

N° 420

SÉNAT

SECONDE SESSION ORDINAIRE DE 1991 - 1992

Annexe au procès-verbal de la séance du 17 juin 1992.

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

au nom de la commission des Affaires sociales (1) à la suite d'une mission effectuée du 3 au 5 février 1992 par une délégation chargée d'étudier les régimes de protection sociale dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle,

Par MM. Jean-Pierre FOURCADE, André BOHL, Louis BOYER,
Roger HUSSON, Claude PROUVOYEUR, Joseph OSTERMANN
et Paul SOUFFRIN,

Senateurs.

(1) Cette commission est composée de : MM. Jean-Pierre Fourcade, président ; Louis Souvet, Marc Bœuf, Claude Huriet, Jacques Bimbenet, vice-présidents ; Hector Viron, Charles Descours, Roger Lise, secrétaires ; François Autain, José Balareello, Mme Marie-Claude Beaudeau, MM. Henri Belcour, Jacques Bialski, André Bohl, Louis Boyer, Louis Brives, Jean-Pierre Cantegrit, Gérard Cesar, Jean Chérioux, François Delga, Jean-Pierre Demerliat, Michel Doublet, Jean Dumont, Jean-Paul Emin, Claude Fuzier, Mme Marie-Fanny Gournay, MM. Roger Husson, André Jourdain, Philippe Labeyrie, Henri Le Breton, Marcel Lesbros, François Louisy, Pierre Louvot, Jacques Machet, Jean Madelain, Mme Helène Missoffe, MM. Arthur Moulin, Joseph Ostermann, Hubert Peyou, Louis Philibert, Claude Prouvoeur, Roger Rigaudière, Guy Robert, Mme Nelly Rodi, MM. Gérard Roujas, Olivier Roux, Bernard Seillier, Franck Serusclat, René-Pierre Signe, Paul Souffrin, Pierre-Christian Taittinger, Martial Taugourdeau.

Sécurité sociale - Alsace et Moselle - Rapports d'information.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	5
PREMIERE PARTIE - LE REGIME LOCAL DE PROTECTION SOCIALE D'ALSACE-MOSELLE	11
I. Historique du régime local	11
A. L'assurance maladie	12
B. L'assurance vieillesse	14
C. L'assurance accidents du travail	15
II. Le régime local actuel	16
A. L'assurance maladie	16
1. Les bénéficiaires	16
2. Les prestations	17
<i>a) Les prestations légales</i>	17
<i>b) Les prestations supplémentaires</i>	18
3. Les cotisations	19
<i>a) Les actifs</i>	19
<i>b) Les retraités</i>	19
<i>c) Les retraités "hors région"</i>	20
<i>d) Le traitement social du chômage</i>	20
4. L'organisation administrative	20
<i>a) Les organes de gestion</i>	21
<i>b) Le Service d'Intérêts Communs et de Coordination, lieu de concertation et de coordination du régime local complémentaire</i> ..	23
B. L'assurance vieillesse	25
1. La liquidation et la gestion des droits	25
2. L'expression de la solidarité des retraités avec l'assurance maladie : le prélèvement sur les retraites	26
C. Les accidents du travail	28
1. Le régime local des accidents du travail	28
2. L'assurance accidents agricoles dans les trois départements	33
<i>a) Les prestations versées aux non-salariés</i>	34
<i>b) Les prestations versées aux salariés</i>	34
<i>c) Les ressources de la caisse</i>	35
<i>d) Un régime unique et obligatoire de prévention des accidents</i> ..	36

	Pages
	-
III. Les difficultés financières du régime local d'assurance maladie posent la question de son éventuelle réforme	38
A. Le déséquilibre progressif du régime	40
1. Les causes	40
2. Historique des mesures envisagées ou prises en regard de l'évolution de la situation financière	43
B. La situation juridique des travailleurs frontaliers et des retraités hors régions et ses incidences sur le régime local	50
1. Les travailleurs frontaliers	50
2. Les retraités hors région	51
DEUXIEME PARTIE - ANALYSES ET PROPOSITIONS	57
I. Compte rendu thématique des auditions et analyse des propositions	57
A. Un régime qui donne satisfaction au plus grand nombre, sans toutefois être exempt de critiques	58
B. Un régime dont le coût économique et social est jugé avantageux	60
C. Un régime dont il convient de revoir les modalités de gestion dans le sens d'une plus grande autonomie	63
D. Les conditions de la pérennisation du régime local	67
1. L'équilibre financier du régime	68
2. Les prestations	69
3. Les ressources	74
II. Propositions de la commission des Affaires sociales	80

Mesdames, Messieurs,

Il peut paraître paradoxal qu'une délégation de la commission des Affaires sociales du Sénat se rende en Alsace-Moselle pour étudier le régime de protection sociale de cette région, comme si ce système légal et obligatoire figurant à ce titre dans le code de la sécurité sociale présentait une spécificité analogue à celle d'un système de protection étranger.

Or, bien que mis en oeuvre sur le territoire français, ce régime local présente une originalité certaine, spécifique à l'Alsace-Moselle ; il se caractérise, en effet, en ce qui concerne l'assurance maladie, par un taux de remboursement supérieur à celui du régime général : 100 % dès le premier jour pour l'hospitalisation, 90 % pour les prestations de médecine ambulatoire, honoraires médicaux et médicaments. Bénéficient de ce régime tous les salariés et assimilés dès lors qu'ils sont employés par une entreprise établie en Alsace-Moselle et qu'ils versent une cotisation complémentaire actuellement de 1,7 % ; en bénéficient également, sous réserve d'une courte période d'affiliation en cours d'activité, les titulaires de pensions de vieillesse ou d'invalidité, dès lors qu'ils résident en Alsace-Moselle : une cotisation de 0,75 % est alors perçue, sauf exonération dans les mêmes conditions que pour l'assurance maladie du régime général. Enfin, en bénéficient aussi les chômeurs, les préretraités et les personnes en cours de réinsertion, sans contreparties. Au total de 75 à 85 % de la population, suivant les départements, relèvent du régime local.

Ce régime spécifique, complémentaire du régime général, qui s'applique ici comme partout ailleurs en France, s'explique par l'histoire de l'Alsace-Moselle ; rattachés à l'Allemagne pendant plus

de quarante ans, ces trois départements bénéficient du système de protection sociale particulièrement favorable mis en place dès 1884 à l'initiative de Bismarck. Conservé de 1918 à 1945 alors qu'il n'existait pas de législation aussi protectrice dans le reste de la France, le régime spécifique a été fondu dans le régime général créé en 1945, à ceci près qu'un régime local complémentaire dépendant du régime général a été maintenu à titre provisoire afin d'éviter une rupture trop grande avec le haut niveau de protection antérieure. On pensait à cette époque que le système de la "vieille France" s'alignerait progressivement sur celui de l'Alsace-Moselle ...

Deux raisons justifient l'intérêt porté par la commission des Affaires sociales au régime local d'assurances sociales d'Alsace-Moselle.

La première tient au souci de la commission de suivre l'évolution des régimes de protection sociale confrontés comme le nôtre à de graves problèmes de financement, alors que les coûts de la santé ne cessent de croître et que les conditions économiques rendent difficile une évolution corrélative des prélèvements sociaux. A cette fin, la commission a envoyé des missions en Grande-Bretagne (1984), en Suède (1985), aux Etats-Unis (1987), au Canada (1988), en République Fédérale d'Allemagne (1989) et au Japon (1990). Le régime local alsacien-mosellan assurant un excellent niveau de protection tout en restant, malgré certains ajustements rendus nécessaires par le "désengagement" du régime général, équilibré et d'un coût économique et social, semble-t-il, avantageux, ne pouvait que retenir l'attention de la commission. N'y a-t-il pas là une expérience originale où pourraient être puisées quelques idées ou quelques pratiques susceptibles d'être transposées et de bénéficier à l'ensemble de la France ?

La seconde raison est plus conjoncturelle. Lors de l'examen du projet de loi portant diverses dispositions d'ordre social, devenu la loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991, le Parlement a eu à se prononcer sur la pérennisation du régime local d'assurance maladie applicable dans les départements d'Alsace et de Moselle. En effet, le régime local complémentaire ayant été mis en place en 1946 à titre provisoire, et les Alsaciens-Mosellans ayant depuis manifesté leur attachement à ce régime, la question s'est tout naturellement posée de sa pérennisation. A la suite du dépôt du rapport Baltenweck en

1990, M. Claude Evin a pris l'engagement de pérenniser le régime. Sur ce point, l'accord est unanime.

En revanche, de profondes divergences sont apparues entre le Sénat et l'Assemblée nationale sur l'interprétation à donner des conditions de pérennisation. Il apparaissait en effet que le texte adopté par l'Assemblée nationale laissait aux décrets le soin de définir le contenu du régime local de protection sociale : pour l'Assemblée, la mention de l'existence d'un régime local suffisait à assurer le maintien de ce régime à son niveau actuel. Pour le Sénat, il ne paraissait pas logique de pérenniser un régime dont les modalités d'application, notamment le niveau des prestations ou le rôle des organes dirigeants, devaient être fixées par des décrets dont on ne savait rien. Ainsi, le texte envisagé -et finalement adopté en dernière lecture par l'Assemblée nationale- permet au Gouvernement, s'il le souhaite, de vider le régime local de ses particularités en réduisant les prestations ou, au contraire, de bloquer les réformes qui pourraient apparaître nécessaires et de créer ainsi une situation qui pousserait le régime à s'effondrer de l'intérieur.

Il ne s'agissait pas pour le Sénat de faire au Gouvernement un procès d'intention mais il lui paraissait de bonne pratique législative de savoir ce qu'on lui demandait de pérenniser. Le Gouvernement n'ayant pas fait connaître ses intentions, il a paru nécessaire à votre commission de déléguer sur place plusieurs de ses membres afin d'entendre les principaux intéressés et de se forger sa propre opinion. Les éclaircissements paraissaient d'autant plus urgents que le régime semblait rencontrer depuis plusieurs années des difficultés financières, dont certains en Alsace-Moselle pensaient qu'elles étaient de nature à hypothéquer son avenir.

La délégation était conduite par M. Jean-Pierre Fourcade, président de la commission des Affaires sociales, et était composée de MM. André Bohl, Louis Boyer, Roger Husson, Claude Prouvoyeur, Joseph Ostermann et Paul Souffrin. Elle était accompagnée par Mme Catherine Maynial et M. Jean-Michel Houlbert, administrateurs.

La délégation a procédé à plus d'une trentaine d'auditions à Strasbourg, Colmar et Sarreguemines. Elle a ainsi pu rencontrer les principaux responsables des caisses locales d'assurances sociales, les

représentants des principales organisations sociales et économiques intéressées, ainsi que les partenaires sociaux. Qu'ils soient tous ici remerciés de leur collaboration.

Le programme des auditions était le suivant :

Lundi 3 février 1992 (hôtel du département du Bas-Rhin)

- 11 h 00 M. Jean SCHWALLER, Président du Conseil d'administration, et
M. Fernand GANDNER, Directeur de la Caisse régionale d'assurance maladie de Strasbourg
- 12 h 00 Mme RAETH, présidente et MM. WEBER et
EHRARD de l'Union régionale d'associations familiales
- 14 h 30 M. Raymond BALTENWECK, Président du
Comité économique et social d'Alsace
- 15 h 45 M. Jean KELBER, Président et M. Urbain
KEIFF, vice-président de l'Union régionale des
pharmaciens d'Alsace, membre de l'Union
nationale des pharmaciens de France
- 16 h 30 M. Jean KELLER, Président du conseil
d'administration, et
M. Roger LE CHAIX, Directeur de la Caisse
primaire d'assurance maladie de Strasbourg
- 17 h 30 M. André WEBER, Président et M. Alfred
FESSEL de l'Union départementale C.F.T.C.
du Bas-Rhin

Mardi 4 février 1992 (hôtel du département du Bas-Rhin)

- 9 h 00 M. Théo BRAUN, Président du Conseil
d'administration, et
M. Werner SCHWARTZ, Directeur de la Caisse
régionale d'assurance vieillesse d'Alsace
Moselle
- 10 h 30 M. Jacques GELDREICH, Président délégué
de la Chambre patronale des industries du Bas-
Rhin
- 11 h 30 M. André VIERLING, Administrateur de la
Caisse régionale d'assurance maladie de
Strasbourg

(CPAM et Chambre d'Agriculture de Colmar)

- 15 h 45 **M. Michel PETITE**, Président du Conseil d'administration, et
M. Joseph LOSSON, Directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie de Colmar
M. René BLUM, Président du Conseil d'administration, et
M. Joseph BECKER, Directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie de Mulhouse
- 17 h 00 **M. Joseph SESTER**, Président, et
M. André RIBSTEIN, Directeur de la Caisse d'assurance accidents agricole du Haut-Rhin
M. Marcel GEISTEL, Président, et
M. Bernard KRETZ, Directeur de la Caisse d'assurance accidents agricole du Bas-Rhin
M. Paul-François LEDURE, Président, et
M. Jean-Paul BARBIER, Directeur de la Caisse d'assurance accidents agricole de la Moselle

Mercredi 5 février 1992 (CPAM de Sarreguemines)

- 9 h 00 **M. Armand BRAUN**, Président du Conseil d'administration, et
M. Pierre MALASSIE, Directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie de Sarreguemines
M. René PERIER, Président du Conseil d'administration, et
M. Bernard LECLERC, Directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie de Metz
M. Guy EGGRICKX, Président du Conseil d'administration, et
M. Richard FUNK, Directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie de Thionville

(hôtel du département du Bas-Rhin)

- 14 h 00 **M. Roger GRUSZKA**, Président de l'Union départementale CFE-CGC du Bas-Rhin
- 15 h 00 **MM. LORTHOIS, TRESCH et GEBHARDT**, Union départementale CFDT du Bas-Rhin
- 16 h 00 **M. ALBERTWALTZER**, Secrétaire général de l'Union départementale des Syndicats F.O du Bas-Rhin
Mme Arlette PERRAY, Secrétaire générale de l'Union départementale des Syndicats F.O de la Moselle
M. André FRITSCH, Secrétaire général de l'Union départementale des Syndicats F.O du Haut-Rhin
- 17 h 00 **M. Albert RIEDINGER**, Secrétaire général de l'Union départementale CGT du Bas-Rhin
- 18 h 00 **Rencontre avec la presse**

La délégation tient à remercier tout particulièrement **M. Daniel HOEFFEL**, sénateur, Président du Conseil général du Bas-Rhin, ainsi que les membres de son cabinet et notamment **Mme Brigitte KLINKERT** qui ont très largement contribué à l'organisation et à la réussite de la mission. Elle adresse également ses plus vifs remerciements aux membres du bureau du Conseil général, à **M. Edmond GERRER**, député-maire de Colmar et à **M. Jacques BAREL**, préfet de la région Alsace et préfet du Bas-Rhin.

La délégation a apprécié la qualité et l'intérêt des entretiens qu'elle a pu avoir avec tous ses interlocuteurs.

Les travaux de la mission sénatoriale ont surtout porté sur le régime local d'assurance maladie. Toutefois une présentation sera faite des régimes assurance vieillesse et accidents du travail.

PREMIÈRE PARTIE

LE RÉGIME LOCAL DE PROTECTION SOCIALE

D'ALSACE-MOSELLE

Après avoir dressé un bref historique du régime, il semble nécessaire d'en exposer les lignes principales. Puis on soulignera, en dernier lieu, les difficultés auxquelles il se heurte à l'heure actuelle.

I. HISTORIQUE DU RÉGIME LOCAL

En 1945, à l'époque de l'instauration du régime général d'assurance sociale, un problème s'est posé au législateur, tenant à la particularité de la protection sociale en Alsace-Moselle. Une harmonisation des nouvelles dispositions générales avec le droit local en vigueur dans les trois départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle s'est imposée.

Ces départements étaient très en avance dans ce domaine par rapport au reste du pays.

- L'assurance maladie y avait été instaurée par une loi du 15 juin 1883 de l'Empire allemand, alors dirigé par Bismarck.

- L'assurance vieillesse remonte pour le régime des ouvriers au 1er janvier 1891 et pour celui des employés au 1er janvier 1913.

- Enfin, l'assurance accident du travail est apparue en 1884.

Actuellement, la législation de la sécurité sociale coexiste avec un droit local dont l'importance varie en fonction de l'évolution de la législation générale. Il est utile d'exposer, tout d'abord, dans les grandes lignes, les particularités du régime en vigueur dans les trois

départements en ce qui concerne les diverses branches de la sécurité sociale.

A. L'ASSURANCE MALADIE

Ce régime, créé par la loi du 15 juin 1883, a été maintenu régulièrement en vigueur :

- M. Alexandre Millerand, futur président du Conseil, avait réaffirmé, le 5 mai 1919, le maintien intégral des avantages sociaux assurés aux ouvriers et employés d'Alsace-Lorraine.

- la convention de 1920 conclue entre les caisses de malades et la fédération des syndicats médicaux d'Alsace a jeté les bases juridiques d'une médecine de caisses : le choix de l'assuré ne s'exerçait que sur les médecins agréés inscrits sur une liste diffusée par la caisse ; les honoraires étaient réglés directement par cette dernière. Ce régime, malgré de nombreux heurts avec le corps médical qui ont entraîné quelques aménagements, a duré jusqu'en 1946. Il explique en partie la création du régime local complémentaire en 1946, lorsque fut introduite la médecine libérale et le paiement de la consultation par le patient.

- La loi du 1er juin 1924 confirmait toutes les dispositions prises depuis le 11 novembre 1918 pour maintenir en vigueur la législation locale.

- La loi du 24 juillet 1925 confirmait l'existence, depuis le 15 mars 1919, à Strasbourg, de l'Office général des assurances sociales, alors que rien de tel n'existait encore en France.

- Les décrets lois du 28 octobre 1935 prévoyaient l'introduction du régime général en Alsace-Moselle, tout en précisant que ce régime nouveau ne serait "applicable aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, qu'en vertu d'une loi spéciale qui déterminera la date d'application ainsi que les mesures de coordination propres à substituer au régime actuellement en vigueur, les dispositions nouvelles" au moment où la France se doterait d'un système qui apporterait pour le moins, les mêmes avantages.

- L'ordonnance du 4 octobre 1945 (article 84) maintenait en vigueur ce régime social local et prévoyait qu'un décret du Ministre du travail et de la sécurité sociale déterminerait "les dispositions du régime local qui restent provisoirement en vigueur et les modalités suivant lesquelles s'effectuera le passage du régime local antérieur au régime général".

- Le décret du 12 juin 1946 insistait sur le caractère provisoire du régime local transformé en un régime légal complémentaire afin de préserver au mieux les avantages de protection sociale acquis par les Alsaciens et les Mosellans. Son article 5 fixait le ticket modérateur à 10 % pour tous les frais engagés ainsi que la prise en charge de l'intégralité des frais d'hospitalisation. Son article 3 prévoyait une cotisation supplémentaire de 2 % à la charge de l'assuré social bénéficiaire du régime local afin de pouvoir financer les dépenses supplémentaires résultant de son maintien. Ce taux a été ramené à 1 % par le décret du 23 août 1947.

- Un arrêté du 11 avril 1950 a fixé à 10 % le prélèvement au profit de la gestion administrative, destiné à couvrir les charges particulières résultant de la gestion du régime local. Ce prélèvement a été ramené par étapes successives à 0,75 % à compter du 1er janvier 1986.

Le taux de cotisation d'assurance maladie correspondant aux avantages particuliers applicables aux assurés sociaux du régime local a été fixé à 1,5 % à la charge du salarié et dans la limite du plafond prévu par le décret du 20 septembre 1967. Ce taux est passé provisoirement à 1,7 % en 1989, et a été reconduit depuis.

- Un arrêté du 23 octobre 1970, a créé un fonds régional de compensation, d'une part, et un fonds régional de réserve, d'autre part ; il s'agit d'éviter que le régime local ne fasse appel à la trésorerie du régime général en cas de déficit.

- Enfin, un arrêté du 15 janvier 1975 dispose que les opérations de recettes et de dépenses du régime local sont suivies dans une gestion spéciale à la caisse régionale d'assurance maladie de Strasbourg et institue, à cet effet, un fonds régional d'assurance

maladie qui doit être équilibré en recettes et en dépenses et auquel sont affectés, outre les cotisations, les revenus des disponibilités du fonds régional de réserve.

B. L'ASSURANCE VIEILLESSE

Le régime local d'assurance invalidité-vieillesse, en vigueur jusqu'au 30 juin 1946 dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle était constitué par deux assurances bien distinctes :

- l'assurance ouvrière existant depuis le 1er janvier 1891 ;
- l'assurance des employés, instituée à partir du 1er janvier 1913.

Deux séries de textes constituaient les lois fondamentales de la législation sociale en la matière :

- d'une part, le code des assurances sociales du 19 juillet 1911 applicable aux ouvriers,
- d'autre part, celui de la loi du 20 décembre 1911 sur l'assurance des employés.

Le régime des ouvriers était géré par l'Institut d'Assurance Sociale (I.A.S.) et celui des employés par la Caisse d'Assurance des Employés (C.A.E.).

L'harmonisation entre le régime local et le régime général a été instaurée par l'ordonnance du 18 octobre 1945 et la loi du 23 août 1948.

Pour ne pas léser les assurés ayant cotisé en Alsace-Moselle avant la mise en place du régime général (c'est-à-dire avant le 1er juillet 1946), la possibilité d'opter en faveur d'une liquidation des droits d'après les règles du régime local (assurance ouvrière/I.A.S. et/ou assurance des employés/C.A.E.) fut donnée à l'assuré pour

autant que ce régime lui était plus favorable. Cette possibilité qui devait prendre fin le 1er juillet 1956 a été prorogée à plusieurs reprises et reconnue définitivement en 1984.

C. L'ASSURANCE ACCIDENTS DU TRAVAIL

La réparation des accidents du travail est régie par l'article 5 du code de la sécurité sociale, anciennement article 84 de l'ordonnance du 4 octobre 1945 qui dispose que des décrets fixeront les dispositions du régime local restant provisoirement en vigueur et les modalités de passage du régime local au régime général. Le décret du 14 mars 1947 modifié par le décret du 27 mars 1953 a été pris en application du texte de base.

Ces deux textes fixent les attributions tant de la caisse régionale que des caisses primaires. En particulier, il appartient à la caisse régionale de Strasbourg de fixer la cotisation due par les employeurs ; par ailleurs, le décret du 27 mars 1953 dispose que "le tarif des risques et toute modification s'y rapportant sont approuvés par arrêté du Ministre du travail et de la sécurité sociale".

Il était sous-entendu dans ces textes que les dispositions anciennement en vigueur en matière d'assurance accidents du travail, restaient applicables dans la mesure où elles n'étaient pas contraires à ces textes de rédaction très générale.

Le système de 1947 se caractérisait principalement par une tarification collective par branches d'industries présentant des risques équivalents. Mais progressivement différentes innovations y furent introduites, inspirées de la tarification nationale. A partir de 1978, un mouvement se fit jour pour l'application de la tarification individuelle aux grandes entreprises. Dès 1981, elle fut introduite pour les entreprises de plus de 999 salariés (au nombre de 43). La Caisse régionale fit ensuite la proposition d'étendre cette tarification individuelle aux entreprises de plus de 299 salariés. Les concertations qui s'ensuivirent avec les services ministériels débouchèrent sur l'arrêté du 16 décembre 1985 qui fixe les règles désormais applicables à la tarification dans la région à partir du 1er janvier 1986. Ces règles constituent un système qui tend à se confondre de plus en plus avec

celui de la tarification nationale. Elles représentent donc une étape capitale vers l'alignement de la réglementation locale sur les dispositions en vigueur dans les autres régions. La nouvelle rédaction de l'article L. 181-1 du code de la sécurité sociale, qui résulte de la loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991, reprend cet objectif d'harmonisation.

Il convient maintenant de décrire les bases actuelles sur lesquelles fonctionne le régime local dans les trois branches étudiées.

II. LE RÉGIME LOCAL ACTUEL

Seront exposées ici les particularités en vigueur dans les trois départements en ce qui concerne les trois branches de la sécurité sociale.

A. L'ASSURANCE MALADIE

Le caractère provisoire du régime, tel qu'il résultait du décret n° 46-1428 du 12 juin 1946, a été supprimé par la loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991 portant diverses dispositions d'ordre social. Le régime local est donc pérennisé.

Les principales dispositions le concernant figurent dans le code de la sécurité sociale aux articles L. 181-1, L. 215-3, L. 242-13, L. 242-14, D. 232-20 et suivants et D. 325-1 et suivants.

Les caractéristiques du régime local complémentaire d'assurance maladie sont les suivantes :

1. Les bénéficiaires

Sont couverts :

- les salariés du secteur privé,
- les chômeurs,

- les préretraités, les retraités et leurs ayants droit, à condition d'avoir exercé un minimum de trois mois une activité professionnelle redevable de la cotisation supplémentaire du régime local.

- les agents non titulaires de la fonction publique et des collectivités territoriales.

L'activité professionnelle doit être exercée en Alsace-Moselle. Les actifs ne sont pas astreints à résider dans l'un des trois départements puisque le critère de localisation concerne l'entreprise. En revanche, les chômeurs, préretraités et retraités, le sont.

Au total, d'après la dernière évaluation effectuée au mois d'octobre 1991, le nombre des affiliés au régime local s'élève à 1 282 457, dont 950 199 salariés en activité, au chômage ou en préretraite, 329 812 retraités et 2 446 bénéficiaires non cotisants.

Le nombre total des bénéficiaires en comptant les ayants droit, obtenu en multipliant le nombre des affiliés par un coefficient de 1,9, peut être évalué à 2 437 000 (1).

2. Les prestations

a) les prestations légales

- Maladie

Le régime local prend en charge, sur la base du tarif de responsabilité de la sécurité sociale, 90 % des frais médicaux engagés par les assurés sociaux, quel que soit le taux de remboursement du régime général. L'assuré supporte donc un ticket modérateur de 10 %.

- Hospitalisation

Le régime général rembourse 80 % des frais d'hospitalisation. Le régime local prend en charge les 20 % correspondant au ticket modérateur.

(1) Sources : Caisse régionale d'assurance maladie d'Alsace-Moselle.

Depuis son institution par la loi du 19 janvier 1983, le régime local supporte le montant du forfait hospitalier. Les conseils d'administration des huit caisses primaires d'assurance maladie de la région avaient décidé de prendre en charge le forfait hospitalier, temporairement, afin d'en examiner les incidences sur l'équilibre financier du régime. Un décret du 31 décembre 1985 oblige le régime local à prendre en charge définitivement le forfait, bien que les caisses se soient finalement prononcées contre.

Il ressort de l'ensemble de ces dispositions que, plus le régime général réduit les bases des remboursements, plus élevés sont les remboursements du régime local. Une spécialité pharmaceutique remboursée à 40 % par le régime général engagera une dépense de 50 % de son coût pour le régime local. Le même mécanisme joue pour le forfait hospitalier dont, par ailleurs, les modalités de prise en charge, ainsi que cela sera vu plus loin, ne sont pas parfaitement claires.

b) Les prestations supplémentaires

Les caisses peuvent exercer une action sanitaire et sociale sous la forme de prestations supplémentaires ou de secours propres au régime local, financées sur les intérêts des fonds de réserve et les excédents du régime local.

Il s'agit des allocations décès destinées au conjoint survivant des retraités, des participations spécifiques aux frais de cure, de la prise en charge de l'appareillage pour handicapés, des fonds accordés aux équipes de suite des handicapés graves, de la participation du régime local aux frais d'aide ménagère, des aides et secours divers.

Les difficultés financières apparues au cours du deuxième semestre 1983, à la suite notamment de l'instauration du forfait hospitalier, et malgré le déplafonnement des cotisations et diverses autres mesures, n'ont pu être surmontées. De ce fait, à compter du 1er janvier 1986, toutes les prestations supplémentaires ont été

supprimées par décision ministérielle. Ces questions seront développées ultérieurement.

3. Les cotisations

Précomptées par les entreprises ou les caisses de retraite, les cotisations suivent le même circuit financier que celles du régime général (URSSAF et ACOSS) avant d'être rétrocédées au régime local.

a) Les actifs

Sont cotisants à titre obligatoire au régime local, les salariés du commerce et de l'industrie relevant du régime général ainsi que les agents non titulaires de la fonction publique et des collectivités locales et territoriales.

Le taux de la cotisation a varié de 2 % à 1 % puis a été fixé à 1,5 % en 1967 jusqu'au 1er septembre 1989. A compter de cette date, il a été fixé à 1,70 %, taux reconduit jusqu'à ce jour. Ce taux tient compte d'une surcotisation de 0,2 %, décidée par décret pour une période temporaire renouvelée le 1er janvier 1992.

La cotisation est calculée sur le salaire brut déplafonné depuis le 1er janvier 1986.

b) Les retraités

Il a été envisagé, à plusieurs reprises, de faire cotiser les "inactifs", retraités, pré-retraités, veuves, invalides, chômeurs, rentiers accidentés du travail.

Depuis septembre 1989, un décret oblige les institutions de retraite (caisse régionale d'assurance-vieillesse de Strasbourg et caisses de retraites complémentaires des cadres et non cadres) à

précompter 0,75 % du montant des droits qu'ils servent à leurs retraités.

Le prélèvement n'a pas le caractère d'une cotisation puisqu'il n'est pas générateur de droits nouveaux. C'est un prélèvement de solidarité.

c) Les retraités "hors région"

Les retraités bénéficiaires d'une pension servie par la Caisse régionale d'assurance vieillesse sur les bases du régime local (vieillesse) lorsqu'ils ont cotisé à ce régime spécifique avant le 1er juillet 1946 et lorsqu'ils sont domiciliés en dehors des trois départements d'Alsace-Moselle, n'ont plus la possibilité d'obtenir les prestations du régime local.

Toutefois, un retraité a obtenu récemment de la commission de recours de sa caisse primaire d'assurance maladie à Bourges, puis du tribunal des affaires sanitaires et sociales, un jugement confirmé par la chambre sociale de la cour d'appel, lui permettant d'obtenir les remboursements du régime local.

d) Le traitement social du chômage

Les personnes en situation de précarité, bénéficiaires d'indemnités d'insertion ou de rémunération de stages exonérées de cotisations, ne cotisent pas au régime local et l'Etat ne prend pas en charge ces cotisations.

4. L'organisation administrative

Le régime local complémentaire ne dispose pas d'instance de gestion propre. Ce sont les huit caisses primaires d'assurance maladie d'Alsace-Moselle chargées du régime général qui en assurent également la gestion. Elles sont secondées dans cette tâche par la Caisse régionale d'assurance maladie Alsace-Moselle.

L'harmonisation de cette gestion repose par ailleurs sur une structure originale issue des caisses primaires et de la Caisse régionale, le "Service d'Intérêts Communs et de Coordination", appelé communément le S.I.C.C. La Caisse régionale d'assurance vieillesse y participe également.

a) Les organes de gestion

En 1946, la gestion du complément local a été confiée aux neuf caisses primaires de sécurité sociale nouvellement créées : les trois caisses primaires du Haut-Rhin (Mulhouse-Ville, Mulhouse-campagne, Colmar), les trois caisses primaires du Bas-Rhin (Strasbourg, Sélestat et Haguenau) et les caisses primaires de Moselle (Metz, Thionville et Sarreguemines). Leur nombre a été ramené à huit en 1949 par la réunification des deux caisses primaires de Mulhouse.

Depuis 1981, les caisses primaires d'assurance maladie hors circonscription régionale "Alsace-Moselle" interviennent également dans le régime local complémentaire en tant que caisses d'affiliation des bénéficiaires résidant dans les départements limitrophes. Depuis le décret du 21 janvier 1981, les assurés ne sont en effet plus affiliés à la caisse primaire de leur lieu de travail mais à celle de leur résidence.

Les huit caisses primaires d'Alsace-Moselle disposent d'attributions exorbitantes du droit commun, reconnues par des textes spéciaux (1). Ces attributions s'exercent de la façon suivante :

- la responsabilité de l'équilibre financier du régime local

En matière de prestations légales complémentaires, elles ne disposent que d'un pouvoir très réduit qu'elles n'ont d'ailleurs jamais utilisé.

(1) Les attributions traditionnelles des caisses primaires sont : l'immatriculation des assurés, le service des prestations d'assurance maladie, l'action sanitaire et sociale.

En matière de cotisation supplémentaire, elles ont en revanche un pouvoir de proposition étendu de fixation du taux. Toutefois, l'arrêté du 16 janvier 1975 fixant les règles d'utilisation du fonds régional de réserve dispose que les caisses doivent augmenter ou diminuer le taux des cotisations lorsque le fonds de réserve est inférieur à 10 % du montant des prestations servies, ou au contraire, est supérieur à 30 %.

- la libre disposition des excédents du fonds régional de réserve

Les CPAM d'Alsace-Moselle disposent en ce domaine d'un véritable pouvoir de décision qui dépend cependant largement de la "bonne santé" du régime local complémentaire.

Les caisses peuvent faire opérer un prélèvement sur le fonds régional de réserve. Elles fixent également entre elles les modalités de répartition de ce prélèvement, par voie de convention qui doit être agréée par la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (D.R.A.S.S.).

- la gestion du mécanisme régional d'auto-régulation financière

Dès 1949, la Caisse régionale de sécurité sociale d'Alsace-Moselle se vit confier la gestion de la compensation inter-caisses.

A partir de 1970, la C.R.A.M.A.M. assura, en liaison avec les caisses primaires, la gestion de deux fonds financiers : le fonds régional de compensation et le fonds régional de réserve. A cet effet, elle a ouvert dans sa comptabilité un compte spécial appelé "Compte MA bis".

En pratique, la C.R.A.M.A.M. joue un rôle de coordination essentiel. Elle recueille les propositions des prélèvements à opérer sur le fonds régional de réserve, émises par les caisses primaires, ainsi que les propositions de répartition de ces sommes entre les différentes caisses.

Depuis 1975, les caisses primaires ne disposent plus de fonds propres. La centralisation de la gestion du compte MA bis a été parachevée par la création du fonds régional d'assurance maladie. Il est également géré par la C.R.A.M.A.M. en liaison avec les caisses primaires.

- la direction et l'administration du Service d'Intérêts Communs et de Coordination (S.I.C.C.)

Dès 1946, la C.R.A.M.A.M. fut investie d'une mission de coordination des actions des caisses primaires. Cette mission fut concrétisée par la création, le 6 juillet 1946, du SICC de la Caisse régionale et des caisses primaires de sécurité sociale de la région.

b) Le Service d'Intérêts Communs et de Coordination, lieu de concertation et de coordination du régime local complémentaire

Chargée par le directeur général de la sécurité sociale de coordonner l'action des caisses primaires dans le cadre de sa mission générale, la Caisse régionale décida, d'un commun accord avec les caisses primaires, lors d'une réunion en date du 6 juillet 1946, de créer un Service d'Intérêts Communs et de Coordination.

La composition actuelle du SICC est représentée dans le tableau suivant (source : le régime local complémentaire : passé, présent, avenir, tome 2, Nicole Kerschen, Francis Kessler).

REPRESENTANTS DES 8 C.P.A.M.	24 dont	8 Présidents 8 Vice-Présidents 8 Directeurs	*1 (V.C.)
REPRESENTANTS DE LA C.R.A.M.A.M.	12 dont	1 Président 1 Vice-Président 7 Administrateurs 1 Directeur 1 Directeur-adjoint 1 Agent-comptable	*2 (V.C.) (V.C.) (V.C.) (V.C.) (V.C.)
REPRESENTANTS DE LA C.R.A.V.	3 dont	1 Président 1 Vice-Président 1 Directeur	(V.C.) (V.C.) (V.C.)
REPRESENTANTS DE LA D.R.A.S.S.	2 dont	1 Directeur régional 1 Chef de service	(V.C.) (V.C.)
REPRESENTANTS DU CONTROLE MEDICAL REGIONAL	2 dont	1 Médecin-Conseil Régional 1 Médecin-Conseil Régional adjoint	(V.C.) (V.C.)
TOTAL	43 membres (dont 18 avec V.C.)		

* 1 En principe, le Vice-Président qui participe au SICC est le premier Vice-Président, la Caisse primaire peut aussi déléguer un des autres Vice-Présidents
 * 2 Il s'agit des administrateurs qui appartiennent au Bureau de la CRAMAM (V.C.) signifie que ces membres du SICC y participent avec voix consultative

Nota : Par le passé, un président de caisse primaire pouvait être président de la CRAM, ce qui réduisait d'une unité le nombre des membres du SICC

Le SICC n'est pas une instance délibérante. Il n'a pas la personnalité juridique. En son sein, ne peuvent s'exprimer que des propositions de recommandations, des avis ou des vœux ... Le régime complémentaire local ne dispose pas d'un organe central de décision.

Les caisses primaires d'assurance maladie d'Alsace-Moselle et elles seules décident en matière de gestion du régime local. Elles ne sont pas juridiquement liées par les propositions et avis élaborés au sein de l'assemblée du SICC. Cette situation n'est pas sans poser problème, ainsi que cela sera vu ultérieurement, notamment quand il s'agira de rechercher les moyens d'équilibrer financièrement le régime.

B. L'ASSURANCE VIEILLESSE

1. La liquidation et la gestion des droits

Rappelons que pour ne pas léser les assurés ayant cotisé en Alsace-Moselle avant la mise en place du régime général, le 1er juillet 1947, la possibilité d'opter en faveur d'une liquidation des droits d'après le régime local fut donnée à l'assuré pour autant que ce régime lui était plus favorable.

Le paiement mensuel et d'avance des prestations contributives services par la caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg est également un héritage du régime local.

La coexistence et la combinaison des deux droits soulèvent des difficultés particulières car elles impliquent une organisation et une gestion différente du régime général tant en matière de liquidation des droits qu'en matière de tenue des comptes d'assurance.

De ce fait, la compétence de la C.R.A.V. fut reconnue pour toutes questions relatives à la liquidation et au paiement de pensions des assurés ayant cotisé au régime local avant le 1er juillet 1946.

Le domaine du droit local en matière d'assurance vieillesse couvre toutes les prestations de droit personnel et de droit dérivé ainsi que les pensions d'invalidité accordées après l'âge de soixante ans.

Le montant de la pension de droit local n'est pas, comme en droit général, fonction du salaire des dix meilleures années mais des salaires soumis à retenues durant toute la carrière d'assurance de l'assuré.

Toutes les cotisations versées par l'assuré sont par ailleurs productives de majorations de pension contrairement au régime général où le calcul se limite, d'une part, à une durée d'assurance maximale de 37,5 années et, d'autre part, à un salaire annuel moyen.

Ces modalités de calcul expliquent que le montant moyen des prestations liquidées au titre du régime local est plus élevé que celui des pensions liquidées au titre du régime général.

Même si l'importance du régime local diminue en raison du nombre de plus en plus réduit d'assurés ayant cotisé avant le 1er juillet 1946 à ce régime, il continue malgré tout de représenter une part importante des prestations servies par la C.R.A.V. Les deux pourcentages qui vont être cités sont explicites :

* au 31 décembre 1991, le nombre des prestations relevant du régime local représente environ un tiers (135 568, soit 31,01 %) de l'ensemble des prestations en cours à la C.R.A.V.

* dans 33,30 % des affaires liquidées en 1991, les services ont procédé à une double vérification des droits, c'est-à-dire selon les dispositions de droit local et selon celles du régime général.

Même si, d'ici l'an 2000, toute nouvelle attribution de droit personnel relèvera du régime général, la liquidation et la gestion des pensions de veuves pérenniseront encore longtemps le régime local.

2. L'expression de la solidarité des retraités avec l'assurance maladie : le prélèvement sur les retraites

Le décret n° 89-540 du 3 septembre 1989 prévoit le prélèvement d'une cotisation sur les retraites à compter du 13 septembre 1989. C'est à la C.R.A.V. qu'il revient, pour le régime général, de procéder à ce prélèvement.

Lors de la liquidation de leur pension, les assurés non exonérés (les conditions d'exonération sont identiques à celles existant pour les cotisations d'assurance maladie du régime général (COTAM RG), à savoir non-imposition ou perception d'un avantage non contributif, tel le FNS ...) se voient précompter, à titre provisionnel, la cotisation dès lors :

* qu'ils justifient d'un trimestre d'assurance dans la circonscription de la C.R.A.V.

* qu'ils résident en Alsace-Moselle

* qu'ils ne sont pas susceptibles d'être pris en charge par un autre régime au titre de la maladie.

Le caractère provisionnel du prélèvement découle de la compétence exclusive des caisses primaires d'assurance maladie en matière d'ouverture des droits à l'assurance maladie.

Par décret n° 90-1061 du 26 novembre 1990, la C.R.A.V. a reçu seule compétence pour liquider les pensions des assurés résidant dans les trois départements d'Alsace-Moselle.

L'application de ce prélèvement a nécessité la mise en place de traitements informatiques adéquats et aussi la création d'un groupe de travail permanent de cinq personnes, chargé des opérations de gestion et de régularisation des dossiers.

Les chiffres suivants donnent une idée précise des conséquences de la décision prise le 3 septembre 1989 :

Population soumise à cotisation

1989 119 000

1990 126 990

1991 131 126

Montants prélevés (hors régime complémentaire)

1989 15,085 millions de francs (effet 1er septembre 1989)

1990 39,524 millions de francs

1991 41,900 millions de francs

Opérations de régularisation

Depuis 1989, le groupe d'agents COTAM régime local a eu à connaître de 26 836 opérations de régularisation.

Les coûts de gestion du prélèvement sur les retraites ont pu être chiffrés par la C.R.A.V. La mise en place des traitements informatiques (gestion interne du prélèvement, échange de données) a été estimée à environ 700 000 francs. La charge du groupe COTAM régime local s'est élevée à 440 618 francs au titre de l'année 1990 (comptabilité analytique).

Les charges en effectif et financières n'ont pas été compensées.

C. LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

1. Le régime local des accidents du travail

Dans le régime général, les entreprises de plus de 300 salariés (sauf le Bâtiment) sont soumises à une tarification individuelle à taux réel, qui ne soulève pas de difficultés particulières. Il en va de même pour les entreprises de moins de vingt salariés qui sont soumises à la tarification collective. Pour les entreprises de 20 à 299 salariés, le système applicable est la tarification mixte, combinaison de la tarification individuelle et de la tarification collective.

Dans le régime local, l'accident du travail est considéré comme un risque social dont la réparation repose sur la solidarité de l'ensemble de la profession. Les entreprises ressortissant d'un même comité technique professionnel régional, quel que soit l'effectif occupé, sont réparties dans divers groupes de risques ayant le même taux de cotisation quelles que soient leurs charges accidents. C'est là un système de tarification collective pour les entreprises ayant des numéros de risques différents (numéros attribués par la sécurité

sociale au plan national compte tenu des risques particuliers de l'entreprise considérée).

Ce système conçu à une époque où la production était moins diversifiée qu'aujourd'hui, les équipements plus uniformes et des risques professionnels comparables d'une entreprise à l'autre, doit être reconsidéré dans le sens d'une harmonisation avec le système national auquel on prête la vertu d'être plus incitatif à la prévention des accidents du travail.

En vertu de l'arrêté du 16 décembre 1985, les règles applicables dans le régime local, depuis le 1er janvier 1986, sont les suivantes (Nous citerons ici un extrait de la mise à jour au 1er septembre 1990 de l'ouvrage de M. Raymond Triby : "Les assurances sociales dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle") :

1. Le taux de la cotisation est fixé par établissement.

2. Le classement d'un établissement dans une catégorie déterminée est effectué en fonction de l'activité exercée dans cet établissement. En cas de pluralité d'activités au sein du même établissement, le classement de l'établissement est effectué en fonction de son activité principale qui est celle exercée par le plus grand nombre de salariés. Le classement s'effectuerait en fonction de l'activité à plus haut risque en cas d'un nombre égal de salariés dans les activités exercées.

3. La tarification est collective pour les établissements occupant habituellement moins de 300 salariés. A cet effet, un arrêté ministériel pris après avis des comités techniques régionaux, fixe chaque année, par risques ou groupes de risques, en fonction des résultats statistiques des trois dernières années connues, les tarifs de cotisations dits taux collectifs.

4. Les taux collectifs sont applicables, quel que soit leur effectif, aux entreprises des industries du bâtiment et des travaux

publics, ainsi qu'à un certain nombre d'autres entreprises dont la liste est fixée par un arrêté du 1er octobre 1976 modifié.

5. La tarification se fait au taux réel, donc au taux individuel, soit à l'entreprise qui ne comporte qu'un seul établissement et dont l'effectif habituel des salariés est au moins égal à 300, soit à chaque établissement d'une même entreprise lorsque l'effectif global de salariés de ladite entreprise est au moins égal à 300.

6. Pour déterminer l'importance de l'effectif d'un établissement les règles sont les suivantes :

Le nombre de salariés d'un établissement est égal à la moyenne des nombres de salariés présents au dernier jour de chaque trimestre civil de la dernière année connue.

Le nombre de salariés d'une entreprise qui exploite plusieurs établissements est égal à la somme des nombres de salariés de chaque établissement déterminés dans les conditions définies ci-dessus.

Toutefois, ne doivent pas être pris en compte pour déterminer les effectifs d'un établissement ou d'une entreprise, les élèves et étudiants, les artistes du spectacle, les membres des professions médicales, les journalistes et assimilés et les salariés des établissements ou entreprises dont les activités relèvent du bâtiment et des travaux publics.

7. Lorsqu'une même entreprise possède plusieurs établissements situés dans la circonscription de la Caisse régionale d'assurance maladie Alsace-Moselle et appartenant à la même catégorie professionnelle, un taux de cotisation commun aux divers établissements est notifié à l'employeur par la caisse régionale.

Les règles applicables pour la détermination du taux commun sont celles fixées en fonction de l'effectif global de l'entreprise.

8. Des règles particulières sont prévues pour les établissements nouvellement créés.

Les taux collectifs visés au paragraphe 3 ci-dessus sont applicables aux établissements nouvellement créés durant l'année de leur création et l'année civile suivante quel que soit leur effectif ou celui de l'entreprise dont ils relèvent, même si l'entreprise à laquelle ils appartiennent possède dans la circonscription de la caisse régionale d'assurance maladie Alsace-Moselle d'autres établissements appartenant à la même catégorie professionnelle.

Les taux collectifs ou réels sont applicables aux établissements nouvellement créés à l'expiration de la première année, de la deuxième ou la troisième année civile suivant l'année de leur création, en fonction du nombre de salariés qu'ils occupent habituellement ou du nombre de salariés de l'entreprise dont ils relèvent.

Le nombre de salariés des établissements nouvellement créés à prendre en compte à l'expiration de la première, de la deuxième et de la troisième année suivant l'année de création, pour déterminer leur mode de tarification et, le cas échéant, celui des établissements existants de l'entreprise dont ils relèvent, correspond respectivement au tiers, aux deux tiers et à la totalité de l'effectif de ces établissements.

En cas d'application du taux réel, les taux applicables aux établissements nouvellement créés sont déterminés en tenant compte, notamment des résultats statistiques qui leur sont propres et afférents aux années civiles connues, complètes ou non, écoulées depuis leur création.

9. Pour les établissements de plus de 299 salariés, donc soumis au taux réel, si l'augmentation du taux d'une année sur l'autre dépasse un point de cotisation, le taux notifié ne peut pas excéder de plus de 25 % le taux notifié au titre de l'exercice précédent. S'il dépasse ce pourcentage, il sera écrêté en conséquence.

10. Est étendue à la région l'application des dispositions de la tarification nationale en ce qui concerne les assurés volontaires et les dépenses de maladies professionnelles (articles 2 bis et 4 bis de l'arrêté du 1er octobre 1976 modifié).

Ultérieurement, un arrêté du 16 août 1988 a modifié les règles relatives au calcul du taux réel en précisant que désormais ces règles seront celles prévues par la tarification nationale en application de l'article 4 de l'arrêté du 1er octobre 1976 modifié.

Cette réglementation de la tarification, appliquée depuis le 1er janvier 1986, est en voie d'être à nouveau modifiée fondamentalement.

Les points importants de la réforme attendue seraient les suivants :

- les groupes d'activité actuels seront remplacés par des groupes de tarification déterminés en fonction de la moyenne des taux bruts des dernières années.

- les taux collectifs calculés sur ces bases seront appliqués aux entreprises de moins de 50 salariés.

- une tarification mixte, comprenant une fraction de taux collectif et une fraction de taux individuel sera instaurée. Elle s'appliquera aux entreprises de 50 à 299 salariés, sauf dans le secteur du bâtiment et travaux publics où elle concernera les entreprises de 50 à 499 salariés.

- la tarification individuelle (taux réel, correspondant aux résultats propres de chaque entreprise) sera appliquée aux entreprises de plus de 299 salariés et de plus de 499 salariés dans le bâtiment et travaux publics.

Cette réforme ferait de la région Alsace-Moselle une région pilote, en particulier pour :

- la nouvelle méthode de détermination des taux collectifs,
- l'application au bâtiment et aux travaux publics de règles de calcul individuel et mixte tenant compte des coûts propres de l'entreprise.

L'objet de cette réforme est bien sûr de sensibiliser les entreprises à leur coût en matière d'accidents du travail et par là même de les inciter à faire des efforts en matière de prévention.

La CRAM joue ainsi un rôle économique non négligeable : 5 000 établissements environ vont bénéficier du taux individuel ou mixte. La répartition plus juste et transparente des charges fera prendre aux entreprises conscience des enjeux financiers liés à une prévention efficace des risques professionnels.

Des "butoirs" sont toutefois prévus pour limiter les incidences des accidents graves qui entraîneraient une hausse trop importante du taux de cotisation d'une année à l'autre.

2. L'assurance accidents agricoles dans les trois départements

L'assurance accidents en agriculture a été instituée par une loi du 5 mai 1886. Elle fonctionne depuis le 1er mai 1889 soit depuis plus de cent ans dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Dans chaque département existe une caisse ayant le monopole légal de l'assurance accidents des exploitants agricoles, des membres de leur famille, des aides bénévoles et des salariés agricoles.

A la différence des autres départements, un organisme unique indemnise les accidents survenus aux salariés et aux non-

salariés et s'occupe également de la prévention pour les deux catégories d'assurés.

Le régime local reste régi par le Code des assurances sociales du 19 juillet 1911 et les textes du code rural (Livre VII, Titre V).

Malgré son ancienneté, les prestations versées aux victimes d'un accident restent nettement plus importantes que celles prévues par la loi du 22 décembre 1966 mettant en place dans les départements autres que ceux du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, l'assurance accidents des exploitants agricoles.

Pour les salariés agricoles, il fallut attendre la loi du 25 octobre 1972 pour instituer une assurance obligatoire alors que dans les trois départements précités ces assurés bénéficient depuis l'origine d'une protection et, depuis la mise en place du régime général, des mêmes prestations que celles prévues pour les salariés du commerce et de l'industrie.

a) Les prestations versées aux non salariés

Pour les accidents du travail, les prestations en nature sont identiques à celles du régime général. Par contre, le régime local assure des prestations en espèces sous forme d'indemnités journalières, ce que ne fait pas le régime général, qui s'élèvent entre 50 % et 2/3 du gain moyen journalier en fonction de la durée de l'arrêt, ou sous forme de rente. Un service de remplacement est également assuré.

Pour les accidents de la vie privée, les prestations du régime d'Alsace-Moselle sont identiques à celles des autres départements. Il n'y a pas d'indemnités journalières mais le régime local assure un service de remplacement. Le service d'une rente est également identique.

b) Les prestations versées aux salariés

Les prestations sont les mêmes que pour l'ensemble du pays. Dans les autres départements que le Haut-Rhin, le Bas-Rhin et

la Moselle, il y a lieu de rappeler que cette équivalence des prestations n'est acquise que depuis la loi du 25 octobre 1972.

c) Les ressources de la caisse

Pour assurer la prise en charge du coût des accidents - anciens et nouveaux- qui pèse sur le régime local, les caisses disposent de ressources qu'il est possible de présenter en trois rubriques :

- les cotisations professionnelles	86 %
- la compensation visant les rentes des salariés (articles L. 134-7 et L. 134-11 du code de la sécurité sociale)	6 %
- les autres produits (produits financiers, recours contre tiers responsables d'accidents, etc.)	8 %

Le financement professionnel qui représente l'essentiel des ressources des organismes gestionnaires, est lui-même subdivisé en trois catégories distinctes :

- le produit des cotisations foncières	60 %
- les cotisations sur salaires à la charge des employeurs de main d'oeuvre salariée	38 %
- les cotisations dont sont redevables les non-salariés développant des activités connexes à l'agriculture	2 %

En termes de ressources, la particularité du régime local découle de l'imposition foncière visant l'ensemble des propriétés cadastrées en non-bâti.

Le volume des cotisations foncières mis en recouvrement est fixé au plan départemental par le comité directeur de chaque caisse. Il fait l'objet d'une répartition entre toutes les communes du département selon des critères de surfaces et de natures de culture.

Les communes ont toutefois la faculté de couvrir la cotisation foncière ainsi déterminée par l'affectation prioritaire du produit des baux de chasse.

Si le produit des baux de chasse affecté à la couverture de la cotisation foncière des Caisses d'assurance-accidents agricoles couvre globalement 20 % du recouvrement foncier, on enregistre cependant d'importants écarts entre les résultats obtenus à ce titre dans chaque département :

- 46 % dans le Haut-Rhin

- 17 % dans le Bas-Rhin,

- 7 % en Moselle.

Le recouvrement des cotisations foncières est assuré par l'Administration des Impôts comme les autres taxes sur le foncier non-bâti.

Pour l'année 1990, 684 173 rôles d'impositions comportaient des cotisations destinées au financement du régime local de couverture des accidents.

Dès lors que l'imposition foncière concerne l'ensemble du foncier non-bâti à l'exception des propriétés de l'Etat qui reste son propre assureur, il est évident que la surface soumise à cotisations accidents est nettement supérieure à celle qui est assujettie par les Caisses de Mutualité Sociale Agricole.

d) Un régime unique et obligatoire de prévention des accidents

Le régime local d'assurance-accidents agricoles, en vigueur dans les trois départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle n'est pas seulement un régime de réparation mais aussi un régime de prévention.

Il concerne, contrairement aux autres départements français, aussi bien les salariés que les non-salariés agricoles.

En outre, dans les trois départements, la prévention des risques d'accidents est financée exclusivement par la profession.

La prévention des risques professionnels en agriculture n'est pas nouvelle en Alsace-Moselle. En effet, le droit local, par des avancées successives et, notamment, en édictant des règlements de prévention, a pris en compte cet aspect dès 1897. Au cours des années, ces règles ont été adaptées à l'évolution et à la modernisation de l'agriculture avec des dates-clefs : 1900-1907-1912 (nomination du 1er agent de prévention) - 1923-1957 et enfin 1987, date à laquelle est entré en application le règlement de prévention actuellement en vigueur.

La stricte observation de ce règlement s'impose à l'ensemble des chefs d'exploitation ou d'entreprise ainsi qu'aux salariés agricoles.

Les activités de prévention menées par les caisses comprennent essentiellement trois volets :

- l'information et la sensibilisation des assurés,**
- l'organisation de stages de formation à la sécurité et les visites-diagnostic des exploitations ou entreprises agricoles,**
- l'attribution d'aides financières à caractère incitatif à la prise en compte de la prévention.**

Le caractère de "risque social" de l'accident du travail dans le régime du code des Assurances Sociales a trouvé tout naturellement et cela très tôt, son complément dans la réglementation de la prévention des accidents. En partant du principe raisonnable qu'il n'y a lieu de réparer les suites d'un accident que dans la mesure où celui-ci n'a pu être évité, la primauté de la prévention sur la réparation s'est imposée d'elle-même.

Après cette rapide présentation du régime local de protection sociale, il convient d'approfondir l'étude du régime d'assurance maladie, qui a motivé la création de la mission sénatoriale.

III - LES DIFFICULTES FINANCIERES DU REGIME LOCAL D'ASSURANCE-MALADIE POSENT LA QUESTION DE SON EVENTUELLE REFORME

Les difficultés que connaît le régime local depuis 1983 ne sont pas sans précédents ; chaque fois, des solutions ont été trouvées, soit dans le cadre des règles normales de fonctionnement du régime, soit par l'institution de nouvelles modalités de gestion. La question se pose donc de savoir s'il en sera de même aujourd'hui.

Le régime a été excédentaire de 1946 à 1959, de 1968 à 1982 et en 1990 et 1991. Il a été déficitaire de 1960 à 1967, de 1983 à 1989 et tout laisse penser qu'il le sera en 1992.

Parallèlement, pour tenir compte de ces évolutions, diverses décisions ont été prises :

. Les importants excédents du régime inscrits au fonds régional de réserve ont rendu possible une baisse des cotisations qui, fixées le 1er juillet 1946 à 2 % des salaires, ont été ramenées le 1er juillet 1947 à 1 %, ainsi que la création de prestations supplémentaires locales : versements d'indemnités funéraires (1970), participation à la réinsertion sociale et familiale des handicapés physiques (1973), supplément de dotation pour les secours individuels (1973), participation aux frais de séjour en cure thermale (1974), financements d'investissements dans des établissements appartenant aux caisses ou extérieurs à celles-ci (1976), enfin, en 1982, compensation de la réduction de la pension d'invalidité en cas d'hospitalisation, versement d'une indemnité journalière complémentaire en cas d'arrêt de travail prolongé, participation aux frais d'optique en sus des prestations légales, enfin participation aux frais d'aides ménagères mis à la charge des pensionnés de vieillesse et d'invalidité.

. Les déficits ont été comblés par des mesures inverses des précédentes : c'est ainsi que les cotisations ont d'abord été rehaussées

à 1,5 % le 1er octobre 1967, puis assises sur la totalité du salaire à partir du 1er janvier 1986 alors qu'elles étaient jusqu'alors prélevées sur un salaire plafonné, enfin portées à 1,7 % le 1er septembre 1989 par l'instauration d'une surcotisation de 0,2 % ; parallèlement était instituée une cotisation de 0,75 % sur les pensions de retraite ; ces deux dernières mesures, prévues initialement à titre temporaire, ont été reconduites depuis, dernièrement encore par un décret du 3 janvier 1992.

Il faut noter que si certaines décisions ont été prises par les caisses elles-mêmes sur proposition du service d'intérêts communs et de coordination (SICC), d'autres ont dû être prises autoritairement par les pouvoirs publics, faute de décision des administrateurs.

Par ailleurs, en 1949 a été institué un régime de compensation inter-caisses fondant le régime local sur la solidarité régionale. A l'origine, en effet, chaque caisse primaire encaissait les cotisations de ses assurés et versait les prestations.

En accompagnement des relèvements de cotisation, les prestations supplémentaires ont été progressivement supprimées (1) et les équipements transférés au régime général pour le franc symbolique, le régime local, à partir de 1986, n'assurant plus que ses deux prestations de base : prise en charge des frais hospitaliers à 100 % dès le premier jour et remboursements des débours de médecine ambulatoire à 90 %. Ces mesures restrictives n'ont pas empêché la disparition du fonds régional de réserve, ni pu éviter l'intervention du régime général pour aider le régime local à faire face à ses besoins de trésorerie.

C'est sur la dernière période, qui va de 1983 à aujourd'hui, qu'il convient de revenir maintenant plus en détails, car c'est d'elle que naissent toutes les interrogations actuelles sur l'avenir du régime. La fragilité de sa situation semble rendre nécessaire sa réforme et une réflexion a été engagée, qui a déjà abouti à la modification de l'article L. 181-1 du code de la sécurité sociale, dans le

(1) L'arrêté du 16 janvier 1975, qui définit les mécanismes d'utilisation du fonds régional de réserve, dispose que les prestations supplémentaires sont supprimées dès que le fonds de réserve descend en-dessous de 20 % du montant des prestations versées l'année précédente.

but de pérenniser le régime ; ce faisant, plusieurs problèmes annexes ont été mis à jour qui devraient trouver une solution à cette occasion.

A. LE DESEQUILIBRE PROGRESSIF DU REGIME

1. Les causes

Trois raisons d'importance inégale expliquent le déséquilibre progressif du régime local : la situation économique générale, le vieillissement de la population et les désengagements successifs du régime général.

Il ne semble pas nécessaire de s'appesantir sur les deux premières raisons ; il est évident que la situation économique en Alsace-Moselle comme partout ailleurs en France a une incidence sur les finances des régimes de protection sociale. La stagnation des salaires mais aussi et surtout l'augmentation du nombre des chômeurs, les mises en pré-retraite ou les retards à l'entrée dans la vie active ont une influence négative non négligeable sur les recettes. S'y ajoute la question des travailleurs frontaliers qui ne paient pas de cotisations tout en bénéficiant du régime local, sur laquelle il conviendra de revenir.

A l'inverse, comme dans le reste de la France, le vieillissement de la population et le nombre des retraités pèsent davantage sur le volume des prestations. Ce point fera, lui aussi, l'objet de développements ultérieurs, car se pose aujourd'hui la question des retraités hors-région, récemment encore exclus du bénéfice du régime local d'assurance maladie et qu'une jurisprudence récente va obliger à réintégrer.

Si les deux premières causes du déséquilibre sont difficilement quantifiables, il est plus aisé de cerner la troisième, la croissance des dépenses légales en raison des désengagements successifs du régime général. Ce désengagement prend deux formes : la diminution du remboursement des frais de médecine ambulatoire

et notamment des frais pharmaceutiques et l'institution puis l'augmentation du forfait hospitalier.

. Le déremboursement de certaines prestations de médecine ambulatoire

A plusieurs reprises, pour tenter de freiner les dépenses d'assurance maladie du régime général, le Gouvernement a réduit le pourcentage de remboursement d'un nombre croissant de médicaments et révisé la nomenclature de certains actes médicaux. Le plus notable de ces désengagements du régime général, le "Plan Seguin" de 1987 qui déremboursait 1 500 médicaments, a, en 1988, première année pleine d'application, accru la charge du régime local de 90 millions de francs.

Le mécanisme d'alourdissement des charges du régime local se comprend aisément : pour un remboursement "légal" de 90 % (article D. 325-2 du code de la sécurité sociale) du prix du médicament qui laisse à la charge du patient un ticket modérateur de 10 %, le régime local prend à sa charge 20 % lorsque le médicament est remboursé à 70 % par le régime général. Si ce dernier, à la suite de l'institution de la vignette bleue, ne rembourse plus que 40 %, c'est 50 % que doit prendre en charge le régime local.

Cette politique est constante depuis plusieurs années : la publication régulière des listes de médicaments déremboursés ou l'institution d'un ticket modérateur sur certains examens (scanner par exemple) ont une incidence directe sur la charge du régime local même si celle-ci est difficilement chiffrable.

. La création et l'évolution du forfait journalier

Le forfait journalier, institué par la loi du 13 janvier 1983, vise à faire participer les personnes hospitalisées aux dépenses à caractère hôtelier. Il est acquitté en tant que tel par les personnes exonérées du ticket modérateur, et fait partie de ce dernier pour celles qui en sont redevables.

Le régime local assurant une couverture de l'hospitalisation à 100 % dès le premier jour, le forfait hospitalier est

pris en charge par le régime local : c'est ce que prévoit explicitement le décret n° 85-1507 du 31 décembre 1985, qui fait pièce aux réticences des caisses d'assurance maladie qui, après avoir accepté la prise en charge du forfait à titre provisoire, se sont déterminées pour son application en Alsace-Moselle comme en "vieille France".

Or, le forfait journalier a augmenté notablement ces deux dernières années : 20 francs en 1983, 29 francs au 1er janvier 1989, 31 francs au 1er janvier 1990, 33 francs au 1er janvier 1991 et 50 francs au 1er juillet 1991. Il a donc généré une charge nouvelle pour le régime local ; puis celle-ci s'est progressivement alourdie, passant de 73 millions de francs environ en 1984 à plus de 120 millions en 1991 (134 millions si les liquidations effectuées par les établissements avaient immédiatement pris en compte le forfait à 50 francs).

La délégation s'est interrogée, à cette occasion, sur les modalités de remboursement du forfait journalier par le régime local. Il semblerait, en effet, que le forfait soit remboursé même en cas de prise en charge du ticket modérateur, ce qui inciterait à penser que le forfait est remboursé deux fois, puisqu'il est déjà intégré au ticket modérateur. Les avis de ses interlocuteurs ayant été contradictoires, la délégation n'est pas parvenue à éclaircir ce point qui, s'il était exact, grèverait un peu plus le régime. Il serait donc souhaitable que les caisses examinent elles-mêmes cette question.

Ainsi, en 1991, les désengagements successifs du régime général se sont traduits par un surplus de charges évalué à plus de 200 millions soit environ 15 % du montant global des charges (1 328 millions).

. L'absence d'instance décisionnelle

S'il paraît difficile d'imputer la totalité des difficultés financières du régime aux surcoûts générés par le désengagement du régime général, ceux-ci y contribuent néanmoins pour une bonne part. Mais surtout ces charges supplémentaires sont imposées mécaniquement au régime local sans que celui-ci ait le moindre pouvoir de s'y opposer. Il ne peut guère non plus prendre aisément les mesures qui lui permettraient de s'adapter à la politique de maîtrise des dépenses de santé du régime général ; le régime local ne dispose

pas, en effet, d'un organe décisionnel unique : le service d'intérêts communs et de coordination (SICC) n'a aucun pouvoir de décision ; seules les caisses ont ce pouvoir. De plus, outre le fait qu'il est difficile de s'entendre à huit, il est fréquent qu'une décision soit prise par la tutelle, en opposition avec l'avis exprimé par des caisses. C'est ce qui est arrivé à plusieurs reprises au cours de la période récente.

Dans ces conditions, l'équilibre financier du régime, quand il est atteint, ne peut être qu'aléatoire car aucune gestion prévisionnelle n'est alors possible.

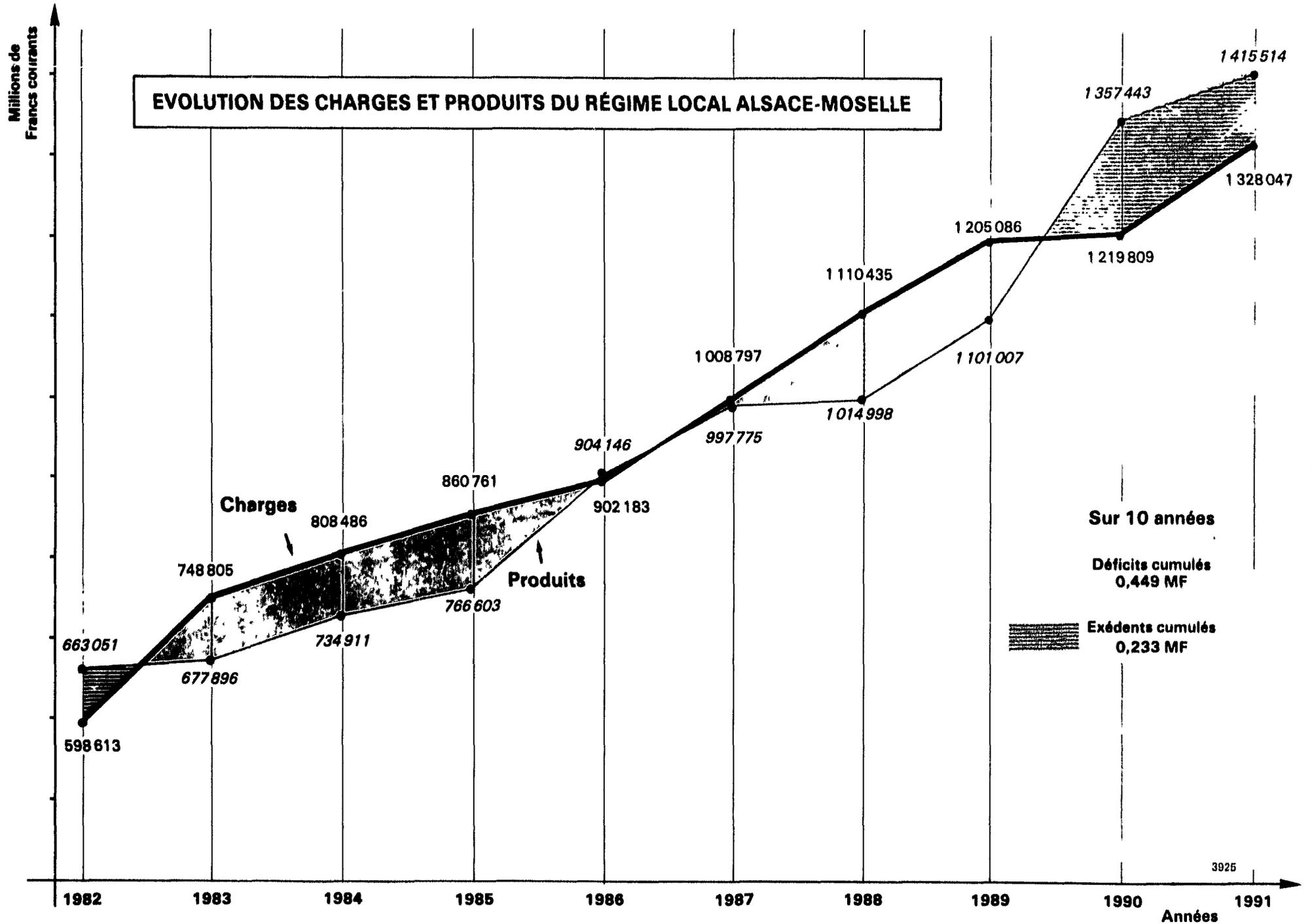
C'est donc moins une crise financière qu'une crise d'identité que traverse le régime local : Quel peut être son avenir ? Quel niveau de prestation maintenir ? Qui décidera des mesures à prendre pour en maintenir l'équilibre ? Faut-il l'étendre, comme cela est souvent demandé, à d'autres catégories de bénéficiaires ?

Ce sont ces questions, parmi d'autres, qui resurgissent périodiquement depuis 1983, date de la première réapparition d'un déficit après une longue période excédentaire.

2. Historique des mesures envisagées ou prises en regard de l'évolution de la situation financière (1)

Le tableau ci-après (p. 44) retrace l'évolution des charges et produits du régime local sur dix ans. Il apparaît clairement que sur la presque totalité de cette période les dépenses ont augmenté plus rapidement que les recettes.

(1) Voir "Les assurances sociales dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle et évolution, 1883-1984" (Mise à jour au 1er septembre 1990), Raymond Triby.



Sur 10 années

Déficits cumulés
0,449 MF

Exédents cumulés
0,233 MF

Ainsi en 1983, début de l'application du forfait journalier, le déficit était, en francs courants, de 70,90 millions de francs. Le fonds régional de réserve permettait certes de continuer de payer les prestations sur les fonds propres du régime, mais une réflexion s'imposait : une commission présidée par le président de la caisse régionale, président du SICC, à laquelle participaient les partenaires sociaux, réfléchit à l'avenir du régime dans l'hypothèse où la prise en charge du forfait hospitalier, qui n'était que temporaire, serait reconduite jusqu'en décembre 1985 et au sort des prestations supplémentaires dès lors que le régime n'était plus excédentaire. Des propositions ont été soumises par l'intermédiaire du SICC, aux huit caisses primaires, qui se déclarèrent favorables au déplafonnement de la cotisation, à un prélèvement de 8 % sur le montant des ressources pour financer les prestations supplémentaires, au maintien du niveau plancher du fonds de réserve à 20 % des prestations ; elles se déclarèrent en revanche défavorables au maintien de la prise en charge du forfait journalier ainsi qu'à la révision annuelle de la cotisation. Un dialogue s'engagea alors avec le ministre de tutelle, Mme Georgina Dufoix, ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, qui, au bout de deux ans, ne retint que très partiellement les suggestions des caisses : déplafonnement de l'assiette des cotisations par le décret du 31 décembre 1985 mais pérennisation de la prise en charge du forfait hospitalier par ce même décret et limitation des sommes susceptibles de financer les prestations supplémentaires.

Ces diverses mesures ont permis de passer d'un déficit de 124,89 millions au 31 décembre 1985 à un léger excédent au 31 décembre 1986, mais le fonds régional de réserve n'atteignait alors plus que 10,6 % des prestations contre 12,25 % (100,1 millions) en 1985. Il convient d'ailleurs de rappeler que l'arrêté du 16 janvier 1975 relatif aux mécanismes d'utilisation du fonds avait fixé un montant plancher correspondant à 20 % des prestations.

En prévision de nouvelles difficultés les CPAM, sur proposition du SICC, décidèrent de redemander au ministère de supprimer la prise en charge du forfait journalier, de revoir les conditions d'ouverture des droits des retraités, d'instaurer une cotisation pour les non-actifs, enfin d'autoriser un prélèvement de 3 % du produit des cotisations pour financer l'action sanitaire et sociale.

Le 17 avril 1987 le secrétaire d'Etat à la sécurité sociale, M. Adrien Zeller, différait toute décision quant à la suppression de la prise en charge du forfait journalier et s'opposa au prélèvement d'un pourcentage des cotisations pour l'action sanitaire et sociale. Après discussion deux décisions furent prises par deux décrets du 28 août 1987 : fixation du prélèvement au profit de la CNAM pour la gestion administrative à 0,75 % des cotisations des actifs et abaissement à 8 % du montant plancher du fonds de réserve.

La loi n° 87-588 du 30 juillet 1987 en instituant une cotisation d'assurance maladie au profit du régime général sur les pensions de retraite, ouvrait la voie, par son article 3 (Art. L. 242-13 du code de la sécurité sociale) à un prélèvement de même nature au profit du régime local. Mais la décision ne fut prise que deux ans plus tard, le régime n'ayant pas accusé un déficit trop lourd au 31 décembre 1987 : 11,02 millions et un fonds régional de réserve de 110,47 millions (11,02 % des prestations).

La situation paraissant encore fragile, notamment dans la perspective de l'application du "Plan Seguin" en année pleine, d'autres propositions furent formulées par les caisses ainsi que par le Conseil économique et social d'Alsace (CESA). On y trouvait l'idée d'instaurer une contribution des entreprises et des départements. Aucune décision ne fut cependant prise.

Fin 1988, le régime présentait un solde déficitaire de 95,43 millions, dû à l'institution des vignettes bleues ainsi qu'à une dérive importante des remboursements maladie (13,27 %) ; quant au fond de réserve il était descendu à 0,79 % du montant des prestations, bien en-dessous du seuil de 8 % qui aurait dû déclencher un relèvement de la cotisation. Les prévisions pour 1989 envisageaient un déficit de 132 millions, avec un fonds de réserve négatif à hauteur de 126 millions.

Aussi le 16 mars 1989 le SICC proposa de nouvelles mesures aux caisses primaires qui les adoptèrent. Le ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, M. Claude Evin, par une lettre du 19 juillet, accepta l'institution d'une cotisation de 0,75 % (1) sur les avantages de retraite suivant les mêmes règles d'exonération que pour le régime général, ainsi que l'institution d'une surcotisation de 0,2 % s'ajoutant à la cotisation de 1,5 % sur le salaire des actifs, à titre transitoire pour une période de 15 mois. En revanche, évoquant les réserves extrêmes des organisations syndicales représentatives de salariés et de la population d'Alsace-Moselle quant au non-remboursement du forfait journalier, il s'opposait une nouvelle fois à la suppression de sa prise en charge par le régime, contre l'avis des caisses (où les organisations syndicales sont pourtant majoritaires).

La cotisation de 0,75 % a procuré 81,18 millions de ressources supplémentaires en 1991. La surcotisation de 0,2 % a représenté 157,27 millions.

Conscient de la difficulté de rétablir durablement l'équilibre du régime par ces seules mesures, le ministre suggérait en outre d'engager, avant toute mesure complémentaire, une réforme des structures de gestion, afin d'alléger la procédure instituée en 1946, peu adaptée à l'autonomie actuelle des collectivités territoriales. A cette fin, il proposait de confier à un haut fonctionnaire une mission de consultation de l'ensemble des parties intéressées. Les conclusions de cette mission devaient être rendues avant la fin de l'année.

C'est M. Raymond Baltenweck, président du comité économique et social d'Alsace, qui fut chargé de la mission, par lettre du 7 mars 1990.

Auparavant, les mesures retenues par le ministre parurent dans deux décrets, n° s 89-540 et 89-541, du 3 août 1989 ; avec la cotisation de 0,75 % sur les pensions de retraite et la surcotisation de 0,2 % sur le salaire des actifs, le régime redevint, fin 1990, excédentaire de 137,63 millions de francs.

(1). En réalité les caisses avaient demandé une cotisation fixée à 50 % de la cotisation des actifs, afin qu'elle évolue avec cette dernière.

M. Raymond Baltenweck déposa son rapport en septembre 1990. Parmi ses propositions, qui seront présentées ultérieurement, seule la modification de l'article L. 181-1 du code de la sécurité sociale visant à pérenniser le régime local est entrée dans les faits ; **M. Claude Evin** s'y était engagé lors d'une visite en Alsace le 12 avril 1991. Cette pérennisation, dont on ignore les conditions d'application, et qui, pour cette raison a été refusée par le Sénat, figure à l'article 5 de la loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991.

Enfin, le décret n° 92-01 du 1er janvier 1992 proroge la surcotisation de 0,2 % jusqu'au 31 décembre 1992. Au 31 décembre 1991 le régime était de nouveau excédentaire de 87,46 millions de francs sur un budget de 1 415,51 millions (voir tableau p. 49). Cependant les prévisions de la CRAM pour 1992 laissent présager, à législation constante, un léger déficit.

Le régime local, s'il est juridiquement reconnu, n'a pas encore son avenir assuré en termes financiers, d'autant que les solutions proposées quelles qu'elles soient, sont nécessairement liées à la finalité qu'on lui assigne. En outre, au cours des débats qui viennent d'être succinctement résumés, deux questions annexes ont été soulevées, qui ne sont pas sans incidences sur son équilibre financier : il s'agit des situations juridiques des travailleurs frontaliers et des retraités hors régions.

COMPTE DE RESULTAT

*Données comptables
en F. courants*

CHARGES

Prestations maladie	961 453 915,16
<i>(y compris l'hospitalisation hors dotation globale)</i>	
. Alsace-Moselle	933 488 027,94
. Autres C.P.A.M.	<u>27 965 887,22</u>
 Forfait journalier	 122 027 424,10
. Alsace-Moselle	120 542 646,42
. Autres C.P.A.M.	<u>1 484 777,68</u>
 Dotation globale	 234 725 877,06
<i>(participation provisoire 1991 à la ventilation nationale) :</i>	
235 700 000,00	} 235 700 000,00
<i>Régularisation de la participa- tion 1990 :)</i>	- 984 122,94
<i>Dépistage du V.I.H. (estimation)</i>	+ 10 000,00
 Prélèvement effectué au titre de la gestion	 <u>9 840 207,07</u>
TOTAL	<u>1 328 047 423,39</u>

PRODUITS

Cotisations	1 311 934 288,07 (1)
Majorations	1 298 043,56 (1)
Cotisation retraite	81 184 961,26
. Régime général	41 900 055,59
. Régime complémentaire	<u>39 284 905,67(1)</u>
Recours contre les tiers	6 256 567,29
Intérêts produits par le Fonds Régional de Réserve	<u>14 840 250,19</u>
TOTAL	<u>1 415 514 110,37</u>
SOLDE EXCEDENTAIRE	+ 87 466 686,98

(1) Chiffres évalués compte tenu des données disponibles le 21.01.1992

B. LA SITUATION JURIDIQUE DES TRAVAILLEURS FRONTALIERS ET DES RETRAITES HORS REGIONS ET SES INCIDENCES SUR LE REGIME LOCAL

Pour mieux comprendre la situation des travailleurs frontaliers et des retraités hors région au regard du régime local, il convient d'avoir à l'esprit, d'une part que l'affiliation au régime local est subordonnée à un emploi salarié dans l'industrie et le commerce situé dans les trois départements d'Alsace-Moselle, d'autre part que le bénéficiaire du régime après la cessation d'activité suppose que le retraité a travaillé au moins trois mois dans une entreprise ouvrant droit au régime local et réside toujours en Alsace-Moselle (cette dernière condition étant aujourd'hui remise en cause par la jurisprudence).

1. Les travailleurs frontaliers

Qu'il travaille en Allemagne, au Luxembourg ou en Suisse, le frontalier français ne paie pas de cotisations sociales en France ; mais il peut bénéficier, le cas échéant, des prestations du régime général et du régime complémentaire ; de même, en cas de chômage, peut-il percevoir ces mêmes prestations. 70 000 personnes sont actuellement considérées comme des travailleurs frontaliers et bénéficient du régime local.

Cette situation n'a pas d'incidence économique sur les régimes de sécurité sociale lorsque les bénéficiaires travaillent en Allemagne et au Luxembourg, pays membres de la C.E.E. Des accords permettent aux CPAM d'Alsace-Moselle de demander aux caisses allemandes ou luxembourgeoises le remboursement des prestations versées. En revanche, avec la Suisse, il n'existe pas d'accord en matière de sécurité sociale. Aucune compensation ne peut être réclamée. Le frontalier ne bénéficie donc pas du régime local, sauf le cas échéant, par l'intermédiaire de son conjoint. Comme il n'existe pas d'assurance maladie obligatoire en Suisse le frontalier ne peut se couvrir que par une assurance volontaire. Mais, s'il perd son emploi, il peut prétendre aux prestations sociales françaises.

Cette anomalie n'est pas la seule : l'avantage de salaire pour le travailleur frontalier se conjugue en effet avec des avantages fiscaux (fiscalité française moins lourde) ainsi que des avantages sociaux tels que les allocations familiales (pour lesquelles les entreprises allemandes, par exemple, n'ont pas à cotiser, ce qui leur permet de verser des salaires plus élevés), ou les allocations de chômage calculées sur le salaire à l'étranger au cas où le frontalier perd son emploi (sans que le salarié ait eu à cotiser). Ces anomalies ont été dénoncées par le patronat alsacien et mosellan qui y voit une concurrence déloyale en raison de la fuite de la main d'oeuvre qualifiée que cette situation génère et des charges supplémentaires que cela crée pour les entreprises françaises qui tentent d'y résister en augmentant les salaires.

Mais ces questions ne relèvent pas du présent rapport et ne peuvent être ici qu'esquissées. Il est cependant certain que cette situation, que l'on peut qualifier d'anormalement favorable, pousse à une augmentation du nombre des travailleurs frontaliers et a des effets néfastes sur l'économie des trois départements ainsi que sur l'équilibre financier du régime local.

2. Les retraités hors région

Pour bénéficier du régime local, un retraité doit y avoir cotisé, lorsqu'il était en activité, un minimum de trois mois. Mais il doit également résider en Alsace-Moselle, ce qui exclut nombre de retraités ayant cotisé toute leur vie au MA bis et qui se sont installés dans une autre région.

Il est évident que la condition de trois mois de cotisation est particulièrement libérale : ces bénéficiaires de la dernière heure contribuent ainsi aux difficultés financières du régime. C'est pourquoi, à plusieurs reprises, l'allongement à trois ans de la durée d'affiliation en cours d'activité a été évoqué, voire proposé au ministère de tutelle (par exemple en mars 1989) sans que cela ait jamais donné lieu à une décision, toute autre mesure relative au financement étant suspendue à une réforme des structures de gestion.

A l'inverse, la condition de résidence paraissait injuste (le rapport Baltenweck s'en fait l'écho) mais la tutelle a toujours refusé de lever cette condition au motif que *"la situation financière du régime local ne permet pas d'envisager sans contrepartie une éventuelle extension de son champ personnel aux retraités ayant cotisé à ce régime durant leur activité"* (Assemblée nationale, question écrite n° 17054 du 26 janvier 1987).

On remarquera que cet argument tombe depuis que les retraités sont assujettis à une cotisation de 0,75 % par le décret n° 89-540 du 30 août 1989.

Il paraît, en outre, d'autant plus difficile de résister aux demandes tendant à faire bénéficier des retraités hors régions du régime complémentaire local que la Cour d'appel de Nevers, dans un arrêt du 8 novembre 1991, a considéré que le décret n° 46-1428 du 12 juin 1946 *"ne limite pas le bénéfice du régime spécial d'assurance maladie aux salariés qui résident dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, et que le décret n° 89-540 du 30 août 1989 n'impose pas à condition de résidence aux affiliés du régime spécial d'Alsace-Moselle pour leur permettre de continuer à bénéficier du tarif préférentiel de remboursement"*. Dès lors, si cette jurisprudence s'impose, les 57 570 prestataires de la Caisse régionale d'assurance vieillesse résidant habituellement hors région auront droit aux prestations du régime complémentaire local.

Mais ils ne seront pas les seuls puisque, à législation inchangée, tous les retraités résidant hors région et ayant bénéficié du régime local pendant au minimum trois mois lorsqu'ils étaient en activité auront vocation aux prestations du régime. On ignore le nombre de ces bénéficiaires potentiels, mais il semble qu'il soit élevé. Le chiffre de 40 000 a été avancé par la CRAV. Un autre chiffre a été avancé par les représentants de la CPAM de Colmar : 130 000 extra-territoriaux, desquels il faut retrancher ceux qui, percevant une pension de retraite, sont déjà connus (57 570).

Certes, les nouveaux bénéficiaires seront alors assujettis à la cotisation de 0,75 % mais, outre le fait que le précompte de cette cotisation ne pourra être opéré sans difficulté- les pensions de ces retraités n'étant pas liquidées par la CRAV d'Alsace-Moselle-, l'arrivée de ces nouveaux bénéficiaires ne sera pas sans influence sur

l'équilibre financier du régime ; d'autant que seule une partie d'entre eux remplira les conditions pour être soumis à cotisation ; ainsi, sur les 57 570 prestataires de la CRAV domiciliés hors région au 31 décembre 1991, seuls 19 867 remplissent ces conditions. On peut penser que les proportions seront identiques pour les retraités dont les pensions ne sont pas liquidées par la CRAV d'Alsace-Moselle.

Cette situation éclaire les demandes réitérées des caisses relatives à la fixation d'une durée de cotisation minimale de trois ans comme salarié pour ouvrir droit au régime d'assurance maladie pendant la retraite et à l'instauration d'une cotisation pour les chômeurs et les pré-retraités, sous certaines conditions de ressources.

Ainsi, même s'il convient de nuancer les appréciations sur les difficultés financières du régime local dont l'équilibre, à législation constante, n'apparaît pas si compromis, il reste évident que celui-ci est dans une situation d'instabilité juridique et économique qui ne lui permet pas d'envisager sereinement l'avenir : trop de facteurs interviennent, dans des sens contraires d'ailleurs difficilement mesurables, pour qu'on ne s'interroge pas, sinon sur son existence, du moins sur sa finalité. A l'évidence des mesures doivent être prises.

*

* *

La situation est donc la suivante :

Dans sa lettre du 19 juillet 1989, M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, déclarait qu'il lui paraissait souhaitable d'"engager une réforme des structures de gestion du régime local" qui "devrait favoriser la décentralisation des responsabilités de gestion et (...) conduire à ce que les décisions à prendre pour en assurer l'avenir puissent être prises par les intéressés eux-mêmes, dans une instance dont l'autorité et la légitimité soient reconnues de tous".

Pour le ministre, cette réforme de structure *"paraît être un préalable à toute mesure complémentaire s'attachant au financement ou à la maîtrise des dépenses du régime local"*.

A cette fin, il a confié, en mars 1990, au président du comité économique et social d'Alsace, M. Raymond Baltenweck, *"une mission de consultation de l'ensemble des parties intéressées sur la forme que pourrait prendre la nouvelle structure de gestion du régime local"*.

Dans son rapport, déposé en septembre 1990, M. Raymond Baltenweck formule plusieurs propositions.

- La modification de l'article L. 181-1 du code de la sécurité sociale pour conférer au régime local un caractère permanent. Elle pourrait être complétée par la définition du champ d'application du régime en le limitant strictement au remboursement des prestations légales, par l'affirmation de sa gestion autonome dans le cadre d'une instance de décision, sans que la tutelle ait l'obligation d'en apprécier l'opportunité. Le rapport maintient l'intervention de décrets pour fixer et modifier les règles d'organisation et de fonctionnement du régime.

- La création d'une nouvelle structure de gestion du régime local qui ne soit pas une union de caisses. Cette structure, dont le conseil d'administration serait calqué sur celui des autres organismes de sécurité sociale, serait complétée par deux instances consultatives, l'une composée des directeurs des caisses, l'autre des professions de santé. Elle disposerait d'un pouvoir de décision en dépenses et en ressources.

- La définition des règles de l'équilibre financier du régime local : augmentation des ressources par l'élargissement de la base des cotisants (chômeurs, préretraités, retraités hors région, entreprises) et modulation des cotisations des retraités afin de mieux les adapter à leurs ressources ; reconsidération des dépenses dans le sens du maintien de la prise en charge totale de l'hospitalisation et d'une participation modulable du régime local aux autres dépenses, de telle sorte que la participation du bénéficiaire varie de 10 à 20 %.

- La fixation des règles de gestion et de fonctionnement du régime local, dont l'équilibre financier se définit comme étant la situation dans laquelle, toutes prestations légales servies, un fonds de réserve égal au moins à 10 % des prestations versées l'année

antérieure et ne dépassant pas 20 % de ces mêmes prestations, est constitué.

- Enfin, le rapport préconisait une période transitoire au cours de laquelle s'effectueraient, en plusieurs étapes, la réforme.

Actuellement seule la modification de l'article L. 181-1 du code de la sécurité sociale a été réalisée, par l'article 5 de la loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991 portant diverses dispositions d'ordre social. L'ancien texte prévoyait que "des décrets déterminent les dispositions du régime local qui restent provisoirement en vigueur et les modalités suivant lesquelles s'effectue le passage du régime local antérieur au régime du code de la sécurité sociale".

Désormais, les décrets "déterminent les dispositions du régime local en vigueur dans les départements d'Alsace-Moselle". Il est encore fait mention des modalités de passage au régime général, mais pour la seule tarification des accidents du travail.

Il ressort donc du nouveau texte que le régime local a perdu tout caractère transitoire, ce qui correspond à la demande de la plupart des partenaires sociaux.

Mais alors même qu'il est devenu nécessaire de réformer ce régime, la définition de son champ d'application ainsi que les modalités de sa gestion sont renvoyées à des décrets, ce qui revient à dire que sa spécificité et sa finalité dépendent du pouvoir exécutif ; celui-ci en fonction des circonstances, aujourd'hui ou demain, pourra ou le conforter ou lui faire perdre tout intérêt. Dans le passé les tentatives pour unifier les législations ont été nombreuses, au nom de l'unité et de l'indivisibilité de la République (1). Même si la décentralisation est aujourd'hui une réalité, rien ne permet d'assurer que demain il n'en ira pas différemment.

Mais la menace la plus grave qui pourrait hypothéquer l'avenir du régime local est plus insidieuse. Elle viendrait de ce que le régime local n'aurait pas les moyens juridiques de s'adapter aux nouvelles circonstances, par exemple face à un nouveau

(1) Voir *Notre droit local* - M. Nuninger, sénateur du Haut-Rhin, 1975.

désengagement du régime général dans le cadre de la maîtrise des dépenses de santé, ou en cas de hausses importantes de la consommation médicale. Si le régime s'installait dans une situation de déficit chronique et croissant, rien ne dit qu'on ne le laisserait pas s'effondrer de lui-même, pour le remplacer par un système de protection plus classique.

C'est pourquoi le Sénat, instruit par les sénateurs alsaciens et mosellans, avant de pérenniser ce régime, avait souhaité connaître les conditions de cette pérennisation et, notamment, quelle serait l'instance de gestion, et quels en seraient les pouvoirs. On pouvait même s'interroger sur l'opportunité de préciser davantage dans la loi la spécificité du régime. Rien n'indique en effet dans l'article L. 181-1 qu'il s'agit d'un régime complémentaire. Qu'un régime transitoire, destiné à évoluer, soit défini par décret paraît logique ; il est ainsi plus facile de le faire évoluer. Mais qu'un régime destiné à durer ne soit pas même qualifié par la loi semble beaucoup moins logique : c'est pourquoi il a pu être dit au cours des débats du Sénat que la suppression du caractère transitoire du régime, dès lors qu'on n'apportait aucune précision, privait ce régime de bases législatives.

Des décrets sont aujourd'hui attendus ; ils devraient concerner notamment, ainsi que cela a été dit lors des débats sur la pérennisation du régime, la création de la structure de gestion préconisée par le rapport Baltenweck.

C'est dans ce contexte, et avant que ces décrets ne paraissent, que la commission des Affaires sociales a créé une mission d'information, afin de s'informer sur la situation et les perspectives d'avenir du régime local.

DEUXIEME PARTIE

ANALYSES ET PROPOSITIONS

Lors de son déplacement en Alsace-Moselle, début février, la délégation a entendu une trentaine de personnalités et d'organismes qui ont pu lui exposer leur position sur le régime, présenter leurs analyses et formuler leurs propositions. Il ressort de ces auditions que le régime local, auquel sont attachés la majeure partie de la population et la plupart des partenaires sociaux, donne globalement satisfaction en raison d'un coût économique et social avantageux, mais que sa spécificité et son avenir ne peuvent être durablement assurés qu'en le dotant d'une structure de gestion disposant de véritables pouvoirs en matière de dépenses et de recettes. Toutefois la délégation a constaté que la marge de manoeuvre pour une réforme était faible si l'on voulait conserver au régime tout son sens.

C'est dans cette perspective, sur le fondement de quelques principes simples, que la commission des Affaires sociales formulera des propositions susceptibles d'inspirer les réformes à venir.

I. COMPTE RENDU THÉMATIQUE DES AUDITIONS ET ANALYSE DES PROPOSITIONS

Tous les interlocuteurs de la mission sénatoriale, à l'exception des représentants du patronat, se sont déclarés très attachés au régime local d'assurance maladie ; il faut d'ailleurs noter qu'il ne s'agit pas, de la part du patronat, d'une hostilité au régime actuel, mais plutôt de la crainte d'une réforme qui les impliquerait dans le fonctionnement de ce régime et qui alourdirait leurs charges.

A. UN REGIME QUI DONNE SATISFACTION AU PLUS GRAND NOMBRE, SANS TOUTEFOIS ÊTRE EXEMPT DE CRITIQUES

Ainsi que cela a été dit dans les pages qui précèdent, la situation financière du régime local n'est pas catastrophique car il a su s'adapter à une mauvaise conjoncture économique et aux désengagements du régime général. Pour cela, il a dû revoir les modalités de son financement et supprimer le versement de prestations supplémentaires. Mais son avenir risque d'être compromis dans la mesure où il ne peut que subir les désengagements du régime général, sans disposer de l'autonomie qui lui permettrait de s'adapter aux situations nouvelles.

Ainsi, alors que la population alsacienne et mosellanne se déclare très attachée au régime local, les incertitudes qui pèsent sur lui, parce qu'elles appellent des réformes, alimentent de nombreuses critiques.

L'attachement de la population

Le régime local obligatoire et complémentaire du régime général a été mis en place en 1946 pour éviter une trop grande rupture entre les prestations offertes sous l'empire de l'ancienne législation locale (gratuité des soins et de l'hospitalisation et tiers payant) (1) et les prestations offertes dans le cadre du régime général institué par les ordonnances de 1945. Bien qu'il ne s'agisse que d'un régime complémentaire, il est vécu comme une survivance du régime antérieur, régime général et régime local formant un tout indissociable dans l'esprit des Alsaciens-Mosellans, même si sur les bulletins de salaires les cotisations sont nettement individualisées. A ce sentiment de bénéficier d'un régime aurolé du prestige passé, s'ajoute le fait que pendant très longtemps, le régime local a joué le rôle d'une mutuelle, en offrant des prestations supplémentaires, telles que les compléments de remboursement pour la lunetterie ou les indemnités de cure thermale.

(1) Rappelons que jusqu'en 1946 la médecine ambulatoire dans le cadre du régime local était une médecine de caisse : le praticien agréé était rémunéré directement par la caisse d'assurance maladie ; la liberté totale du choix du médecin ne fut introduite qu'en 1946.

Cette situation avantageait les petits revenus, et au premier rang de ceux-ci nombre de retraités, qui n'ont pas tous les moyens de verser une cotisation mutualiste. Avec la suppression des prestations supplémentaires et le déplafonnement des cotisations, ce caractère de "mutuelle obligatoire" s'est estompé ; le coût du régime peut paraître élevé pour les salaires supérieurs, mais ce désavantage disparaît très vite dès lors que la personne a une famille bénéficiaire, sans cotisation supplémentaire -ce qui n'est pas le cas d'une mutuelle-, du régime local.

Au cours de ses auditions, la délégation sénatoriale a pu mesurer, contrastant avec l'attachement de la plupart des personnes entendues, les réticences du patronat et des pharmaciens. Ceux-ci ont formulé plusieurs types de critiques.

Les critiques du patronat

Ces critiques sont à la fois théoriques et économiques ; elles sont en outre indissociables de l'analyse qu'il fait des distorsions de concurrence au détriment des entreprises françaises, consécutifs à l'attraction qu'exercent l'Allemagne, le Luxembourg et la Suisse sur les frontaliers.

● Les critiques théoriques

1) le régime local serait un régime vieillot incapable de proposer le haut niveau de protection assuré par les mutuelles ; dès lors il rend nécessaire l'affiliation à une mutuelle complémentaire qui seule est à même de fournir des prestations en rapport avec la qualité des soins modernes (lunetterie, dentisterie, etc.) ; en conséquence, le système de protection alsacien-mosellan est un système à trois niveaux, unique en Europe, ce qui constituerait un handicap dans la perspective d'une harmonisation européenne ;

2) le régime local masquerait aux yeux des affiliés le coût réel des soins : la maîtrise des dépenses de santé supposerait en effet que la maladie soit financièrement "un peu douloureuse".

● les critiques économiques

1) La superposition de trois niveaux de protection aboutirait à un renchérissement des coûts (notamment en terme de gestion des régimes) de l'ordre de 15 à 20 %.

2) Les entreprises doivent investir dans un système de paie spécifique puisqu'elles précomptent la cotisation propre au régime local.

3) Surtout, indirectement, les entreprises paient la cotisation supplémentaire en versant des salaires plus élevés.

4) Enfin, la cotisation gêne le recrutement des salariés des catégories professionnelles dont le salaire est élevé.

Au total, c'est le caractère inégalitaire du système et son coût susceptible de faire fuir les entreprises ou de les décourager de venir qui est dénoncé.

Ces critiques ne sont cependant pas sans réponse de la part de ceux qui y sont attachés.

B. UN REGIME DONT LE COUT ECONOMIQUE ET SOCIAL EST JUGE AVANTAGEUX

Pour le salarié et ses ayants droit ainsi que pour le retraité et ses ayants droit, le régime local est incontestablement avantageux : calculée sur un revenu mensuel brut de 12 000 F la cotisation est de 204 F pour un salarié et de 90 F pour un retraité (1) quel que soit le nombre de personnes couvertes. Même si une mutuelle complémentaire reste nécessaire pour la lunetterie ou les prothèses dentaires, le total des cotisations n'atteint pas le niveau d'une mutuelle seule. Le régime local permet ainsi à 78 % de la population alsacienne et mosellane, de bénéficier d'une couverture complémentaire de bon niveau, pour un coût indépendant de l'âge, de la catégorie socio-professionnelle et de la taille de la famille.

(1) Cet avantage était encore beaucoup plus évident avant l'instauration de la cotisation de 0,75 % en 1989.

Mais le régime local n'est pas jugé avantageux que pour les salariés, les retraités et leurs familles ; nombreux sont en effet ceux qui en bénéficient sans cotisation : les chômeurs (notamment les frontaliers ayant perdu leur emploi à l'étranger), les préretraités ou les bénéficiaires de traitement social du chômage dans le cadre notamment des travaux d'utilité collective, des stages d'initiation à la vie professionnelle ou des contrats emploi solidarité ...

Par ailleurs, dans le passé, le régime local a investi dans des équipements lourds qui, rétrocedés pour le franc symbolique au régime général, répondent toujours aux besoins de l'action sanitaire et sociale.

Surtout, il ressort des auditions que l'existence du régime local aurait un effet positif sur les comptes du régime général, et avantagerait l'Etat, les départements et les entreprises.

● Le régime général : son avantage tiendrait essentiellement à l'exonération du ticket modérateur qui semble accordée beaucoup plus parcimonieusement en Alsace-Moselle que dans les autres régions ; la charge du régime général s'en trouve donc allégée même si cet allègement est difficilement quantifiable. Ainsi les remboursements d'honoraires privés et de prescriptions sans ticket modérateur représentent 51,80 % des remboursements dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, contre seulement 35,63 % en Alsace.

● L'Etat : le traitement social du chômage relève de la solidarité nationale. Le fait que les personnes entrant dans cette catégorie d'actions bénéficient du régime local sans prise en charge des cotisations, constitue une économie pour l'Etat. Il en est de même pour toutes les exonérations de charges non compensées (entreprises d'insertion...).

● Le département : lorsque l'on regarde la répartition des dépenses de fonctionnement des budgets départementaux, on s'aperçoit que les pourcentages de dépenses d'aide sociale (celle-ci prend notamment en charge le ticket modérateur dans le cas de populations défavorisées) sont moins importants en Alsace-Moselle

qu'en "vieille France". Cette différence s'explique en partie par l'existence du régime local, mais également par l'existence du régime minier.

● **Les entreprises** : selon les syndicats, les entreprises tirent plusieurs avantages du régime local ; d'abord le haut niveau de protection sociale de la région serait un facteur attractif favorisant l'emploi ; ensuite, comme elles ne cotisent pas au régime local, les entreprises verraient leurs charges allégées : même si elles prennent à leur compte une partie des cotisations à une mutuelle complémentaire (souvent la moitié d'une cotisation évaluée en vieille France entre 1,2 et 1,5 %), leur participation reste inférieure à ce qu'elle serait si le régime local n'existait pas. Dans ce même ordre d'idée il a été dit que les augmentations du forfait journalier avaient nécessité une surcotisation de 0,2 % pour le régime local, et de 0,5 % pour les mutuelles (hors Alsace-Moselle). Non seulement le régime local serait moins onéreux, mais, en outre, il ne répercute pas la surcotisation sur l'entreprise.

Enfin, dernier avantage évoqué à porter au crédit du régime local : son faible coût de gestion. Depuis 1946 un prélèvement pour frais de gestion est opéré au profit de la caisse nationale d'assurance maladie. Ce prélèvement, de 10 % des cotisations encaissées en 1947, a été ramené à 1,5 % en 1968. Depuis 1987, il est de 0,75 %, soit 9,8 millions de francs en 1991. Certains jugent cette contribution excessive : en effet le versement du différentiel repose aujourd'hui sur des programmes informatiques qui ne nécessitent pas de manipulations particulières au moment du règlement des prestations du régime général. En dehors de l'investissement informatique de départ, la gestion du régime local est donc très faible ⁽¹⁾ puisqu'il ne dispose pas de structure propre.

Toutefois, même si le régime local présente des avantages économiques et sociaux certains, les incertitudes qui pèsent sur son avenir nécessitent une réforme de son mode de gestion et de son financement. Plusieurs des organisations entendues ont formulé des propositions en ce sens.

(1) A condition toutefois que le régime local ne soit pas oublié lors de l'écriture des programmes, ainsi que cela s'est déjà produit.

C. UN REGIME DONT IL CONVIENT DE REVOIR LES MODALITES DE GESTION DANS LE SENS D'UNE PLUS GRANDE AUTONOMIE

Toutes discussions sur les modalités de gestion du régime local supposent qu'au préalable soit clos le débat, d'ailleurs juridiquement dépassé depuis le vote de la loi du 31 décembre 1991, sur la nature du régime local. Considérant en effet que le système à trois niveaux institué en Alsace-Moselle était une anomalie coûteuse qui contrarierait toute tendance à l'unification des systèmes de protection sociale en Europe, le patronat propose d'en revenir à un système à deux niveaux, le régime général obligatoire et un régime complémentaire ; ce dernier serait facultatif et laisserait la possibilité à l'entreprise, si elle le souhaite, de cotiser elle-même et de choisir l'organisme auquel elle désire s'adresser, une mutuelle ou une compagnie d'assurance. Dans cette perspective, le régime local, même transformé en une mutuelle, par définition non obligatoire, n'aurait plus d'existence.

Les propositions qui vont être maintenant présentées s'inscrivent, non dans la perspective présentée ci-dessus mais dans celle de la pérennisation du régime local, telle qu'elle a été votée par le Parlement en décembre dernier, dans le but de fixer les conditions de cette pérennisation.

Les difficultés du régime local ont deux causes principales : une absence d'autonomie par rapport au régime général et une incapacité, faute de structure adéquate, à prendre les décisions nécessaires à sa gestion.

Un préalable : assurer l'autonomie du régime local

Le régime local est un régime de sécurité sociale complémentaire et obligatoire, étroitement dépendant du régime général. Le processus de déremboursement pratiqué par ce dernier et l'institution puis l'augmentation du forfait journalier ont donc eu une incidence immédiate sur le régime local, contraint par ses textes fondateurs à compenser les reculs du régime général pour assurer un niveau de prestations constant et élevé.

Or, la politique de maîtrise des dépenses de santé mise en oeuvre par le régime général s'impose au régime local sans que celui-ci puisse intervenir : il n'a d'autre choix que celui de subir. A terme, ainsi écartelé, il ne peut que s'effondrer. Comme rien ne permet d'assurer que le régime général ne se désengagera pas davantage, cette hypothèse est la plus plausible. Pour survivre, le régime local doit être en mesure de maîtriser le taux global de remboursement. Il convient donc de le "déconnecter" du régime général, afin qu'il ne subisse pas passivement les déremboursements décidés par celui-ci. C'est la raison pour laquelle on a parlé de "mutuelle obligatoire", appellation qui, bien que juridiquement inexacte, met en évidence l'indépendance dont devrait disposer le régime local par rapport au régime général.

Néanmoins, cette autonomie n'est pas conçue par les organismes auditionnés de façon uniforme : le degré d'autonomie varie en fonction des règles proposées pour assurer l'équilibre financier du régime.

La pérennisation du régime local suppose que soit mise en place une véritable structure de gestion

"Un régime qui n'est pas géré ne peut être équilibré". Tel est le sentiment unanimement partagé par les interlocuteurs de la mission. Jusqu'à présent, le régime local ne dispose pas d'une structure unique de gestion. Le service d'intérêts communs et de coordination, créé en 1946 et composé des présidents et des directeurs des huit caisses primaires ainsi que de la CRAM et de la CRAV, n'a, rappelons-le, aucun pouvoir de décision ; son rôle consiste exclusivement à formuler des propositions et à coordonner les actions. Le pouvoir de décision appartient aux conseils d'administration des huit CPAM qui doivent se prononcer à la majorité. Mais toute décision est suspendue à l'acceptation de la tutelle qui, ainsi que cela a été exposé ci-dessus, a usé largement de son pouvoir pour refuser, reporter ou soumettre à des préalables les décisions prises par la majorité des caisses ; la mécontente des caisses ou l'absence d'unanimité l'incitaient à agir ainsi.

● Un pouvoir exercé par une structure indépendante des organismes de sécurité sociale gérant le régime général semble avoir la préférence des organisations entendues. Deux formes ont été proposées :

- une instance régionale de gestion (M. Baltenweck) ; s'agissant de gérer un régime de sécurité sociale la composition de son conseil d'administration serait calquée sur celle des autres organismes de sécurité sociale. Aux neuf sièges employeurs (ce qui suppose une participation des employeurs au régime local : à défaut ils n'auraient qu'une voix consultative) et aux vingt et un sièges salariés pourraient être ajoutés des sièges pour les associations familiales et pour les retraités (bien que ceux-ci ne fassent pas partie des conseils d'administration des autres organismes). Y participeraient également, avec voix consultative, des personnes qualifiées et le représentant de la tutelle ainsi que le médecin conseil général.

Les administrateurs seraient désignés par les organisations représentées, parmi les administrateurs des huit CPAM, de la CRAM et de la CRAV.

L'instance régionale devrait disposer d'un outil de gestion prévisionnelle, d'un exécutif, composé des directeurs des dix caisses concernées (l'idée de faire de la CRAM l'exécutif a également été évoquée mais aurait l'inconvénient de réduire l'autonomie de la structure) et d'une commission consultative des professions de santé (déjà existante) ; elle disposerait également de son propre agent comptable.

- une union de caisses : cette proposition est très proche de la précédente. Elle en diffère cependant en ce que la structure mise en place serait davantage dépendante des organismes de sécurité sociale existants ; le reproche fait à cette solution est justement le risque de retomber dans les difficultés rencontrées par le SICC, avec notamment l'étalement au grand jour des dissensions des caisses quand il s'agit de prendre une décision, et les retards qui s'ensuivent.

Il semble cependant que chez la plupart des personnes entendues, quel qu'en soit le nom, ce soit la structure proposée par M. Raymond Baltenweck à la demande de M. Claude Evin (lettre du 19 juillet 1989) qui serve de référence. Le terme d'union de caisses se retrouve d'ailleurs dans la proposition du SICC du 16 novembre 1989 de créer une "Union pour la gestion du régime local d'assurance maladie (UGRL)", dont les statuts ont été soumis à l'approbation des dix conseils d'administration : cet organisme s'inspirait des structures

gérant les régimes complémentaires de retraites (article L. 731-1 du code de la sécurité sociale) et était en fait très proche de la structure proposée depuis par M. Baltenweck. Mais, contrairement aux vœux du SICC, les caisses ne se prononcèrent pas à l'unanimité pour ce projet : cinq conseils d'administration votèrent pour, cinq contre.

Le projet, modifié sur certains points, notamment pour bien préciser que le recouvrement des cotisations restait du ressort des URSSAF et de l'ACOSS, fut néanmoins transmis au ministère.

Tous ces projets se rejoignent cependant sur la nécessité de doter la structure d'un véritable pouvoir de gestion. Cette liberté nouvelle est considérée comme la condition *sine qua non* de la pérennisation du régime.

● Pour la presque totalité des personnes entendues, la nouvelle structure devra, en vue d'assurer son équilibre financier, disposer de la maîtrise des ressources et des dépenses : il lui reviendra donc de fixer le taux des cotisations et le niveau des prestations.

Comme il s'agit d'un régime obligatoire de sécurité sociale, l'organisme gestionnaire devra rester sous la tutelle de l'Etat. Mais cette tutelle s'exercerait *a posteriori*. En outre, le conseil d'administration pourrait délibérer avec des majorités qualifiées selon les sujets.

Certains interlocuteurs de la mission sénatoriale ont suggéré de confier à la structure de gestion des pouvoirs plus étendus, en matière d'action sanitaire et sociale par exemple, ou de lui permettre de créer des prestations supplémentaires par prélèvement sur le fonds régional de réserve, comme cela a déjà été fait. Mais sur ces questions, les avis étaient partagés.

Une inquiétude s'est manifestée à propos de la composition du conseil d'administration de la structure de gestion : celle de faire porter la pénurie sur les seuls salariés au cas où les entreprises n'y participeraient pas avec voix délibérative.

Il est évident, en effet, que les pouvoirs de la structure de gestion seront encadrés par des textes réglementaires qui vont définir sur quels paramètres et dans quelles limites ils pourront s'exercer pour préserver l'équilibre financier, lui-même préalablement défini. C'est la raison pour laquelle certains interlocuteurs de la mission sénatoriale ont établi un lien étroit entre la structure et le degré de liberté qui lui sera accordé, n'acceptant l'organisme de gestion qu'à la condition de le doter des pouvoirs qu'ils jugent nécessaires ou d'impliquer financièrement les entreprises dans le régime.

Ce sont ces conditions de pérennisation qu'il convient maintenant d'examiner.

D. LES CONDITIONS DE LA PÉRENNISATION DU RÉGIME LOCAL

Jusqu'à présent le régime local n'a pu que verser des prestations dont la détermination, fixée par décret, et le montant, fonction du niveau de remboursement du régime général, lui ont toujours complètement échappé. Sa seule marge de manoeuvre a consisté à octroyer, lorsque le niveau du fonds régional de réserve le lui permettait, des prestations supplémentaires ; celles-ci ont été totalement supprimées en 1986.

En matière de cotisations la liberté du régime local, bien qu'étroitement encadrée, est cependant plus grande ; elle réside avant tout dans la possibilité de demander une modification du taux des cotisations ou de suggérer une modification de la base des cotisants.

C'est sur ces quelques paramètres que repose essentiellement l'équilibre financier du régime qu'il convient au préalable de définir.

1. L'équilibre financier du régime

Seul M. Raymond Baltenweck, dans son "rapport sur le régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle", a formulé des propositions sur ce que devrait être l'équilibre financier du régime local. Selon lui, l'équilibre sera assuré quand le fonds régional de réserve se montera en fin d'exercice au moins à 10 % des prestations versées au cours de l'exercice, une fois servies toutes les prestations légales.

Si le fonds est inférieur à 10 %, le versement des prestations ayant été partiellement assuré par prélèvement sur le fonds, l'organisme de gestion devra dans les trois mois, prendre les mesures qui s'imposent : diminution des dépenses d'un montant équivalant à la moitié du déficit et augmentation des recettes pour l'autre moitié.

A l'inverse, si le fonds est excédentaire de plus de 15 % ou si les prévisions pour l'année à venir envisagent un excédent de 20 %, le conseil d'administration peut consacrer deux tiers de l'excédent à une augmentation des prises en charge du régime local et un tiers à la diminution du produit des cotisations.

M. Baltenweck justifie ces chiffres et les mécanismes proposés par l'expérience des années antérieures, sans plus de précisions. On peut penser en effet qu'ils sont dans la ligne des décisions pragmatiques des dix dernières années.

Un problème risque cependant de se poser s'il n'y a pas -de la volonté du législateur- ou s'il n'y a plus -par suite d'une mauvaise conjoncture- de prestations supplémentaires : on voit mal dans ce cas, comment réduire le montant des prestations *légales*. Une intervention de la tutelle, voire du législateur, serait alors nécessaire, tout comme elle serait nécessaire pour dépasser le seuil de cotisation de 2 % (voir ci-dessus).

Ce cas de figure plaiderait pour le maintien d'un niveau significatif de prestations supplémentaires, afin de donner une certaine marge de manoeuvre aux gestionnaires.

A côté de ces principes, M. Baltenweck formule d'autres propositions de moindre importance mais utiles à une saine gestion du régime : la facturation détaillée des frais de gestion pour les services rendus par la CNAM, afin d'évaluer le bien-fondé du prélèvement de 0,75 %, et la mise en place d'un circuit financier court permettant à l'ACOSS de reverser rapidement les fonds revenant au régime local qui pourrait ainsi les placer sur un compte productif d'intérêts ouvert auprès de la trésorerie principale de la région. Ce point pourrait être contesté dans la mesure où le régime local reste partie intégrante du système de sécurité sociale, mais il se justifie par l'imperméabilité des gestions. Il a également été proposé, par d'autres intervenants (CGC), que soit rétrocédé au fonds de réserve, sous forme de fonds propres, l'équivalent des équipements cédés au régime général pour le franc symbolique. Aucune raison juridique ne justifie cependant cette rétrocession.

2. Les prestations

Les auditions auxquelles a procédé la mission sénatoriale, lui ont permis de prendre connaissance de nombreuses propositions en ce domaine, parfois exclusives les unes des autres. Des choix qui seront faits, découlera en grande partie l'identité du régime local, sachant cependant que la maîtrise des prestations conditionne la viabilité du régime.

Avant d'examiner ce que pourraient être les prestations du régime local, il convient d'aborder deux questions étroitement imbriquées qui constituent une sorte de préalable : les conditions d'ouverture des droits et l'éventuel élargissement du régime local à d'autres bénéficiaires.

Conditions d'ouverture des droits et élargissement à d'autres bénéficiaires

Pour bénéficier du régime local il faut être salarié de l'industrie et du commerce, dans une entreprise située en Alsace-Moselle ; il n'est pas nécessaire de résider dans ces départements.

Les retraités peuvent également bénéficier du régime, mais à condition d'avoir leur résidence principale dans l'un des trois départements et d'avoir été bénéficiaires du régime en tant que salariés pendant *trois mois*. La condition de résidence, à la suite de l'arrêt du 8 novembre 1991 de la cour d'appel de Bourges, est aujourd'hui remise en cause : tout retraité ayant travaillé trois mois en Alsace-Moselle dans l'industrie et le commerce a donc vocation à bénéficier du régime local quel que soit son lieu de résidence. On l'a vu, le nombre des bénéficiaires potentiels est important et beaucoup seront exonérés de la cotisation.

La question se pose donc de savoir si ces conditions doivent être modifiées : il a été dit à la mission que la durée de trois mois n'avait pas à être revue puisque désormais les retraités cotisent. Ce raisonnement pose cependant problème dans la mesure où il sous-entend qu'il suffit de cotiser pour bénéficier du régime. A ce titre, tout retraité, où qu'il réside, aurait vocation à bénéficier du régime. Il paraît donc difficile de le retenir.

Par ailleurs, on sait que le rapport prestations-cotisations des retraités n'est pas équilibré et que le déséquilibre ne fera que s'aggraver en raison de l'augmentation du nombre des bénéficiaires, de l'allongement de la durée de vie et du coût toujours plus élevé des soins médicaux apportés aux personnes âgées. Ce déséquilibre n'est acceptable que s'il y a un droit acquis à la solidarité intergénération : dans cette optique, trois mois de cotisation semblent un peu courts.

Il paraît donc opportun de restreindre l'accès au régime local des retraités en prévoyant une durée d'affiliation en cours d'activité plus longue : cinq ans (M. Théo Braun) ou trois ans (M. Baltenweck et plusieurs syndicats).

Enfin, à plusieurs reprises lors des auditions, la question de l'élargissement du bénéfice du régime local à l'ensemble de la population alsacienne et mosellanne a été évoquée. Mais elle n'a pas fait l'objet de propositions concrètes, les catégories écartées du bénéfice du régime n'ont pas été entendues par la mission sénatoriale et les conséquences financières de cet élargissement, tant sur le régime local que sur les organismes extérieurs, n'ont nullement été mesurées. Pour toutes ces raisons, elle ne sera pas davantage examinée dans le présent rapport ; il convient cependant de souligner qu'elle mériterait d'être étudiée, certaines catégories d'exclus ayant manifesté leur désir d'être affiliées au régime local.

Quelles prestations pour le régime local ?

C'est évidemment la question centrale tant pour définir l'identité du régime local que pour organiser sa survie. Derrière chacune des propositions figure l'idée que l'on se fait des conditions nécessaires à sa viabilité. Les propositions peuvent être regroupées en trois catégories : le maintien strict des prestations légales, la possibilité de réduire ou de moduler les prestations, enfin, la possibilité d'offrir des prestations supplémentaires.

● Le maintien strict des prestations légales : il s'agit de la prise en charge de l'hospitalisation à 100 % dès le premier jour et du remboursement des frais de médecine ambulatoire à 90 %. Cette position n'est défendue véritablement par personne, car les organisations syndicales qui demandent ce strict maintien l'associent à la possibilité de versements supplémentaires. Pour les uns, il s'agit donc d'une base, pour les autres, ceux qui proposent d'introduire une certaine modulation des prestations, il s'agit d'un idéal vers lequel le régime doit tendre si l'équilibre financier le permet. Toutefois l'idée de limiter le rôle du régime local aux seules prestations légales n'est pas *a priori* à exclure en raison de sa légitimité historique.

● La réduction des prestations ou leur modulation en-dessous du niveau légal actuel ; deux cas de figure se présentent : soit on touche au forfait journalier, soit on revoit le taux de prise en charge de frais de médecine ambulatoire, essentiellement le taux de remboursement des médicaments. Les sommes en jeu, en 1991, étaient respectivement de 120,54 millions de francs (11,44 % du total) et 446,49 millions (47,83 %), dont une moitié correspond au différentiel "vignettes bleues". Ces deux prestations sont

responsables du déficit du régime local entre 1983 et 1989, qui n'a pu être véritablement redressé que par une action sur les ressources, après suppression de toutes les prestations supplémentaires. Or, aucune maîtrise de ces dépenses n'est possible puisque leur augmentation résulte en grande partie de décisions de la puissance publique sur lesquelles le régime local n'a aucune prise.

C'est pourquoi la suppression de la prise en charge du forfait journalier a été proposée ou présentée comme une hypothèse plausible, notamment par le patronat, les associations familiales ou la CGC. Les arguments en faveur de cette suppression sont de différents ordres : on évoque le fait qu'il s'agit de dépenses hôtelières, sans rapport avec les principes de solidarité qui sous-tendent l'assurance maladie ; on dit que rien ne justifie ce traitement de faveur des Alsaciens-Mosellans ; on fait en outre remarquer que maintenir le forfait alors qu'on n'est pas maître de son montant, qui continuera sans doute à augmenter, va obliger à jongler avec le taux des cotisations qui finiront par atteindre un seuil rédhibitoire⁽¹⁾.

Une variante de cette proposition consiste, à partir d'une analyse des durées d'hospitalisation, à instaurer un délai de carence de trois ou quatre jours (ce qui correspond à la majorité des séjours).

Pour réfuter ces propositions, MM. Baltenweck et Braun, ainsi que plusieurs organisations syndicales s'appuient sur l'idée que l'opinion publique n'accepterait pas cette remise en cause du principe de gratuité, sur l'histoire et sur l'identité du régime local : en n'assurant plus le remboursement de l'hospitalisation à 100 %, le régime perdrait sa raison d'être.

On pourrait toutefois observer, bien que cette disposition ne soit que rarement mentionnée, que le régime local n'exclut pas une participation du malade aux frais d'hospitalisation puisque l'article D. 325-3 du code de la sécurité sociale dispose que le système du tiers payant fonctionne "sous déduction, s'il y a lieu, de la participation de l'assuré" (premier alinéa) et que les caisses "*peuvent instituer* une participation de l'assuré aux frais d'hospitalisation (...) sans que cette participation puisse dépasser 10 % du montant desdits frais (...)" (2e alinéa). Le forfait hospitalier pourrait très bien entrer

(1) Il faut se souvenir que les huit CPAM s'étaient prononcées, après examen de sa prise en charge provisoire, contre le remboursement du forfait journalier.

dans ces dispositions, sans remettre en cause, sinon la pratique, du moins le droit local.

A cette remarque pourrait s'en ajouter une autre : à côté des auteurs qui refusent la suppression de la prise en charge du forfait hospitalier, qui n'est pas une véritable dépense de santé, d'autres, parfois les mêmes, proposent de moduler et donc de réduire le remboursement des médicaments, qui correspondent à d'indéniables dépenses de santé (même si la modulation touche les médicaments dits "de confort").

Cette modulation, proposée notamment par M. Baltenweck, consiste à redéfinir la participation du régime local à partir de deux principes pouvant être qualifiés d'historiques :

- le ticket modérateur de 10 % ; de fixe, il deviendrait le minimum obligatoire ;

- la participation du régime local ; elle était de 20 % jusqu'aux grandes vagues de déremboursements puisque le remboursement total était de 90 % et que le médicament était remboursé à 70 % par le régime général. La modulation consisterait à supprimer l'objectif de 90 % et à conserver le différentiel de 20 %, sauf s'il aboutissait à réduire le ticket modérateur de 10 %. Ainsi le régime local ne subirait plus les aléas de la politique de déremboursements du régime général.

Cette règle s'appliquerait à tous les remboursements de médecine ambulatoire. Elle aurait l'avantage en outre de mieux sensibiliser les patients au coût des soins. Si cette réforme était appliquée aujourd'hui, elle aboutirait à réduire le remboursement des seuls médicaments à vignette bleue (40 % + 20 %, soit 60 % au lieu de 90 %).

M. Baltenweck introduit en outre l'idée que le taux de 20 % pourrait être modulé en fonction de la situation financière du régime, sans préciser, semble-t-il, si cette modulation interviendrait à la hausse ou à la baisse.

Cette idée rejoint les thèses des partisans des prestations supplémentaires.

● Le versement de prestations supplémentaires ; plusieurs propositions ont été formulées dans ce sens : soit les prestations supplémentaires sont considérées comme faisant partie intégrante du régime local et elles sont assimilées aux prestations légales et obligatoires (CGT), soit elles s'ajoutent aux prestations légales quand la situation financière le permet. On retrouve là la situation qui a prévalu jusqu'à présent, sauf que le prélèvement se ferait uniquement sur les intérêts touchés par le fonds de réserve (M. Baltenweck). Soit enfin, ces prestations se surajoutent aux prestations légales par voie d'accords négociés par les partenaires sociaux. Cela reviendrait à greffer une mutuelle sur le régime légal (associations familiales).

Par ailleurs, sans que cela constitue véritablement des prestations supplémentaires, il a été proposé de confier au régime local des actions à caractère sanitaire et social, notamment de prévoyance et d'éducation, éventuellement en concertation avec les collectivités locales (M. Baltenweck, associations familiales).

3. Les ressources

Mises à part quelques ressources ponctuelles déjà évoquées (versements, intérêts), les propositions concernent essentiellement le taux des cotisations, l'élargissement de la base des cotisants ainsi que le versement de "compensations" par l'Etat ou certaines collectivités territoriales. La meilleure approche de la question des ressources consiste à l'aborder par le biais des payeurs. Le régime souffrant d'un manque chronique de ressources et les cotisants traditionnels, les salariés puis les retraités, ayant été largement sollicités, les organismes entendus se sont interrogés sur un élargissement de la base des payeurs. C'est ainsi que les entreprises, l'Etat, les départements et certaines catégories de bénéficiaires du régime qui n'y cotisent pas ont tour à tour été présentés comme de possibles contribuables.

Elargissement de la catégorie des bénéficiaires-cotisants

Actuellement, cela a été dit plus haut, ne cotisent au régime local que les salariés des secteurs du commerce et de l'industrie et les retraités, les premiers au taux de 1,7 % sur la totalité du salaire, les seconds au taux de 0,75 % sur les avantages de retraite versés par la CRAV. Diverses propositions ont été formulées pour modifier ces taux : on ne mentionnera pour l'instant que celle qui n'implique pas l'instauration d'une cotisation à la charge des entreprises.

Plusieurs interlocuteurs (M. Baltenweck notamment), faisant observer que bien des retraités actuels disposent de revenus supérieurs aux actifs débutants et qu'en outre ils sont les plus grands consommateurs de soins, ont proposé un alignement progressif du taux des retraités sur celui des actifs. Aucun cependant n'a remis en cause les exonérations déjà en place, identiques à celles du régime général (décret n° 89-540 du 3 août 1989 qui renvoie à l'article D. 242-9 du code de la sécurité sociale) ; il s'agit des exonérations ou des exemptions de l'impôt sur le revenu ou de certains avantages de retraite non contributifs. Il a d'ailleurs été observé que pour les mêmes raisons, certaines mutuelles augmentent dans de fortes proportions les cotisations des retraités.

Mais c'est surtout l'assujettissement à cotisations de certains bénéficiaires actuellement exonérés qui a été suggéré : les préretraités et les chômeurs, toujours, cependant, sous condition de ressources. Cette proposition, formulée par M. Baltenweck, les associations familiales et certaines CPAM, est justifiée pour les retraités, par un niveau de vie souvent supérieur à celui de jeunes actifs (1). Il y aurait là un alignement sur les conditions du régime général qui, dans un contexte difficile, nécessitant des solidarités intergénérationnelles, peut paraître justifié.

M. Théo Braun a suggéré que les cotisations des chômeurs soient prises en charge par l'Etat au titre de la solidarité nationale ; la question est alors de savoir si l'Etat peut accorder un régime de faveur aux seuls chômeurs alsaciens et mosellans en prenant à son compte les cotisations pour ce qui n'est qu'un régime complémentaire. La même question se pose d'ailleurs pour ceux qui, dans le cadre du

(1) Une telle cotisation réglerait la question des travailleurs frontaliers devenus chômeurs et qui bénéficient du régime local sans avoir cotisé : une cotisation forfaitaire de 1,7 % sur le montant du SMIC a été suggérée.

traitement social du chômage, sont affiliés au régime local sans y cotiser, et pour lesquels il a été suggéré que l'Etat verse les cotisations correspondantes. Il semble qu'il y aurait là une rupture d'égalité qu'aucune raison particulière ne justifierait. Cette question sera examinée plus en détail ultérieurement.

Enfin, il faut rappeler que les retraités hors régions, ayant cotisé en tant qu'actifs pendant une durée de trois mois (que l'on suggère de porter à trois ou cinq ans) au régime local, vont pouvoir y être affiliés ; ils devront donc verser une cotisation du même montant que les autres retraités. Le précompte de la cotisation ne semble pas poser de problèmes techniques, chaque caisse de retraite étant à même de l'assurer ; la seule inquiétude manifestée réside dans la longueur et la lenteur du circuit financier ; en outre, la question de savoir si, en cas de pensions multiples, la cotisation doit être calculée sur toutes les pensions, n'a pas été tranchée.

Contribution des entreprises

La contribution des entreprises a été proposée ou seulement évoquée par tous les interlocuteurs de la mission sénatoriale à l'exception du patronat qui s'y oppose. Elle justifierait, rappelons-le, que les entreprises participent avec voix délibérative à la gestion du régime.

● Position de principe

A l'origine de la proposition des partisans de la contribution patronale figure la nécessité de trouver des ressources supplémentaires pour le régime local. Partant de là, les justifications sont multiples : rôle historique des entreprises dans la création du régime de protection sociale de l'Alsace-Moselle depuis plus d'un siècle, fait que le régime local est partie intégrante du régime de sécurité sociale obligatoire auquel participent déjà les entreprises ou encore avantage que celles-ci tirent du régime local en termes de charges sociales puisque leur contribution aux mutuelles est très inférieure à la moyenne nationale, enfin nécessité de justifier leur implication dans la gestion du régime, à laquelle elles participent déjà implicitement au sein des conseils d'administration des caisses.

A l'inverse, les organisations patronales font valoir qu'elles cotisent indirectement au régime local en compensant la cotisation salariale (mais le même raisonnement pourrait être tenu à propos des cotisations versées aux mutuelles) et surtout qu'elles se trouvent dans un contexte très concurrentiel en raison de la proximité de l'Allemagne et de la Suisse, ce qui les oblige d'une part à surévaluer les salaires, d'autre part, à veiller à préserver leur compétitivité, plus particulièrement dans la perspective de 1993.

Une autre objection des organisations patronales consiste à dire qu'une cotisation obligatoire serait inconstitutionnelle car elle créerait une charge non supportée par les autres entreprises et donc constitutive d'une rupture d'égalité, contraire aux principes du libéraliste. Cette objection à caractère juridique et idéologique ne semble cependant pas pouvoir être retenue. Certes, la question de la constitutionnalité du régime local n'a jamais été examinée par le Conseil constitutionnel, mais, au vu de sa jurisprudence et notamment de sa décision de 1982 relative au statut de la Corse (1), on peut penser que le régime a pour fondement certains particularismes historiques et que les différences de traitement, dès lors qu'elles reposent sur des critères objectifs, ne sont nullement contraires aux principes constitutionnels. Si ces particularismes historiques justifient que soit imposée aux salariés une cotisation légale, ces mêmes particularismes peuvent justifier l'extension de cette cotisation aux entreprises. On peut observer, par ailleurs, que de telles inégalités existent déjà, indépendamment des impôts locaux : ainsi en est-il du versement transport. Quant à l'incidence économique d'une telle cotisation, elle est difficile à évaluer car d'une part elle dépend du taux retenu, d'autre part elle devrait entraîner une diminution de la participation des entreprises aux mutuelles, que certains (la CGT) considèrent déjà comme étant de 50 % inférieure à celle des entreprises du reste de la France. Personne cependant n'a proposé d'estimation chiffrée.

● Modalités

Trois propositions ont été formulées devant la mission sénatoriale ; toutes trois fixent une cotisation totale maximale, salarié et entreprise, de 2 %. Il n'y a pas de justification particulière à ce taux de 2 %, souvent donné comme le taux maximal possible, l'article D. 242-20 du code de la sécurité sociale fixant un taux précis

(1) Voir le compte rendu du colloque organisé au Sénat le 25 octobre 1989 à l'initiative de M. Daniel Hoeffel, sur le droit local alsacien-mosellan.

(actuellement 1,70 %) ; cette limite correspond cependant au taux fixé en 1946 lors de la création du régime complémentaire local.

Plusieurs organisations (FO, CFDT notamment) proposent que ce plafond de 2 % puisse être dépassé selon une procédure qui ferait intervenir la tutelle.

La première proposition, celle de la CGT, consiste à instituer une cotisation patronale de 1 %, à égalité avec celle des salariés ; les ressources ainsi dégagées permettraient de réinstaurer les prestations supplémentaires.

La seconde proposition, formulée par M. Baltenweck, qui semble faire l'objet d'un certain consensus, consiste à proposer des cotisations minimales de 1,5 % pour les salariés et de 0,10 % pour les entreprises. Si le conseil d'administration souhaite augmenter le taux, la fraction supérieure sera répartie à égalité entre les salariés et les entreprises.

La dernière proposition, celle de la CFDT, renvoie à des accords négociés la fixation de la cotisation patronale ; elle rejoint celle des associations familiales relative au financement des prestations supplémentaires. Cette procédure s'apparente donc à une mutualisation et laisse les organisations patronales libres de leur choix.

Contribution des départements

La plupart des organisations de salariés, relayées par les conseils d'administration des caisses, réclament une telle contribution. Elles la justifient en faisant observer que le régime local prend à charge le ticket modérateur et le forfait hospitalier pour des populations qui, dans les autres départements, relèveraient de l'action sanitaire et sociale. L'économie pour les départements rhinois et mosellan serait importante, la dépense correspondante étant 30 % du budget de ces départements contre 80 % ailleurs.

Invoquant le précédent d'une loi de 1928 (1), les organisations syndicales demandent le versement d'une compensation, évalué à la moitié de l'avantage que les départements retirent de l'action de la caisse. Cependant, sauf à se fonder sur des moyennes nationales, cet avantage paraît difficile à chiffrer.

M. Baltenweck, favorable au principe d'une contribution des départements, l'a cependant écartée en raison de sa complexité : selon lui une telle compensation nécessiterait de reconsidérer les dotations globales de décentralisation versées aux trois départements et instaurerait des relations difficiles à définir entre le régime local et les collectivités territoriales.

Aucune de ces deux raisons n'emporte cependant véritablement la conviction. La première parce qu'il paraît difficile de considérer que la compensation relève de la DGD ; on ne voit pas en effet comment faire revivre quelque chose qui n'a jamais existé et qui sans doute ne pouvait exister car il eût certainement été inconstitutionnel ainsi que nous le verrons un peu plus loin, que l'Etat ait versé une participation au régime local. La seconde raison n'emporte pas davantage la conviction si l'on admet que le régime local puisse être géré par une instance spécifique à laquelle participerait le département.

En revanche, il semblerait plus logique de ne pas retenir cette contribution pour des raisons de principe : il ne paraît pas possible de placer l'action sanitaire et sociale du département dans la dépendance du régime local, même si ce dernier participe indirectement à cette action. En revanche, rien ne s'oppose à une collaboration, par exemple, dans le cadre de campagnes de prévention.

Compensation de l'Etat

Deux organisations syndicales (FO et CGT) proposent que l'Etat ou le régime général compensent le surcroît de charges du régime local causé par l'instauration du forfait journalier et la création de la vignette bleue. Pour justifier cette demande, les organisations syndicales mettent en avant l'absence totale de pouvoir

(1) Loi du 5 avril 1928 sur le régime des assurances sociales français, citée par M. Raymond Tribu, op. cit..

de décision du régime local sur la politique de désengagement du régime général ; puisque des décisions prises ailleurs mettent en péril l'équilibre du régime, il convient que ce dernier, dès lors qu'il aurait épuisé ses propres possibilités de rétablir cet équilibre reçoive une compensation assurant sa survie. Ainsi pour FO, la compensation interviendrait si le déficit persistait après que les cotisations aient été portées à 2 % des salaires.

Toutefois, cette solution même si elle a le mérite de la logique, ne paraît pas pouvoir être retenue. Si l'Etat ou le régime général compensaient les effets du ticket modérateur ou du forfait journalier, ils créeraient des inégalités entre Français puisqu'une partie d'entre eux bénéficierait de la solidarité de tous pour échapper aux rigueurs de la politique de maîtrise des dépenses de santé. Il y aurait sûrement là une inconstitutionnalité, faute de critères objectifs ou historiques pour justifier de telles différences de traitement.

Pour survivre le régime local ne peut donc compter que sur ses propres ressources.

II - PROPOSITIONS DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Face à l'attachement de la population alsacienne et mosellanne au régime local et aux propositions formulées par les organismes et les personnes entendues par la mission, qui traduisent cet attachement et leur désir d'assurer la pérennité du régime, quelles peuvent être les positions de la commission des Affaires sociales ?

La situation actuelle du régime n'étant pas si dégradée que l'on aurait pu craindre, on pourrait être tenté de laisser les choses en l'état. Mais, pour votre commission, cette solution ne saurait être retenue. Elle aboutirait en effet à abandonner le régime local dans la dépendance totale du régime général ce qui conduirait inmanquablement à sa disparition, faute par lui d'être en mesure d'assurer son équilibre. En outre, cette solution ne correspond pas aux

engagements du Gouvernement de promulguer les décrets nécessaires à sa pérennisation.

Il a donc paru préférable à votre commission de suggérer les réformes qui lui paraissent nécessaires à la survie du régime, d'autant qu'il s'agit d'une expérience originale illustrant une certaine régionalisation de la protection sociale susceptible d'inspirer d'autres collectivités territoriales.

Plusieurs axes de réflexion ont guidé votre commission : d'abord ne pas leurrer les populations sur le niveau de protection qu'elles peuvent attendre du régime ni les engager dans un système mal réformé qui finirait par s'étioler ; ensuite, se situer dans une perspective européenne qui ne sacrifierait pas la compétitivité des entreprises mais au contraire apporterait à la région des atouts supplémentaires ; enfin, dans le respect des principes de la décentralisation, confier davantage de responsabilités à ceux-là mêmes qui bénéficient du régime.

Un préalable : assurer au régime local son autonomie de gestion.

Pour que le régime local puisse survivre, il est nécessaire d'assurer sa pleine autonomie par rapport au régime général. Il ne faut pas, en effet, que quelle que soit la politique de maîtrise des dépenses de santé, il en subisse les conséquences en étant dans la position de devoir augmenter automatiquement ses propres dépenses dans la proportion exactement inverse des désengagements du régime général.

La loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991 portant diverses mesures d'ordre social ayant pérennisé le régime local (article 5), les mesures à prendre sont essentiellement d'ordre réglementaire : l'autonomie du régime suppose une nouvelle rédaction des articles D. 325-2, D. 325-3 et D. 325-4 du code de la sécurité sociale afin de supprimer le mécanisme automatique d'ajustement des prestations ; cette indépendance nouvelle du régime local suppose donc que celui-ci ne se définisse plus par des prestations fixées immuablement à 90 % des tarifs conventionnels pour les frais de médecine ambulatoire et à

100 % pour les frais d'hospitalisation, mais selon d'autres modalités qui seront proposées plus loin.

Une véritable autonomie de gestion se définit également par la maîtrise des ressources et notamment des taux de cotisations ; cela suppose une modification des articles D. 242-20 et D. 242-21 afin de supprimer la référence à un taux fixe de cotisation. Eventuellement -mais cela relève cette fois de la loi-, l'article L. 242-13 pourrait également être modifié pour fixer un plafond et, le cas échéant, une procédure de transgression de ce plafond.

Le régime local resterait ainsi un régime légal complémentaire, doté d'une certaine autonomie de gestion dans des limites fixées par la loi et par des décrets.

Dans ces conditions, la tutelle n'interviendrait que pour s'assurer du respect des dispositions légales ou à la demande de l'instance de gestion lorsque celle-ci, par exemple, souhaiterait augmenter les cotisations au-delà de certaines limites.

Ces principes étant posés, il convient d'examiner quelle pourrait être l'instance de gestion.

Quelle instance de gestion ?

Le service d'intérêts communs et de coordination créé en 1946 et composé des présidents et des directeurs des huit caisses primaires ainsi que de la CRAM et de la CRAV ne dispose, rappelons-le, d'aucun pouvoir de décision. Or, une véritable autonomie du régime local nécessite une instance de gestion disposant de réels pouvoirs en matière de prestations et de ressources.

La proposition formulée par M. Raymond Baltenweck, qui recueille une approbation quasi générale, paraît la mieux adaptée : il s'agit d'une "instance régionale de gestion" dont la composition du conseil d'administration serait calquée sur celle des autres

organismes de sécurité sociale. Toutefois, pour des raisons qui seront explicitées plus loin, les employeurs n'y seraient représentés qu'avec voix consultative. Une partie de leurs neuf sièges pourrait être attribuée aux organisations familiales et aux retraités avec voix délibérative. Les salariés disposeraient de vingt et un sièges.

Les administrateurs employeurs et salariés, seraient désignés par les organisations représentées, parmi les administrateurs des huit CPAM, de la CRAM et de la CRAV. Les autres le seraient par leurs associations représentatives dans les conditions de l'article L. 215-3 du code de la sécurité sociale. Cette procédure de désignation, relativement souple, évite l'organisation d'élections spécifiques.

La commission propose de reprendre les autres dispositions du projet de M. Baltenweck : participation avec voix consultative des personnes qualifiées, du représentant de la tutelle et du médecin conseil général, mise en place d'un exécutif composé des directeurs des dix caisses concernées, création d'un outil de gestion prévisionnel, etc.

Les décisions du conseil d'administration pourraient être prises à la majorité qualifiée ; le règlement intérieur aurait donc à définir ces majorités. La question se pose alors de savoir quel peut être le degré d'autonomie de l'instance régionale de gestion compatible avec la préservation de l'identité du régime. Il convient donc de définir les dépenses et les recettes du régime.

Quelles prestations ?

Cela a été souligné à plusieurs reprises, l'attachement de la population et de la plupart des organisations entendues au régime local est grand, notamment parce qu'il assure un haut niveau de protection sociale. Mais, on l'a vu, la pérennisation du régime passe par l'assurance de pouvoir en maintenir l'équilibre financier ; cet équilibre financier, s'il repose en partie sur le niveau des ressources, dépend surtout du niveau des prestations ; or, actuellement le régime ne peut les maîtriser. C'est pourquoi il a été posé, en préalable, la suppression des mécanismes qui font dépendre les prestations du

régime local de celles du régime général. Autrement dit, la survie du régime, qui repose sur une certaine autonomie de gestion, passe par la suppression de la règle des 90 et des 100 % (dont on a vu d'ailleurs qu'elle n'était pas aussi absolue que la pratique pouvait le laisser penser).

Les propositions de la commission reposent sur un mécanisme en deux temps : une base légale et un complément "mutualisé". La base légale ne pourrait être modifiée par l'instance régionale de gestion, le complément mutualisé seul pouvant être modulé en fonction de l'équilibre financier du régime. La commission propose de limiter les prestations du régime aux seules prestations prévues lors de sa création en 1946 : hospitalisation et médecine ambulatoire.

a) Le forfait hospitalier

La situation est à plusieurs titres paradoxale : les caisses se sont déclarées défavorables à la prise en charge du forfait journalier par le régime, le Gouvernement l'a cependant imposé, plusieurs des personnes entendues se sont déclarées défavorables à sa prise en charge tout en précisant que la population n'accepterait pas que celle-ci soit remise en cause, enfin il faut observer que la discussion porte sur une prestation qui ne concerne qu'indirectement la santé puisque le forfait journalier correspond à des prestations hôtelières.

Votre commission a donc considéré que le régime local ne devait plus prendre en compte le forfait dans la prestation hospitalière légale de base, ce qui évite de voir l'augmentation toujours possible du forfait se répercuter sur le montant des prestations : le régime local serait ainsi "déconnecté" du régime général.

Mais, lorsque l'équilibre financier du régime le permettrait, l'instance régionale aurait la possibilité de prendre en charge, partiellement (par exemple en instituant un délai de carence) ou totalement le forfait. Inversement, il lui reviendrait de réduire ou de supprimer cette prise en charge lorsque l'équilibre financier serait rompu et qu'il ne lui paraîtrait pas souhaitable, ou qu'il ne lui serait pas possible, d'agir sur d'autres prestations ou sur les ressources.

Il faut se rappeler, en conclusion, que l'article D. 325-3 du code de la sécurité sociale autorise l'institution d'une participation de l'assuré dans la limite de 10 % des frais, ce qui est supérieur au montant du forfait hospitalier. La proposition de la commission n'est donc pas une véritable innovation.

b) La médecine ambulatoire

Pour permettre, là encore, le décrochage du régime général, la commission propose de reprendre le mécanisme préconisé par M. Raymond Baltenweck, dont l'effet se ferait sentir principalement sur les remboursements de pharmacie qui représentent presque 50 % des dépenses du régime. Ce mécanisme vise à échapper aux conséquences des décisions de déremboursement par le régime général d'un nombre sans cesse grandissant de médicaments.

La modulation proposée par M. Baltenweck consiste à maintenir un ticket modérateur de 10 % et à fixer le montant de la prise en charge par le régime local à 20 % du prix de la consultation ou des médicaments. Ce différentiel de 20 % serait éventuellement réduit pour respecter le ticket modérateur. La modulation proposée n'aurait actuellement d'incidence que sur les seuls médicaments dits de confort, remboursés à 40 % par le régime général : le remboursement total des médicaments à vignette bleue serait donc de 60 % au lieu de 90 % actuellement.

Mais, comme pour le forfait journalier, l'instance régionale de gestion, en fonction de ses ressources, pourrait, à titre de prestation supplémentaire, décider d'augmenter le différentiel, voire d'assurer un remboursement à 90 %.

La cohésion du système proposé exclut que le régime prenne en charge d'autres prestations supplémentaires, car alors il se transformerait en une mutuelle nécessitant une autre logique de gestion.

Ces possibilités d'intervenir sur le remboursement du forfait hospitalier et sur le taux du différentiel donneraient à l'instance de gestion une véritable autonomie susceptible de garantir la pérennité du régime. Mais ce pouvoir, pour être pleinement efficace, devrait en outre s'exercer sur les ressources du régime.

Quelles ressources ?

Plusieurs questions se sont posées à la commission : qui doit être assujéti aux cotisations, quel peut être le taux de ces cotisations, quelle liberté accorder à l'instance de gestion pour la fixation de ces taux ?

Pour les raisons exposées plus haut, la commission n'a pas retenu les principes d'une contribution directe des départements⁽¹⁾ ni d'une compensation de l'Etat. Elle n'a pas non plus retenu le principe d'une participation des entreprises qui, même modeste (0,10 % pour M. Baltenweck), aurait pu augmenter rapidement jusqu'à créer une charge difficilement compatible avec la recherche d'une compétitivité que la proximité de zones d'emplois étrangères à hauts salaires et à bas prélèvements obligatoires rend encore plus nécessaire. C'est donc pour la seule contribution des salariés et autres bénéficiaires que s'est prononcée la commission ⁽²⁾.

Ainsi que cela a été dit plus haut le taux de cotisation devrait être fixé par l'instance de gestion dans la limite d'un plafond que la loi pourrait fixer à 2 % du salaire, des avantages de retraite et des éventuels revenus de remplacement (chômeurs et préretraités), sous réserve des exonérations déjà mentionnées. L'instance de gestion pourrait d'ailleurs fixer des taux différents suivant les catégories de bénéficiaires, mais sans que cela constitue un impératif ; la plupart des personnes entendues ont, en effet, préconisé une extension de la

(1) Sachant que ceux-ci pourraient être amenés à participer, au titre de l'aide sociale, au paiement d'une partie du forfait hospitalier si le régime local décidait de réduire sa prise en charge.

(2) M. Paul Souffrin tient à faire part de sa réserve quant à l'exclusion d'une participation des entreprises au financement du régime local. Selon lui, l'existence du régime local a pour effet de réduire les cotisations patronales aux mutuelles complémentaires par rapport aux cotisations versées par les entreprises dans les autres départements français. Il lui paraît donc logique de demander que les employeurs d'Alsace-Moselle soient associés au financement du régime local.

base des cotisations, allant même jusqu'à souhaiter, par mesure de solidarité, un alignement des taux sur celui des salariés.

Par ailleurs, il n'a pas paru financièrement opportun à la commission de proposer de plafonner le revenu soumis à cotisation.

Quels bénéficiaires ?

La commission ne s'estimant pas suffisamment informée sur ce point, elle ne propose pas la généralisation de l'accès au régime local à l'ensemble de la population alsacienne et mosellane. Elle souligne cependant qu'une étude devrait être menée sur cette question qui a été évoquée à plusieurs reprises au cours de ses auditions.

En revanche, il lui paraît nécessaire de consacrer, pour des raisons d'équité, la jurisprudence étendant aux retraités hors région le bénéfice du régime local. Une disposition réglementaire en ce sens permettrait de lever toute incertitude, source de désagréments et d'inégalités. Toutefois, pour des raisons déjà exposées, il convient, comme le suggèrent notamment MM. Braun et Baltenweck, de n'ouvrir l'accès au régime que sous réserve d'y avoir cotisé pendant trois ans en tant que salarié.

Quel équilibre financier ?

Sur ce point la commission propose de reprendre les propositions du rapport Baltenweck en les adaptant : l'équilibre serait assuré quand le fonds régional de réserve serait au moins de 10 % du montant des prestations versées au cours de l'exercice, une fois servies toutes les prestations légales, mais aussi, pour tenir compte du régime proposé par la commission, les prestations supplémentaires (prise en charge du forfait journalier et augmentation du différentiel au-delà des 20 % légaux).

Si le fonds passait en-dessous des 10 %, l'instance de gestion devrait dans les trois mois, diminuer les dépenses (les prestations supplémentaires) pour un montant équivalent à la moitié du déficit et augmenter les recettes pour l'autre moitié.

Si le fonds était excédentaire de 15 % ou si les prévisions pour l'année à venir envisageaient un excédent de 20 % le conseil d'administration aurait le choix entre une augmentation des prestations supplémentaires et une réduction des cotisations, cette dernière solution étant seule possible lorsque les prestations seraient à leur niveau maximal.

Par ailleurs la commission propose de reprendre les recommandations de M. Baltenweck concernant les modalités de gestion du régime (facturation détaillée des frais de gestion, mise en place d'un circuit financier court, etc.).

*

* *

Telles sont les propositions que formule la commission des Affaires sociales afin que puisse être pérennisé le régime local d'Alsace-Moselle dans des conditions qui respectent son identité et son originalité.

Les propositions ne visent pas à réformer en profondeur le régime local, car celui-ci ne se trouve nullement dans une situation désastreuse, ayant su et pu réagir pour faire face à ses difficultés financières. Mais ces réactions ont été trop lentes, faute d'une autonomie suffisante, et surtout elles semblent avoir atteint leur limite. L'avenir, en effet, ne peut être assuré qu'à la condition de donner au régime local le soin de fixer ses propres objectifs et les moyens de les atteindre.

La commission des Affaires sociales souhaite que ces propositions inspirent les décrets annoncés par le Gouvernement lors des débats parlementaires de décembre 1991.