

RÉPONSES DES ADMINISTRATIONS

ET DES ORGANISMES

PREMIERE PARTIE
CHAPITRE I
LES DEPENSES DE LA SECURITE SOCIALE

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE

Le rapport annuel de la Cour des Comptes procède à une analyse de l'évolution des dépenses de santé, notamment au regard des objectifs retenus par le Parlement, et en axant davantage ses développements sur les postes de dépenses qui ont connu une augmentation particulièrement marquée.

Une analyse affinée des dépenses de santé

La CNAMTS pour sa part a souhaité également apporter aux parlementaires et au-delà, aux différents acteurs de la santé, un éclairage détaillé sur l'évolution des dépenses de santé et l'analyse des facteurs explicatifs des constats ainsi dressés. Pour la deuxième année, la CNAMTS a ainsi rendu public son « rapport sur l'exécution de l'ONDAM ». Ce faisant, la CNAMTS rend compte de l'utilisation faite des sommes consacrées par la collectivité à l'assurance maladie, propose une mesure de l'impact des actions qu'elle conduit pour une meilleure régulation de la dépense et prolonge l'analyse de l'évolution des dépenses à laquelle elle procède, chaque mois, dans ses « points de conjoncture », à l'occasion de la publication de ses statistiques de dépenses. Elle propose ainsi une synthèse de ses travaux en termes de bilan et de perspective d'action. C'est dans ce cadre qu'une analyse de l'écart entre prévision et réalisation de l'ONDAM peut trouver sa place.

La CNAMTS partage très largement les préoccupations de la Cour au vu de l'évolution des dépenses des quatre secteurs que la Cour a retenus pour des développements plus approfondis (les produits et prestations inscrits sur la LPPR, les arrêts de travail, les transports des malades et les affections de longue durée), complète dans un autre chapitre par l'analyse des dépenses de médicaments.

Ces quatre thèmes figurent d'ailleurs parmi ceux qu'elle a retenus pour mettre en œuvre des plans d'action de régulation et de contrôle, engagés dès le début 2003 pour les arrêts de travail, et autour desquels l'ensemble du réseau de l'assurance maladie a été appelé à se mobiliser et dont on a pu au demeurant percevoir les premiers effets en 2004, notamment par exemple sur les prescriptions d'arrêts de travail.

Les affections de longue durée

S'agissant des ALD, la CNAMTS a été la première à attirer l'attention sur l'importance que cette question revêtait, d'abord en analysant l'augmentation continue du taux de prise en charge des soins (points de conjoncture de septembre 2002 et janvier 2003), puis en analysant spécifiquement ces dépenses particulières (point de conjoncture n° 13, rapport sur l'exécution de l'ONDAM 2002 – octobre 2003, rapport sur l'exécution de l'ONDAM 2003– juin 2004) enfin, en analysant l'impact du vieillissement de la population sur la consommation médicale (points de conjoncture de juillet et novembre 2003). On peut également mentionner les informations détaillées qui ont été fournies par la CNAMTS au Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, fin 2003 sur cette question.

S'agissant de la mention du numéro de l'affection de longue durée dont peut souffrir un patient, la CNAMTS a demandé à la CNIL de l'autoriser à enrichir avec cette information (le numéro de l'ALD et la pathologie codifiée correspondante) l'échantillon d'assurés sociaux (EPAS) qui lui sert au suivi des comportements de consommation médicale. Cette autorisation permettra non seulement de connaître les coûts directs de chaque affection, mais aussi de suivre l'évolution des pratiques médicales correspondantes. Parallèlement, les données du SNIIR-AM qui sont rendues anonymes comporteront cette information et permettront ainsi de mesurer le coût d'un parcours de soins ou d'une pathologie.

En ce qui concerne le « stock » de personnes atteintes d'une ALD dont la Cour mentionne qu'il n'a pas été réexaminé depuis 1994, il faut préciser que le nouvel outil informatique décisionnel du service médical -Hippocrate, en cours de déploiement- permettra à partir du second semestre 2004 d'effectuer et de publier annuellement un état statistique des assurés atteints de l'une des 30 affections de longue durée.

Il est certain que l'impact de certaines de ces actions de régulation était, comme la Cour l'a mentionné, entravé dans leur aboutissement par l'absence de dispositif juridique permettant de sanctionner les professionnels auteurs d'abus ou ne respectant pas les référentiels réglementaires ou médicaux. La loi sur l'assurance maladie qui vient d'être adoptée par le Parlement répond à cette carence qui, dans l'attente, n'avait pas empêché la CNAMTS de mettre en œuvre les leviers d'action dont elle disposait d'ores et déjà.

L'objectif du *plan d'action de l'assurance maladie sur les ALD* est de maîtriser l'évolution de ces dépenses tout en garantissant une prise en charge médicale optimale. Il s'agit notamment de sensibiliser et

responsabiliser, à titre expérimental et pour certaines affections, les malades atteints d'une ALD en leur demandant de signer un document témoignant d'un engagement de leur part à se conformer aux prescriptions de leur médecin, vérifier que les soins prescrits sont conformes aux recommandations médicales existantes et que la réglementation est respectée (seuls les soins liés à l'ALD doivent être inscrits au titre des actes remboursés à 100 %). Pour cela, l'assurance maladie effectuera notamment un contrôle approfondi des protocoles de diagnostic et de soins (PIRES) remplis par le médecin à l'occasion de la demande de prise en charge à 100 % à partir du second semestre 2004.

Les transports sanitaires

Les développements de la Cour (in "des facteurs de hausse incomplètement identifiés") relativisent l'effet de l'augmentation des personnes en ALD et celui du vieillissement de la population sur les dépenses de transports. La CNAM, pour sa part, note que la part des dépenses de transport consacrées à des personnes en ALD est très importante (point de conjoncture de mai 2003).

Les prescriptions hospitalières, et notamment les prescriptions de transports faites par des praticiens hospitaliers, ont fait l'objet chaque année depuis 1998 d'une analyse annuelle établie avec le concours de la DHOS, par catégorie et par région d'établissements (et même par établissement). Ces données sont envoyées par circulaire aux échelons régionaux. On peut regretter que ces analyses rencontrent peu d'échos au plan régional, car c'est d'abord au plan régional que des explications peuvent être trouvées à la progression des prescriptions faites par certains établissements.

Le plan d'action de l'assurance maladie sur les transports sanitaires vise à mieux adapter les prescriptions de transports à l'état de santé du malade, en privilégiant chaque fois que cela est possible les transports assis, moins coûteux. Il a pour objectif de sensibiliser et de responsabiliser d'une part les prescripteurs -et un référentiel de prescription a été élaboré et leur a été diffusé via un accord de bon usage de soins- ; d'autre part les assurés par des actions de communication et enfin les transporteurs via un dispositif de certification et de coordination des soins lors du transfert des patients aux urgences. Outre les contrôles auxquels elle procède, la CNAMTS a signé, comme l'indique la Cour, un Acbus avec les généralistes en septembre 2003 à propos de la prescription de transport, institué une relation personnalisée entre les délégués de l'assurance maladie et les médecins pour les accompagner dans cette démarche.

Une action auprès des professionnels, des établissements de santé, principaux prescripteurs de transports sanitaires, est en cours. La CNAMTS se félicite à cet égard de voir l'une de ses demandes récurrentes aboutir aux termes de la dernière loi relative à l'assurance maladie qui prévoit un dispositif particulier aux établissements hospitaliers des accords de bon usage des soins qu'elle élabore dans le cadre de la médecine de ville. Par ailleurs, l'assurance maladie a engagé dans le cadre de ce plan, des contrôles ciblés renforcés.

Les produits et prestations de la LPPR

En ce qui concerne les éventuelles différences entre le tarif de remboursement et les prix limites de vente de ces produits et prestations, la CNAMTS, par la voix de son Conseil, a demandé de façon constante aux pouvoirs publics d'utiliser la possibilité qu'ils ont de fixer les prix limites de vente par arrêté en sorte de rendre les tarifs de remboursement opposables aux fournisseurs.

Par ailleurs, des études du service médical dont certaines ont fait l'objet d'une publication nationale via l'édition annuelle des « Faits Marquants » mettent en évidence les écarts entre les pratiques de prescriptions de ces produits et les indications de la LPPR. Par ailleurs, l'adoption dans le cadre de la toute récente loi sur l'assurance maladie d'une disposition permettant de rendre les indications médicales « opposables » au prescripteur facilitera l'action de l'assurance maladie.

Dans le cadre du *plan d'action de l'assurance maladie sur les produits et prestations inscrits à la LPPR*, la CNAMTS prévoit de développer des supports de communication d'aide à la prescription des dispositifs médicaux en collaboration avec l'AFSSAPS et les partenaires conventionnels, d'introduire la prescription des produits relevant de la LPPR dans les thèmes de formation médicale conventionnelle...ceci dans l'optique notamment de former et informer le médecin à la prescription précise des dispositifs médicaux implantables. Le but est d'améliorer la qualité des prescriptions, rendues difficiles face à la complexité des produits disponibles (plus de 50 000 produits). Il est prévu de mettre en place les outils d'analyse adaptés à partir du codage de ces produits qui devrait être mis en œuvre à l'automne 2004 et qui permettra d'organiser réellement les contrôles opérés par l'assurance maladie.

Les arrêts de travail

Dans le cadre du *plan d'action de l'assurance maladie sur les arrêts de travail* et pour diminuer le nombre d'arrêts de travail non justifiés médicalement, l'assurance maladie a développé en particulier ses contrôles sur les arrêts de courte durée. Les contrôles se concentrent, en fonction des contextes régionaux et locaux, sur les arrêts de courte durée

et fréquents dont la justification médicale est particulièrement contrôlée, sur ceux de plus de trois mois pour lesquels l'objectif est aussi d'améliorer le suivi des arrêts de travail de longue durée afin notamment de prévenir la désinsertion sociale et professionnelle ou chez les assurés de plus de 55 ans.

La Cour affirme qu'il n'y a pas de procédure nationale automatisée homogène en ce qui concerne les arrêts de longue durée : la CNAMTS a mis en œuvre une enquête visant à optimiser le délai de signalement de ces arrêts et a prévu la mise en place d'une procédure nationale unique de ciblage des arrêts de travail de longue durée dans le cadre de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale. Les résultats seront disponibles au second semestre 2004. A la suite des premiers résultats de cette enquête, le contrôle est désormais effectué de façon systématique à l'issue du deuxième mois.

Au-delà de ces quatre thèmes, les plans d'action portent également sur les analyses de biologie médicale, les médicaments, la chirurgie ambulatoire et le recours contre tiers.

Au fil de son rapport, la Cour met en évidence les limites actuelles des actions de régulation du système de soins et des dépenses de l'assurance maladie. La CNAMTS partage pour une part ce constat même si celui-ci n'a pas été un obstacle à la mise en œuvre d'actions de régulation particulièrement ciblées sur les postes de dépenses dont l'augmentation est préoccupante ni à la recherche d'une implication accrue des professionnels et des assurés dans ces démarches. Les outils et dispositifs inscrits dans la loi relative à l'assurance maladie, reprenant d'ailleurs souvent les expériences ou propositions engagées par l'assurance maladie au cours des dernières années, viennent conforter celle-ci dans ses choix et devraient en accroître notablement les effets

REPONSE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE- HOPITAUX DE PARIS

L'insertion transmise indique que la région d'Ile-de-France bénéficie d'une augmentation de dotation supérieure à celle de la moyenne en métropole et que cela est essentiellement imputable à l'AP-HP « qui a bénéficié en 2003 d'une première tranche de soutien de 35 M€ dans le cadre du plan de retour à l'équilibre, et qui est en outre traditionnellement destinataire d'enveloppes conséquentes au titre des mesures de santé publique et des innovations thérapeutiques ».

Il en est conclu que « la forte progression de dotation dont a bénéficié l'AP-HP en 2003 a très précisément annulé l'effort de péréquation opéré à son détriment entre 2001 et 2002 ».

S'agissant des enveloppes attribuées par le ministère au titre des mesures de santé publique et des innovations thérapeutiques, je tiens tout d'abord à rappeler qu'elles ont pour objet de financer des actions précises pour la mise en œuvre desquelles l'AP-HP ne dispose que de faibles marges de manœuvre.

Par ailleurs lorsque l'AP-HP se voit attribuer une part de ces enveloppes supérieure à son poids relatif dans l'hospitalisation publique en France, c'est toujours en raison des sujétions particulières qui lui incombent en matière de santé publique ou de recherche : la taille et l'implantation géographique de notre établissement amènent en effet l'Etat à nous confier des responsabilités particulières dans ces domaines qui donnent fréquemment lieu à l'attribution d'enveloppes de crédits « fléchés ».

Ces missions d'intérêt général qui incombent à l'Assistance-Publique – Hôpitaux de Paris, donneront d'ailleurs lieu dans le cadre de la tarification à l'activité, à des financements spécifiques.

Concernant le rebasage de 35 M€ dont nous avons bénéficié en 2003 il est souligné qu'il constitué la contrepartie d'un effort d'économie important de l'établissement qui devra réaliser 240 M€ d'économies structurelles entre 2004 et 2007 afin de rétablir l'équilibre de ses comptes.

Cet effort de réduction de nos coûts permettra également à l'AP-HP de se préparer à la montée en puissance de la tarification à l'activité qui réduira chaque année nos recettes de près de 30 M€

Le plan de redressement de l'AP-HP a été entériné par un courrier du 30 septembre 2003 adressé par le ministre en charge de la santé à la directrice générale et fait l'objet d'un suivi par un comité qui se réunit plusieurs fois par an et auquel participent nos administrations de tutelle. Ce comité de suivi a pour mission de veiller à la bonne réalisation des économies prévues, les tranches ultérieures du rebasage envisagé par l'Etat étant conditionnelles.

L'observation selon laquelle la région Ile-de-France aurait bénéficié d'une augmentation de dotation supérieure à celle de la moyenne en métropole ne s'applique qu'à la seule année 2003.

Pour l'ensemble de la période sous revue, l'écart moyen annuel est de 0,82 % au détriment de l'AP-HP par rapport aux régions autres que l'Ile-de-France, soit au total près de 6 % en 7 ans.

CHAPITRE II

LE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE

REPONSE DE LA DIRECTION GENERALE DE LA COMPTABILITE PUBLIQUE

En ce qui concerne les contrôles de l'Etat cotisant, le rapport relève des défaillances dans le versement des cotisations sociales relatives aux agents pluri-actifs, imputables, d'une part à un manque de connaissance des services ordonnateurs des conditions d'emploi de ces personnels, et d'autre part, à une nomenclature budgétaire inadaptée.

Sur la connaissance des situations de cumuls des agents titulaires, la mise en place du régime de retraite additionnel des fonctionnaires va sans doute permettre de faciliter les procédures de consolidation entre les employeurs publics (art 11 du décret n° 2004-569 du 18 juin 2004 relative à la retraite additionnelle de la fonction publique) et rendre plus systématique le contrôle des cumuls par les services gestionnaires.

S'agissant des imputations budgétaires, la mise en œuvre de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) nous impose de revoir d'ici janvier 2006 les nomenclatures budgétaires associées à la paye ainsi que les dispositifs d'imputation. Cette opération va permettre une rationalisation des ventilations budgétaires et devrait faciliter et rendre plus efficace le travail de contrôle des gestionnaires.

En ce qui concerne le respect de la réglementation des cotisations sociales, la question des agents pluri-actifs ou occasionnels est dans le périmètre du groupe de travail installé avec l'ACOSS, la direction de la sécurité sociale et la direction du budget sur le contrôle de l'Etat cotisant public. La Cour des comptes est d'ailleurs invitée à participer à ses travaux.

Ce groupe de travail s'inscrit dans la mise en œuvre des nouvelles dispositions de l'article 74 de la loi de financement pour la sécurité sociale (LFSS) pour 2004. Cet article a élargi le périmètre de contrôle des URSSAF aux services déconcentrés de l'Etat, la Cour des comptes conservant sa compétence pour les administrations centrales.

Ses travaux portent sur trois axes essentiels :

- examen et validation technique des applications de dépenses de personnel (application PAYE) du Trésor public par l'ACOSS, en coordination avec les travaux similaires menés par la Cour des comptes (1^{ère} chambre) dans le cadre de la préparation de la certification des comptes de l'Etat ;

- analyse des procédures déclaratives et normalisation des pièces justificatives (recensement des informations disponibles chez les gestionnaires et chez les comptables) ;
- détermination d'une doctrine et d'une méthodologie des contrôles sur places.

Trois ateliers sont donc constitués à cette fin, associant également des services gestionnaires (ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et ministère du travail, de l'emploi et de la cohésion sociale) et comptables (services liaison rémunération du Trésor public). Deux régions d'expérimentation (Bourgogne et Franche-Comté) sont retenues, avec un début de mise en œuvre envisagée pour le dernier trimestre 2004.

Au-delà de ces remarques d'ordre général, j'indique à la Cour que les éventuelles difficultés concernant les agents contractuels sont de nature et de portée différentes selon les procédures de gestion mises en place. Il convient ainsi de distinguer la procédure de paye sans ordonnancement préalable (PSOP) de celle s'effectuant selon le schéma classique d'ordonnancement (ou de mandatement) préalable.

S'agissant de la procédure de paye sans ordonnancement préalable (PSOP) la liquidation est effectuée par le Trésor public sur la base des informations (ou mouvements de paie) saisies ou communiquées par interface automatisée par les gestionnaires.

Dans le cas d'une procédure en PSOP, les traitements et les contrôles sont automatisés et intégrés à l'application elle-même :

- les traitements conduisent systématiquement à l'établissement des déclarations fiscales ;
- en ce qui concerne les contrôles, l'informatisation des relations entre le gestionnaire et le Trésor public et l'existence d'une transaction de contrôle des doubles prises en charge d'agents limitent les risques d'anomalies en matière de calcul des prélèvements sociaux ;
- sur le détail des versements effectués auprès des URSSAF, le Trésor public adresse, pour les agents non titulaires des bordereaux récapitulatifs de cotisations (BRC) magnétiques dont le détail est conforme aux directives de l'ACOSS fixées par référence au cahier des charges de son application nationale de recouvrement, SNV2.

S'agissant de la procédure de paie après ordonnancement (hors PSOP), les interventions du comptable s'exercent selon des modalités différentes : la liquidation (et donc le calcul des cotisations sociales) est effectué sous la responsabilité de l'ordonnateur ; les contrôles du

comptable s'appuient sur le dossier de mandatement transmis par l'ordonnateur ; les documents justificatifs (déclaration fiscale et état liquidatif des cotisations transmis aux URSSAF) sont établis par les services gestionnaires.

*REPONSE DE LA DIRECTION GENERALE DE L'ADMINISTRATION
DU MINISTERE DES AFFAIRES ETRANGERES*

La Cour relève que « dans certains cas, les déclarations fiscales ne sont pas émises (formateurs et membres de jury) » et que « certaines indemnités versées ne supportent aucun prélèvement social (médecins et infirmiers vacataires) ». Ces éléments appellent de la part du ministère des affaires étrangères les observations suivantes :

- les prélèvements sociaux sont effectués normalement sur les indemnités versées aux médecins et infirmiers vacataires du ministère.
- les indemnités versées aux formateurs et membres de jury qui sont agents publics et dont les indemnités transitent par le système de paye font l'objet de déclarations fiscales émises par le trésorier payeur général pour l'étranger.
- le problème se pose donc pour les personnes qui ne sont pas agents du ministère ni agents publics et est en voie d'être résolu, par catégories d'agents concernés. D'ores et déjà, ce ministère n'a plus de relations directes avec les interprètes de l'OFPRA, mais avec un prestataire des services émettant des factures. Cette même solution est envisagée pour les interprètes auxquels ce ministère fait appel, qui devraient se constituer en entité juridique agissant comme prestataire de services. Le réexamen de la procédure applicable aux formateurs et jurys de concours est engagé sur la base des observations de la Cour.

*REPONSE DE LA DIRECTION DE L'ADMINISTRATION GENERALE
ET DE L'EQUIPEMENT DU MINISTERE DE LA JUSTICE*

Le rapport de la Cour des comptes sur la Sécurité sociale pour 2004 appelle de la part du ministère de la justice les observations suivantes:

S'agissant des collaborateurs occasionnels des services judiciaires, le système de précompte des cotisations sociales a été modifié par un arrêté du 21 juillet 2000 entré en vigueur le 1er août 2000 qui a institué un régime de mensualisation.

A ce jour le décret n'est pas appliqué par les juridictions car la situation de certains collaborateurs visés par ce texte pose difficulté quand il s'agit pour l'Etat de verser des cotisations patronales et de précompter des retenues salariales alors même que pour ces collaborateurs aucune dépense n'est réalisée par l'Etat. C'est le cas des gérants de tutelle qui sont rémunérés directement sur le patrimoine de l'incapable protégé, sur la base d'une ordonnance du magistrat concerné. La réforme du droit des tutelles, qui est actuellement en cours, devrait régler cette difficulté en créant un statut particulier, celui de délégué à la protection des majeurs protégés.

Par ailleurs, ce système de mensualisation est particulièrement difficile à mettre en place pour des actes des collaborateurs occasionnels qui sont par nature individualisés en matière de frais de justice. En effet, les collaborateurs établissent des mémoires et le calcul des cotisations constitue un élément à part entière du mémoire de frais. Il n'est pas possible, dans ces conditions, de reporter à un autre moment que celui de la taxation ou de la certification la liquidation des cotisations patronales ou cotisations salariales, ce qu'implique le système de la mensualisation.

Le cas des experts s'oppose particulièrement au regroupement des mémoires. En matière civile, la consignation à la charge de l'une des parties doit englober la cotisation patronale, le paiement tant de l'expert que des cotisations s'effectuant sur un compte spécifique. L'expert pouvant aussi intervenir sur le plan pénal, l'état actuel de la réglementation en matière de frais de justice ne permet pas d'envisager l'établissement d'un bordereau récapitulatif mensuel.

De plus, le dispositif détaillé par l'arrêté du 21 juillet 2000 est complexe en raison du grand nombre de situations qu'il envisage puisque les régimes de cotisations sont différents selon la catégorie du collaborateur (régime de cotisations forfaitaires ou d'assiettes forfaitaires calculées à partir de tranches multiples).

Ainsi, il apparaît que le système du prélèvement des cotisations à l'acte est simple du point de vue de la pratique et efficace d'autant qu'aucune disposition n'oblige les collaborateurs occasionnels à effectuer des regroupements mensuels des mémoires par juridiction.

Enfin, il est à préciser que la direction des services judiciaires a demandé en septembre 2002 au ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, qui a donné son accord de principe le 27 février 2003, de procéder à une modification du régime de précompte des cotisations des collaborateurs occasionnels en substituant au régime de mensualisation actuellement en vigueur un prélèvement à l'acte, seul

système compatible avec le régime actuel du paiement des frais de justice.

Par ailleurs, le ministère continue de suivre en interne ce dossier. Toutefois, la question semble sans objet pour les services de la protection judiciaire de la jeunesse, ainsi que pour le Conseil d'Etat qui n'a aucune observation à formuler au sujet de votre rapport.

*REponse DE LA DIRECTON DE L'ADMINISTRATION GENERALE
DU MINISTERE DE LA CULTURE*

Les observations suivantes sont à faire en ce qui concerne :

- les agents pluri-actifs.

S'agissant des erreurs relevées par la Cour dans le versement des cotisations sociales des agents pluri-actifs, le ministère de la culture ne conteste pas les défaillances constatées et le caractère perfectible des procédures mises en œuvre au ministère. Ces erreurs ne sont pas dues à la méconnaissance de l'assiette des cotisations applicables, mais au défaut d'informations sur le statut exact des agents recrutés (en particulier pour les personnels étrangers). Les différents services utilisateurs (en particulier les services organisant des certificats d'aptitude ou des diplômes d'Etat) ont été sensibilisés pour qu'ils transmettent ces informations aux services payeurs.

- les personnels occasionnels

Pour les vacataires du ministère de la culture, la Cour a relevé à juste titre que leur nombre était mal connu. le système informatique dédié aux ressources humaines que le ministère utilise (système VIVALDI) ne permet pas en effet de les comptabiliser. Ce défaut sera corrigé dans le nouveau système que le ministère met actuellement en place (système RHAPSODIE). De plus, la mise à disposition du système INDIA EMPLOI en août 2004 par le ministère des finances permet d'ores et déjà de comptabiliser ces emplois a posteriori.

Par ailleurs, le paiement de vacataires par ordonnances directes sur certaines lignes de dépenses contribue aux défaillances constatées sur le calcul des cotisations qui leur sont applicables. Le ministère cherche à étendre leur prise en charge par l'utilisation du système GIRAFE, afin d'obtenir le même encadrement de gestion que celui dont bénéficient les payés de la plupart des agents titulaires ou non titulaires.

CHAPITRE III

L'ORGANISATION COMPTABLE ET LES COMPTES

REPONSE DE LA DIRECTION GENERALE DE LA COMPTABILITE PUBLIQUE

Je tiens à souligner que je partage complètement le souci de la Cour d'améliorer le pilotage de la qualité comptable des organismes de sécurité sociale, en renforçant le rôle des organismes « têtes de réseaux » et de réexaminer simultanément en profondeur les procédures COREC d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale.

La Cour fait observer que les organismes du régime général auraient dû constater un résultat exceptionnel s'agissant du remboursement par la CADES de 50 % des créances provisionnées en 2001. Or, cette opération a été comptabilisé »e par les organismes à un compte de reprise de provision. Cette écriture est bien conforme aux prescriptions du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale.

S'agissant de l'absence de provision constituée par l'ACOSS pour les créances sur l'Etat figurant dans ses comptes, compte tenu de la nature des opérations et des conséquences sur les résultats comptables des branches, il a été effectivement demandé à l'ACOSS de ne procéder à aucun traitement comptable particulier sans accord préalable. Ce dossier devrait être examiné au niveau interministériel, dans le cadre du passage (au 1^{er} janvier 2006) à la comptabilité d'exercice pour l'Etat.

Enfin, je partage tout à fait les observations de la Cour des comptes sur l'absence de provisions de la CNAF et de la CNAV pour els rappels ou indus sur prestations. Une demande en ce sens a été faite à plusieurs reprises par la direction de la sécurité sociale aux organismes concernés, et notamment le 28 octobre 1998 à l'issue de deux années de mise en œuvre de la comptabilité des droits constatés par les régimes, et plus particulièrement pour la CNAF le 30 octobre 2000. Cette dernière lettre demandait que des évaluations soient effectuées au titre des exercices 2001 et 2002 pour mesurer l'impact des provisions sur les comptes de la branche.

CHAPITRE IV

LES ACTIONS DE CONTRÔLE DES COMITES REGIONAUX D'EXAMEN DES COMPTES DES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE (COREC)

I – Les contrôles des COREC en 2003

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

Dans le cadre du rapport de synthèse concernant les contrôles effectués par les COREC, il est indiqué que la CPAM de la Dordogne a fait l'objet d'un avis défavorable en raison du dépassement des dotations allouées pour le *financement des prestations à caractère obligatoire "articles 71-4 et 71-4-1 du RICP" et "cures thermales" prises en charge dans le cadre du budget d'action sanitaire et sociale* de la CPAM. En effet, une partie des dépenses a été comptabilisée dans des comptes d'attente, enfreignant ainsi les règles comptables.

Ce constat ne concerne pas que la seule CPAM de Dordogne et met en évidence la situation paradoxale dans laquelle se trouvent toutes les caisses primaires d'assurance maladie de verser, sans limitation, ces prestations qui ont un caractère obligatoire alors même que les budgets sur lesquels elles sont imputées ont un caractère limitatif.

A tout le moins, faute d'un transfert de ces dépenses sur le risque maladie, il convient de donner à ces crédits d'action sanitaire et sociale un caractère évaluatif dans le budget du FNASS ; à défaut, le problème du financement des dépenses 2004 et des exercices suivants se posera dans les mêmes termes, compte tenu du rythme très élevé d'évolution des dépenses correspondantes, constaté, année après année.

REPONSE DE LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE LA DORDOGNE

Le COREC a fait observer que la Caisse passait à tort les écritures comptables à réception du règlement définitif et non dès l'ouverture du dossier par le service contentieux.

Il s'agit là d'une position prise par le comité régional, les règles de comptabilisation de ces créances n'étant fixées ni par un texte légal, ni par des instructions de la caisse nationale d'assurance maladie. A contrario, le memento pratique Francis Lefèbvre (§ 501) précise que "la créance incertaine ne doit pas être comptabilisée", et que "la créance devient certaine quant à son principe lors de l'échange des consentements". Cet

échange de consentement, rendant la créance certaine, se concrétise, dans le cas des recours contre Tiers, par le règlement partiel ou total.

S'agissant d'une recommandation impérative du COREC, la caisse primaire d'assurance maladie modifiera cependant sa pratique de comptabilisation dans le courant du présent exercice.

II - Sur les dépassements budgétaires en action sanitaire et sociale

Comme pour les autres caisses primaires de France, la caisse primaire d'assurance maladie de la Dordogne applique strictement les consignes reçues de la part de la CNAM, qui a donné pour instruction, faute de financement obtenu du Ministère, de comptabiliser en classe 4 ces dépenses obligatoires.

La solution, soit d'un financement complémentaire, soit d'un transfert de ces dépenses sur le risque, n'est à notre connaissance pas encore arrêtée.

Le ministère de la santé lui-même a expressément validé les consignes données par la CNAM.

REPONSE DU COMITE DE COORDINATION DES CAISSES MUTUELLES COMPLEMENTAIRES ET D'ACTIVITE SOCIALE

Au-delà des progrès généraux pointés par le rapport 2003, le comité de coordination des CMCAS a achevé la mise en œuvre d'une séparation comptable entre les « activités » et les « prestations », nous permettant, à partir de l'exercice 2002/2003, d'obtenir pour le suivi de notre régime mutualiste une attestation d'un commissaire aux comptes.

D'autre part, les opérations de clôture des comptes des CMCAS font l'objet d'un suivi particulier du comité de coordination des CMCAS, afin d'améliorer la cohérence du traitement comptable et les délais de production des comptes de chaque exercice.

Pour guider au mieux les CMCAS, il a été émis une grille méthodologique, support des travaux de fin d'exercice, qui sera contrôlée par le comité de coordination des CMCAS.

Concernant les difficultés signalées pour certaines CMCAS et les quelques sursis à statuer qui subsistent, le comité de coordination des CMCAS effectue des contrôles et rappels mais ne peut se substituer à chaque CMCAS.

*REPNSE DE LA CAISSE MUTUELLE COMPLEMENTAIRE ET
D'ACTION SOCIALE DE PAU*

Sans contester les observations mentionnées, nous tenons à préciser que la CMCAS de Pau s'est engagée depuis début 2002 dans un changement d'organisation visant à la fois à améliorer le service aux bénéficiaires, réaliser des économies de gestion sur les charges administratives et redéfinir les fonctions de chaque agent pour assurer nos missions et obligations.

Depuis le 1^{er} janvier 2004, le nouveau tableau hiérarchique est en place avec la nomination d'un assistant plus particulièrement chargé de l'application des actions correctives liées aux observations formulées dans le rapport du COREC.

Par ailleurs, notre responsable de service assure le suivi de l'ensemble des mesures mises en œuvre depuis octobre 2003 visant à retrouver une conformité dans notre gestion.

Enfin, nous tenons à préciser que les dysfonctionnements constatés concernent des manques de procédure et de formalisation mais en aucun cas il ne s'agit de fraudes financières.

REPNSE DE L'ORGANIC DU PAS-DE-CALAIS

Les écarts comptables observés résultent de la mise en œuvre, dans le régime ORGANIC, du logiciel adhésion-recouvrement-carrières (ACR).

La montée en charge de ce programme informatique a provoqué des discordances sur les comptes cotisants de l'ensemble des organismes de base de notre régime, discordances qui ont depuis fait l'objet de procédures de régularisation initiées et pilotées par la caisse nationale ORGANIC.

Les écarts comptables sur les exercices 2001 et 2002 pour la caisse ORGANIC du Pas-de-Calais ont été ramenés au 31 décembre 2003 à 1 401,13 euros et les dossiers correspondants ont fait l'objet d'un listing actuellement traité au cas par cas par notre centre informatique national.

Depuis le 1^{er} janvier 2003, plus aucune distorsion comptable n'est à relever.

REPONSE DE LA MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE DU CHER

Nous avons prouvé, chiffres à l'appui, que la qualité du service aux usagers n'avait pas cessé de s'améliorer, dans toutes les branches de sécurité sociale que nous gérons, depuis 1999. Nous venons d'ailleurs de créer :

Un nouveau service de conseillers en protection sociale, mis à la disposition permanente de nos adhérents pour les aider à faire valoir leurs droits à prestations.

Un service chargé du contrôle interne, qui vérifie notamment l'efficacité de nos procédures de travail. Dès le mois de septembre, ce service bénéficiera de compétences nouvelles pour assurer une mission de contrôle de gestion.

Nous apportons un soin particulier à tenir notre tutelle informée de toutes les difficultés que nous rencontrons, et de tous les projets que nous menons. Lorsque, très exceptionnellement, des instructions ne peuvent être immédiatement suivies d'effet, nous contactons téléphoniquement le tuteur pour lui en expliquer les raisons.

II – Le contrôle interne dans les CRAM*REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE*

S'agissant du contrôle interne dans les caisses, la CNAMTS a renforcé son implication dans ce domaine et relancé les travaux.

Elle a engagé courant 2003 une réflexion sur la définition d'une méthodologie commune de maîtrise des processus, fondé sur la certification et le contrôle interne : définition des processus de production et des processus support, analyse des risques, définition des objectifs liés au processus et au service ou produit lié à ce processus, élaboration d'indicateurs de suivi, mise en place d'un "plan de maîtrise socle" et dont le respect est obligatoire pour tous les organismes (lesquels peuvent l'enrichir selon leurs spécificités). Chaque plan de maîtrise socle comprend une analyse des risques, la définition des risques prioritaires et nationaux et les moyens de maîtrise et de suivi de ceux-ci (bonnes pratiques, indicateurs, contrôles obligatoires, contrôles facultatifs, outils, compétences utiles). Dans l'attente de la mise au point de ces "plans de maîtrise socles", les caisses doivent élaborer des plans locaux de maîtrise par processus. Des instructions en ce sens ont été diffusées au réseau.

La CNAMTS s'est concentrée en 2003/2004 d'abord sur le domaine de la production compte tenu de l'importance des flux, de leur incidence financière et de la montée de la dématérialisation des échanges.

Elle a fourni aux caisses locales des éléments de réflexion et des outils de travail. Parmi eux on peut rappeler :

- une cartographie nationale des "macro processus" élaborée en concertation avec le réseau durant l'été 2003 et mise à sa disposition courant décembre 2003 ;
- une méthodologie de travail commune "certification et contrôle interne", s'appuyant sur l'analyse des processus de production ou de service ;
- une mise à jour de la circulaire de 1994 relative au contrôle interne: des méthodes de contrôle ont été élaborées courant 2002 /2003 et transmises à la tutelle. Celles-ci prévoyaient des principes de contrôles par processus, ciblés en privilégiant les contrôles après paiements, ainsi qu'une première liste des contrôles nationaux obligatoires. Le ministère ne s'est pas encore prononcé sur ce point ;
- des outils mis à disposition des caisses en 2003 portant notamment sur la détection des doubles paiements (sur les FSE) avant paiement. Celle-ci se faisait essentiellement après paiement à l'aide d'un applicatif dit "paiement multiple" qui continue à exister, l'optimisation de l'utilisation des rejets, la définition d'une liste nationale des rejets portant sur les prestations en nature qui s'imposent aux caisses. La définition d'indicateurs de fiabilité participe aussi à cette démarche. Des guides de bonnes pratiques ont été élaborés : accueil téléphonique et risques maîtrisables, CMU (en cours de finalisation) ;
- enfin des formations à l'élaboration de plans de maîtrise ont été réalisés avec le CNESSS à l'attention des dirigeants et cadres supérieurs des caisses. Elles se poursuivent en 2004.

En ce qui concerne les activités des CRAM et plus particulièrement celles relevant de la branche accidents du travail, la CNAMTS a mis en priorité pour 2004 l'étude des moyens de maîtrise des processus des rentes accident du travail et de la gestion du FCAATA.

Des groupes de travail sont en cours de constitution pilotés par la CNAMTS : ils doivent élaborer un plan de maîtrise socle de ces deux processus d'ici la fin de l'année 2004.

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE

L'ordonnateur de l'établissement public national considère pour sa part, que si des progrès indéniables ont été réalisés au cours des années passées en matière de contrôle et de contrôle interne –ce dont convient

d'ailleurs le rapport- il n'en demeure pas moins que des aménagements et des améliorations doivent être opérées par la caisse nationale sur différents points, rejoignant là aussi les analyses figurant dans le rapport ; ceci concerne à la fois les outils, les procédures et les indicateurs de suivi en matière de contrôle, mais doit aller au-delà pour revisiter certaines des approches qui jusqu'à présent ont été retenues afin de repenser, si nécessaire, certains dispositifs et instruments qui concernent tout autant l'ordonnateur que l'agent comptable. Tel est le cas tant pour l'action sociale que pour la liquidation des prestations de retraites.

Plusieurs chantiers sont actuellement conduits par la caisse nationale qui devraient permettre de remédier à ces insuffisances que ce soit dans le contexte de l'évolution de nos outils informatiques (réaménagement de la fonction contrôle au regard du nouvel applicatif de liquidation de retraite dénommé « outil retraite » - déploiement de l'outil de maîtrise du risque financier) que de l'adaptation de notre politique d'action sociale au regard notamment de l'évolution du cadre législatif environnant.

Ces travaux sont menés dans le souci que les aménagements et évolutions à envisager, intéressant les fonctions liquidation-contrôle et la contrôle interne de la branche retraite puissent être, au mieux, pris en compte pour les années à venir, alors que la caisse nationale est en train de préparer sa nouvelle convention d'objectifs et de gestion 2005-2008.

IV – Les créances prescrites

REPONSE DE LA DIRECTION GENERALE DE LA FORET ET DES AFFAIRES RURALES DU MINISTERE DE L'AGRICULTURE

Le chapitre IV relatif aux actions de contrôle des comités régionaux d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale comporte un développement relatif aux créances prescrites qui appelle les observations suivantes.

La Cour considère que faute d'une réglementation adéquate prévoyant l'apurement des créances prescrites, celles-ci se sont accumulées dans les comptes des organismes de sécurité sociale. Elle recommande pour l'avenir, afin d'éviter que ne se reconstituent des créances prescrites, pour des montants significatifs de clarifier et simplifier les règles relatives à la prescription en intégrant cette préoccupation dans les plans de contrôle interne, en rendant les applications informatiques plus opérationnelles, en réexaminant les règles relatives aux responsabilités respectives des directeurs et des agents comptables, en ce qui concerne le recouvrement et pour le passé, de

fonder les décisions d'apurement à intervenir sur des textes de niveau juridique suffisant.

Le ministre de l'agriculture, de l'alimentation de la pêche et des affaires rurales constate tout d'abord, que les créances prescrites se sont accumulées en raison de défaillances dans la mise en œuvre des actes interruptifs de prescription et non pas faute d'une réglementation en prévoyant l'apurement.

C'est ce constat qui a conduit le comité de pilotage des COREC du 17 juin 2002 à décider d'un thème de contrôle ayant pour objet d'organiser l'apurement exceptionnel de ces créances prescrites déjà provisionnées dans la plupart des organismes après que les auditeurs aient vérifiés la mise en œuvre des diligences garantissant pour l'avenir le non renouvellement des créances prescrites grâce notamment à des procédures informatisées suffisamment sécurisées et une plus grande maîtrise des risques financiers.

Ce thème de contrôle était de nature à aider les autorités de tutelle dans les prises de décisions d'apurement exceptionnel des sommes déjà provisionnées à ce titre, décisions qui ne pouvaient intervenir qu'avec l'avis favorable sans réserve des COREC concernés.

Cette méthode qui avait fait l'objet d'un consensus des partenaires du comité de pilotage des COREC permettait de concilier une triple exigence : clarifier les comptes des organismes de sécurité sociale, donner un caractère exceptionnel à l'apurement et éviter, pour l'avenir, la reconstitution de créances prescrites.

Le ministre de l'agriculture, de l'alimentation de la pêche et des affaires rurales estime que l'instauration d'un dispositif banalisant l'apurement des créances prescrites risquerait d'être de nature à alléger la contrainte qui pèse sur les directeurs des organismes chargés en application de la réglementation de procéder au recouvrement des créances, tant en phase amiable que contentieuse, alors qu'il est au contraire nécessaire de maintenir cette pression.

Pour éviter la reconstitution des créances prescrites, il est préférable, comme le suggère la Cour, de vivement inciter les caisses à parfaire leur dispositif de contrôle interne et à procéder aux développements informatiques de manière à prévenir les cas de prescription par des éditions automatisées des actes interruptifs.

Le réexamen des répartitions des compétences entre directeurs et agents comptables afin d'octroyer à ces derniers des responsabilités nouvelles en matière de recouvrement, responsabilités dont le défaut de mise en œuvre engagerait la responsabilité personnelle et pécuniaire des

comptables, entraîne des conséquences importantes dans l'organisation de la sécurité sociale principalement dans les organismes chargés de concourir à leur financement. Une réflexion devrait être engagée au préalable afin d'en mesurer les effets et d'en comparer les avantages et les inconvénients.

VI – L'examen des effets dans les organismes de sécurité sociale de l'application de la loi d'orientation pour l'outre-mer (LOOM)

REPONSE DE L'ORGANIC /CARBOF/CAVICORG

La CARBOF CAVICORG présente les réponses suivantes aux observations du COREC :

1. Le taux de recouvrement au titre de l'année en cours a atteint 17,3 % en 2003 : cette progression est notamment due au suivi des plans de règlement accordés dans le cadre de la loi d'orientation du 13 décembre 2000 ; en effet, les cotisations en cours doivent être impérativement réglées pour bénéficier des conditions de remise de dettes.

2. Du fait des particularités liées à la gestion des DOM (absence de recouvrement obligatoire jusqu'en 1997 et mise en application à compter de cette date des dispositions du code de la sécurité sociale amenant progressivement à une normalisation du recouvrement), l'analyse du recouvrement passe plus par le montant des cotisations encaissées que par les taux de recouvrement. A cet égard, la progression des encaissements tous exercices confondus est relativement forte en 2003, et déjà supérieure aux objectifs du CPG pour 2005 (9 000 000 €).

| Exercices | 2001 | 2002 | 2003 |
|---------------|------------|-------------|--------------|
| Encaissements | 8 534 027€ | 7 592 396 € | 10 477 508 € |

Ce résultat est le fruit de la reprise du contentieux en 2003 (après la suspension opérée dans le cadre de la loi d'orientation), de l'utilisation de moyens informatiques devenus plus adaptés à la gestion des DOM et de la politique de recouvrement amiable et de communication de la caisse, basée sur l'accueil du nouveau cotisant, le pré-contentieux et l'information relative aux acquis découlant de la loi d'orientation.

3. Les encaissements contentieux ont également très fortement évolué.

| 2001 | 2002 | 2003 |
|-------------|--------------|--------------|
| 266 719,45€ | 156 076,68 € | 331 501,58 € |

L'augmentation des encaissements par les huissiers (112 % en 2003) est le résultat de la reprise de poursuites, de la généralisation des saisies-attribution dans les DOM et de l'envoi de nouvelles contraintes.

4. Le plan d'action contentieux 2004 induit une très forte montée en charge de cette activité.

Il prévoit l'envoi en masse aux huissiers à partir du mois de juin des dossiers débiteurs sur le 1^{er} semestre 2004 et, le cas échéant, des périodes antérieures.

A ce titre, 6 102 contraintes auront été transmises pendant le 1^{er} semestres 2004 (+515 % par rapport à 2003) pour un montant total de 10 587 006 €

Cela ne tient pas compte des actions du même type qui seront engagées au cours du 2^{ème} semestre 2004.

La caisse est donc dorénavant engagée dans un processus effectif de recouvrement contentieux.

REPONSE DE LA CAISSE MARITIME DES ALLOCATIONS FAMILIALES (CMAF)

La situation géographique (la CMAF étant implantée à la Rochelle) n'est en rien dans les résultats de recouvrement de la CMAF. Ceux-ci sont au contraire la conséquence d'une absence de recouvrement constatée au moment du transfert des CGSS vers la CMAF, additionnée à une difficulté évidente pour trouver l'adéquation entre la prise en compte des réelles difficultés de ces professionnels de la pêche et l'application de la LOOM

REPONSE DE LA CANCAVA

S'agissant des effets de la loi d'orientation pour l'outre mer, le rapport observe que la diversité des organismes de sécurité sociale explique les résultats contrastés dans la mise en œuvre de cette loi, et observe que le recouvrement est limité.

A cet égard, la CANCAVA est pleinement consciente de la nécessité d'une amélioration du recouvrement des cotisations dans les DOM. A cet effet, elle a négocié au titre de la convention d'objectifs et de gestion 2002-2005 l'octroi de moyens budgétaires, en vue de mettre en place les procédures de recouvrement amiable et contentieux et de développer son implantation effective dans les DOM.

Il est rappelé que les assurés des DOM ne sont pas gérés par une Caisse AVA de base, mais directement par la caisse nationale via une section spécialisée (article 6 des statuts de la CANCAVA).

Sur place la présence des AVA est effective depuis 1997 sous forme de délégations départementales communes ORGANIC/CANCAVA, suite à un accord conventionnel conclu entre la caisse CARBOF-CAVICORG de l'ORGANIC et la CANCAVA (convention du 1^{er} octobre 2001). Dans ces délégations, des agents ont pour mission de gérer la relation au quotidien avec les assurés ressortissants des deux régimes et d'assurer la représentation locale des Institutions (chambres professionnelles, tribunaux...). Le partenariat établi avec la caisse CARBOF CAVICORG permet de mutualiser les moyens permettant d'optimiser la présence sur place des deux régimes.

La CANCAVA, par ailleurs, a défini un plan d'action en vue de régulariser à compter de 2004 la situation des assurés des départements d'outre-mer en termes de recouvrement. Ce plan envisage l'engagement du recouvrement forcé mais prévoit également que les artisans qui le souhaitent pourront régulariser amiablement leur situation dans le cadre d'un échéancier négocié et adapté à leur situation, pour autant que les cotisations de l'année seront acquittées.

L'objectif de la CANCAVA est d'assurer le recouvrement des risques obligatoires. En conséquence, elle s'est préparée à traiter en 2004 des flux d'activité importants en accroissant les moyens dédiés à cette mission, avec embauche de personnel et réorganisation du travail. Dans un souci d'efficacité, le recouvrement contentieux a été confié au service national de Paris, déjà organisé pour ces opérations.

DEUXIEME PARTIE

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

Le rapport de la Cour s'interroge à plusieurs reprises sur la contribution, qu'elle juge globalement insuffisante, des dépenses de gestion administrative à la résorption du déficit de l'assurance maladie. La CNAMTS estime toutefois que l'importance des gains de productivité

dégagés au sein des activités de production et de remboursement est globalement sous-estimée par la Cour, dans un contexte où la forte croissance des dépenses de soins se traduit aussi par une croissance de l'activité des caisses (+ 5 % par an depuis 2000). En effet, alors même que son activité augmente annuellement de 5 % du seul fait de l'augmentation des prestations et du nombre de bénéficiaires - d'où des effets structurels lourds d'augmentation des coûts - des économies de gestion ont été réalisées. C'est ainsi que le coût de gestion par personne assurée a baissé de 5,1 % en euro constant entre 1999 et 2003.

Par ailleurs, la performance de la gestion s'apprécie aussi à travers la garantie d'un service de base de qualité dont la maîtrise des délais de remboursement ou le développement de la télétransmission des feuilles de soins permettent de prendre la mesure.

Il est toutefois exact que la CNAMTS a préféré, dans un premier temps, privilégier le redéploiement de personnels vers des missions en devenir - comme l'amélioration de la qualité du service rendu aux publics de l'assurance maladie ou le renforcement des outils de la gestion du risque maladie - plutôt que la baisse des effectifs du fait, notamment, du nombre limité de départs en retraite. La Cour reconnaît d'ailleurs elle-même dans son rapport, les progrès accomplis par le réseau maladie du point de vue de la qualité de service rendu à la population, de l'accélération des délais de remboursement de soins, de l'amélioration de l'accueil téléphonique et de l'accueil physique dans les caisses d'assurance maladie. L'avenant de prolongation de la COG qui vient d'être conclu, permet, en garantissant les acquis, de traduire en termes d'orientation les gains de productivité obtenus.

Il n'est pas inutile de rappeler également que 95 % des dépenses de la CNAMTS concernent les dépenses de soins qui constitue au demeurant l'enjeu essentiel de l'actuelle réforme de l'assurance maladie. Les gisements de gains de productivité sont par conséquent plus importants en matière de régulation qu'au regard de ses dépenses de gestion qui ne représentent qu'à peine 5 % de ses dépenses totales (4 % pour la seule branche maladie). Les sommes en cause sont en effet sans commune mesure : les dépenses de gestion de l'assurance maladie s'élèvent en 2003 à 5,955 milliards d'euros, chiffre qui peut utilement être rapproché des 5 à 6 milliards d'euros d'économies potentielles qui pourraient, selon une estimation de la CNAMTS, résulter d'actions de promotion du bon usage des soins, du respect du périmètre actuel des soins remboursables et de la limitation des dépenses inutiles.

C'est au regard de ces enjeux et de leur poids relatif qu'il est infondé -et par ailleurs inexact- de reprocher aux travaux du conseil d'administration de méconnaître les questions relatives aux coûts de

gestion. Compte tenu de l'ampleur des actions à mener en matière de régulation des dépenses et de l'enjeu des partenariats à construire à cette fin, il est normal que le conseil d'administration ait été saisi de ces questions en priorité. Pour autant, il a eu aussi à connaître des orientations de la politique de gestion qui concilie des objectifs d'économies de gestion et l'anticipation des organisations et compétences nécessaires à moyen terme pour une régulation efficace du système de soins.

L'engagement du chantier de longue haleine sur la reconfiguration du réseau, auquel l'ensemble des conseils d'administration a été associé, montre s'il en était besoin que les problématiques liées à l'organisation et la structuration du réseau de l'assurance maladie, n'ont pas été ignorées.

I – Le pilotage de l'assurance maladie doit prendre en compte l'existence de contraintes multiples (budgétaires, juridiques et organisationnelles)

Le conseil d'administration de la CNAMTS a adopté ses orientations stratégiques en décembre 2003. Elles ont été prolongées en mai 2004 par le "projet d'entreprise de l'assurance maladie". Elles ont été reprises pour une première part dans l'avenant de prolongation de la convention d'objectifs et de gestion qui couvrira au plus les années 2004 et 2005 et devraient trouver leur traduction, avec la mise en œuvre de la réforme dans la prochaine convention d'objectifs et de gestion. Ont ainsi été définis des objectifs de l'assurance maladie dont la politique de service vient désormais appuyer sa fonction de régulateur du système de soins. Ils prennent nécessairement en compte tant les contraintes budgétaires que le contexte juridique qui encadrent son organisation.

A cet égard, comme le rappelle utilement la Cour, la CNAMTS ne dispose pas de tous les instruments nécessaires pour mener à bien certains chantiers lourds tels que l'organisation et la structuration du réseau de l'assurance maladie⁷⁹. Ces questions sont d'autant plus complexes pour la CNAMTS qu'on peut noter qu'elle est la seule caisse nationale de sécurité sociale, responsable d'un réseau composé de plusieurs types d'organismes dont les fonctions diffèrent (URCAM, CRAM, CPAM, UGECAM...) et qui déploient des activités très hétérogènes. Il en résulte

⁷⁹ Cependant, elle a mis en place en 2003 une direction des ressources humaines « réseau » pour définir et coordonner la politique des ressources humaines de l'ensemble de l'assurance maladie, en laissant subsister une DRH « établissement public » (DRHEP) pour la gestion des personnels de l'établissement public. Cette dualité limitée, puisque la DRHEP gère les personnels de l'établissement public dans le cadre de la politique définie par la branche, correspond bien à une pluralité des missions de la CNAMTS : le pilotage du réseau et une fonction classique d'employeur d'un établissement public dont le statut juridique est particulier.

intrinsèquement des difficultés accrues, notamment en termes d'évaluation et de définition d'indicateurs pertinents pour suivre la gestion de l'ensemble des organismes qui composent l'assurance maladie. Pour autant un certain nombre d'outils de mesure ont été mis en œuvre dans les différentes structures, et cet effet sera poursuivi.

Ainsi, les CPAM, les CRAM et les CTI disposent de systèmes de comptabilité analytique adaptés à leur activité qui permet de mesurer le niveau et l'évolution de la production et des effectifs y concourant et donc de mesurer le niveau et l'évolution de la productivité.

Les DRSM disposent également d'un système de comptabilité analytique qui permet de mesurer les effectifs affectés par nature d'activité.

Seules les UGECAM, les CGSS et les URCAM sont aujourd'hui dépourvues de tels systèmes de comptabilité analytique. Pour ces deux dernières structures, doivent être élaborés dans le cadre de la prochaine période conventionnelle, des systèmes adaptés à leurs besoins. Les UGECAM, compte tenu de la spécificité de leur activité, relèvent d'autres systèmes qui seront mis en place dans le cadre de la stratégie adoptée en 2003.

Face à l'inexistence d'un indicateur synthétique de productivité pour l'ensemble de l'assurance maladie, la Cour a construit un tel indicateur à partir duquel elle tire des enseignements.

L'indicateur de productivité suscite quelques remarques.

D'une part la Cour a choisi de produire un tableau reflétant l'évolution du coût du bénéficiaire actif pondéré en euro courant, sur une période de sept ans au cours de laquelle, l'indice des prix INSEE a progressé de 8,58 %.

D'autre part, le nombre de bénéficiaires actifs pondérés reflète la répartition de la charge de travail entre les CPAM. Il n'est en rien représentatif du volume d'activité des UGECAM. Son lien avec l'activité des CRAM, des URCAM, des CTI et dans une moindre mesure des CGSS est très indirect.

Enfin, l'enchevêtrement des compétences avec l'Etat, au niveau national et local, n'a pas favorisé la détermination précise des frontières qui délimitent le champ d'activité de la CNAMTS sur lequel son activité propre peut être facilement évaluée. Il suffit de se référer par exemple au champ de la politique du médicament, qui est évoqué ci après : l'assurance maladie peut influencer sur les comportements de prescription par la négociation conventionnelle ou la diffusion de recommandations de bonnes pratiques. Son influence est beaucoup plus diffuse sur la fixation

des prix, la mise sur le marché, etc. Bien plus, cet environnement complexe favorise le jeu des acteurs (professionnels de santé, industrie du médicament...) qui s'efforcent d'utiliser à leur profit toute faille ou dissension entre les décideurs.

1.1 L'assurance maladie et ses relations contractuelles avec l'Etat

A plusieurs reprises, le président du conseil et le directeur de la CNAMTS ont attiré l'attention des pouvoirs publics en 2003 et au début 2004 sur la nécessité d'une conclusion rapide de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion (COG) pour garantir la continuité des missions de l'assurance maladie dans les 200 organismes qui la composent et donner à ces derniers la visibilité nécessaire à l'exercice de leurs missions. Les pouvoirs publics n'ont finalement pas souhaité, malgré les possibilités d'ajustement qui restaient possibles, signer une telle convention à la veille des travaux relatifs à la réforme de l'assurance maladie. Ce contexte particulier fait qu'il est difficile, comme le fait la Cour, de mettre en cause l'absence de signature en temps et heure d'une COG de plein exercice pour la période 2004-2007.

En revanche, pour éviter que ce type de difficulté ne se renouvelle, la CNAMTS, par la voix de son conseil, a souhaité que la loi précise l'obligation d'engager des négociations en vue d'une nouvelle COG six mois au moins avant la venue à échéance de celle en cours de validité. Cette proposition est motivée par le souci d'éviter toute discontinuité contractuelle. Il est souhaitable aussi, comme le suggère la Cour de prolonger à 5 ans la durée de la convention, pour limiter la fréquence des risques inhérents à son renouvellement.

La Cour suggère elle-même une autre voie dans son rapport, lorsqu'elle suggère de distinguer explicitement deux exercices :

- la définition des engagements et orientations que les branches se fixent à elles mêmes, et qui relèveraient d'un "projet de branche" ; outil dont la CNAMTS s'est d'ores et déjà dotée, (cf. ci-dessus) au travers du projet d'entreprise ;
- la COG proprement dite, recentrée sur les seuls enjeux stratégiques, relevant de la responsabilité de l'Etat et formalisant ceux de la délégation confiée à l'assurance maladie.

La CNAMTS approuve cette recommandation qui participe d'une clarification des compétences respectives de l'Etat et de l'assurance maladie ; c'est d'ailleurs dans cette démarche de responsabilité que la CNAMTS s'est dotée en 2004 d'un projet d'entreprise qui a pris la suite du premier projet de branche adopté pour la période 2000-2003.

S'agissant de la branche maladie, pour 2004 et 2005, une solution a été trouvée par la signature d'un avenant de prolongation de la convention d'objectifs et de gestion venue à échéance fin 2003. Il permet d'assurer les conditions de continuité du service public, de donner aux organismes la visibilité budgétaire nécessaire et d'engager les inflexions utiles sans préjuger des résultats de la phase de réforme. Il reprend trois axes prioritaires :

- l'accroissement de l'efficacité de la gestion et l'obtention d'économies dans la gestion du service public ;
- le développement des fonctions stratégiques pour l'avenir en développant, d'une part, le champ des fonctions de régulation de la dépense et de celles attachées au renforcement de la prévention des risques et, d'autre part, en poursuivant l'amélioration de la qualité du service ;
- le renforcement de l'effort d'investissements concernant en priorité l'évolution du système d'information, la gestion de l'immobilier des caisses et la modernisation des établissements de l'assurance maladie.

La CNAMTS s'est par ailleurs organisée pour que les contrats d'engagements avec les organismes puissent -pour le plus grand nombre- être conclus dans les trois mois suivant la signature de l'avenant à la COG. Ainsi que le préconise la Cour, en matière de gestion, la contrainte budgétaire y sera "affinée et resserrée" et intègre pour chacune des années 2004 et 2005 -période de l'avenant- une économie de gestion de 60 millions d'euros. Cette économie ne pourra être réalisée qu'au prix d'un resserrement significatif des coûts de gestion des organismes du réseau. Pour satisfaire à cette contrainte, le réseau de l'assurance maladie tout entier s'impose donc une obligation d'optimisation de son organisation et de développement de la mutualisation des tâches entre les organismes.

En outre, les contrats d'engagements retiennent un nombre limité d'indicateurs portant sur les missions stratégiques de l'assurance maladie (régulation et service) ainsi qu'en matière de management et de pilotage en valorisant la réussite des caisses sur leurs gains de productivité et sur leur performance en matière d'affectation prévisionnelle des effectifs.

De façon générale, les COG et les contrats pluriannuels de gestion (CPG) constituent un levier précieux pour développer des objectifs de productivité et de maîtrise des coûts de fonctionnement. La Cour des comptes reconnaît l'importance des progrès accomplis ces dernières années par le réseau de l'assurance maladie dans l'élaboration d'outils de pilotage et de stratégies de gestion plus performantes. Elle met en cause toutefois les insuffisances de l'outil COG sur la mobilisation des gains de productivité dans la gestion du réseau et son organisation.

Depuis 2000, le volet budgétaire de la COG et des CPG a été marqué par une réelle mise sous tension en dépit du nombre limité de départs en retraite. S'agissant des CPG, il a d'ailleurs été décidé de fixer des contraintes budgétaires et non des objectifs de maîtrise des dépenses de fonctionnement. Ces contraintes budgétaires ont été différenciées en fonction des coûts unitaires de chacun des organismes. Ainsi, plus le coût unitaire était élevé, plus la contrainte budgétaire fixée a été forte.

Lors de la formulation des CPG des caisses primaires, une contrainte significative a été appliquée au taux de remplacement de tous les départs déclarés de 30 % (hors ARTT), ce taux de remplacement étant modulé en fonction du classement de l'organisme (de 100 % à 0 %). Ainsi, le taux de remplacement autorisé a traduit l'effort demandé à chaque organisme ; celui-ci étant, pour l'essentiel, d'autant plus élevé que le coût du BAP était important.

Par ailleurs, il convient de souligner que contrairement à la précédente convention d'objectifs et de gestion, les différentes revalorisations de la valeur du point UCANSS n'ont fait l'objet d'aucune actualisation des dépenses de personnel du FNGA ce qui a ainsi nécessité une gestion prévisionnelle des crédits plus contraignante.

Cette réalité de contrainte budgétaire se confirme par l'étude des résultats comptables des exercices 1999 à 2003. Il est donc excessif d'affirmer qu'il n'y a eu aucune mise sous tension des dépenses de gestion dès la convention d'objectifs et de gestion 2000 - 2003. L'avenant de prolongation de la COG 2000-2003 confirme et accroît les efforts précédemment engagés sur ce plan, notamment en matière de remplacement des départs.

Dans le même esprit, l'amélioration de la productivité a été recherchée en intégrant un objectif stratégique de développement de la dématérialisation des feuilles de soins. Nonobstant le retard observé par rapport à l'objectif initial de 80 % de feuilles de soins électroniques (FSE) au 31 décembre 2003, la montée en charge des FSE a été conséquente. Le taux de FSE est ainsi passé de 7,09 % au 4^{ème} trimestre 2000 à 53,83 % au 4^{ème} trimestre 2003. Il a permis de réduire de 7,6 millions le nombre d'heures de travail dans le seul pôle de production des CPAM.

Enfin, les objectifs de qualité - notamment en termes de proximité et de configuration des accueils - font l'objet d'études approfondies pour en mesurer les coûts et vérifier qu'ils correspondent bien aux attentes des assurés. C'est ainsi que tout en consolidant et en renforçant l'accessibilité aux services, la CNAMTS s'efforce de développer des services plus individualisés. Préalablement, elle effectue des études de volumétrie,

d'adéquation des moyens et d'organisation garante de performance. En amont, elle procède à des enquêtes permettant d'évaluer la performance de ces dispositifs, donc les résultats ont permis de mesurer l'efficacité de cette politique.

1.2 La politique de reconfiguration du réseau de la CNAMTS

La politique de reconfiguration engagée en 2002 se poursuit aujourd'hui par la voie d'actions pilotes régionales. Il convient de noter que l'ensemble des organismes du réseau, dans la diversité de ses composantes a été associé à une vaste réflexion, ouverte et productive, sur l'optimisation de son organisation et de son fonctionnement, fondée sur des options validées par l'expérience.

C'est la raison du lancement des actions pilotes régionales conduites par les acteurs locaux et régionaux, qui permettront de dégager les organisations les plus pertinentes à partir de travaux portant respectivement sur le service, la régulation de la dépense de santé et les risques professionnels.

Cependant, il importe de rappeler que le réseau est composé d'organismes qui disposent d'une autonomie de gestion. Jusqu'à présent, cette démarche et en particulier la mutualisation des actions ne peut progresser que dès lors qu'elles peuvent être menées à bien dans un cadre contractuel avec les organismes du réseau et en s'appuyant sur leur implication et leur collaboration. Elles reposent en effet sur le volontariat des caisses à mettre des moyens en commun pour réaliser des économies d'échelle. Elles supposent en outre souvent -à l'exemple de la mise en place du service national de l'informatique de l'assurance maladie (SNIAM)- de modifier le corpus réglementaire sur lequel repose le fonctionnement des organismes locaux. Le pouvoir d'impulser de la CNAMTS dans ce domaine rencontre aussi des résistances, y compris dans l'environnement interne de l'assurance maladie qui prennent appui sur une confusion entretenue entre la proximité nécessaire à l'accueil des assurés et la proximité du siège de la caisse.

C'est pourquoi la CNAMTS se félicite les compétences nouvelles qui lui sont accordées aux termes de la loi relative à l'assurance maladie qui vient d'être adoptée.

Au demeurant estimer, comme le fait la Cour, que la suppression de 32 organismes pourrait générer des économies évaluées entre 64 et 96 millions d'euros est un calcul purement théorique qui risque d'être invalidé par les faits.

La réduction des surfaces, donc du nombre d'immeubles ne peut être envisagée que dans le cadre de la politique de service qui a

notamment pour objet de valoriser le lien de proximité avec les différents publics de l'assurance maladie. Considérant que dans les locaux des sièges des caisses dont la Cour propose l'intégration, sont installés des espaces d'accueil du public, la réduction des surfaces serait toute relative. C'est aussi ne pas tenir compte des contraintes liées à la mobilité géographique.

Pour autant, la CNAMTS partage le point de vue de la Cour sur la nécessité de rationaliser le réseau des CPAM. Jusqu'alors, à chaque fois que l'opportunité se présente à l'occasion du départ d'un directeur ou d'un agent comptable, la direction de la CNAMTS a proposé au conseil d'administration des caisses concernées un rapprochement des directions ou agences comptables au sein d'un même département. Il est vrai que ces démarches n'ont connu jusqu'alors qu'un succès timide.

En conclusion sur ce point, la CNAMTS souligne qu'il n'apparaît nullement aussi évident que la Cour le soutient, que la COG Etat/CNAMTS soit le seul et unique levier pour préconiser et mettre en œuvre des évolutions dans la structuration du réseau. Avec la création des UGECAM en 1997 /1999, la CNAMTS a montré sa capacité d'innover et de mener à bien une réforme d'ampleur que nul ne souhaite remettre en cause aujourd'hui et qui sera poursuivie.

Le déploiement des plates-formes de services constitue un autre exemple des capacités d'action et d'impulsion de la CNAMTS. La CNAMTS a prévu la création d'une seule plate-forme par département et le respect de tailles critiques.

La difficulté de gérer des projets de mutualisation de cette ampleur, avec les impacts sociaux et budgétaires qui sont liés, expliquent que les premières mises en œuvre aient concerné d'abord les plates-formes mono-plateau dans un cadre départemental, les projets mutualisés venant à maturation plus tard.

La proportion de plates-formes mutualisées s'accroît significativement et le nombre des bénéficiaires actifs concernés représente 84 % du nombre total de bénéficiaires.

Dans de nombreux organismes, la gestion de plates-formes arrive à une phase de maturité et on peut observer certaines tendances fortes d'évolution des organisations :

- l'élargissement du type d'activités prises en charge par les plates-formes ;
- le développement de démarches pro-actives : proposition systématique de "services plus" aux appelants, campagnes d'appels sortants ;

- la mise en place d'outils de "gestion de la relation au public" (GRC) sur les plates-formes. Ils permettent de connaître l'historique du dossier et d'aider le téléconseiller à gérer les appels à l'aide des modes opératoires. L'offre nationale (Medialog) est en cours de déploiement ;

- la mutualisation des plates-formes au niveau régional : toutes les CPAM de la région Centre sont par exemple en train de se mutualiser. Actuellement, 6 régions ont une plate-forme régionalisée ou en cours de régionalisation : Alsace, Franche-Comté, Limousin, Poitou-Charentes, Centre, Picardie. Ces projets présentent le double avantage d'une économie de moyen et d'une amélioration du service, que ce soit par l'augmentation des amplitudes horaires ou l'homogénéisation des pratiques et modes opératoires;

- l'apparition de plates-formes dédiées à certains publics. Ainsi, les organismes de la région pilote Auvergne ont-ils adopté le principe de la constitution de plates-formes assurés, professionnels de santé et employeurs dans leur région.

L'évolution de ce projet montre que les questions de mutualisation, complexes et sensibles, nécessitent un délai d'expérimentation et de mise en œuvre, garant de leur réussite. Cette politique de mutualisation des moyens est clairement affirmée dans l'avenant de prolongation à la COG.

2- La place de l'assurance maladie dans l'organisation régionale de la santé

La loi relative à l'assurance maladie vient de confirmer le rôle des régimes d'assurance maladie dans l'organisation et la coordination du système de soins et leur mission de régulateur. Cette confirmation vient prolonger les réformes précédentes notamment les ordonnances de 1996 ou plus récemment la loi du 6 mars 2002, qui a étendu les thématiques susceptibles d'être abordées dans les conventions avec les professions de santé et confirmé en particulier l'intervention des partenaires conventionnels sur le champ de l'organisation des soins.

Le rapport du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a d'ailleurs fort opportunément affirmé le caractère indissociable de l'activité de remboursement, de celle qui consiste à peser sur l'organisation des soins : « l'assurance maladie ne peut plus se contenter d'être un simple dispositif de paiement pour des soins qui s'organiseraient seuls. Pour être efficaces, les politiques d'Assurance Maladie doivent nécessairement porter aussi, en concertation avec tous ses intervenants, sur l'organisation des soins ». Dans cet esprit, la CNAMTS ne revendique pas de compétence exclusive. Elle souhaite néanmoins assumer pleinement le rôle d'opérateur de référence pour la

régulation du système de soins et remplir les missions qui ont été confiées par le législateur.

Il semble essentiel à cet égard que les conventions aient et conservent une fonction incitative, pour les assurés comme les professionnels, à une bonne utilisation du système de soins, à la coordination des soins entre professionnels, dont la portée dépasse la seule fonction de fixation des tarifs de remboursement.

Eu égard à l'importance des sommes versées, soit les remboursements aux assurés, soit aux professionnels ou aux structures de soins en cas de tiers payant, l'assurance maladie est en droit de réguler non seulement le tarif des actes qu'elle solvabilise, mais aussi de le faire en fonction de l'utilité médicale des prestations qu'elle rémunère, voire de la pertinence de la prise en charge par la collectivité du recours aux soins. C'est ainsi par exemple que le service médical de l'assurance maladie joue dans le cadre de ses activités courantes, en prenant appui sur le système d'information et le traitement des données issues de la liquidation, un rôle tout à fait irremplaçable dans l'identification des pratiques déviantes au regard des référentiels médicaux, permettant ainsi de prendre la mesure de la non-qualité dans le système de soins et de concourir à l'évaluation de la qualité des soins.

L'assurance maladie souhaite effectivement comme la Cour, une clarification aussi précise que possible des champs de compétence respectifs de l'Etat et de l'assurance maladie. Cela ne met nullement en cause la responsabilité éminente de l'Etat dans la définition de la politique de santé et de ses objectifs comme dans l'évaluation des politiques conduites, au regard du droit constitutionnel à la protection de la santé. L'assurance maladie revendique en revanche toute sa place, dans la mise en oeuvre des politiques de santé et d'assurance maladie, et notamment de maîtrise de la dépense.

Sur le sujet proprement dit de l'organisation régionale, la CNAMTS partage assez largement les constats de la Cour sur l'empilement des structures et l'imbrication de leurs responsabilités. En revanche, la CNAMTS ne partage pas l'affirmation selon laquelle la forme juridique des ARH –le GIP- aurait été choisie pour faciliter l'adhésion de l'assurance maladie à la réforme. Ce choix illustre seulement la volonté d'organiser la complémentarité entre les services de l'Etat et l'assurance maladie qui, continue, au demeurant d'être le financeur des établissements de santé.

La réforme de 1996 a constitué une étape importante dans l'émergence de la région comme échelon majeur du système de santé français, confirmée ultérieurement par nombre d'évolutions sur les plans

législatif et réglementaire. Elle a laissé toutefois la pratique institutionnelle définir, de proche en proche, la nature des liens entre les instances décisionnelles régionales (ARH, URCAM) et le niveau national. De façon délibérée, l'ordonnance de 1996 n'a pas modifié les structures du régime général, bien qu'une part de la compétence des CRAM dans le domaine de l'hospitalisation soit désormais exercée au sein des ARH et que l'ensemble des caisses des différents régimes constitue l'URCAM, sans que le régime général en tant que tel, soit organisé en son sein (sur le modèle de l'ARCMSA). Les réflexions conduites dans le cadre des actions pilotes régionales de l'assurance maladie devraient permettre de faire évoluer le dispositif en ce sens.

Les conditions de mise en place n'ont pas facilité à l'origine les relations entre les caisses locales et les URCAM, d'autant plus que les moyens humains et opérationnels dédiés à la gestion du risque des URCAM sont pour l'essentiel les moyens des caisses qui la composent et du service médical. Les caisses nationales pour leur part, ont sans doute tardé à jouer clairement un rôle de pilotage des URCAM, qui ne leur était pas explicitement imparti par les textes.

Une étape décisive a toutefois été franchie avec les programmes régionaux de l'assurance maladie, élaborés selon une méthodologie nationale, sous la responsabilité de l'URCAM et dans la concertation inter-régimes en région. Les programmes nationaux comportent des méthodologies et des actions appliquées de la même manière et en même temps sur tout le territoire : la marge de manœuvre des régions est en effet réduite sur la conduite de ces programmes dans un souci d'harmonisation et surtout d'efficacité. Ces programmes nationaux ont très souvent fait l'objet d'extensions locales ou régionales complémentaires qui ont permis d'en démultiplier les effets.

Le jugement sévère porté par la Cour sur le bilan des activités des URCAM doit donc être nuancé. Dans le contexte décrit plus haut, les URCAM ont le plus souvent su jouer leur rôle de fédérateur des activités des caisses et des échelons locaux et régionaux du service médical. Les difficultés rencontrées tiennent davantage dans leur capacité à mobiliser les moyens et à concentrer leur action du fait d'un fonctionnement en mode consensuel.

Pour asseoir leur légitimité et leur reconnaissance sur le territoire régional, les URCAM se sont fortement investies dans la réalisation d'études en s'appuyant sur le concours des services médicaux et des services administratifs des caisses. Ces études s'inscrivent dans la mission qui consiste à analyser et agir sur le système de santé dans la région. Les études régionales conduites par les URCAM ont apporté à l'assurance maladie et à ses partenaires une meilleure connaissance de la

situation sanitaire dans la région. Toutefois, plusieurs points faibles peuvent être relevés :

- il est certain que la coordination nationale doit être améliorée : faute de coordination inter-régionale suffisante, il n'est pas rare que les résultats d'études similaires ne puissent être agrégés ;
- par ailleurs, les études conduites sont encore trop peu tendues vers l'adoption de mesures correctrices : si elles mettent en évidence bien des dysfonctionnements, les actions conduites pour y remédier ont souvent une portée limitée ;
- comme le souligne la Cour, la CNAM souhaite que les URCAM orientent désormais leur mission d'étude davantage qu'elles ne l'ont fait jusqu'à présent, vers la régulation des dépenses plutôt que vers des actions de santé publique.

Pour la CNAMTS, les URCAM s'impliquent dans le développement des réseaux de santé avec le support, soit du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), soit de la dotation régionale de développement des réseaux (DRDR).

Il faut, à ce propos, souligner que les URCAM se sont attachées à faciliter les démarches des promoteurs de réseaux.

En effet, à la suite de la mise en place de la DRDR, les ARH et les URCAM ont mis en place dans de nombreuses régions des guichets uniques des réseaux ou des cellules d'appui aux réseaux. Point d'entrée unique pour une demande de financement, ces cellules offrent aux promoteurs une assistance pour le montage des projets, la rédaction des demandes de financement et permettent une orientation vers le mode de financement le plus approprié.

Un secrétariat technique, commun à l'ARH et à l'URCAM, permet d'assurer une instruction coordonnée avec les autres financeurs publics. Il permet également d'apporter, le cas échéant, un appui méthodologique. Le secrétariat permet d'effectuer une analyse conjointe des diverses institutions de l'assurance maladie et des services de l'Etat, ainsi que les représentants des collectivités territoriales lorsqu'elles sont associées au financement. Il est donc rapide et réducteur de qualifier, comme le fait la Cour, le fonctionnement des secrétariats techniques de « complexe ».

Si le bilan du fonctionnement des URCAM fait apparaître de nettes marges d'amélioration sur certains points, cela tient avant tout aux ambiguïtés qui ont présidé à leur création, que les caisses nationales se sont attachées à pallier dans la dernière période, en affirmant une volonté plus nette d'assurer leur pilotage.

Elles ont également donné l'occasion aux URCAM de prendre une place nouvelle dans le dispositif de relations conventionnelles avec les professions de santé et les médecins au premier chef. C'est ainsi que les modalités de mise en œuvre d'accords conventionnels relèvent désormais d'accords négociés et conclus par les URCAM au plan régional dont le premier exemple a concerné la réforme de la prise en charge des visites à domicile et se poursuit notamment sur la question de la permanence des soins.

Enfin, la caisse nationale a demandé aux URCAM de constituer des comités de liaisons régionaux pour pallier les difficultés liées à l'empilement des structures de l'assurance maladie. C'est dans le cadre de ces comités de liaisons régionaux, en s'appuyant sur la mission de coordination des URCAM, qui sont actuellement en cours de déclinaison, que les plans d'actions de régulation et de contrôle évoqués ci-dessus.

La CNAMTS estime enfin, comme la Cour des comptes, qu'une réflexion stratégique s'impose sur le devenir des CRAM dont les activités s'exercent au service de trois branches : maladie, AT/MP et vieillesse. La CNAMTS s'attachera pour ce qui concerne les deux branches qu'elle gère, à proposer, en concertation avec la branche vieillesse, aux pouvoirs publics des scénarios d'évolution qui s'inscrivent dans la perspective d'une réorganisation du réseau de l'assurance maladie et les AT/MP sur le territoire régional, en mettant davantage en exergue les missions des CRAM dans ce domaine.

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES

En portant votre analyse de la productivité de la branche famille sur la période 1995-2002, le cycle de la performance n'est pas perçu dans son intégralité. Dès 1990, en absorbant sans personnel supplémentaire, la charge de la gestion du RMI, pour un effectif supérieur à trois fois la prévision établie, la branche famille a accompli des progrès de productivité considérables, au point de compromettre la qualité du service rendu aux usagers.

L'effort nécessaire pour assurer une qualité conforme aux attentes de notre époque dégrade, il est vrai, depuis 1997 la productivité apparente des caisses d'allocations familiales.

Il me paraîtrait à tout le moins équitable de mentionner que les à-coups dans l'affectation des moyens justifient de retenir un cadre temporel long pour apprécier la productivité d'un organisme. De même la très nette amélioration de la qualité du service est attestée par le fait que la quasi-

totalité des Caf remplira fin 2004 les engagements de service souscrits dans la convention d'objectifs et de gestion. Ainsi le pourcentage de courrier traité en moins de 21 jours s'établit fin 2003 à 95,7 % et le pourcentage de visites précédées d'un temps d'attente inférieur à 30 minutes s'élève à 96,5 %.

Pour l'avenir, s'il importe de veiller à ce que tout progrès nouveau de qualité n'ait pas de coût disproportionné, on ne peut négliger le risque de dysfonctionnement qui résulterait d'une compression excessive des frais de gestion.

Ainsi un stock trop important de dossiers –qui résulterait d'une moindre exigence de qualité sur le délai de réponse– provoque visites aux guichets, courriers ou appels au téléphone.

Productivité et qualité ont parties liées et les gains de qualité sont aussi des gains de productivité.

Si je ne peux souscrire qu'à la nécessité de rendre à l'allocataire le meilleur service au coût le plus mesuré, j'émet aussi le vœu qu'une moindre instabilité, législative et réglementaire, permette de mieux amortir la charge du travail d'adaptation du système d'information. De même je souhaite qu'un calendrier plus strict des décisions de revalorisation des prestations évite des travaux, lourds et sans utilité finale, de calcul de rappels et d'indus.

*REPONSE DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE
SECURITE SOCIALE*

L'agence centrale et le réseau des URSSAF ont placé au centre de leurs préoccupations la recherche d'une meilleure qualité et d'une plus grande efficacité du service public du recouvrement.

La modernisation du réseau et le renforcement de l'efficacité collective, en cours, reposent sur trois axes essentiels.

Un premier axe concerne l'organisation et le fonctionnement de l'établissement public afin de renforcer son efficacité pour accroître sa capacité de pilotage d'un réseau de plus de 100 organismes de base. La mise en place et le développement d'une direction nationale de l'audit permettra à l'agence centrale de disposer d'une meilleure connaissance de son réseau tout en veillant à l'harmonisation des données transmises. Outre cette création, un effort tout particulier est actuellement fait pour formaliser les processus de travail et pour mieux définir les missions de chacun dans le souci de faciliter les travaux inter-directions.

Un deuxième axe porte sur la modernisation des modes de travail avec le réseau. Afin de développer la capacité de la branche à définir des politiques, à les mettre en oeuvre et à évaluer leurs effets, plusieurs instances stratégiques ont été créées. Une première porte sur l'offre de service selon une organisation innovante privilégiant l'approche centrée client, une autre sur les systèmes d'information, une dernière sur les ressources humaines. Une charte des expérimentations complètera le dispositif pour préserver la capacité d'innovation de la branche tout en optimisant les conditions de leur généralisation dans le cadre d'un référentiel précis. La modernisation des modes de travail passe aussi par le déploiement d'outils de gestion (work-flow, comptabilité analytique, tableau de bord) qui constitueront la base d'un dialogue renouvelé fondé sur une approche liant les objectifs, les moyens, et les résultats. La mise en place d'un système d'intéressement des personnels vient compléter le dispositif en permettant d'offrir une traduction financière aux efforts déployés. La finalisation des processus de branche en ce qu'elle offre un cadre de fonctionnement clair aux organismes de base constitue enfin une étape importante dans leur responsabilisation.

Un troisième axe concerne l'accroissement des compétences de l'agence centrale. Cette évolution est essentielle notamment dans le domaine de la statistique. En capitalisant les travaux ayant permis de renforcer la qualité des données, l'ACOSS a pu fiabiliser le calcul des indicateurs nécessaires à la démarche contractuelle et accroître son

rôle de fournisseur de données issues des évolutions de la masse salariale. La création d'entrepôts de données (Pléiade au niveau national ; Galaxie au plan local) permet enfin un pilotage plus précis de la performance du réseau. La mise en place de l'observatoire des cotisants suit la même logique. Cette instance permettra de mieux cibler les politiques de recouvrement et de contrôle, et de proposer des services adaptés aux différentes catégories de cotisants.

L'agence centrale est consciente que la recherche de la qualité et de l'efficacité passe aussi par une bonne gestion prévisionnelle des emplois et des compétences comme le souligne la Cour. Elle considère qu'il convient de faire évoluer la gestion des ressources humaines, en privilégiant la reconnaissance des compétences et des résultats obtenus (mise en place d'une nouvelle classification) ainsi que l'incitation à la mobilité. Les nombreux départs à la retraite pour les années à venir sont un défi important pour l'ACOSS et pour la branche mais ils constituent également une opportunité pour mener à bien les évolutions dans ce domaine.

L'Agence Centrale partage les recommandations de la Cour quand elle considère que l'approche territoriale n'est plus suffisante et qu'elle doit être complétée par une approche par segments de cotisants et offres de service. L'organisation retenue pour le chèque emploi service (CES), la prestation allocation jeune enfant (PAJE) ou le chèque emploi associatif (CEA) marquent la volonté de l'agence de s'inscrire dans cette logique

La Cour recommande d'intégrer dans les projets et les évolutions futures une dimension économique plus marquée avec notamment une meilleure appréciation des gains de productivité. Elle souhaite aussi une adaptation de l'outil budgétaire pour en faire un véritable levier d'une politique au service de la performance et de la maîtrise des coûts en lien avec les contrats pluriannuels de gestion. Elle insiste enfin sur l'importance d'optimiser et de rationaliser les ressources dédiées au niveau régional dans le cadre d'une politique plus affirmée de la part de l'agence centrale. L'agence centrale ne peut que partager ces orientations. La modernisation de l'allocation des moyens au réseau qui vient d'être initiée est le support naturel pour permettre la prise en compte de ces paramètres.

L'agence centrale prend acte du souhait de la Cour de promouvoir, faciliter et accompagner davantage les initiatives visant à mutualiser la gestion d'activité dans le domaine du cœur de métier (encaissement des chèques, réponses téléphoniques, déclaration unique d'embauche) comme dans celui des fonctions support (paye,

achat, documentation). Ces thèmes devront faire l'objet de discussions approfondies avec les organismes du réseau.

La Cour fait du développement de la coproduction de services avec les usagers, notamment au moyen de la dématérialisation de la déclaration et du paiement des cotisations, une priorité. L'agence centrale adhère à cette orientation. Elle s'est engagée dans cette politique en menant des actions de promotion des offres dématérialisées existantes pour le chèque emploi service ou la PAJE. Elle poursuit par ailleurs le développement de nouvelles offres dématérialisées comme en témoigne le déploiement en cours du dossier cotisant en ligne.

La Cour recommande de continuer à saisir les opportunités pour renforcer les directions d'organismes en privilégiant le partage des fonctions de directeurs et d'agents comptables au sein de la branche, de préférence à des cadres dirigeants partagés avec d'autres branches. L'agence centrale partage cette analyse et considère que la gestion des cadres dirigeants du réseau constitue une priorité. Elle note toutefois qu'en la matière, son action est fortement encadrée par le dispositif juridique en vigueur.

L'agence centrale note enfin que l'ensemble des pistes d'évolution évoquées par la Cour sont au coeur de la réflexion stratégique que doit mener le recouvrement afin de définir son évolution souhaitable à moyen terme. Au terme de cette réflexion, les grandes orientations devront être déclinées dans la convention d'objectif et de gestion qui est le support légitime de toute évolution structurelle du réseau.

CHAPITRE VII

L'ORGANISATION TERRITORIALE ET FONCTIONNELLE DES BRANCHES

REPONSE DE LA CAISSE REGIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE D'ALSACE-MOSELLE

Adhérent totalement à la stratégie nationale, la CRAV d'Alsace-Moselle s'est résolument engagée dans la politique de proximité dès avant les années 2000 : création du CIR de Mulhouse en 1994, de Colmar en 1996, transformation du point d'accueil de Thionville en CIR en 1999.

L'extension du nombre de points d'accueil permanent s'est poursuivie avec la création d'un CIR à Forbach (novembre 2002), le transfert dans de nouveaux locaux plus adaptés aux nouvelles missions à Mulhouse (prévu en juin 2004) et à Metz (fin 2004). Parallèlement la création de nouveaux CIR est engagée à Haguenau (prévision d'ouverture

fin 2004) ainsi qu'à Sélestat et Sarrebourg (prévision d'ouverture début 2005).

Cette montée en charge de la proximité à la CRAV d'Alsace-Moselle doit cependant se réaliser de manière progressive notamment du fait de la prise en compte d'une situation particulière en termes de procédures informatiques due à l'existence du régime local d'assurance vieillesse.

Le dispositif de proximité, et plus particulièrement l'élargissement des services offerts, est donc mis en œuvre au fil de la livraison des lots de procédure de l'Outil Retraite National que l'organisme, abandonnant son propre produit, est en train d'intégrer, ceci tout particulièrement pour garantir la qualité du service rendu, en limitant les opérations de formation et d'adaptation du personnel d'accueil à un seul nouvel outil d'application proche.

REPONSE DE LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE LYON

Il me paraît en effet essentiel de vous préciser que la caisse primaire d'assurance maladie de Lyon a toujours affiché sa volonté de s'inscrire dans le processus de mutualisation, afin de construire un réseau efficace, efficient et performant.

C'est ainsi que, dès la création de la plate-forme téléphonique de la caisse de Lyon en juin 2001, notre ambition avec la caisse primaire de Villefranche-sur-Saône, était de mettre en place une plate-forme mutualisée et mono-site.

Cette volonté commune ne s'est malheureusement pas concrétisée, eu égard aux contraintes techniques qui s'imposaient à nous.

En effet, en juin 2001, la caisse de Lyon adhérait au centre de convergence informatique Rhône-Alpes, sous environnement IBM, et la caisse de Villefranche était rattachée au centre de traitement informatique Rhône-Alpes-Auvergne, sis à Saint-Etienne, avec une solution BULL.

Dans ce contexte, il n'existait aucune solution nationale permettant une consultation en multienvironnement du fichier des bénéficiaires.

CHAPITRE X

L'ORGANISATION REGIONALE DE LA SANTE ET DE L'ASSURANCE MALADIE

REPONSE DE LA DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

En matière d'observation de la santé, la DGS partage le constat. En revanche, les outils d'observation de la santé ne se limitant pas aux ORS, il n'était pas souhaitable de privilégier ces derniers en les intégrant au GRSP.

Pour la DGS une des missions importantes du GRSP est de mettre en œuvre le programme d'études et de statistiques, intégré au PRSP, donc une coordination de l'observation de la santé en région. Le GRSP favorise le rapprochement des acteurs régionaux de l'observation et leur organisation sous la forme, par exemple, d'une plate forme d'observation sanitaire et sociale. Le GRSP, financeur central de la santé publique, garantit la cohérence d'ensemble des actions d'observation du PRSP. Seule une telle coordination permet l'évaluation des actions du PRSP.

Pour ce qui est de l'InVS, représenté au CA du GRSP par le coordonnateur de sa cellule inter régionale (CIRE), il y apportera son expertise et des financements d'études régionales de ses programmes nationaux.

Pour la DGS, la distinction, contenue dans le projet de loi relatif à la politique de santé publique, entre élaboration du PRSP et sa mise en œuvre par le GRSP devrait limiter la compétition entre organismes :

- il reviendra au pôle régional de santé publique, sous l'autorité du préfet de région, de structurer la réflexion de l'Etat, celle de l'assurance maladie et celle de tous les partenaires, professionnels ou associatifs, pour élaborer le PRSP. Les instances de concertation faciliteront la conception de la politique régionale.

- le GRSP est maître d'œuvre de ce plan régional et organise la programmation des actions en mobilisant les financements des différents partenaires du groupement d'intérêt public (GIP). Le groupement mutualisera la décision de réalisation des actions du plan et l'engagement des crédits correspondants. Le choix des prestataires sera fonction des compétences nécessaires à chaque action considérée. Un acteur de terrain, porteur d'une ou plusieurs actions du PRSP, aura un seul financeur, le GRSP.

La DGS partage l'analyse de la pluralité d'instances décisionnelles et a commencé à élaborer les outils propres à y remédier dans le cadre de la loi relative à la politique de santé publique :

- les PRSP dans leur première version seront prêts pour la fin de l'année 2004. Ils rassembleront et rendront cohérent tout ce qui est financé aujourd'hui en matière de prévention et permettront une déclinaison des programmes stratégiques nationaux. Une circulaire ministérielle définira l'économie générale de ces plans pour permettre aux acteurs en région d'en organiser l'élaboration.

- le calendrier d'élaboration des premiers PRSP est lié à celui des SROS de troisième génération. Schéma et plan articuleront leurs thématiques communes. Un volet prévention, en phase avec les objectifs du PRSP, sera intégré au contrat Etat ARH.

- l'ARH, membre fondateur du GRSP, met en œuvre les actions de prévention dans le cadre de l'offre de soins en fonction de la programmation arrêtée par le GRSP.

Pour la place de l'URML, d'une part, il est important qu'elle soit force de proposition au moment de l'élaboration du PRSP. D'autre part, étant financeur et forte de son expertise elle est parfaitement fondée à être membre constitutif du GRSP, comme tous les acteurs importants de la santé non membres de droit.

La DGS soutient l'idée d'un GRSP fort grâce à la mutualisation en son sein des décisions et de l'affectation des crédits de santé publique, opérationnel en 2005 :

- aujourd'hui, les actions de santé publique sont menées en ordre dispersé sans concertation, sans évaluation, sans consolidation des crédits dépensés. Le GRSP permettra d'avoir cette vision d'ensemble qui fait défaut. Sa constitution, sera l'occasion, dans les mois à venir, de redéfinir les rôles respectifs de l'Etat et de l'assurance maladie en matière de santé publique au niveau régional.

- le conseil d'administration du GRSP, présidé par le préfet de région, rassemble les financeurs, prévus par la loi ou volontaires. Ce conseil décide de l'attribution des crédits aux différentes actions du PRSP et choisit, en fonctions de leurs compétences, les prestataires chargés de réaliser chaque action.

Cela seul permet la simplification des procédures budgétaires, l'harmonisation du calendrier de paiement aux prestataires et une vision claire des fonds dépensés pour chaque action du PRSP. Le groupement suit l'exécution de la programmation et le rapport coût efficacité des actions de santé publique portées par ses membres.

Il est important de laisser aux collectivités territoriales qui rejoignent le GRSP la faculté soit de contracter avec lui soit d'en devenir membre à part entière.

La DGS conçoit pour le GRSP une mission de coordination de l'ensemble des actions de santé publique pour permettre au PRSP de dépasser les faiblesses du PRS et du PRAPS :

- le représentant de l'Etat territorialement compétent s'assurera que l'ensemble des services déconcentrés, placés sous sa responsabilité et qui mènent des actions de santé publique, participent au conseil d'administration (CA) du GRSP. Sans déposséder de leurs prérogatives les ministères concernés, les moyens de ces actions sont alors consolidés au sein du GRSP. Le poids financier et d'expertise ainsi mis en lumière confèrera à l'Etat, au sein du GRSP, une place et une autorité vis à vis de ses partenaires assurance maladie et collectivités territoriales que le seul ministère de la santé ne peut revendiquer.

- symétriquement, l'URCAM, pour les caisses des régimes général, agricole et des indépendants, d'une part, la CRAM, spécialement pour la branche accidents du travail maladies professionnelles (ATMP), d'autre part, s'assureront de la participation de l'ensemble des régimes et branches au CA du GRSP.

- les prestataires extérieurs qui réalisent des actions dans le domaine de la santé publique auront alors un seul donneur d'ordre le GRSP.

- Pour la DGS :

- la force du GRSP viendra, d'une part, de la mutualisation des crédits et des décisions pour l'exécution des actions du PRSP, d'autre part, de l'affectation aux GRSP, lors des négociations de la COG, des crédits assurance maladie relatifs à la santé publique dont la gestion régionale serait plus pertinente qu'au niveau national.

- la forme temporaire du GRSP rappelle que la réorganisation de la santé n'est pas achevée avec la constitution de celui-ci. Par ailleurs, l'ARH, aujourd'hui absorbée par la réorganisation du système de soins entre la ville et les établissements de santé, ne pourrait mener le nécessaire développement de la santé publique qui doit permettre à terme de rééquilibrer prévention et soin.

S'agissant de la recommandation n° 37, la DGS considère l'assurance maladie comme un partenaire incontournable de l'Etat en matière de santé publique au travers de son réseau, spécialement du contrôle médical du régime général.

La DGS est d'accord avec recommandation n° 38 de la Cour.

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

La Cour souligne à juste titre la fragilité des observatoires régionaux de santé, notamment la faiblesse de leurs moyens humains. La DREES souhaite souligner à cet égard qu'il ne s'agit pas uniquement d'un problème financier mais parfois également d'un problème de disponibilité de compétences spécifiques dans certaines régions. Dans ce contexte, la création de la FNORS a puissamment contribué à améliorer la coordination des ORS, mais également à relever le niveau technique des plus petits d'entre eux.

*REPONSE DE LA CAISSE CENTRALE DE LA MUTUALITE
SOCIALE*

La Cour rappelle que l'ARH est un GIP dépendant des moyens fournis par l'Etat et l'assurance maladie et que le cadre juridique retenu a pour objectif de faciliter l'adhésion de l'assurance maladie. La CCMSA considère que c'est probablement également parce que l'ARH a repris un certain nombre de compétences et de missions dévolues à l'assurance maladie mais aussi à l'Etat (DRASS, DDASS). Il fallait donc ainsi un système souple permettant un partenariat entre les différents acteurs. Le caractère collégial du GIP le favorise.

La Cour précise par ailleurs que le personnel propre de l'ARH étant en nombre réduit, son fonctionnement repose sur des mises à disposition sur lesquelles elle n'a (concernant l'assurance maladie) aucun pouvoir hiérarchique. La CCMSA souhaite ajouter qu'aux côtés de la CRAM et de l'ERSM, la MSA et la CMR y participent également.

Concernant la mise à disposition du GIP, d'effectifs ETP et non d'agents désignés, la CCMSA précise que, du fait des mutations et mobilités diverses, il semble difficile de désigner nominativement les agents. Cependant, dans le programme de travail de l'ARH, les chefferies de projet des différents thèmes sont le plus souvent nominatives.

Concernant les missions de l'URCAM dans le domaine de la prévention, la MSA a fait le choix politique de conduire certaines actions au niveau régional et départemental hors des URCAM en raison des besoins spécifiques de la population agricole.

En revanche, elle participe à un certain nombre d'actions régionales pilotées par l'Etat dans le cadre des PRS ou PRAPS.

La CCMSA s'est d'ailleurs dotée dès 1996 d'instances régionales de coordination, les AROMSA (associations régionales des organismes

de mutualité sociale agricole), ce qui permet une représentation par un seul organisme. Ainsi, l'AROMSA représente l'ensemble des caisses MSA au sein de chacun des comités techniques d'URCAM. Au demeurant, c'est parce que les CPAM n'ont pas de structure de coordination équivalente qu'elles sont toutes présentes au comité technique des URCAM.

La Cour relève ensuite que : « La contribution opérationnelle des autres régimes étant faible, les URCAM présentent les inconvénients d'un système inter-régimes, notamment sa lourdeur, sans en retirer d'avantage notable, tandis que le régime général y joue un rôle prépondérant, sans pouvoir pleinement les utiliser comme son échelon régional »

La contribution des autres régimes ne peut être considérée comme faible. Il est vrai que la contribution du régime général est naturellement prépondérante mais les autres régimes, et notamment la MSA, participent largement à l'ensemble des actions mises en place par les URCAM et en sont même, pour certaines, le chef de projet.

Par ailleurs, la lourdeur d'un système inter-régimes ne peut être synonyme d'inconvénient, sauf à remettre en cause l'inter-régimes lui-même. Ainsi, la MSA ayant su s'organiser au niveau régime, la « lourdeur » ne devrait pas être attribuée à l'association de plusieurs régimes. Au contraire, cette dernière et la pluralité d'expériences des organismes participants ainsi que leurs caractéristiques propres (guichet unique et caractère mutualiste pour la MSA) permettent des apports qui ne sont pas proportionnels aux effectifs présents dans le système. Ainsi, par exemple, dans le Limousin, une action de sensibilisation à la maladie de Lyme, pilotée par l'ERSM dont la cible était la population fréquentant les zones forestières (randonneurs, chasseurs, cueilleurs de champignons). Or, cette maladie est inscrite au tableau des maladies professionnelles des agriculteurs et des forestiers et donc bien connue de la MSA.

L'URCAM, dispositif inter-régimes, ne peut pas être l'échelon régional du régime général. La CCMSA considère en revanche que la mise en place d'un véritable échelon régional du régime général ne serait pas de nature à nuire à la coordination inter-régimes.

La MSA serait en effet favorable, dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie, à la mise en place d'un directeur régional du régime général qui permettrait ainsi à l'organisation inter-régimes régionale d'être composé d'un nombre de membres réduit par rapport à la situation actuelle.

La Cour relève que, s'agissant de la seconde mission des URCAM (qui selon la loi est celle de coordonner l'activité des contrôles médicaux), elle est largement théorique en raison de la faiblesse des

effectifs des services médicaux de la MSA et plus encore du régime des indépendants et par le caractère assez centralisé du service médical du régime général.

S'il est vrai que les URCAM n'ont pas exercé véritablement jusqu'à ce jour cette mission, pour la CCMSA, il semble que ce soit plutôt dû au caractère centralisé du contrôle médical du régime général qu'aux faibles effectifs des autres régimes.

La CCMSA précise que les PRAM ne sont pas seulement conçus par les URCAM avec les CPAM, ni l'addition des programmes de régime général, mais des programmes établis avec l'ensemble des caisses de tous les régimes.

Au demeurant, la CCMSA partage le constat de la Cour sur la multiplicité des plans au niveau régional et les très nombreux maîtres d'œuvre et indique qu'il est tout à fait possible de renforcer la coordination afin que la taille des régimes ne soit pas l'unique critère de qualité des projets.

S'agissant de la composition des GRSP, les pouvoirs publics ont déjà corrigé la situation relevée par la Cour puisqu'il est maintenant prévu que l'URML soit intégrée dans le GRSP, selon des modalités qui restent à définir. En revanche, la CCMSA rappelle que la MSA, qui n'a pas obtenu de représentation dans les GRSP, est un acteur reconnu de l'éducation en santé en milieu rural et a en charge la prévention des risques professionnels en agriculture (salariés et non salariés) qui sont, pour bon nombre d'entre eux, comme cela a déjà été indiqué, spécifiques.

Sur le financement des programmes de santé, la CCMSA, souhaite préciser d'une part, que la MSA a prévu d'y consacrer en 2004, 1,8 million d'euros et, d'autre part, que le régime agricole est prêt à s'inscrire dans une démarche de santé publique régionale, pilotée par l'Etat dans le cadre de la nouvelle loi, dès lors que des moyens financiers lui seront affectés. Enfin, le secrétariat des réseaux comprend, non seulement des membres des ARH, URCAM, CRAM, CPAM, DRASS et DDASS comme l'indique la Cour, mais aussi des membres des autres régimes. Ainsi par exemple, en Lorraine, le secrétariat des réseaux est assuré par la MSA.

Observant les programmes de santé publique et la mise en place des actions, la Cour relève que celles-ci sont essentiellement confiées à des structures disposant de moyens humains et que « l'opérationnalité » des actions est un facteur déterminant de leur mise en place. Ainsi, souligne-t-elle, dans bien des cas, ces actions ne répondent pas aux véritables besoins de santé qui restent au second plan. La MSA partage le

souhait de la Cour, d'utiliser les acteurs de terrain pour la prévention et l'éducation en santé.

Eu égard à son organisation, son expérience et les actions reconnues qu'elle a conduites jusqu'alors en milieu rural, la MSA, organisme mutualiste et décentralisé, appuyée sur un vaste réseau de délégués locaux, peut être un des acteurs de la politique de prévention en santé.

Pour les URCAM, la conduite de leurs missions est particulièrement délicate, en raison de la faiblesse des données disponibles lors de leur création, et surtout de la difficulté à organiser la médecine de ville. Ainsi, malgré les difficultés analysées par la Cour, leur mise en place a permis l'amorce d'un véritable dialogue et travail en commun de l'ensemble des régimes, susceptible de répondre à l'objectif assigné par les ordonnances de 1996.

REPONSE DE L'INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE

L'institut de veille sanitaire (InVS), avec la loi sur la santé publique, voit ses missions précisées et élargies : la surveillance et l'observation permanente de l'état de santé de la population, la veille et la vigilance sanitaires, l'alerte sanitaire, la recommandation de mesures appropriées pour prévenir ou atténuer l'impact des menaces, une contribution à la gestion des situations d'urgence sanitaire.

Les cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE) relayent l'action de l'InVS au plan local et déclinent localement son savoir-faire. La qualité de leurs travaux scientifiques et leur expertise sont sous la responsabilité de l'InVS qui les valident.

L'activité des CIRE se partage effectivement entre la réponse rapide à l'alerte sanitaire (analyse du signal, investigation et évaluation du risque et proposition de réponse) et des études programmées. Le programme d'activité annuel est défini par un comité de pilotage associant la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS), l'InVS et l'ensemble des services déconcentrés. Le programme annuel de travail des CIRE (environ une centaine d'études en 2003) reprend les thématiques de l'ensemble des départements de l'InVS, pas seulement dans le champs des maladies infectieuses ou des risques liés à l'environnement.

Le développement à venir de l'InVS nécessite de renforcer le réseau des CIRE. La région s'impose désormais comme un bon niveau de décision et de coordination en santé publique (Agence régionale d'hospitalisation (ARH), union régionale des caisses d'assurance maladie

(URCAM) et demain groupement régional de santé publique (GRSP)). Le dispositif régional de l'InVS est encore incomplet. Il comprend actuellement 16 CIRE et 71 scientifiques. Certains postes sont aujourd'hui vacants (12). Cependant, des épidémiologistes ont été recrutés et complètent progressivement les équipes.

La Cour fait état des difficultés de recrutement : elles tiennent principalement aux exigences de l'InVS qui souhaite maintenir et toujours faire progresser la capacité technique des CIRE, au prix d'une exigence en matière de sélection du personnel scientifique. A l'avenir, les recrutements devraient être facilités par l'arrivée d'épidémiologistes spécialement formés à l'épidémiologie de terrain, par l'InVS (programme « Profet », tutorat long de deux ans, sortie de la première promotion en septembre 2004), pour répondre à ses besoins.

Avec la création des GRSP, l'enjeu pour l'InVS est donc tout à la fois de maintenir au travers des CIRE et dans chaque région l'exercice de sa mission prioritaire de veille sanitaire et d'alerte, mais également de participer pleinement à la mise en œuvre des plans régionaux de santé publique. Face à ce changement, le dispositif régional de l'InVS devra être très rapidement renforcé, sans nécessairement conduire à une CIRE par région. La reconnaissance réglementaire des CIRE doit être envisagée.

REPONSE DE L'ORDRE NATIONAL DES MEDECINS

La Cour constate qu'en l'absence de décret d'application prévu par la loi du 4 mars 2002 le conseil régional administratif de l'ordre des médecins n'est pas mis en place et que les finalités de sa création demeurent imprécises.

C'est la carence du Gouvernement à publier ce décret d'application, qui conduit aujourd'hui l'ordre des médecins à ne pouvoir exercer au niveau régional ses missions, dans le cadre que la loi a défini.

C'est ainsi qu'au niveau régional, le conseil régional aurait toute sa place au niveau de l'élaboration du SROS, ou encore dans le projet de loi de réforme de l'assurance maladie pour tout ce qui concerne les dispositions relatives à la régionalisation du système de soins.

REPONSE DE LA CONFERENCE NATIONALE DES PRESIDENTS D'URML

La conférence des présidents d'URML souscrit aux conclusions de la Cour. Un cadre institutionnel de collaboration entre les URCAM et les

URML doit être défini et les récents propos du ministre de la santé sur l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire dans le domaine de la médecine libérale qui, selon le souhait du ministre doivent être effectués conjointement par les URCAM et les URML, est un exemple qui, selon les unions, va dans le bon sens. L'axe de travail URCAM/URML doit être renforcé par une institutionnalisation de la place des URML au niveau régional. L'hétérogénéité des niveaux de décision au niveau régional tant dans les champs de compétence des ARH que des DRASS et des URCAM est un élément négatif vécu par les URML; les URCAM apparaissent à l'évidence pour les URML comme étant leur interlocuteur privilégié au niveau régional.

L'extension de la compétence des ARH au niveau de la médecine libérale ne peut s'exercer que par une reconnaissance en miroir du rôle des URML. La Conférence des Présidents souscrit entièrement aux remarques de la Cour considérant que l'ampleur de la contribution des URML à la politique régionale de santé paraît étroitement liée au stade d'élaboration de celle-ci auquel elles sont sollicitées.

La participation des URML est effectivement plus active lorsqu'elles ont été considérées comme des partenaires à part entière dès la définition des objectifs et des actions que lorsqu'il leur est simplement demandé à posteriori de mettre en œuvre des actions déjà décidées.

La conférence des présidents observe une forme de rejet de la part de nombre d'unions régionales lorsque ces dernières sont considérées comme simple caution servant à valider un projet ou une action défini en amont sans concertation avec ces dernières.

Cette dimension de confiance à priori de la part des institutions régionales permettrait d'éviter un certain nombre de malentendus et optimiserait l'efficacité des messages transmis à la profession.

Les unions régionales ne sont pas en reconnaissance de légitimité pour elles-mêmes mais pour l'ensemble des médecins libéraux afin d'optimiser la lisibilité de leur message.

Les URML revendiquent une légitimité à garantir l'indépendance de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Les URML, conformément au décret de 1999, organisent et mettent en œuvre en collaboration avec l'ANAES, l'évaluation des pratiques professionnelles. Cette garantie d'indépendance de la profession est la condition sine qua non du succès et de la pérennisation du concept d'évaluation des pratiques professionnelles au sein de la profession. Les rôles respectifs de l'ordre des médecins et des URML doivent être effectivement précisés, l'ordre des médecins intervenant pour garantir aux

URML cette indépendance et sanctionner les manquements éventuels à cette obligation d'évaluation de la part des médecins. Ces missions d'évaluation et plus généralement l'ensemble de la démarche qualité vont demander aux unions des moyens financiers qui dépassent actuellement leur dotation budgétaire, ceci suppose donc des financements dédiés à ces missions.

Cette remarque est également valable pour les missions qui concernent la transmission des données et plus généralement le rôle des URML dans ce qu'il est convenu d'appeler la gestion du risque au sens général du terme.

L'exemple du décret portant constitution du conseil national de formation médicale continue, de ses attributions et du décret de 1999 portant sur l'évaluation des pratiques professionnelles entretient une confusion entre les rôles des différents acteurs. Il appartient à la profession et la conférence des présidents d'URML entend s'y attacher, en partenariat et en concertation avec le conseil national de formation médicale continue, de définir les rôles de chacun des acteurs afin d'optimiser la lisibilité du système.

Le législateur n'a pas retenu la participation de la conférence des présidents au conseil national de formation médicale continue ce qui est vivement regretté, la participation des unions régionales aux conseils régionaux de formation médicale continue paraît une nécessité pour préserver la cohérence du système.

De façon plus générale la conférence des présidents, on le voit à l'évidence, ne formule pas d'observations majeures au rapport de la Cour qui lui a été soumis. La conférence des présidents tient à souligner son souhait de voir renforcée et institutionnalisée une collaboration entre les acteurs régionaux et tout particulièrement entre les unions régionales des caisses d'assurance maladie et les unions régionales de médecins libéraux.

TROISIEME PARTIE

CHAPITRE XI

LA POLITIQUE DU MEDICAMENT

REponse DE LA DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

I – L'action de la commission de la transparence

Les crédits de la commission doivent faire l'objet d'un budget propre clairement identifiable. La DGS veillera, pour l'avenir, à ce que cette identification soit possible dans le contexte nouveau que va engendrer la création de la haute autorité de santé mise en place par la loi réformant l'assurance maladie obligatoire.

III – L'action sur la prescription et la consommation

La DGS partage le constat. Sur ce qui relève de la compétence propre de l'AFSSAPS, la DGS espère que le nouveau directeur général fera aboutir l'ensemble des projets liés à la base @amm et à l'information des prescripteurs. Sur les projets plus ambitieux, la DGS veillera à ce que les études décidées par le comité d'orientation du FOPIIM soient prises en compte en phase de réalisation dans le cadre nouveau de la création de la haute autorité de santé.

S'agissant de la CNAMTS, la DGS partage l'analyse de la Cour.

IV – Les économies potentielles en matière de dépenses pharmaceutiques

La Cour déplore semble-t-il la multiplicité des objectifs de la politique du médicament. La DGS tient à signaler que parmi les objectifs de la politique du médicament figure le développement de l'évaluation systémique de ces produits. Le ministère de la santé a utilisé le vecteur conventionnel pour obtenir de la part des laboratoires des études observationnelles dont les résultats permettront de vérifier l'effectivité du service rendu potentiel évalué par la commission de la transparence.

REponse DE LA DIRECTION GENERALE DE L'INDUSTRIE, DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DES POSTES

Je souhaite par ailleurs faire part à la Cour de la problématique spécifique de l'industrie pharmaceutique en France. Nous essayons d'œuvrer pour le maintien et le développement d'une présence industrielle forte sur le territoire national, tant en terme d'usines de production qu'en terme de centres de recherche et développement.

A cet égard, deux rapports récents, apportent des éclairages complémentaires sur les problèmes que rencontre la France en matière d'attractivité pour les industries de biens de santé et tout particulièrement pour l'industrie pharmaceutique ainsi que sur les voies de progrès nécessaires.

En effet, certains signaux, comme par exemple le « décrochage » de la France en matière de dépenses de recherche et de développement entreprises pharmaceutiques, ne laissent pas d'être inquiétants (entre 1995 et 2001, ces dépenses ont crû de 80 % au niveau mondial et seulement de 20 % en France), annonciateurs qu'ils pourraient être, si rien n'est fait pour redresser la situation, d'un déclin de la France dans le domaine d'une industrie technologique en croissance au niveau mondial.

La politique du médicament, si elle ne constitue pas à proprement parler un outil de politique industrielle, doit veiller à ne pas contribuer à la perte d'attractivité de la France (notamment par son imprévisibilité, par ses délais, par son manque d'analyse des phénomènes de report).

REPONSE DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUE

Le rapport de la Cour des Comptes met en évidence la difficulté de quantifier de façon précise les économies réalisables suite au déremboursement des médicaments à SMR insuffisant. Il précise que les transferts de prescription risquent d'être non négligeables et de réduire le gain effectif.

Une première étude rapide est en cours de finalisation au sein de la DREES sur l'évolution des ventes de médicaments suite au changement de leurs conditions de remboursement. Elle s'emploie à vérifier sur un nombre limité de classes thérapeutiques concernées par des déremboursements ou des déclassements, si les effets économiques attendus (sur l'offre ou sur la demande) s'observent effectivement. Elle ne cherche pas à quantifier les économies potentielles liées au déremboursement de certains médicaments dans la mesure où il est difficile d'identifier précisément les phénomènes de substitution intervenus. Cette étude tient compte néanmoins des possibilités de substitution intra classes mais pas des substitutions interclasses. En effet,

comme l'indique le rapport de la Cour des Comptes, aucune étude ni simulation n'est directement disponible sur le sujet (toutefois, quelques éléments dans l'étude de l'IRDES « La prescription de médicaments à SMR insuffisant en 2001 », juin 2004).

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

En matière de médicament, la consommation française se révèle atypique par rapport aux autres pays européens sur le plan des volumes. Le poste « médicaments » se situe à la première place de la consommation médicale ambulatoire, c'est aussi celui dont la progression à coûts constants est la plus forte en termes de consommation médicale totale. Cette forte consommation n'est de plus pas sans risque pour la santé publique en raison des effets secondaires de certains médicaments, des résistances bactériennes aux antibiotiques et des risques d'interactions médicamenteuses qui génèrent chaque année environ 11 000 décès et 128 000 hospitalisations. Le médicament constitue donc un domaine d'intervention majeur pour l'assurance maladie. Si la place institutionnelle qu'elle y occupe aujourd'hui peut être considérée comme faible elle est destinée à s'accroître.

L'assurance maladie, interface entre l'offre de soins et les assurés sociaux, veut faire prévaloir l'utilité médicale comme critère déterminant de la prise en charge des médicaments par la collectivité et contribuer ainsi à l'utilisation optimale des ressources qui lui sont confiées.

Cette politique, qu'elle a contribué à initier en soutenant la prescription des médicaments génériques avec les médecins généralistes, en encourageant le bon usage du médicament, en visant à modifier les pratiques médicales et en mettant en œuvre les mesures de baisse du taux de remboursement pour les médicaments à service médical rendu faible. L'accord du 5 juin 2002 conclu avec les médecins a été la première manifestation la plus visible de cette stratégie ; il comportait pour la première année un engagement des médecins à prescrire en dénomination commune ou en génériques et a eu un impact décisif dans le développement de la diffusion des produits génériques en France.

Après avoir souligné la légitimité de l'action de l'assurance maladie en matière d'évaluation des pratiques, la Cour reconnaît le développement considérable des études menées en ce domaine par l'assurance maladie pilotées par la CNAMTS et réalisées sur le terrain par les URCAM et les services médicaux mais elle déplore qu'elle n'en tire pas toutes les conséquences en termes d'action sur la prescription et la consommation.

C'est pourtant sur cette base que l'assurance maladie mène à plusieurs niveaux, local et national, des actions de promotion du bon usage du médicament qui ont pour objectif de modifier le comportement des prescripteurs mais aussi et simultanément celui des assurés.

Ainsi, plus de 13 000 échanges confraternels ont été réalisés par les médecins conseils avec les généralistes les plus prescripteurs d'antibiotiques chez les enfants, 23 000 médecins ont été formés à l'antibiothérapie. Les délégués de l'assurance maladie ont mené fin 2003 une campagne d'information qui englobait l'accord de bon usage des soins sur la prescription d'antibiotiques et attirait l'attention des prescripteurs sur les risques attachés à la polymédication notamment pour les personnes âgées. De même, vis-à-vis des assurés, des outils pédagogiques sur les antibiotiques ont été distribués aux parents via les crèches, les maternelles et les centres de protection maternelle infantile.

Ces actions sont complémentaires des accords de bon usage des soins que la Cour estime néanmoins insuffisamment développés, ce que la CNAMTS déplore aussi, même s'il est légitime que ces nouveaux outils conventionnels connaissent un déploiement progressif auprès des différentes professions de santé. En outre, la principale difficulté réside dans l'absence ou l'obsolescence rapide des référentiels sur l'usage des médicaments. Les firmes pharmaceutiques, compte tenu des coûts de développement des molécules, essaient d'obtenir des élargissements progressifs des indications de l'AMM qui rendent largement inopérant le processus actuel des recommandations de l'AFSSAPS rapidement remises en cause. Or, sans référentiel, il ne peut y avoir d'accord de bon usage des soins. Le cas des statines et des anti-agrégants plaquettaires est de ce point de vue démonstratif.

De même, lorsque la balance bénéfices/risques d'une classe thérapeutique se révèle moins positive que celle mise en avant lors de la mise sur le marché (cas des anticox-2), l'absence de réévaluation par l'AFSSAPS rend le dispositif des Acbus inopérant.

La Cour déplore aussi l'insuffisance d'une information indépendante sur le médicament en direction des médecins généralistes.

La CNAMTS a créé le 1^{er} janvier 2004 un groupement d'intérêt économique intitulé GIE SIPS (système d'information sur les produits de santé) entre les trois caisses nationales (CNAMTS, CCMSA, CANAM) et le centre national hospitalier de l'information sur le médicament (base Thériaque) dont l'objectif est non seulement de continuer à enrichir et gérer une base de données indispensable à la liquidation des prestations et à la gestion des risques mais qui pourrait être intégrée à terme dans des logiciels d'aide à la prescription destinés aux médecins. Il est prévu que

ce GIE puisse évoluer vers une structure de type GIP fédérant une base publique sur le médicament et les produits de santé.

Sur l'insuffisance de l'évaluation du médicament, la création le 3 août 2004 d'un groupement d'intérêt scientifique intitulé GIS EEPS (évaluation épidémiologique des produits de santé) entre la CNAMTS, la DGS, la DSS et l'INSERM permettra de développer des études médico-épidémiologiques afin de mieux cerner les effets des médicaments et produits de santé en situation réelle d'utilisation. Cette évaluation post AMM permettra de rectifier, si besoin est, les schémas thérapeutiques et les conditions économiques de commercialisation.

Sur la politique des remises par produit résultant de clauses particulières touchant des produits pour lesquels existent des risques de mésusage ou un dépassement important du volume des ventes, la CNAMTS partage le regret de la Cour qui préférerait que soient appliquées des baisses de prix plutôt que des remises lorsque le contrat n'a pas été respecté, ou qu'à tout le moins, les remises soient au moins équivalentes au chiffre d'affaires excédentaire constaté.

En outre, les dépenses de médicaments sont fortement impactées par l'effet prix/volume. Le système de remises conventionnelles et l'absence de sanctions sur les volumes favorisent les dépassements. A cet égard, la CNAMTS regrette qu'il n'y ait pas un système de régulation qui permette un réel respect de leurs engagements par les laboratoires pharmaceutiques.

REPONSE DE LA CAISSE CENTRALE DE LA MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE

I – L'action de la commission de la transparence

I - 2- La réforme en cours

La CCMSA partage l'avis de la Cour sur la nécessité d'un renforcement de la capacité d'expertise médico-économique de la commission de transparence, au demeurant indispensable dans sa mission d'évaluation en vue de l'admission au remboursement.

Cependant, si la commission de transparence est renforcée par des économistes (comme cela était le cas, il y a quelques années) une nécessaire articulation avec le CEPS doit être prévue.

La CCMSA partage également l'observation de la Cour, selon laquelle, les publications des rapports réalisés et des synthèses des débats de la Commission, seraient de nature à renforcer la transparence des délibérations.

II – La politique des pouvoirs publics vis-à-vis de l’industrie pharmaceutique

A – La politique des prix

Dans son analyse, la Cour souligne que la politique des prix n’est pas orientée vers l’achat au meilleur prix et relève certains dysfonctionnements du CEPS. La CCMSA suggère qu’une place de l’AMO (assurance maladie obligatoire) renforcée, au sein du CEPS favoriserait une meilleure prise en compte des contraintes des gestionnaires.

III – L’action sur la prescription et la consommation

A – L’information des prescripteurs

La Cour observe, sur la base de plusieurs exemples, que l’AFSSAPS remplit insuffisamment sa mission d’information des prescripteurs, regrette l’absence de stratégie d’ensemble sur cette question et relève le positionnement incertain du FOPIM. La Cour rappelle également que la LFSS, pour 2001, prévoyait la mise en place d’une base de données sur les médicaments et les dispositifs médicaux.

La CCMSA ne peut que partager cet avis et regretter, en effet, le manque d’information des prescripteurs par la puissance publique (l’AFSSAPS) qui permettrait d’améliorer le bon usage du médicament. La CCMSA agit actuellement pour que le FOPIM diffuse plusieurs fiches avant l’été.

B – Une action encore faible de l’assurance maladie

La Cour souligne le manque de campagne d’information grand public et cite seulement celle relative aux antibiotiques. La campagne sur les génériques a également eu de bons résultats. S’agissant du faible nombre d’AcBUS consacré aux médicaments (sur les 54 AcBUS publiés en 5 ans, seuls 3 sont relatifs aux médicaments) la Cour s’interroge sur la capacité de ces dispositifs pour réduire la consommation globale des médicaments et examine un autre levier, celui du développement d’actions de sensibilisation (individuelles et collectives) via un retour personnalisé d’informations aux professionnels de santé.

La CCMSA partage l’intérêt de la Cour quant au développement d’action de sensibilisation et participe actuellement à l’élaboration d’un projet sur l’ALD 13 (insuffisance coronarienne). En outre, le régime agricole effectuée depuis 2003, à travers son action « séniors, soyez acteurs de votre santé », une sensibilisation des personnes âgées à l’usage du médicament. Des réunions d’information et l’utilisation d’un agenda

sont les points de référence de cette action qui a déjà touchée plus de 15000 séniors.

Par contre, s'agissant du retour personnalisé d'informations aux professionnels de santé, la CCMSA s'étonne du constat fait par la Cour « de la quasi-généralisation du dispositif ».

La Cour relève par ailleurs, que l'AMO ne dispose pas de moyens coercitifs en cas de mauvais usage des médicaments, notamment en cas de prescriptions hors AMM. La CCMSA partage ce constat et considère, qu'effectivement il faudrait pouvoir mettre en place des moyens de contrôle et de détection. Actuellement, l'apposition du sigle « NR. non remboursable » sur les ordonnances n'est pas fait et n'est pas contrôlable avec les systèmes informatisés et la télétransmission.

La CCMSA soutient par ailleurs la proposition de la Cour visant à rendre opposable au remboursement les posologies, la durée de traitement, les contre-indications, les interactions médicamenteuses (actuellement seules les indications sont opposables) ainsi que certaines préconisations de la commission de transparence.

REPONSE DU COMITE ECONOMIQUE DES PRODUITS DE SANTE

Le Comité économique des produits de santé souhaite présenter les observations suivantes sur trois des thèmes traités par la Cour dans le chapitre consacré à la politique du médicament, qui concernent respectivement le rôle du comité, les tarifs forfaitaires de responsabilité (TFR) et les relations conventionnelles avec les entreprises pharmaceutiques.

Sur le rôle du comité, la Cour présente la politique des prix comme une politique d'achat, pour constater que cette politique ne serait pas orientée vers l'achat au meilleur prix. Le comité ne considère pas que sa mission, telle que la définit la loi, fasse de lui un acheteur, mais bien un régulateur. Aucun système, passé ou présent, d'administration des prix par l'Etat n'a d'ailleurs jamais confondu les deux rôles. Comme régulateur, le comité a certes pour mission de veiller à ce que le niveau général des prix qu'il détermine n'entraîne pas, par lui même, de dépenses injustifiées, mais il doit également respecter d'autres contraintes, tenant notamment à l'insertion du marché français dans le marché européen ainsi qu'à l'égalité de traitement entre entreprises – et donc à l'équilibre des prix relatifs en France. L'obtention, produit par produit, du prix mondial le plus bas ne saurait constituer le critère de l'accomplissement de sa mission par le comité. La politique des prix n'a

au demeurant pas vocation à constituer le fondement principal de la politique du médicament, pas plus que le niveau des prix ne constitue la principale explication de la croissance des dépenses. La Cour à cet égard surestime fortement le rôle des prix, parfois effectivement très élevés, des médicaments récents dans ce qu'on appelle l'effet structure. Celui-ci reste alimenté par la progression de classes (statines, IPP) ou de médicaments assez anciens et si, comme la Cour le souhaite par ailleurs, tous les médicaments dont la Commission de la transparence a jugé le service médical rendu insuffisant étaient déremboursés, on constaterait aussitôt un effet structure positif massif.

La création des TFR est présentée par la Cour comme un moyen de promotion des génériques. Ce n'est pas le cas. Ils ont été institués avec le seul objet de réaliser rapidement les économies que la substitution ne permettait pas d'apporter et constituent plutôt, de ce point de vue, une alternative. Le comité a cependant, dans les propositions qu'il a formulées pour leur mise en œuvre, et dans une perspective de plus long terme, pris le plus grand soin de préserver la dynamique du marché générique.

Sur les relations conventionnelles avec l'industrie, décrites par la Cour avec exactitude, le comité ne partage cependant pas certaines conclusions. Il souligne d'abord que la complexité du système, au demeurant parfaitement compris par les entreprises, reflète exclusivement la nécessité d'ajuster, à rendement égal, les prélèvements aux orientations de la politique du médicament. Il remarque, en second lieu, que la baisse du ratio remises sur dépenses de médicaments correspond très strictement à la baisse du dépassement global des ventes par rapport au taux fixé par le Parlement et qu'il n'y a pas lieu de la déplorer ; l'objectif est que ce taux ne soit pas dépassé et qu'il n'y ait donc pas de remises du tout. Il marque enfin un désaccord formel avec l'opinion de la Cour sur la mutualisation des remises. Ce mécanisme est en effet le seul qui permette, dans les classes où plusieurs entreprises sont en concurrence, de sanctionner une croissance injustifiée des volumes sans prendre parti sur les parts de marché des concurrents.

*REPONSE DE L'AGENCE FRANCAISE DE SECURITE SANITAIRE
DES PRODUITS DE SANTE*

I – L'action de la commission de la transparence

1/ L'évaluation des médicaments :

La mission d'évaluation de la commission de la transparence :

La mission de la commission de la transparence est d'évaluer les médicaments en vue de leur prise en charge (inscription sur la liste des spécialités remboursables et/ou la liste des médicaments admis aux collectivités) ou du maintien de celle-ci (réinscription, réévaluation des médicaments). Dans le cadre de cette mission, elle a rendu, 311 avis pour des demandes d'inscription (inscription initiale ou extension en 2002 d'indication). En 2003 elle a rendu 267 avis pour des demandes d'inscription et a également rendu 138 avis de réévaluation en vue de la baisse de taux (72 avis) ou du déremboursement (66 avis) de médicaments déjà inscrits. Sur la base de cette réévaluation, qui complétait celle effectuée entre 1999 et 2001, le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées a décidé une baisse de taux de remboursement de 65 % à 35 % pour plus de 600 présentations de médicaments (JO du 19 avril 2003), et 84 spécialités ont été déremboursées.

L'expression du service médical rendu (SMR), si elle comprend bien cinq niveaux, n'est volontairement pas exprimée par des chiffres pour éviter tout risque de confusion avec l'ASMR. Par ailleurs le SMR n'est pas le seul élément déterminant le taux de remboursement, puisque la gravité de la pathologie, bien qu'elle soit prise en compte dans l'évaluation du SMR, intervient à nouveau dans cette détermination.

La mission d'information de la commission de la transparence :

En matière d'information, les textes actuels ne confient pas de mission d'information à la commission. Ils précisent seulement (article R. 163-20 du code de la sécurité sociale) qu'elle donne un avis sur des documents d'information, notamment les documents d'information à l'usage des praticiens portant sur la comparaison des médicaments de la même classe pharmaco-thérapeutique ou à même visée thérapeutique (il s'agit des fiches de transparence), les fiches d'information thérapeutique, des recommandations de bonne pratique et les références médicales établies par l'AFSSAPS.

Malgré cette absence de fonction d'information, la commission de la transparence a néanmoins pris l'initiative de rendre publics ses avis sur Internet depuis 2001.

En ce qui concerne les fiches d'information thérapeutique, il est à noter que celles-ci découlent du choix de la direction générale de la santé et de la direction de la sécurité sociale de placer un médicament sous statut de médicament d'exception. Dans ce cas une fiche d'information thérapeutique doit être élaborée et validée par la Commission de la transparence. Leur nombre n'est donc en aucun cas un indicateur d'activité en matière d'information.

En ce qui concerne les fiches de transparence, l'activité a été récemment relancée avec la parution prévue d'ici septembre d'un recueil sur l'antibiothérapie et les autres traitements anti-infectieux. Ce recueil, intitulé « fiches de transparence en pathologie infectieuse communautaire » rassemble 18 fiches de transparence: 16 fiches traitant chacune d'une classe d'antibiotiques, une fiche sur les antiparasitaires, une sur les antifongiques systémiques, et une fiche sur les traitements de l'herpès et du zona chez les sujets immunocompétents.

Enfin, l'évaluation indication par indication est indispensable, tant pour le SMR que pour l'ASMR, pour plusieurs raisons : le rapport efficacité/effets indésirables varie selon les indications, ainsi que les stratégies thérapeutiques, les populations cibles. Les autres médicaments disponibles peuvent également être de nombre et de performance variable selon l'indication. Les performances intrinsèques du produit, la gravité de la pathologie traitée et le niveau de la couverture thérapeutique existante sont donc variables selon les indications. Ceci permet par la suite à la négociation de prix d'être conduite de façon éclairée.

2/ La réforme en cours :

L'insertion indique que la réforme de la commission permet le renforcement de ses missions d'information. Là encore il est à noter que la commission n'a pour l'instant pas de mission d'information.

A) Un poids plus important des scientifiques :

La commission n'a aucune mission d'ordre médico-économique. Sa vocation est en effet d'évaluer sur des critères scientifiques le service médical rendu et l'amélioration du service médical rendu des médicaments. Cette mission est un préambule à l'admission au remboursement, dissociée de l'analyse médico-économique. L'intégration de compétences économiques en son sein est donc sans fondement, et elle a été logiquement supprimée par le décret du 26 septembre 2003.

B) Un renforcement des moyens de fonctionnement :

L'arrêté du 20 novembre 2003 prévoit simplement la nomination du secrétaire général de la commission de la transparence. La refonte de l'organisation interne a été faite début 2004 à l'initiative de l'Afssaps, après accord du comité d'orientation du FOPIM. Le secrétariat de la commission de la transparence comptera, une fois achevés les recrutements en cours, 48 emplois dont 16 financés par le FOPIM ainsi que 16 emplois au secrétariat de la CEPP, soit un total de 64 par les deux secrétariats (contre 34 précédemment).

C) Des procédures mieux définies :

La gestion des conflits d'intérêt fait l'objet d'une réflexion globale à l'AFSSAPS pour systématiser le dépôt des déclarations d'intérêt complétées avant intervention des rapporteurs et préciser la doctrine de gestion de ces conflits. Cette réflexion est approfondie au secrétariat de la commission de la transparence, avec le recrutement d'un juriste dont une des missions est, en liaison avec la cellule veille déontologique de l'AFSSAPS, de veiller au bon recueil et traitement de l'information reçue des experts sur leurs intérêts.

Par ailleurs, la procédure d'adoption des avis a toujours été contradictoire. L'article R. 163-16 du code de la sécurité sociale précise que l'entreprise peut, dans les huit jours suivant la réception de l'avis de la commission, « demander à être entendue par la commission ou présenter ses observations écrites. La commission peut modifier son avis compte tenu des observations présentées ».

D) La réforme des critères d'admission au remboursement :

Le renouvellement d'inscription au remboursement n'est en aucun cas l'occasion de mesurer ex post le rapport bénéfice/risque réel, ce qui est de la responsabilité de la commission d'AMM et de la commission de la pharmacovigilance tout au long de la vie du médicament après sa mise sur le marché. La Commission de la transparence aura en revanche à évaluer la réalité du SMR et, le cas échéant, de l'ASMR, en fonction des nouvelles données disponibles et notamment du résultat des études post inscription qu'elle aura demandées et qui auront fait l'objet d'un accord du laboratoire traduit par un avenant à la convention qu'il signe avec le CEPS. Ces études peuvent être descriptives des conditions de prescription et d'utilisation, permettant de repérer d'éventuels mésusages du médicament, ou des études d'impact permettant de vérifier que le médicament apporte, en situation réelle, un service médical conforme à l'évaluation initiale faite sur la base des essais cliniques.

Il est également à signaler que la commission de la transparence indique dans son avis, lorsqu'elle le juge nécessaire, la nécessité d'une réévaluation du médicament et de son ASMR au vu de données complémentaires à soumettre dans un délai qu'elle fixe. Ceci peut être notamment le cas pour des médicaments ayant obtenu une AMM communautaire sous circonstances exceptionnelles, le niveau d'ASMR accordé devient ainsi, comme l'AMM, conditionnel, la firme s'engageant à fournir annuellement de nouvelles données. Ceci répond à la remarque de la Cour sur la nécessité d'une évaluation temporaire.

III – L'action sur la prescription et la consommation

A) Les lacunes de la mission d'information de l'AFSSAPS

La cour centre son analyse sur trois points : la mise en place d'une base de données sur les AMM, le FOPIM et l'observatoire des prescriptions, qui pour les deux derniers sont exercés pour le compte du ministre et pour lesquels l'agence n'est pas décisionnaire. En fait, l'AFSSAPS a développé de nombreux autres outils d'information des prescripteurs.

L'AFSSAPS a comme mission propre d'informer les prescripteurs sur l'évaluation du rapport bénéfice / risque du médicament et son bon usage. Le bilan de son action, tel qu'il figure dans son rapport annuel 2003, est consultable en ligne (www.afssaps.sante.fr). Il mentionne les différents documents d'information produits (21 lettres aux prescripteurs, 4 mises au point, 15 recommandations de bonnes pratiques), la coordination mise en place avec l'ANAES (13 recommandations de bonnes pratiques co-produites), et l'activité d'émission des bulletins des vigilances. Ce bilan mentionne également les relations avec la presse, vecteur d'information des professionnels et détaille les évolutions du site internet, dont la fréquentation a été multipliée par 7 depuis 2000 pour atteindre 7000 visiteurs / jours et 10 000 abonnés à la liste de diffusion. Certains documents d'information atteignent 50 000 téléchargements par an, témoignant de la possibilité d'atteindre, par cette mise à disposition d'une information pertinente sur Internet, une proportion notable des prescripteurs. Cette partie de l'activité de l'AFSSAPS n'a pas fait l'objet du contrôle de la Cour et n'apparaît pas dans l'insertion.

1/ La base de données médicament :

Le projet AMM est, comme l'indique le rapport, en cours de développement, avec la reprise des AMM depuis 1999 prévue d'ici la fin 2004, ce qui conduira à avoir 5 000 AMM dans la base à cette échéance. La reprise du reste du stock est difficile à conduire pour des raisons techniques et l'étude est en cours pour définir la meilleure conduite de projet possible.

En ce qui concerne les avis de la transparence, la reprise du stock n'a pas été décidée à ce jour car elle n'apparaît pas prioritaire. Les avis sont en effet datés car retraçant un état comparatif à un moment donné qui devient ensuite obsolète. L'effort a porté sur l'amélioration de la rédaction des nouveaux avis. A moyen terme l'intégration des avis de la transparence dans la base AMM est prévue.

L'agence a entrepris de se doter d'un schéma directeur des systèmes d'information, qui fixera parmi ses priorités l'exhaustivité de la base de données sur les AMM ainsi que l'interconnexion de cette base avec les autres informations disponibles sur le médicament (avis de la transparence et répertoire des génériques), en y affectant les ressources

nécessaires. L'agence a d'ores et déjà publié mi juillet un appel d'offres pour la simple reprise informatique en vue d'intégration dans la base de 600 AMM antérieures à 1999 dans le cadre de l'application du nouveau décret sur la rétrocession hospitalière. Cet appel d'offres se révèle infructueux à ce jour, ce qui montre la difficulté technique du sujet.

Plus globalement, la possibilité de sous-traiter l'élaboration de la "banque indépendante des produits de santé" fait l'objet d'une étude de faisabilité dont l'appel d'offres a également été lancé courant juillet. C'est un sujet complexe au plan technique qui suppose que la base AMM de l'AFSSAPS ait pu être complétée. La faisabilité juridique d'une base de ce type financée sur fonds publics doit également être explorée compte tenu du principe constitutionnel de la liberté du commerce et de l'industrie.

2/ Le FOPIM :

Le secrétariat du FOPIM a répondu aux commandes du comité d'orientation en proposant différents outils de communication et de projets. Les arbitrages finalement rendus par le ministère de la santé n'ont pas conduit à retenir ces projets.

Les premières fiches produits seront mises en ligne avant l'été, et les fiches de transparence diffusées en septembre. Les fonds des deux appels à projets sur les revues et les projets innovants seront versés dans les trois mois. En outre le FOPIM, en 2002, a financé une campagne d'information sur les médicaments génériques.

Enfin la diffusion d'informations de bon usage des produits de santé a déjà fait l'objet de coordination entre institutions, que ce soit pour le bon usage des antibiotiques (DGS/CNAM/AFSSAPS), pour la canicule (DGS / INPES / INVS / AFSSAPS), et très récemment avec l'ANAES sur les traitements hormonaux de substitution.

3/ L'observatoire des prescriptions :

Sur le travail de l'observatoire national des prescriptions et consommations des médicaments et les moyens mis à sa disposition par l'AFSSAPS, il convient d'observer :

- qu'une équipe de 6 personnes temps plein, 2 secrétaires et un interne de santé publique étaient mis à la disposition de l'observatoire par l'AFSSAPS.

- que le programme de travail de l'observatoire a été fixé dans la lettre de mission signée par les ministres en juin 2001 et comportait principalement : le suivi de la chimiothérapie des cancers du sein, l'analyse de la classe des anti-ulcéreux, la création d'un répertoire des études et des sources d'information, la validation des protocoles des

études "post-AMM" à la demande de la commission de la transparence et du CEPS.

L'observatoire a travaillé sur l'ensemble de ces sujets, et si certains projets n'ont pas abouti, les causes ont été extérieures. Le bilan de son activité fait ainsi apparaître les travaux suivants :

- rapport sur l'étude de la prescription des antiulcéreux en ambulatoire (en cours de finalisation). L'Afssaps a pris en charge les frais d'achats des données nécessaires au rapport pour un total de 33 500 €

- rapport sur les prescriptions et les consommations d'antiasthmatiques en France- juin 2001- (finalisation du travail du premier mandat).

- étude sur les traitements médicamenteux du cancer du sein en France : Un protocole a été élaboré avec l'aide d'un comité scientifique d'experts cliniciens. Il s'est avéré qu'une étude similaire a été débutée par la CNAM en 2003. Le projet de l'observatoire a donc été suspendu, pour ne pas être redondant.

- étude sur les déterminants de la prescription des antidépresseurs au long cours France (poursuite du travail du premier mandat). Le conseil scientifique et le conseil d'Administration de l'Afssaps avaient donné leur accord pour une participation de 200 000 F (30 000 €) dans le cadre d'un financement tripartite avec le PHRC (programme hospitalier de recherche clinique) et la FRM (fondation pour la recherche médicale). C'est l'absence d'accord de financement de ces deux organismes qui a contraint l'Observatoire à annuler le projet et non l'absence de financement de la part de l'Afssaps.

- constitution d'un « répertoire des études et des sources de données sur l'utilisation et la consommation des médicaments », pour lequel l'Afssaps a pris en charge toute la logistique de mise au point du projet et du dossier CNIL ainsi que l'ensemble des frais de mailing pour l'envoi des 4 800 questionnaires.

CHAPITRE XII**LES QUESTIONS DE RETRAITE****II – Les dispositifs de solidarité au sein des régimes de retraite***REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DE RETRAITE DES
AGENTS DES COLLECTIVITES LOCALES*

Vous précisez que l'administration fait maintenant droit à chaque demande de pension à jouissance immédiate pour quinze ans de services et trois enfants déposée par un fonctionnaire masculin.

Je tiens, sur ce point, à signaler que le service gestionnaire de la CNRACL rejette systématiquement les demandes de cette nature, conformément à la réglementation et aux instructions qu'il a reçues des ministères de tutelle du régime. Lorsque le requérant utilise la procédure du recours contentieux, le service gestionnaire exécute les décisions des tribunaux administratifs, favorables aux intéressés et ne se pourvoit pas en appel.

RÉPONSES DES MINISTRES

*REPONSE DU MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION
SOCIALE ET DU SECRETAIRE D'ETAT A L'ASSURANCE MALADIE*

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 grand intérêt. Outre les observations d'ordre technique qui vous ont été précédemment communiquées, nous souhaitons revenir sur certains éléments soulignés par la Cour.

Concernant les relations financières entre l'Etat et la Sécurité sociale, objet légitime de remarques de la Cour, nous tenons à signaler les réformes récemment engagées par le Gouvernement de nature à clarifier les relations et garantir le financement de la Sécurité sociale.

Après la suppression du FOREC, qui faisait obstacle à l'application de l'article L.131.7 du Code de la Sécurité sociale, l'article 74 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2004 a réformé le contrôle de l'Etat-employeur, en visant à rendre effectif ce contrôle, prévu par la loi 1994, mais qui n'avait jamais été mis en pratique. Nous rappelons également le remboursement aux régimes de sécurité sociale de la dette de l'Etat liée à la création tardive du FOREC dont la dernière étape a été mise en œuvre par cette même loi de financement.

De plus, l'article 70 de la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie complète et renforce le principe de compensation par l'Etat des exonérations affectant les recettes de la sécurité sociale en l'étendant à celles applicables aux contributions sociales (CSG, CRDS) ainsi qu'aux réductions ou abattement opérées sur l'assiette des cotisations et contributions. Il pose également un nouveau principe de compensation réciproque entre l'Etat et la Sécurité sociale de tout transfert de charges, permettant de garantir une meilleure protection des ressources de la sécurité sociale et établissant ainsi les bases d'une relation financière plus claire entre l'Etat et la sécurité sociale.

S'agissant des développements consacrés par la Cour à la gestion des organismes de sécurité sociale, il nous semble devoir être fortement soulignée la dynamique enclenchée grâce à la contractualisation et l'amélioration sensible de la qualité de service que cette démarche a permise et encouragée. Le Ministère a développé dès 1996, avec les caisses de sécurité sociale, une démarche « objectifs-résultats » au travers des conventions d'objectifs et de gestion, qui s'assimile à la méthodologie qui a été reprise depuis lors par l'ensemble de l'Etat avec la nouvelle loi organique relative aux lois de financement.

Il nous semble aussi que la réforme de la gouvernance de l'assurance maladie constitue une réponse forte aux carences du pilotage des organismes de sécurité sociale relevées par la Cour.

On peut légitimement penser que la réforme des instances dirigeantes de la CNAM autorisera des progrès sensibles dans la gestion des ressources humaines, l'organisation et le pilotage du réseau.

S'agissant toujours de l'organisation du réseau de l'assurance maladie, le rapport souligne très justement l'empilement des structures au niveau régional et le flou du partage des compétences avec les services de l'Etat. La loi relative à l'assurance maladie apporte une première réponse, avec la création des missions régionales de santé et l'expérimentation d'agences régionales de santé. Cette loi vise ainsi à clarifier les compétences entre l'Etat et l'assurance maladie mais aussi à confier des compétences élargies à l'assurance maladie, dans l'exercice des relations conventionnelles comme dans la gestion de la nomenclature des actes. Il appartiendra par ailleurs à la caisse nationale d'assurance maladie d'envisager les évolutions nécessaires de l'organisation de son réseau.

Concernant la politique du médicament, la réforme de l'assurance maladie répond, sur beaucoup de points, aux critiques faites par la Cour.

Le rapport met en avant les économies très importantes qu'il est possible d'envisager au travers du développement du générique comme de la promotion du bon usage. Le Gouvernement partage cette analyse, le volet médicament du plan de retour à l'équilibre de l'assurance maladie se montant à 2,3 milliards d'euros. Ce plan doit permettre de concilier les exigences d'économies avec la valorisation de l'innovation et de la recherche.

La Cour souligne aussi les limites très fortes de l'action actuelle de l'AFSSAPS dans la promotion d'un bon usage du médicament, qu'il s'agisse de la prescription ou de la consommation. Elle relève sur ce même sujet les cloisonnements avec l'ANAES et le démarrage très lent du FOPIM. La création de la Haute autorité de santé devrait permettre de surmonter ces différents obstacles en permettant une approche globale et cohérente de la promotion des bonnes pratiques et le développement effectif d'une information neutre sur le médicament, mission confiée initialement au FOPIM. La mobilisation de l'assurance maladie sur ce sujet est aussi une nécessité absolue. Sur ce point, nous rejoignons aussi pleinement l'analyse de la Cour.

Par ailleurs, nous soulignons que les dispositions du texte sur l'assurance-maladie ne créent pas de nouveaux dispositifs de taxation des entreprises pharmaceutiques, mais pérennisent, sans la modifier, une taxe créée par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2004.

Qu'il s'agisse des affections de longue durée (ALD), des indemnités journalières ou des transports sanitaires, trois postes de dépenses dont la Cour souligne très justement le dynamisme ces dernières

années, la loi du 13 août 2004 doit permettre de progresser sensiblement dans une maîtrise médicalisée de ces dépenses, au travers de l'évolution de protocoles de soins comme d'un renforcement substantiel des contrôles permettant de lutter contre les dépenses injustifiées.

Enfin, le Gouvernement a, lors du débat parlementaire, annoncé la mise en chantier de la réforme de la loi organique relative aux lois de financement de la Sécurité sociale.

Même si elle n'est pas encore finalisée, nous souhaitons indiquer quelles en seraient les grandes lignes : permettre la mise en perspective du financement, notamment des recettes, sur plusieurs années, introduire la démarche objectifs –résultats et autoriser, enfin, un débat et un vote sur les soldes de la sécurité sociale, pour ne citer que quelques-unes des modifications envisagées. Cela doit permettre de renforcer le rôle joué par les lois de financement dans le pilotage financier de la sécurité sociale.

REPONSE DU MINISTRE D'ÉTAT, MINISTRE DE L'ÉCONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE ET DU SECRÉTAIRE D'ÉTAT AU BUDGET ET À LA RÉFORME BUDGÉTAIRE

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

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

1) Sur les dépenses et les conditions de financement de la Sécurité sociale

1- Sur la question de présentation de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), la Cour maintient les critiques qu'elle a déjà formulées à l'occasion du précédent rapport : si elle admet la nécessité d'ajustements techniques (notamment les transferts entre enveloppes ou le passage d'une comptabilité de caisse à une comptabilité en droits constatés), elle se montre plus critique à l'égard des corrections de la base elle-même de l'ONDAM et des procédures retenues pour opérer ces corrections (par exemple l'intégration des dépassements ou de dépenses nouvelles de l'année N dans la base de l'année N+1 sans passer par une LFSS rectificative). La présentation préconisée par la Cour (calculer l'évolution de l'ONDAM par rapport à l'ONDAM prévisionnel de l'année précédente) présenterait toutefois des inconvénients car elle ne permettrait pas d'évaluer l'importance du dérapage entre la prévision et l'exécution

S'agissant de la question de l'objectif élargi, dit « de branche », le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie (MINEFI) plaide pour son maintien, cette donnée ayant l'avantage de donner une vision plus large de la réalité des dépenses dont bénéficient certaines catégories de professionnels de santé ; il permet en outre de remédier aux questions de périmètre que la Cour avait soulignées dans son précédent rapport (sont en particulier exclues de l'ONDAM, certaines dépenses qui, comme la prise en charge des cotisations sociales des médecins, auraient vocation à y figurer).

Plus largement, le MINEFI est particulièrement attentif aux conditions d'élaboration et de suivi de l'ONDAM afin de garantir la sincérité et la soutenabilité de nos comptes publics, dans le respect de nos engagements européens. A l'instar des apports de la loi organique relative aux lois de finances du 1^{er} août 2001, une révision des ordonnances organiques de 1996 est souhaitable dans le domaine des comptes sociaux. Une telle réforme a été annoncée par le Gouvernement. Cette réforme pourrait notamment donner la possibilité au Parlement de se prononcer sur des soldes par branches ainsi qu'un plus grand détail de l'ONDAM.

2- S'agissant de l'assiette et de la cotisation de l'Etat-employeur à la branche maladie, elles découlent de la spécificité du régime des fonctionnaires de l'Etat, qui constitue un régime spécial au sens de l'article L.711-1 du code de la sécurité sociale pour lequel « l'intervention de l'organisation générale de la sécurité sociale » est limitée aux seules prestations en nature des assurances maladie-maternité-invalidité (pour les prestations en espèces, il s'agit d'un régime d'auto-assurance de l'employeur). La couverture de ces prestations est assurée par des cotisations à la charge des fonctionnaires et de l'employeur public (cf. art. L. 712-9 du CSS).

Les employeurs publics (État, collectivités territoriales et hôpitaux) sont redevables d'une cotisation auprès du régime général de sécurité sociale dont l'assiette, mentionnée à l'article D. 712-38 du CSS relatif au taux de la cotisation, est fixée en référence à l'article L. 61 du code des pensions civiles et militaires et correspond, au traitement brut soumis à « retenue »⁷⁸ pour pension (primes exclues) ; le calcul de cette assiette diffère du calcul de droit commun (article L. 242-1 du CSS) mais il repose sur une base légale. Quant au taux (9,7 % au lieu de 12,8% dans le

78. Dans sa rédaction actuelle, le code évoque une «retenue» pour pension à la charge du fonctionnaire. Dans sa rédaction issue de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, applicable à compter du 1^{er} janvier 2006, l'article 61 fait état d'une « contribution employeur à la charge de l'Etat » et d'une « cotisation à la charge des agents ».

droit commun), il tient compte du fait que l'employeur public n'assure auprès du régime général de sécurité sociale que les seules prestations en nature.

Il faut souligner que l'article D. 712-43 du CSS instaure une quasi autonomie financière du régime, avec obligation d'équilibre, en prévoyant la possibilité de modifier par décret le taux des cotisations « en cas d'insuffisance ou d'excès des ressources résultant desdites cotisations ». Le compte de l'assurance maladie des fonctionnaires dégage un excédent récurrent : 2,42 M€ en 2002 après 1,5 M€ en 2001. Il n'y a donc pas lieu d'élargir l'assiette de cotisation, sauf à réduire le taux de cotisation.

Enfin, le MINEFI a procédé au bilan d'un éventuel élargissement de l'assiette de cotisation. Celui-ci pourrait s'avérer négatif pour la CNAM : celle-ci pourrait prétendre à des ressources supplémentaires au titre d'un élargissement de l'assiette de cotisation à l'assurance maladie (estimées à 0,7 Md€) qui seraient cependant largement compensées par la charge supplémentaire correspondant aux indemnités journalières qu'elle devrait supporter (comprise entre 1 et 2 Md€) -nécessaire contrepartie à l'élargissement. En outre, la banalisation de l'Etat-employeur se solderait par des pertes de recettes pour le régime général (dans le cadre des dispositifs de maintien de rémunération, les prestations payées par l'employeur public sont affectées des cotisations et contributions sociales, salariales et patronales, afférentes aux revenus du travail, alors que les indemnités journalières sont exonérées de cotisations et assujetties à une CSG à taux réduit) et par un risque de dépenses supplémentaires (si le bénéfice des exonérations de cotisation était ouvert à l'Etat). Au total, l'opération serait déficitaire pour la CNAM.

La Cour constate des difficultés dans les conditions d'application des cotisations dues par l'Etat au titre des agents publics pluri-actifs et des collaborateurs occasionnels. S'agissant des agents publics dits « pluri-actifs », agents titulaires qui, outre leur activité principale, exercent, pour le compte de l'Etat, une activité accessoire (travaux d'expertise, enseignement, etc.) l'Etat applique les dispositions prévues à l'article D.171-11 du code de la sécurité sociale. Cet article prévoit que dès lors que l'activité accessoire est exercée « *au service de l'Etat, d'un département, d'une commune ou d'un établissement public... aucune cotisation n'est due au titre de l'activité accessoire par l'administration, la collectivité ou l'établissement employeur, ni par l'intéressé* ». Ces rémunérations sont en revanche assujetties à la CSG et à la CRDS. S'agissant des collaborateurs occasionnels de statut privé, la Cour s'interroge sur la bonne application des cotisations sociales. Le MINEFI note les difficultés qui tiennent en particulier à des problèmes de définition du statut des personnels et de leurs rémunérations.

Par ailleurs, conformément aux recommandations de la Cour, une réflexion a été engagée sur ces sujets.

S'agissant des évolutions intervenues en 2003 dans le calcul de la compensation, l'exclusion des prestations prises en charge par le fonds de solidarité vieillesse (FSV) pour le calcul de la prestation de référence ainsi que l'inclusion des effectifs dont les cotisations sont prises en charge par le FSV répondent à la logique consistant à prendre en compte les charges et ressources effectives des régimes. Quant à la révision des effectifs de cotisants par l'INSEE, elle révèle que les effectifs de cotisants au régime général pris en compte antérieurement à 2003 étaient vraisemblablement sous-évalués, ce qui a conduit à minorer les charges de compensation du régime général.

La Cour souligne l'importance des transferts de compensation entre régimes. Le versement par le régime général, le budget de l'Etat et la caisse nationale de retraite de collectivités locales (CNRACL), chaque année, de sommes importantes au profit de régimes démographiquement et financièrement déséquilibrés (principalement le régime des mines et celui des non-salariés agricoles) traduit la raison d'être de la compensation démographique qui est de permettre la coexistence de plusieurs régimes au sein d'un système fondé sur le principe de répartition.

S'agissant du bilan établi par la Cour sur les restes à recouvrer au 31 décembre de l'année 2003, il donne une image inexacte des relations entre l'Etat et la sécurité sociale en particulier si l'on assimile à tort les restes à recouvrer à des dettes de l'Etat : les montants correspondants manifestent en réalité les méthodes comptables différentes appliquées par ces organismes. En particulier, les caisses nationales retenant la logique des droits constatés, elles inscrivent dans leurs comptes la totalité de leur créance vis à vis de l'Etat et arrêtent leurs comptes au 31 décembre de l'année. Dans le même temps, l'Etat relève d'une logique d'encaissement-décaissement et continue de réaliser certains versements pendant la période complémentaire (jusqu'à fin janvier) ; les restes à recouvrer doivent en conséquence être ajustés du montant de ces versements, dont la Cour fait état dans son rapport.

Notons en outre que, compte tenu du fait que l'exécution de l'Etat est présentée en encaissement-décaissement et celle de la sécurité sociale en droits constatés, des versements de l'Etat au régime général destinés à soulager la trésorerie de l'ACOSS dégraderaient le solde budgétaire sans améliorer le résultat de la sécurité sociale.

Ces modes de comptabilisation font l'objet d'une harmonisation dans le cadre du compte des administrations de sécurité sociale, suivi au travers du programme de stabilité.

2) Sur la gestion administrative des caisses de sécurité sociale.

A la suite de l'audit des conventions d'objectifs et de gestion (COG) mises en place dans les organismes de sécurité sociale, la Cour a souligné les principaux défauts de ces conventions :

-la difficulté des caisses nationales à exercer un véritable rôle de « tête de réseau » face à la multiplicité des caisses locales et compte tenu des délais dans la signature des conventions d'objectifs (préjudiciable à la mise en oeuvre des objectifs contractuels) ;

-la faiblesse des objectifs et des indicateurs due à leur nombre trop important (ce qui nuit à la définition d'une stratégie efficace) ou à leur caractère faiblement stratégique. A ce titre, le MINEFI indique que les tutelles et les caisses nationales développent leur réflexion sur l'évaluation de la performance dans le secteur social, avec pour objectif d'établir des indicateurs communs aux diverses caisses.

-un déséquilibre au sein des COG en raison de l'importance accordée aux objectifs de qualité du service au détriment des objectifs de productivité et d'efficacité. En outre, les rares objectifs de réduction des écarts de coûts entre les caisses n'ont pas été respectés.

Au total, le MINEFI approuve les principales propositions de la Cour des comptes qui consistent à rééquilibrer le contenu des prochaines COG pour faire de l'optimisation de l'organisation des réseaux, de l'efficacité et de la baisse des coûts des objectifs majeurs et à recentrer les COG vers un nombre restreint d'objectifs stratégiques. Comme la Cour des comptes, le MINEFI estime que, dans le contexte des forts déficits des régimes sociaux, il est important que les caisses contribuent, par une maîtrise des coûts de gestion des caisses de sécurité sociale, au redressement structurel de la sécurité sociale.

S'agissant de l'organisation territoriale et fonctionnelle des branches, le MINEFI s'associe au constat de la Cour quant aux défauts d'une organisation qui n'a pas évolué depuis 50 ans. La pertinence de l'organisation géographique actuelle n'est plus avérée et la dispersion des caisses locales augmente la difficulté des caisses nationales à piloter l'ensemble du réseau en même temps qu'elle constitue un frein à la réduction des coûts. Les gains que pourraient procurer la fusion des caisses infra-départementales pour l'ensemble des branches justifient que l'État encourage les branches à s'engager dans cette voie. Il devrait s'agir d'une première étape vers la mise en commun au niveau régional de certaines des fonctions assurées par les caisses de base.

La Cour des comptes recommande notamment de donner aux directeurs de caisses nationales les pouvoirs juridiques de mener une

gestion des ressources humaines de branche intégrant une vraie gestion prévisionnelle des emplois et des carrières. Cette mesure viendrait renforcer les dispositions destinées à améliorer la « gouvernance » des branches qui figurent dans la loi relative à l'assurance maladie et qui visent à renforcer le pilotage de la branche par l'exécutif national. La Cour souhaite également une amélioration des conditions de mise en oeuvre de la politique d'intéressement (perçue aujourd'hui comme une rémunération complémentaire plutôt qu'une prime liée à la réalisation d'objectifs) et notamment un meilleur choix des indicateurs actuellement trop aisés à atteindre. Une telle évolution, également souhaitée par le MINEFI, serait de nature à faire de cette politique un véritable instrument de pilotage au service de la qualité et l'efficacité.

Le MINEFI est conscient des lacunes des outils de productivité, utilisés par les caisses nationales comme instruments de répartition des ressources plus que comme leviers d'amélioration de l'efficacité des réseaux ; il estime, comme la Cour, indispensable d'utiliser les progrès de la dématérialisation des données qui doivent permettre d'améliorer non seulement la relation avec l'utilisateur mais aussi de restructurer l'organisation du travail dans les branches, et les départs à la retraite, afin de mobiliser les gains de productivité latents.

Lors de la renégociation des prochaines conventions d'objectifs et de gestion, le MINEFI tiendra le plus grand compte des recommandations de la Cour pour une amélioration de la mesure de la productivité et l'évaluation de l'impact du progrès technologique et des changements de modes d'organisation sur les dépenses des branches. Cette approche sera retenue pour tous les secteurs, y compris l'action sociale, et constituera un préalable à la fixation d'exigences nouvelles en matière de qualité de service.

La réforme de l'assurance maladie marque des progrès notables sur ces sujets. Ainsi, dans le cadre du plan de redressement de l'assurance maladie à horizon 2007, des économies seront opérées sur la gestion des caisses.

Par ailleurs, au plan institutionnel, le renforcement des compétences confiées à l'assurance maladie s'accompagne d'un nouvel équilibre des responsabilités entre les instances dirigeantes de la CNAM, en distinguant plus clairement le rôle d'orientation stratégique confié au conseil du rôle de mise en oeuvre opérationnelle attribué au directeur de l'établissement. Ainsi, le directeur de la CNAM (également chargé de la direction de la nouvelle union des caisses) sera désormais responsable du pilotage du réseau ; à ce titre, il nommera les directeurs et agents comptables des organismes locaux et régionaux d'assurance maladie et de leurs unions.

S'agissant de l'organisation régionale de la santé, le MINEFI partage les analyses de la Cour des comptes sur la nécessité d'affirmer l'échelon régional au sein du système de santé. La Cour met, à juste titre, en évidence les problèmes d'efficacité d'un dispositif fondé sur un grand nombre d'acteurs aux pouvoirs limités, et aux attributions souvent enchevêtrées.

La réforme de l'assurance maladie adoptée par le Parlement constitue une avancée en faveur de pôles régionaux. Les unions régionales des caisses (URCAM) sont renforcées, d'un triple point de vue : leurs missions sont étendues, leur possibilités de contractualisation élargies et leur gestion facilitée. Par ailleurs, des « missions régionales » de santé seront constituées entre l'agence régionale de l'hospitalisation et l'URCAM afin d'exercer les compétences conjointes à ces deux institutions, dans la perspective de la mise en place d'un pilotage global du système de soins. Enfin, une expérimentation sur la mise en place d'agences régionales de santé sera conduite.

3) Sur les critiques adressées par la Cour à la politique du médicament

La Cour met en évidence certaines limites de la politique du médicament menée en France, en l'absence, selon elle, d'une régulation efficace, d'évaluation fondée sur des critères clairs et mis à jour régulièrement, ni de complète cohérence entre les multiples objectifs.

La Cour propose d'identifier un rôle « d'évaluation temporaire » des médicaments confié à la Commission de la transparence, susceptible d'être révisée, au vu des études post-autorisation de mise sur le marché et, d'autre part, de renforcer ses pouvoirs. La loi portant réforme de l'assurance maladie va dans le sens de la recommandation de la Cour, même si à ce stade, les avis de la Commission resteraient consultatifs.

Par ailleurs, la Cour émet des critiques envers la politique des pouvoirs publics vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique : elle n'est pas toujours orientée vers l'achat au meilleur prix, elle présente des résultats peu probants et instaure un système de taxation, complexe et de faible rendement. L'action des pouvoirs publics sur la prescription et la consommation de produits de santé semble insuffisante, selon la Cour.

Le MINEFI partage, pour l'essentiel, les analyses de la Cour, notamment sur l'opportunité de mettre en oeuvre des mesures d'économies structurelles fondées sur une logique d'efficacité médicale à meilleur coût pour la collectivité (développement des génériques, tarifs forfaitaires par classe thérapeutiques, déremboursement des produits à service médical insuffisant, respect des protocoles de bon usage, etc).

4) Sur les questions de retraite

La Cour note les avancées qui ont été rendues possibles par la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites. La réforme vise à garantir dans la durée la sauvegarde de notre système par répartition, dans un esprit d'équité entre les Français et entre les générations. La prise en compte des gains d'espérance de vie permettra de maintenir le partage actuel entre le temps d'activité moyen et le temps de retraite.

La Cour note cependant la persistance des difficultés pour concilier des réglementations encore souvent différentes entre les régimes (titulaires de petits salaires relevant à la fois du régime général et du régime agricole notamment). La faisabilité des recommandations de la Cour (validation de l'ensemble des périodes cotisées par le régime auquel l'assuré a cotisé le plus longtemps) doit être examinée de manière plus approfondie.

S'agissant des avantages familiaux, le rapport constate des disparités entre régimes et le maintien de certaines dispositions spécifiques aux régimes spéciaux dont le caractère anti-redistributif est bien connu (majorations pour enfants non imposables et proportionnelles à la pension) et le coût fiscal non négligeable (évalué en loi de finances à 350 M€). Dans ce domaine, la possibilité de départ en retraite sans condition d'âge pour les mères de 3 enfants après 15 ans de services ne bénéficie qu'aux femmes fonctionnaires, enseignantes des établissements privés sous contrat et dans les régimes spéciaux. Une évolution de ce dispositif, devenu incompatible avec la jurisprudence communautaire en matière d'égalité homme/femme et avec l'objectif européen de relèvement du taux d'activité des salariés de plus de 50 ans, s'avère nécessaire.

Par ailleurs, la Cour insiste sur les problèmes de principe et les difficultés de gestion, associés à la mise en oeuvre du minimum vieillesse, notamment en ce qui concerne les étrangers non résidents. En application de l'article 15 de la loi n° 2003-591 du 2 juillet 2003 habilitant le Gouvernement à simplifier le droit, une réforme visant à clarifier les dispositifs a été arrêtée, conduisant d'une part à la fusion des différentes prestations du minimum vieillesse sous la forme d'une prestation unique différentielle et d'autre part la création d'une prestation spécifique exportable pour les non-résidents sous condition de durée minimale de résidence préalable en France.