processus sous Aris, outil régional de formalisation des processus. Le plan de contrôle interne 2005/2006 intègre la maîtrise des risques de dysfonctionnement opérationnels à travers cette démarche de certification.

REponse DE L'URSSAF DE NANTES

Plus que des dysfonctionnements, il nous semble en effet que les difficultés rencontrées tiennent aux délais de traitement. La régularisation de ces crédits constitue une charge de travail lourde et l'URSSAF manque de moyens (-7 % par rapport à la moyenne des effectifs nationaux). Cette insuffisance en personnel vient, d'ailleurs, d'être partiellement reconnue et quatre postes ont été accordés à l'URSSAF en 2005.

Ainsi s'agissant des avoirs concernant l'exercice 2003, ceux-ci représentaient 24 % du total, contre 60.54% pour 2004. Ces mêmes avoirs ne représentent plus que 14.13 % du total au 31 mai 2005.

En ce qui concerne les CAF au 31 juillet 2004, 93 % des montants se rapportent à 2003 et 2004 dont 23.61 % pour les CAF de 2003. Ceux-ci ne représentent plus que 9.47 % des montants au 31 mai 2005.

Ces chiffres témoignent des efforts et du suivi effectués mais la caisse est consciente de la nécessité d'apurer les situations les plus anciennes qui se révèlent aussi être les plus complexes.

REponse DE L'URSSAF D'ORLEANS

L'URSSAF du Loiret souhaite apporter les précisions suivantes:

L'existence de CAF (Crédits à affecter) sur les comptes-cotisants, retracés dans la comptabilité de l'organisme, doit être considérée comme une situation normale, qui est d'ailleurs codifiée par des écritures issues du système informatique SNV2. Les entreprises sont en effet principalement à l'origine de ces situations dans lesquelles le versement et la déclaration ne sont pas en adéquation totale, la deuxième cause génératrice de CNR pouvant être liée à des dysfonctionnements du système informatique lui-même.

Le rôle de l'URSSAF est alors de rectifier dans les meilleurs délais ces situations car les sommes positionnées en crédits non répartis (CAF, avoirs et crédits à identifier) sont encaissées mais non attribuées de façon certaine à leurs destinataires finaux (une attribution forfaitaire pouvant néanmoins être réalisée par l'ACOSS en attente de régularisation de la situation).

Si le montant des CAF, tel que retenu par la Cour (8 M€ pour Orléans) peut apparaître comme important pour un lecteur non averti, il semble utile de rapporter ce montant aux sommes encaissées sur la période, et de rappeler qu'un indicateur de performance a été élaboré sur ce thème par la caisse nationale (mesure au dernier jour de chaque trimestre, par comparaison entre soldes CNR et encaissements sur 12 mois glissants).

En 2004, l'indicateur national explicitant le rapport entre les CNR et les encaissements est de 0.38 % à fin 2ème trimestre 2004, et même 0.25 %

en fin d'année 2004, (0.05 % pour les seuls CAF), ce qui permet de relativiser très largement la force du chiffre annoncé.

Par ailleurs, de nombreux CAF sont des «CAF reçus par anticipation », enregistrés en tant que tels dans le compte R4192. A fin 2004 (arrêté des comptes), les CAF reçus par anticipation représentaient 77.33 % du total des CAF; ils étaient notamment liés à des entreprises qui décident de régler sur l'exercice des sommes qui s'y rattachent sans attendre la date d'échéance, en début d'année suivante, ce qui pour l'URSSAF du Loiret peut concerner des entreprises importantes en VLU.

C'est sur le traitement de CAF trop anciens ou en cas d'absence de relance des cotisants que la gestion de l'URSSAF doit être appréciée.

Sur le traitement des CNR, l'URSSAF du Loiret a développé, en complément de son plan de contrôle interne un outil bureautique (SUCRE/ suivi des crédits), qui permet aux gestionnaires de comptes de suivre et traiter ces situations. Cet outil avait été évoqué avec l'auditrice car il vise à corriger les insuffisances du système informatique national qui se contente d'éditer des listings, beaucoup plus difficiles à exploiter. Un tel outil devrait être distribué par la caisse nationale elle-même.

Sur le « devoir d'alerte » de l'agent comptable évoqué par la Cour, il y a lieu de rappeler que l'agent comptable d'Orléans a mis en place un site intranet (PACIFLOR⁶) dans lequel sont suivis de nombreux indicateurs, dont un suivi des crédits non répartis, qui permet par divers tableaux et graphiques de visualiser l'évolution de ces comptes.

En ce qui concerne plus particulièrement les avoirs, et une soi-disante absence de coordination entre services ordonnateurs et comptables, il y a lieu de préciser que les remboursements d'avoirs ne peuvent se faire qu'après décision et ordonnancement des services techniques. L'échantillonnage de dossiers retenus par l'auditrice démontre bien souvent une absence de réactions du cotisant lui-même, ce qui bloque toute régularisation. De ce fait, la conservation de ces sommes en avoirs démontre à contrario que l'URSSAF ne s'approprie pas indûment des soldes (sinon ces avoirs ne figureraient plus en comptabilité), et que par ailleurs les règles d'apurement des sommes modiques ou anciennes relèvent de directives nationales retraduites dans des traitements informatiques spécifiques. La proposition de la Cour envisageant des apurements exceptionnels entre dans cette logique, et pourrait très utilement compléter les règles qui existent déjà, pour autant qu'on ne se limite pas à une opération exceptionnelle, mais qu'il s'agisse d'une opération entrant dans le fonctionnement de la branche recouvrement, l'attitude des cotisants pouvant générer à nouveau ce type de situations.

6. Projet d'agence comptable pour l'information financière locale en organisme de recouvrement.

REPONSE DE L'URSSAF DE LYON

Dans son analyse de crédits à affecter, la Cour relève que l'URSSAF de Lyon enregistrait un solde de 15,8 M€ dans ses comptes au 31 décembre 2003.

Deux ensembles composent ce solde :

- le premier regroupe les crédits à affecter proprement dits (soit 9,7 M€ en 2003) sur le niveau desquels l'URSSAF est en capacité d'agir par un travail d'analyse et de traitement des débits et crédits enregistrés au compte des cotisants. Ce poste a diminué de 40 % entre 2004 et 2003.

- le second correspond à des crédits reçus par anticipation et pour lesquels la réconciliation avec les éléments déclaratifs ne peut intervenir avant la date réglementaire d'exigibilité. Ce poste a augmenté de 34,8 % entre 2004 et 2003 sans qu'aucune action particulière de régularisation ne puisse être actionnée au niveau de l'organisme.

Concernant les avoirs, la Cour relève une absence de coordination entre les services ordonnateurs et l'agence comptable de l'URSSAF de Lyon. Des actions correctives vont être mises en place dans l'organisme. Elles seront adossées, sur un plan juridique, au référentiel en matière d'indus et de trop perçus diffusé par l'ACOSS en mars 2005 et corrélées, sur un plan technique, à une procédure nationale de traitement en cours d'élaboration. Ces actions devraient permettre concrètement d'assurer un suivi plus fin des avoirs et de simplifier leur traitement. Les conditions de notification ou de remboursement des avoirs aux cotisants seront dans ce cadre revues. L'URSSAF de Lyon tiendra la Cour informée du détail de ces actions.

Chapitre IX - Les modalités de certification

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE MILITAIRE DE SECURITE SOCIALE

La certification des comptes des organismes de sécurité sociale est une obligation légale qui devra s'imposer à la caisse nationale militaire de sécurité sociale afin de garantir la régularité, la sincérité et la qualité des comptes produits par le régime.

Comme indiqué dans la correspondance du 13 avril 2005 adressée au président du haut conseil interministériel de la comptabilité des organismes de sécurité sociale, la CNMSS s'est engagée résolument dans une démarche d'amélioration de la qualité de son système comptable et d'organisation du contrôle interne pour être au rendez-vous de la certification de ses comptes en 2006.

Cette exigence a été inscrite dans la convention d'objectif et de développement pour les années 2005-2007 que la caisse a conclue avec les ministères du budget, de la santé et de la défense qui exercent la tutelle de l'établissement.

La CNMSS souscrit pleinement à la proposition de la Cour des comptes de confier à un certificateur externe qualifié la certification des comptes du régime des militaires.

En revanche elle n'adhère pas à celle de donner à l'agent comptable de la CNAMTS compétence pour valider des écritures comptables de la CNMSS.

En effet cette compétence implique un pouvoir de contrôle sur les opérations de recettes et de dépenses de l'organisme qui ne paraît pas compatible avec le statut de la caisse nationale militaire de sécurité sociale, établissement public national à caractère administratif doté de l'autonomie juridique et financière pour la gestion du régime spécial des militaires qui lui a été confié.

La CNMSS possède un comptable public chargé de la tenue des comptes de l'établissement et de l'élaboration du compte financier soumis à l'approbation de ses autorités de tutelle et sa gestion financière et comptable est placée sous la surveillance d'un contrôleur d'Etat et de la Cour des comptes.

En sa qualité d'établissement public national chargé du régime spécial d'assurance maladie maternité des militaires, la CNMSS paraît pouvoir garantir sous sa propre responsabilité la fiabilité et la qualité de ses comptes qui feront par ailleurs l'objet d'une certification externe, conforme aux préconisations du haut conseil interministériel des comptes des organismes de sécurité sociale, en vue de leur intégration dans les comptes consolidés de l'assurance maladie maternité.

REPONSE DE LA CAISSE D'ASSURANCE VIEILLESSE, INVALIDITE ET MALADIE DES CULTES

De par la loi, la CAVIMAC est « une caisse à compétence nationale » qui de ce fait juridique devrait normalement faire l'objet d'une certification des comptes autonome par un commissaire aux comptes ou toute autre autorité extérieure à l'institution sécurité sociale.

Or si l'argument de l'intégration financière est premier pour justifier une vision différente, ceci signifie que les opérations de « validation » des comptes de la CAVIMAC devraient être confiées aux deux caisses nationales (CNAMTS et CNAVTS) intégrant la totalité des comptes de la CAVIMAC dans leur comptabilité.

D'un point de vue technique, il y a lieu d'indiquer qu'il semble malaisé de confier cette responsabilité à deux caisses nationales dont les réseaux n'incluent pas la CAVIMAC.

S'agissant de l'examen annuel des comptes de la CAVIMAC, il convient de s'interroger sur les compétences respectives des deux organismes sur les domaines de l'action sociale, de la gestion administrative et du recouvrement des cotisations qui sont reversées à l'ACOSS par convention.

Chapitre X - Des comptes aux prévisions

REPNSE DE LA DIRECTION GENERALE DU TRESOR ET DE LA POLITIQUE ECONOMIQUE

1/ Le partage des responsabilités dans la réalisation des comptes de la sécurité sociale et des prévisions est une question importante : sont en jeu la sincérité des prévisions, et également la possibilité que s'exerce une contre-expertise des prévisions du Gouvernement. Dans ce contexte, le rôle du secrétaire général de la commission des comptes s'avère crucial.

La comparaison avec la commission économique de la nation a de ce point de vue ses limites. Dans le cas de la CEN, le problème de l'indépendance du secrétaire général ne se pose pas de la même façon que dans le champ de la sécurité sociale, dans la mesure où le débat est organisé à un double niveau (groupe d'experts, commission économique), il existe un marché des prévisions privées et la comparaison avec le consensus des économistes fait sens.

Dans ce cadre, le rôle du secrétaire général de la nation consiste à présenter les prévisions du Gouvernement, qui font l'objet d'un débat contradictoire. Il est difficile de concevoir une transposition immédiate de ce mode de fonctionnement dans le champ de la sécurité sociale : il n'existe pas de prévisions « indépendantes » relatives aux comptes de la sécurité sociale. Cette observation emporte deux conséquences :

- dans ce contexte, le secrétaire général joue un rôle tout à fait essentiel, et la loi du 13 août 2004 renforce son indépendance et son pouvoir de contre-expertise ;

- la proposition de la Cour de créer un « groupe technique » gagnerait à être précisée, notamment par l'esquisse d'une composition de ce groupe : présence des administrations, des caisses, d'experts réputés indépendants (et si oui lesquels)...

2/ S'agissant de l'analyse des comptes rétrospectifs, les propositions formulées par la Cour sont bienvenues.

- le renforcement de la mission de la MCP à l'ensemble des régimes obligatoires de base ;

- une meilleure articulation avec la mission de certification des comptes qui incombe à la Cour (loi organique sur les LFSS) ;

- la nécessité d'accroître les efforts de lisibilité et de transparence des différents concepts comptables. S'agissant de l'articulation entre les états comptables et les concepts de la comptabilité nationale, les propositions formulées par la Cour vont d'ailleurs dans le sens d'une demande formulée par Eurostat de disposer de tables de passage.

3/ Sur les critiques et les recommandations de la Cour pour développer les prévisions.

a) Sur l'analyse de la Cour concernant la méthodologie de prévision

Les prévisions de finances sociales sont en effet réalisées :

- en incorporant au maximum l'information disponible : information conjoncturelle, évolutions démographiques, contexte institutionnel et réglementaire pour les prestations ; on ne peut donc dire que les méthodes de prévision « reposent le plus souvent sur la poursuite des tendance récentes, ajustées pour tenir compte des changements prévisibles, et notamment l'impact des mesures nouvelles » ;

- en s'appuyant sur des hypothèses fines, notamment sur les recettes (distinction des différentes assiettes et catégories de revenu) ;

- en s'interrogeant sur d'éventuels changements de comportement que les politiques publiques mises en œuvre pourraient susciter. En ce qui concerne l'évolution des recettes de tabac, il y a toujours une réflexion approfondie sur l'élasticité, même si l'élasticité ex post a été plus élevée que prévu.

Au final, la seule proposition formulée par la Cour est qu'il faudrait davantage prendre en compte « les liens entre l'évolution des revenus et de l'activité et certaines dépenses, de soins notamment, en s'appuyant sur des travaux qui se sont multipliés ces dernières années dans ce domaine ». Il serait utile de citer les travaux en question. D'autre part, les études en question montrent souvent que l'évolution des dépenses de soins est davantage à relier à des facteurs d'offre qu'aux fluctuations conjoncturelles de la demande.

b) Sur l'affichage de variantes dans le rapport de la CCSS.

Cette demande est certes légitime pour cerner le degré d'incertitude qui entoure les comptes sociaux. La confection de variantes dans le rapport de la CCSS est cependant à mettre en rapport avec son coût en termes de moyens humains. Il est à tout le moins toujours utile de rappeler la sensibilité des comptes aux principales hypothèses (masse salariale, prix).

Il est à souligner que le secrétaire général de la CCSS dispose d'ores et déjà de la possibilité de s'exprimer dans le rapport sur les risques qui entourent la prévision.

La CCSS pourrait surtout renforcer son rôle dans l'expertise des comptes et des prévisions, en réalisant de façon plus systématique des retours sur les prévisions, pour expliquer les écarts et les erreurs de prévision. Elle pourrait également renforcer son rôle pédagogique, en explicitant davantage les hypothèses qui sous-tendent les prévisions.

4/ Il ne va pas de soi d'étendre la fonction de prévision de la CCSS aux perspectives pluriannuelles.

La discussion de prévisions de finances sociales en commission des comptes, avec un horizon pluriannuel, pose clairement un problème de compatibilité avec la préparation des programmes de stabilité. Il ne s'agit pas là de problèmes techniques relatifs à la faisabilité des exercices, mais de questions de principe : la préparation du PLFSS et la programmation pluriannuelle des finances publiques sont deux exercices de nature très différente, même s'ils reposent tous deux sur des prévisions nécessitant des hypothèses d'environnement macroéconomique et de comportement.

Dans la préparation du PLFSS, à la réunion de la CCSS de septembre, le secrétaire général de la CCSS présente des prévisions tendanciennes. Le ministre en charge de la sécurité sociale présente, le cas échéant, les mesures du PLFSS, leur impact sur les comptes, et la prévision officielle relative aux comptes de la sécurité sociale.