

N° 615

SÉNAT

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2009-2010

Enregistré à la Présidence du Sénat le 6 juillet 2010

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

au nom de la commission des affaires sociales (1) sur la situation des finances sociales en vue de la tenue du débat d'orientation des finances publiques pour 2011,

Par M. Alain VASSELLE,

Sénateur

Rapporteur général

(1) Cette commission est composée de : Mme Muguette Dini, *présidente* ; Mme Isabelle Debré, M. Gilbert Barbier, Mme Annie David, M. Gérard Dériot, Mmes Annie Jarraud-Vergnolle, Raymonde Le Texier, Catherine Procaccia, M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *vice-présidents* ; MM. Nicolas About, François Autain, Paul Blanc, Jean-Marc Juilhard, Mmes Gisèle Printz, Patricia Schillinger, *secrétaires* ; M. Alain Vasselle, *rapporteur général* ; Mmes Jacqueline Alquier, Brigitte Bout, Claire-Lise Campion, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Yves Daudigny, Mme Christiane Demontès, M. Jean Desessard, Mme Sylvie Desmarescaux, M. Guy Fischer, Mme Samia Ghali, MM. Bruno Gilles, Jacques Gillot, Adrien Giraud, Mme Colette Giudicelli, MM. Jean-Pierre Godefroy, Alain Gournac, Mmes Sylvie Goy-Chavent, Françoise Henneron, Marie-Thérèse Hermange, Gélita Hoarau, M. Claude Jeannerot, Mme Christiane Kammermann, MM. Ronan Kerdraon, Marc Laménie, Serge Larcher, André Lardeux, Dominique Leclerc, Jacky Le Menn, Jean-Louis Lorrain, Alain Milon, Mmes Isabelle Pasquet, Anne-Marie Payet, M. Louis Pinton, Mmes Janine Rozier, Michèle San Vicente-Baudrin, MM. René Teulade, François Vendasi, René Vestri, André Villiers.

SOMMAIRE

Pages

AVANT-PROPOS	5
I. LES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN 2009 ET 2010 : UNE DÉGRADATION SANS PRÉCÉDENT	7
A. LES COMPTES DU RÉGIME GÉNÉRAL	7
1. <i>2009 : l'impact de la récession</i>	7
a) La diminution des recettes	7
b) Les dépenses : une dynamique encore importante.....	8
2. <i>2010 : la poursuite de l'aggravation</i>	10
a) Des recettes en faible progression.....	11
b) Un déficit considérable des trois principales branches.....	11
B. LE FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE DE RETOUR VERS SES NIVEAUX DE DÉFICITS LES PLUS ÉLEVÉS	14
C. LA CERTIFICATION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	17
1. <i>Rappel des positions de la Cour sur les comptes de 2008</i>	17
2. <i>Les positions de la Cour sur les comptes de 2009</i>	17
a) La branche vieillesse et la Cnav	18
b) Les autres branches.....	19
II. DETTE SOCIALE : L'HEURE DE VÉRITÉ	25
A. LA CADES : UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC CHARGÉ DU REMBOURSEMENT DE LA DETTE SOCIALE, DONT LA DISPARITION DOIT INTERVENIR EN 2021	25
1. <i>Les ressources de la caisse</i>	26
2. <i>L'amortissement de la dette reprise</i>	28
B. VERS UNE NOUVELLE REPRISE DE DETTE DONT LES CONDITIONS RESTENT À PRÉCISER	29
1. <i>Les limites d'une gestion de la dette par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale</i>	30
2. <i>Vers une reprise de dette assortie d'un allongement de la durée de vie de la caisse d'amortissement de la dette sociale</i>	32
a) <i>Quel montant de reprise ?</i>	32
b) <i>Quel allongement ?</i>	33
c) <i>Quelles ressources ?</i>	33
d) <i>Quel calendrier ?</i>	36
e) <i>Et après ?</i>	37

III. RETRAITES : UNE RÉFORME ESSENTIELLE	38
A. LES PROPOSITIONS DE LA MECSS : RÉGLER L'URGENCE, REFONDER L'AVENIR	38
1. <i>Le constat : un système de retraite gravement menacé par des déséquilibres</i>	38
2. <i>Les propositions de la Mecss : restaurer la soutenabilité du système et préparer l'avenir</i>	39
a) Rétablir l'équilibre des comptes et lier politique de l'emploi et retraites	39
b) Penser une modernisation durable des retraites	41
B. LA RÉFORME PRÉSENTÉE PAR LE GOUVERNEMENT	42
IV. L'ASSURANCE MALADIE : UN REDRESSEMENT NÉCESSAIRE	44
A. POUR UN MEILLEUR PILOTAGE DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE	44
1. <i>Des dépassements réguliers</i>	44
2. <i>Les préconisations du rapport Briet</i>	46
a) Sur la construction et le vote de l'Ondam	47
b) Sur la rénovation de la gouvernance de l'Ondam	47
c) Sur les outils destinés à faire respecter l'Ondam	48
B. POUR UNE VRAIE MAÎTRISE DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE	50
1. <i>Un diagnostic clair sur l'urgence de la réforme</i>	50
2. <i>Les pistes répertoriées par la Cour des comptes</i>	52
3. <i>Des propositions gouvernementales timides</i>	53
4. <i>La nécessité d'une action vigoureuse</i>	55
TRAVAUX DE LA COMMISSION	57
I. AUDITIONS	57
• Audition de Didier MIGAUD, Premier président de la Cour des comptes, Christian BABUSIAUX, président de la première chambre, et Rolande RUELLAN, présidente de la sixième chambre (<i>mercredi 23 juin 2010</i>)	57
• Audition de Jean-Louis DEROUSSEN, président du conseil d'administration, et Hervé DROUET, directeur général, de la Caisse nationale d'allocations familiales (<i>mardi 29 juin 2010</i>)	74
• Audition de Patrice RACT-MADOUX, président du conseil d'administration de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (<i>mardi 29 juin 2010</i>)	80
• Audition de Pierre MAYEUR, directeur, et Pascale ROBAKOWSKI, agent comptable, de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (<i>mardi 29 juin 2010</i>)	86
• Audition de Pierre BURBAN, président du conseil d'administration, Pierre RICORDEAU, directeur, Alain GUBIAN, directeur financier, et Benjamin FERRAS, directeur de cabinet, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (<i>mercredi 30 juin 2010</i>)	93
• Audition de Frédéric VAN ROEKEGHEM, directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (<i>mercredi 30 juin 2010</i>)	99
• Audition de Didier MIGAUD, Premier président de la Cour des comptes, Rolande RUELLAN, présidente de la sixième chambre, André GAURON, président de section, conseiller maître, Guy PIOLÉ, conseiller maître, et Maximilien QUEYRANNE, chargé de mission auprès du Premier président (<i>mardi 6 juillet 2010</i>)	108
II. EXAMEN DU RAPPORT	117

Mesdames, Messieurs,

Au printemps 2009, face à l'aggravation considérable des déficits de l'ensemble des branches du régime général de la sécurité sociale, de savants débats ont porté sur les parts respectives du déficit structurel et du déficit conjoncturel imputable à la récession économique.

Un an plus tard, alors que la reprise demeure fragile mais que la crise semble s'éloigner, il apparaît de manière éclatante que le retour de la croissance ne permettra en aucun cas une résorption spontanée des déséquilibres des comptes sociaux et que le risque est désormais avéré d'une stabilisation du déficit du régime général de la sécurité sociale à un niveau compris entre 20 et 25 milliards d'euros.

La capacité des pouvoirs publics à combattre cette perspective, qui remettrait en cause le système de protection sociale dans son ensemble, pourra être mesurée lorsque seront traités parallèlement, au cours de l'automne prochain, trois sujets essentiels :

- la dette sociale ;
- la réforme des retraites ;
- le redressement de l'assurance maladie.

Ces trois chantiers devront être abordés en gardant à l'esprit la nécessité de se projeter dans un avenir un peu plus éloigné que les deux ou trois ans à venir.

Ainsi, si le choix doit être fait de reporter de quelques années l'échéance de la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) pour lui permettre de rembourser les dettes considérables issues des déficits cumulés entre 2009 et 2011, il conviendra de s'interroger sur les moyens mis en œuvre pour que la même situation ne se reproduise pas deux ans plus tard. **Quelle crédibilité conservera le législateur s'il fait régulièrement « sauter les verrous » qu'il a lui-même posés pour éviter de faire peser sur les générations futures les déficits d'aujourd'hui ?**

De même, la réforme des retraites, telle qu'elle a été récemment présentée par le Gouvernement, se fixe pour objectif d'assurer l'équilibre de l'assurance vieillesse à l'horizon 2018 et prévoit de mobiliser les actifs du fonds de réserve des retraites (FRR) pour y parvenir.

Qu'advient-il après 2018, alors que des générations nombreuses continueront à atteindre l'âge de la retraite ?

Enfin, le déficit de l'assurance maladie ne saurait se maintenir au niveau auquel il se situera en 2010, soit plus de 13 milliards d'euros. Au-delà des mesures d'économies immédiates pour contenir la progression des dépenses, la question d'évolutions plus structurelles devra nécessairement être abordée pour pouvoir envisager un retour durable à l'équilibre.

Dans la perspective du débat sur les orientations des finances publiques et des échéances importantes de l'automne, le présent rapport dresse un état des comptes de la sécurité sociale et dégage quelques orientations pour faire face à une situation qui demeure gravement préoccupante.

I. LES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN 2009 ET 2010 : UNE DÉGRADATION SANS PRÉCÉDENT

A. LES COMPTES DU RÉGIME GÉNÉRAL

1. 2009 : l'impact de la récession

En 2009, le déficit de la sécurité sociale, au sens de la loi de financement, s'est élevé, pour l'ensemble des régimes de base, à **20,3 milliards d'euros**, soit un quasi-doublement par rapport à l'année précédente.

Alors qu'en 2002, le déficit du régime général n'était que de 3,5 milliards, il s'est stabilisé autour de 10 milliards entre 2003 et 2008 à la suite du ralentissement économique de 2002-2003 et subit, en 2009, une aggravation jamais connue dans l'histoire de la sécurité sociale.

Soldes par branche du régime général sur la période 2005-2009

(en milliards d'euros)

	2005	2006	2007	2008	2009
Maladie	- 8,0	- 5,9	- 4,6	- 4,4	- 10,6
Accidents du travail	- 0,4	- 0,1	- 0,5	0,2	- 0,7
Vieillesse	- 1,9	- 1,9	- 4,6	- 5,6	- 7,2
Famille	- 1,3	- 0,9	- 0,2	- 0,3	- 1,8
Total régime général	- 11,6	- 8,7	- 9,5	- 10,2	- 20,3

La branche maladie, qui affiche la plus forte dégradation, est redevenue en 2009 la branche la plus déficitaire. Le déficit global du régime général est toutefois inférieur de 3,1 milliards d'euros à la prévision associée à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010. L'écart s'explique pour 1,4 milliard par la baisse moins forte que prévue de la masse salariale (- 1,3 % au lieu de - 2 % dans la loi de financement de la sécurité sociale) et, pour le reste, par des prestations et des transferts de compensation inférieurs aux prévisions et par des corrections comptables sur la Cnaf.

a) La diminution des recettes

En 2009, les produits du régime général ont légèrement diminué. La forte contraction de la masse salariale et la chute des revenus du capital sont les explications principales de cette baisse qui a été limitée par la contribution positive de certaines recettes (prélèvements sur le secteur public et les travailleurs indépendants, impôts et taxes affectés, transferts du FSV).

- Les **cotisations** affectées au régime général ont progressé en 2009 de 0,4 % par rapport à 2008 pour atteindre 169 milliards d'euros, alors que la masse salariale du secteur privé diminuait de 1,3 %. Cet écart provient notamment d'une contraction de l'évolution des exonérations plus importante que celle de l'assiette privée des cotisations et du dynamisme des recettes des autres secteurs d'activité (secteur public, employeurs et travailleurs indépendants, exploitants agricoles).

- Les **impôts et taxes affectés au régime général**, d'un montant de 94,5 milliards, ont diminué de 0,4 % en 2009 alors qu'ils avaient augmenté de 7,9 % en 2008. La CSG affectée au régime général s'est contractée de 2,4 %, en raison notamment de la chute du rendement des prélèvements sociaux assis sur les revenus du capital. Les impôts et taxes affectés au régime général en compensation des allègements de cotisations ont diminué de 1,8 %, du fait notamment de la baisse du rendement de la taxe sur les salaires. De nouvelles taxes (montée en charge de la contribution sur les mises à la retraite, forfait social) et des réaffectations de taxes existantes au profit du régime général (fraction supplémentaire du prélèvement de 2 % sur les revenus du capital au profit de la Cnav et augmentation de la fraction des droits de consommation sur les tabacs affectée à la Cnam) ont limité l'érosion du rendement global.

- Les **contributions de l'Etat** au régime général se sont élevées à 10,3 milliards. Les prises en charge de cotisations par l'Etat ont fortement décliné sous l'effet notamment de la diminution de certains dispositifs d'exonération.

- Enfin, les **transferts en provenance d'organismes tiers** représentent 28,8 milliards d'euros de recettes pour le régime général et sont en hausse de 9,4 % par rapport à 2008. En particulier, la dégradation du marché du travail a conduit à une forte hausse des transferts du FSV vers la Cnav au titre de la prise en charge des cotisations des chômeurs.

b) Les dépenses : une dynamique encore importante

La croissance des dépenses du régime général s'est établie, en 2009 comme en 2008, à 4,2 %, cette évolution masquant des situations différentes :

- Les **dépenses maladie du champ de l'Ondam** ont atteint 157,6 milliards d'euros soit un dépassement de 740 millions par rapport à l'objectif initial et de 400 millions par rapport aux prévisions de septembre 2009. Dans ces conditions, les dépenses ont connu une progression de 3,7 % par rapport à 2008, ce qui constitue la moyenne de la croissance des dépenses au cours des cinq dernières années.

Le dépassement constaté en fin d'année porte sur les établissements de santé où il est imputé à un volume d'actes plus important que prévu, à l'effet de la nouvelle tarification mise en place en mars 2009 et à l'épisode grippal de fin d'année.

Les dépenses de soins de ville ont augmenté de 3,5 % en 2009, après 2,5 % en 2008 et 4,4 % en 2007. Le résultat de 2009 est en fait dans le prolongement de celui de 2008 si l'on tient compte de l'incidence sur ce dernier de la mise en place des franchises. Les dépenses de médicaments, qui avaient été en 2008 le principal poste concerné par les franchises, ont augmenté de 3 %. Les dépenses relatives aux établissements de santé ont, quant à elles, augmenté de 3,6 % (après 3,9 % en 2008 et 3 % en 2007).

- L'augmentation des **prestations de retraite servies par la Cnav**, qui était de l'ordre de 6 % entre 2005 et 2008, s'est infléchie en 2009 (4,8 %). Ce ralentissement tient pour la plus grande part à la diminution du nombre de départs en retraite anticipée, passé d'environ 100 000 en 2008 à 25 000 en 2009. Leur baisse est liée à l'allongement de la durée d'assurance requise, en application de la loi de 2003, et aux restrictions apportées aux régularisations de cotisations arriérées. Elle entraîne pour la première fois une réduction du coût du dispositif (2,1 milliards en 2009 contre 2,4 milliards en 2008).

Hors retraite anticipée, le flux de départs se stabilise autour de 660 000 à 670 000 et le nombre de retraités âgés de soixante ans et plus continue de croître à un rythme rapide proche de 3,5 % par an qui explique l'essentiel de l'augmentation des dépenses de prestations.

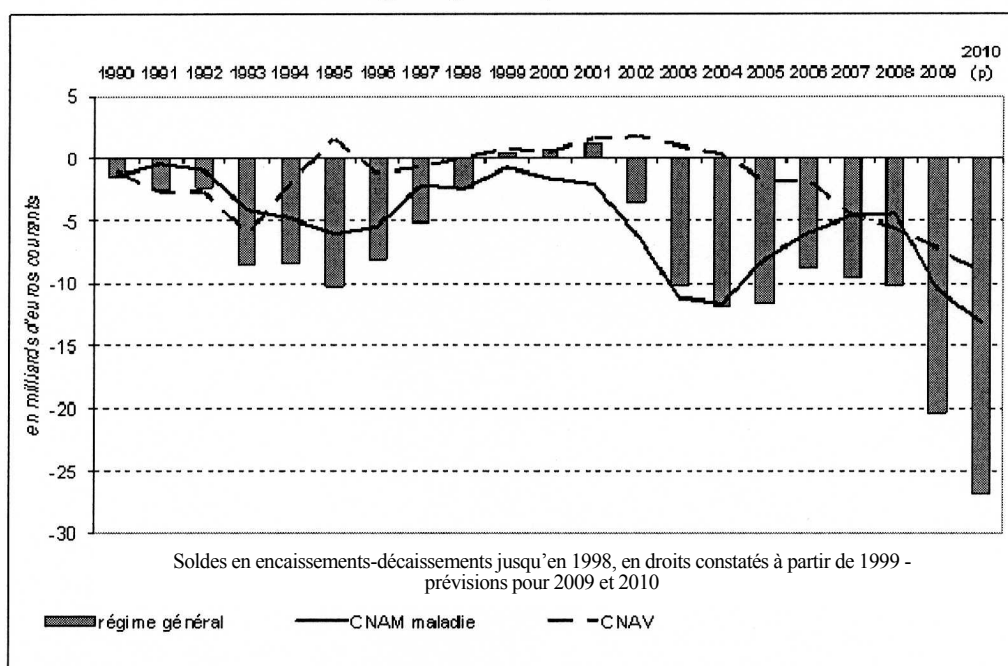
- Les **prestations familiales** ont crû en 2009 à un rythme légèrement supérieur à celui de 2008 puisqu'elles ont progressé de 3,3 %. Les prestations en faveur de la petite enfance contribuent à la croissance de ces prestations à hauteur de 1,9 point. Les charges nettes de la branche ont été accrues en 2009 par l'augmentation de dix points du taux de prise en charge par la Cnaf des majorations de pensions pour enfants. Le déficit de la branche s'est fortement aggravé, passant de 1,8 milliard à 3,8 milliards.

- La branche **accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP)**, qui avait connu en 2008 un résultat excédentaire de 241 millions d'euros après un déficit d'environ 500 millions en 2007, a de nouveau été en déséquilibre en 2009 à hauteur de 713 millions. Ce déficit provient pour les deux tiers d'un nouveau dynamisme des charges nettes, qui ont augmenté de 5,8 % après avoir diminué de 1,4 % en 2008, et pour un tiers de recettes nettes en recul de 3,2 %. Les prestations légales ont progressé de 4 % par rapport à 2008. En particulier, les indemnités journalières d'accidents du travail, en hausse de 5,5 %, ont conservé une progression très rapide. La hausse des charges est également imputable à l'augmentation de 300 millions d'euros du transfert à la Cnam au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.

2. 2010 : la poursuite de l'aggravation

En 2010, le déficit du régime général atteindrait 26,8 milliards d'euros et concernerait toutes les branches, la branche maladie demeurant la plus déséquilibrée.

Soldes du régime général, de la CNAM maladie et de la CNAV



La nouvelle prévision est certes moins dégradée de 3,7 milliards que celle qui figurait dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010. L'écart découle en grande partie de la révision apportée au résultat de 2009 (effet de base). La révision de la masse salariale, de 0,7 point en 2009 et de 0,7 point supplémentaire en 2010, contribue à elle seule pour environ 2, milliards à l'amélioration du solde.

Il reste qu'il faut à présent craindre une stabilisation du déficit à un niveau sans précédent de 20 à 25 milliards d'euros, au regard de l'évolution comparée des produits et charges du régime général.

Taux de variation des produits et charges du régime général (hors AAH, API et ASI)

	2007	2008	2009	2010 (p)
Produits	4,3 %	4,1 %	- 0,2 %	1,7 %
Charges	4,4 %	4,2 %	3,3 %	3,7 %
Ecart	- 0,10 %	- 0,10 %	- 3,4 %	- 2,0 %

Source : direction de la sécurité sociale

a) Des recettes en faible progression

Les produits du régime général progresseraient de 1,7 % en 2010 après leur diminution de 2009. **Sur l'ensemble des deux années 2009 et 2010, les recettes du régime général ne progresseraient que d'environ 1,5 %.**

- La progression des **cotisations** devrait être identique en 2010 à celle de 2009 (0,4 %), bien que la masse salariale du secteur privé reparte à la hausse.

- Les **impôts et taxes affectés au régime général** devraient atteindre 95,5 milliards d'euros, en progression de 1,1 % par rapport à 2009. La CSG du régime général serait stable par rapport en 2009 tandis que le rendement des impôts affectés en compensation des allègements de cotisations augmenterait de 4 %. En 2009, la compensation des allègements généraux de cotisations par le panier de recettes destiné à les financer a dégagé un excédent de 255 millions d'euros. Dans l'état actuel des prévisions, cet excédent pourrait sensiblement augmenter en 2010 et atteindre 1,7 milliard d'euros.

- Les **prises en charge de cotisations par l'Etat** devraient, pour leur part, progresser de 3,4 %.

b) Un déficit considérable des trois principales branches

Même si la révision des hypothèses économiques retenues lors de l'élaboration de la loi de financement de la sécurité sociale fait apparaître une situation moins dégradée que celle qui était anticipée en fin 2009, l'ensemble des branches de la sécurité sociale devrait connaître une situation fortement déficitaire en 2010, la croissance des dépenses ne connaissant pas de ralentissement significatif.

Soldes par branche du régime général sur la période 2007-2010

(en milliards d'euros)

	2007	2008	2009	2010 (LFSS 2010)	2010 (CCSS juin 2010)
Maladie	- 4,6	- 4,4	- 10,6	- 14,6	- 13,1
Vieillesse	- 4,6	- 5,6	- 7,2	- 10,7	- 9,3
Famille	0,2	- 0,3	- 1,8	- 4,4	- 3,8
AT – MP	- 0,5	0,2	- 0,7	- 0,8	- 0,6
Total régime général	- 9,5	- 10,2	- 20,3	- 30,5	- 26,8

• **Maladie**

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a fixé l'Ondam à **162,4 milliards d'euros**, ce qui représenterait une augmentation de 3 % par rapport aux dépenses de l'année précédente.

Compte tenu du montant définitif de l'Ondam pour 2009, en dépassement de 400 millions d'euros par rapport aux prévisions faites en septembre, le respect de l'objectif pour 2010 impliquerait d'en limiter la croissance à 2,8 %.

Dans son avis du 28 mai 2010, le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie a estimé que l'objectif pour 2010 pourrait être dépassé de 600 millions d'euros en l'absence de mesures correctrices. Le risque de dépassement est évalué à 200 millions dans le domaine des soins de ville, où certaines mesures d'économie inscrites dans la construction de l'Ondam ne seraient que partiellement réalisées, et à 400 millions sur les établissements de santé, dont l'activité semble progresser nettement plus vite que prévu d'après les données disponibles sur les premiers mois de l'année.

Face au risque de dépassement, le Gouvernement a annoncé des **mesures correctrices** pour un montant de 600 millions. Il a ainsi prévu :

- un gel des provisions non engagées sur la liste en sus à l'hôpital, pour un montant de 135 millions ;

- un gel en partie rectificative du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 des crédits issus de la déchéance quadriennale du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (Fmespp), pour un montant de 105 millions ;

- des baisses de prix des médicaments supplémentaires, pour un rendement en 2010 de 100 millions ;

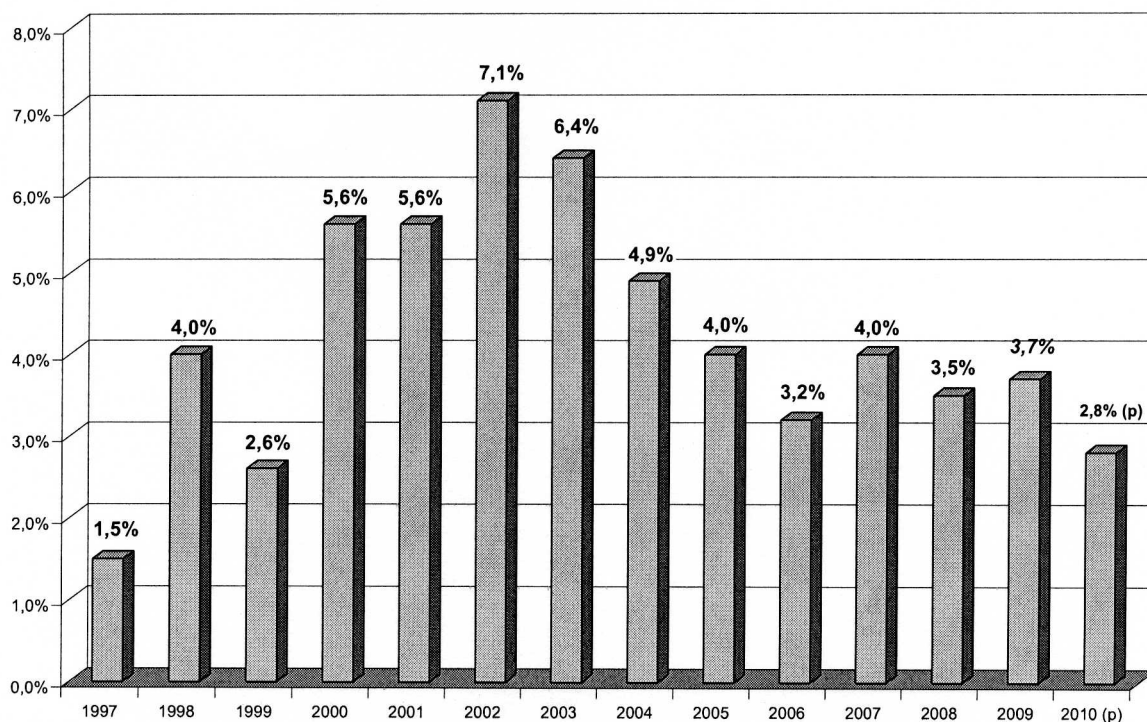
- une baisse du prix de l'anesthésie de la chirurgie de la cataracte, pour un rendement de 10 millions en 2010 ;

- la mise en œuvre de nouvelles modalités de calcul des indemnités journalières prévues en annexe 9 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, pour un rendement de 70 millions en 2010 ;

- enfin, le gel de 180 millions d'euros de crédits, qui seront délégués ultérieurement en fonction de l'évolution de l'Ondam 2010, afin d'en garantir le respect.

Compte tenu de ces annonces, la commission des comptes de la sécurité sociale a retenu dans ses prévisions un strict respect de l'Ondam 2010, soit une croissance de celui-ci de 2,8 %.

Evolution des dépenses dans le champ de l'ONDAM



Source : direction de la sécurité sociale

• Vieillesse

La revalorisation des pensions, légèrement moindre en 2010 qu'en 2009 (0,9 % en moyenne annuelle contre 1,3 %), contribue à la modération relative des prestations en 2010. En revanche, le coût des droits dérivés enregistrerait une forte baisse (estimée à 5 %) liée à la majoration des pensions de réversion les plus faibles au 1^{er} janvier 2010.

• Famille

821 000 naissances ont été enregistrées en 2009 et l'hypothèse d'une stabilité de la natalité est retenue pour 2010. Si les entrées dans le dispositif des prestations familiales sont actuellement plus nombreuses que les sorties, cette évolution est contrebalancée par une réduction tendancielle de la taille des familles.

Les prestations familiales ont augmenté de 3,3 % en 2009, mais leur progression ne serait plus que de 0,8 % en 2010 à périmètre constant (hors allocation adulte handicapé et allocation de parent isolé).

Ce ralentissement s'expliquerait intégralement par la différence du taux de revalorisation de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF) qui a résulté des variations de l'inflation sur la période 2008-2010. Ainsi, à la forte revalorisation de la BMAF au 1^{er} janvier 2009 (3 %), a succédé une revalorisation nulle au 1^{er} janvier 2010. Au-delà de ces fluctuations, **les prestations familiales sont sur une tendance haussière de l'ordre de 2 %**

par an, tirée par la croissance, encore forte mais progressivement ralentie, des prestations pour la petite enfance et par celle des aides au logement.

Les charges nettes de la branche famille sont accrues en 2009 et surtout en 2010 par l'augmentation du taux de prise en charge par la Cnaf des majorations de pension par enfant.

Les produits de la branche ont évolué plus défavorablement que la moyenne du régime général et n'auront connu aucune augmentation sur l'ensemble des années 2009 et 2010.

• **AT-MP**

En 2010, la branche AT-MP demeurerait déficitaire à 600 millions d'euros, mais son solde s'améliorerait sous l'effet d'un net ralentissement de la progression des charges et d'une progression des produits nets de 2,7 %.

B. LE FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE DE RETOUR VERS SES NIVEAUX DE DÉFICITS LES PLUS ÉLEVÉS

Après avoir connu une embellie en 2007 et 2008, les comptes du fonds de solidarité vieillesse (FSV) connaissent à nouveau une situation très fortement déficitaire en 2009, qui devrait perdurer en 2010.

Evolution du solde du FSV

(en millions d'euros)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 (p)
Solde annuel	- 933	- 639	- 2 005	- 1 259	151	812	- 3 162	- 4 255
Solde cumulé	- 1 056	- 1 695	- 3 700	- 4 959	- 4 808	- 3 996	- 3 162	- 7 417

Source : commission des comptes de la sécurité sociale

Les charges du FSV sont principalement constituées :

- des prises en charge des cotisations au titre de périodes validées gratuitement par les régimes de base d'assurance vieillesse (chômage, service national légal, maladie à compter du 1^{er} juillet 2010), ainsi que, depuis 2001, des cotisations de retraite complémentaire (Arrco et Agirc) au titre des périodes de préretraite et de chômage indemnisées par l'Etat ;

- des prises en charge de prestations au titre du minimum vieillesse et des majorations de pensions pour enfants et conjoint à charge.

Les produits du fonds sont constitués :

- d'une fraction du produit de la CSG (0,85 point depuis 2009, 1,05 point auparavant), d'une fraction de la contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSS), ainsi que d'une partie du produit du prélèvement social de 2 % sur les revenus du capital ;

- d'un transfert de la Cnaf vers le FSV au titre des majorations de pensions pour enfants à charge ;

- de la contribution sur les régimes de retraite à prestations définies relevant de l'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale (retraites « chapeau »).

La dégradation de la situation du FSV en 2009 et 2010 s'explique à la fois par une forte hausse de ses charges liée à la crise économique, et par une amputation de certaines de ses recettes.

• **Les charges nettes du fonds ont crû de 10,3 % en 2009 et augmenteraient encore de 9,3 % en 2010.** Les prises en charge de cotisations au titre du chômage, qui représentent plus de la moitié des charges globales en 2009, sont en hausse de 17,5 % en 2009 et augmenteraient encore de 7,3 % en 2010 du fait de la forte dégradation de la situation de l'emploi : le nombre de chômeurs pris en compte dans les calculs a augmenté de 440 000 en moyenne annuelle en 2009 et devrait augmenter de 210 000 en 2010.

A partir du 1^{er} juillet 2010, le FSV prendra en charge des cotisations vieillesse au titre des périodes de maladie, maternité invalidité et AT-MP qui bénéficieront aux régimes alignés (Cnav, salariés agricoles et RSI). Ce nouveau transfert est équilibré par l'augmentation en 2010 de la prise en charge des majorations de pensions pour enfants par la Cnaf, programmée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

Si la dynamique des prises en charge de prestations au titre du minimum vieillesse connaît un ralentissement structurel en raison d'une baisse tendancielle des effectifs due à l'amélioration du niveau des pensions contributives, on a constaté en 2009 une augmentation des effectifs de bénéficiaires, que la commission des comptes de la sécurité sociale attribue à la revalorisation intervenue afin de mettre en œuvre l'augmentation de 25 % du minimum vieillesse aux personnes seules à l'horizon 2012.

La revalorisation du minimum vieillesse

L'article 73 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 autorise une revalorisation du minimum vieillesse au-delà de ce que permet le code de la sécurité sociale qui prévoit que les allocations d'assurance vieillesse aux personnes âgées et leurs plafonds de revenus sont revalorisés comme les pensions de vieillesse, c'est-à-dire en fonction de l'évolution des prix hors tabac. Le décret n° 2009-473 du 28 avril 2009 pris pour l'application de cet article prévoit ainsi pour chaque année entre 2009 et 2012, une revalorisation particulière du minimum vieillesse accordé aux personnes isolées dont le montant sera augmenté de 25 % entre 2007 et 2012.

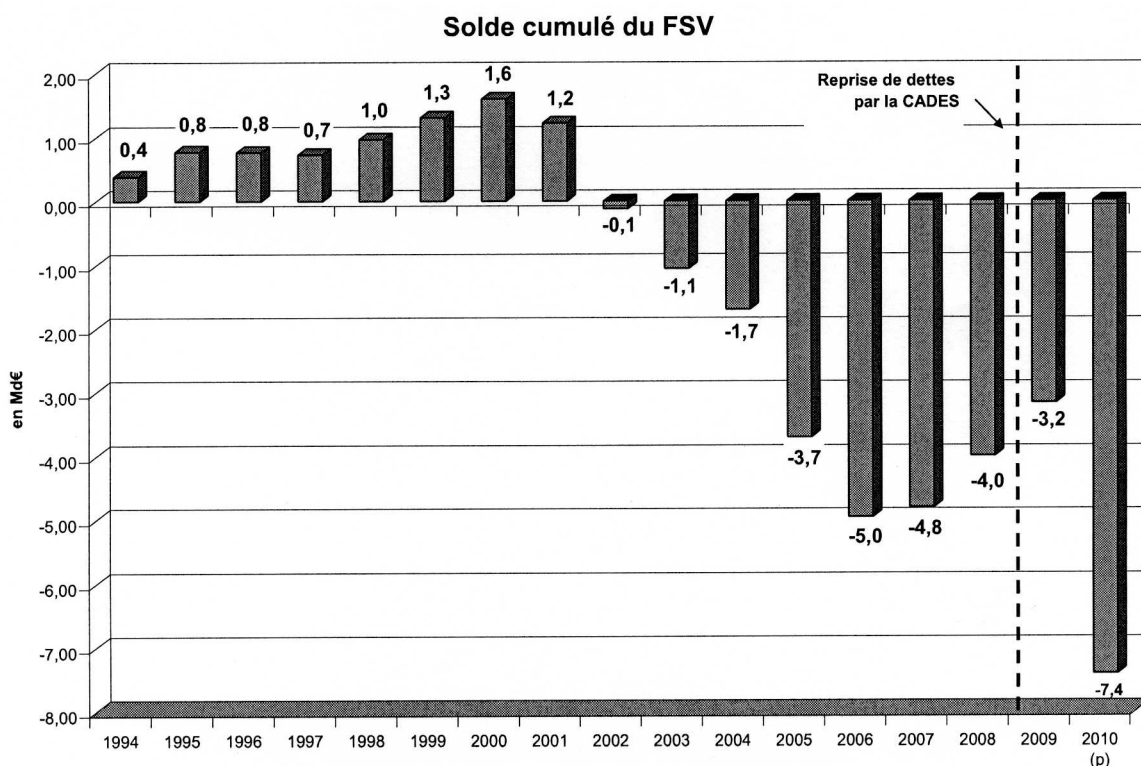
Cette hausse a pris en 2008 la forme d'une prime exceptionnelle de 200 euros versée en mars aux titulaires de l'allocation supplémentaire du minimum vieillesse ainsi qu'aux bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa). En 2009, elle s'est traduite par une augmentation de 44 euros du montant mensuel versé aux personnes seules (+ 6,95 %) et du plafond de ressources applicable pour une personne seule (+ 6,8 %). En 2010, le montant du minimum vieillesse a été revalorisé de 4,7 % tandis que le plafond de ressources a été aligné sur le montant du minimum vieillesse (ce qui correspond à une augmentation de 2,4 % du plafond). En 2011 et en 2012, le minimum vieillesse servi à une personne seule et le plafond de ressources seront revalorisés de 4,7 % au 1^{er} avril.

• Du côté des recettes, **les produits du FSV ont diminué de 16,2 % en 2009 et augmenteraient de 3,2 % en 2010**. La baisse de la CSG reçue par le fonds explique entièrement la perte de recettes en 2009. Elle résulte de la combinaison de deux facteurs : le transfert à la Cades d'une fraction de 0,2 point de CSG en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 contribue pour 14,5 points à la diminution des recettes et la dégradation de la situation économique l'explique pour 1,7 point.

Le transfert en provenance de la Cnaf au titre des majorations de pensions pour enfants augmente fortement en 2009 et 2010 conformément à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 qui a prévu de porter la charge de la Cnaf à 70 % en 2009, puis 85 % en 2010 des dépenses supportées par le FSV au titre de ces majorations. En 2009, le gain entraîné par cette mesure pour le FSV est transféré à la Cnav par le biais d'une modification de la clé de répartition du prélèvement social de 2 % sur les revenus du patrimoine et produits de placement : la part du FSV passe ainsi en 2009 de 20 % à 5 %.

L'ensemble de ces éléments explique la dégradation considérable du déficit cumulé du FSV, alors même que la reprise de dette par la Cades intervenue fin 2008 et début 2009 avait permis d'apurer l'ensemble des déficits passés.

En deux années, le FSV a accumulé un déficit jamais atteint depuis sa création en 1993.



C. LA CERTIFICATION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Pour la quatrième fois, la Cour des comptes a procédé à l'examen des comptes du régime général de la sécurité sociale en vue d'obtenir l'assurance formelle que les états financiers ne comportent pas d'anomalie significative.

1. Rappel des positions de la Cour sur les comptes de 2008

En 2008, la Cour avait **certifié avec réserves** les comptes de la branche maladie, de la branche AT-MP et de l'activité de recouvrement, ainsi que ceux des caisses correspondantes. Elle avait **refusé de certifier** les comptes de la branche famille et de la Cnaf, ainsi que ceux de la branche vieillesse et de la Cnav.

2. Les positions de la Cour sur les comptes de 2009

A l'issue de ses vérifications relatives à l'exercice 2009, la Cour a **refusé de certifier** les comptes de la Cnav et de la branche vieillesse. Elle a en revanche **certifié avec réserves** les comptes de toutes les autres branches, y compris ceux de la branche famille qui obtient cette certification pour la première fois.

a) *La branche vieillesse et la Cnav*

Alors qu'elle avait certifié avec réserves les comptes de la branche vieillesse et de la Cnav en 2006 et 2007, la Cour leur refuse cette certification pour 2009 comme elle l'avait fait en 2008.

La position prise par la Cour sur les comptes de 2008 était notamment fondée sur le constat de risques d'anomalies significatives dans les comptes, du fait d'**incertitudes sur le montant des pensions liquidées et mises en paiement** au cours de l'exercice. Ce constat avait été renforcé par la détection d'une **erreur systématique concernant les périodes assimilées chômage notifiées par l'Unedic** (devenu Pôle emploi).

A propos des comptes de 2009, la Cour estime que l'activité de liquidation dans la branche retraite se caractérise par des risques d'erreurs et un contrôle interne encore insuffisant, malgré les actions engagées par la Cnav pour améliorer cette situation. Ainsi, la nouvelle convention d'objectifs et de gestion, signée par la caisse et l'Etat en avril 2009, reconnaît une importance accrue à l'objectif d'amélioration de la qualité des opérations de liquidation et de révision des droits.

Néanmoins, la liquidation des droits demeure affectée par de nombreuses erreurs, liées notamment à la complexité de la réglementation, à des erreurs de saisie dans le système d'information, enfin à l'insuffisance de la supervision des opérations de liquidation.

Pour 2009, la Cnav, qui détermine des mesures du risque financier résiduel affectant les opérations liquidées et mises en paiement dans l'année, évalue à 7,56 % le nombre de pensions liquidées et versées dans l'année qui comptent une erreur de portée financière. Elle estime en outre à 0,78 % le montant cumulé en valeur absolue des mesures de portée financière affectant les pensions.

Au cours de son audition par la commission des affaires sociales¹, Pierre Mayeur, directeur de la Cnav, a souligné que « *les erreurs cumulées représentent 0,78 % non pas des 100 milliards de pensions versées par la Cnav chaque année, mais des 3,5 milliards versés aux nouveaux retraités en 2009. Et les erreurs peuvent aller dans les deux sens, au bénéfice ou au détriment du retraité (...)* ». Pascale Robakowski, agent comptable de la caisse, a précisé que les pertes pour la Cnav sont évaluées à 0,008 % des nouvelles pensions distribuées en 2009.

La Cour relève en revanche que les données relatives aux périodes assimilées adressées par Pôle emploi ne comportent plus l'erreur systématique identifiée en 2008 et que la Cnav a mis en place une notification de date à date ainsi qu'un contrôle automatique du double report.

¹ *Audition de Pierre Mayeur, directeur, et Pascale Robakowski, agent comptable, de la Cnav, du 29 juin 2010, cf. p.86.*

**Les périodes assimilées chômage
(extrait du rapport de la Cour des comptes sur la certification
des comptes du régime général de sécurité sociale 2009)**

« Les périodes assimilées adressées par Pôle emploi entre 1992 et 2007 comportaient une erreur systématique et non susceptible d'être rectifiée lors des régularisations de carrière préalables à la liquidation des droits : l'attribution d'une période assimilée dès le premier jour d'indemnisation et non, comme le prévoit le code de la sécurité sociale, pour chaque période révolue de cinquante jours calendaires.

*« Par lettre du 19 mars 2009, les ministres de tutelle ont donné instruction d'opérer la correction des erreurs pour les assurés nés en 1955 et postérieurement. La rectification opérée sur les assurés nés en 1955 s'étant révélée complexe, le directeur de la sécurité sociale, par lettre du 17 mars 2010, a décidé **de limiter la correction aux reports réalisés durant les années 2004 à 2007 pour les assurés nés après 1955.***

« L'impact financier des erreurs non corrigées a été évalué par la Cnavts au maximum à 0,98 % du montant total des droits mis en paiement et comptabilisés en 2009, contre 0,76 % en 2008. Cette augmentation serait due à une part accrue de nouveaux pensionnés ayant connu une période de chômage entre 1993 et 2007. Toutefois, ce montant maximum ne prend pas en compte le fait que l'assuré pourrait faire valoir d'autres droits pour les années de validité concernées. Ainsi, la Cnavts évalue tout au plus à 0,49 % des droits mis en paiement et comptabilisés en 2009 l'impact réel de l'erreur.

« Les périodes assimilées adressées par Pôle emploi pour les années 2008 et postérieures ne comportent plus cette erreur systématique. Depuis mai 2009, elles sont transmises sous un format date à date et font l'objet d'un contrôle de double report.

« Contrairement à l'année 2008 où elle avait été confrontée à une transmission tardive d'informations primordiales sur ces problèmes, la Cour, pour la certification des comptes 2009, a été destinataire en temps utile de toutes les informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission sur ce point. »

La Cour note en revanche qu'en matière de **report des salaires aux comptes de carrière des assurés**, les dispositifs de prévention des erreurs à partir des déclarations annuelles de données sociales (Dads) transmises chaque année par les employeurs aux organismes de base de la branche retraite n'ont pas encore assez progressé en 2009 pour apporter sur ce processus les assurances suffisantes.

b) Les autres branches

• La branche recouvrement et l'Acoss

La Cour des comptes, qui avait assorti la certification des comptes de la branche recouvrement de **dix réserves en 2008**, en a levé plusieurs en 2009, portant notamment sur la comptabilisation de la CSG et des autres prélèvements sociaux sur les revenus de placement.

Néanmoins, la Cour formule à nouveau plusieurs réserves. Elle fait notamment valoir que le **dispositif national de contrôle interne** fait

apparaître des insuffisances dans certains domaines (contrôles généraux informatiques, éléments déclarés par les cotisants, exonération de cotisations sociales, notamment dans les Dom...). Elle souligne surtout qu'il existe une incertitude de portée générale sur l'exhaustivité et l'exactitude des **cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants**, notamment ceux relevant de l'interlocuteur social unique (Isu), du fait des anomalies qui affectent ces comptes cotisants.

Les comptes cotisants des travailleurs indépendants

L'une des principales réserves dont est assortie la certification des comptes de la branche recouvrement et de l'Acoss concerne le dispositif de l'interlocuteur social unique (Isu) instauré en 2008 pour la gestion des cotisations et contributions sociales des artisans et commerçants. La Cour note ainsi qu'« *imputables à un défaut de préparation de ce dispositif, les défaillances du contrôle interne sont à l'origine d'anomalies significatives dans les comptes 2009* ».

La juridiction financière relève quatre séries d'anomalies relatives aux comptes cotisants des travailleurs indépendants :

- une couverture incomplète des fonctions du recouvrement

La régularisation du montant dû par les cotisants, au vu de leur revenu professionnel déclaré, par rapport aux cotisations provisionnelles versées, est assurée avec retard ou seulement à la demande des cotisants. Les majorations de retard ont été systématiquement remises en 2009, soit par un traitement informatique, soit sur demande du cotisant ; le recouvrement forcé, qui incombe au RSI, n'a pas été exercé à l'encontre des cotisants défaillants. Enfin, les contrôles sur les revenus d'activité des cotisants, effectués par les Urssaf sous le contrôle du RSI, sont restés suspendus, en dehors de quelques actions de lutte contre le travail illégal ;

- des anomalies affectant les comptes cotisants

De nombreuses anomalies affectant les comptes cotisants ont une incidence significative sur les comptes. Il existe un nombre élevé de comptes dits « singletons », qui ne comprennent pas la totalité des risques, ce qui affecte l'exhaustivité des cotisations et contributions. De même, un grand nombre de comptes ont un solde débiteur constitué par des taxations d'office sédimentées au titre de plusieurs années successives, ce qui affecte la réalité (dans le cas où le compte aurait dû être radié) et la valorisation des créances comptabilisées (dans la mesure où les perspectives de recouvrement ou de régularisation des taxations sont réduites). Certains comptes cotisants sont en outre radiés à tort en raison de désordres provoqués par la transmission par le RSI d'informations ayant un autre objet, ce qui affecte la réalité des dettes comptabilisées à l'égard des cotisants qui ont continué à régler des cotisations au titre de périodes postérieures à leur radiation ;

- des erreurs affectant les opérations sur les comptes cotisants

La Cour relève que les remboursements aux artisans et commerçants ou aux professions libérales ne font l'objet de contrôles qu'au-delà de certains seuils. Compte tenu de l'importance des erreurs que permettent de parer ces contrôles, les remboursements dont le montant est inférieur aux seuils de contrôle sont vraisemblablement affectés par des erreurs significatives qui revêtent un caractère définitif ;

- les limites des contrôles généraux informatiques

Selon la Cour, l'examen des contrôles généraux informatiques relatifs aux fonctionnalités de l'Isu intégrées à l'outil de production du réseau fait apparaître des facteurs particuliers de risques d'anomalies. En raison des insuffisances de la documentation disponible, la juridiction financière estime ne pas disposer d'une assurance raisonnable sur le champ et l'effectivité des contrôles automatisés de cohérence et de format des données.

Lors de son audition par la commission¹, Pierre Ricordeau, directeur de l'Acoss, a indiqué que « *plusieurs mesures sont mises en œuvre pour remédier aux anomalies constatées dans le recouvrement des cotisations et contributions des travailleurs indépendants : traitement des situations d'urgence, éventuellement par des interventions manuelles ; renforcement des moyens des caisses, notamment en termes d'accueil téléphonique ; mise en place, avec les administrateurs et les experts-comptables, de dispositifs de priorisation en fonction des urgences constatées. Certains processus sont par eux-mêmes à la source d'erreurs et doivent donc être améliorés. Ainsi, lors de l'affiliation, plusieurs structures sont susceptibles de classer les cotisants dans une catégorie, ce qui peut conduire à des classements différents. A partir du 1^{er} janvier 2012, sera mis en place un point unique de pré-instruction pour éviter ces classements différents. Les caisses travaillent également sur la question des systèmes informatiques. L'Isu implique en effet de faire fonctionner ensemble deux systèmes d'information très différents. Pour l'avenir, une base de données partagée sera mise en place* ».

• Les branches maladie et AT-MP et la Cnam

En 2008, la Cour avait certifié les comptes de la **branche maladie** avec **sept réserves** pour limitation ou incertitude. L'audit des comptes 2009 l'a conduit à lever quatre réserves portant sur les provisions hospitalières, les créances des caisses sur les hôpitaux, les prestations en espèces de la branche maladie et les dettes de la Cnam envers les régimes étrangers.

Pour 2009, la Cour assortit sa décision de certification de **six réserves** concernant :

- l'insuffisance des outils de contrôle interne en matière de prestations en nature ;

¹ Audition de Pierre Burban, président du conseil d'administration, et Pierre Ricordeau, directeur, de l'Acoss, du 30 juin 2010, cf. p. 93.

- l'absence de contrôle effectif des paiements effectués par les caisses au titre des médicaments rétrocedés par les pharmacies hospitalières (voir ci-dessous) ;

- l'insuffisante sécurisation des flux en provenance des mutuelles gestionnaires du régime général ;

- l'existence de risques liés aux procédures de contrôle interne et à leur appropriation par les caisses en matière d'établissements pour enfants et adolescents handicapés ;

- le refus de certification des comptes de la mutualité sociale agricole (MSA) par les commissaires aux comptes, qui a pour conséquence une incertitude sur la fiabilité des données sur la base desquelles la branche maladie doit assurer la prise en charge intégrale des soldes du régime agricole ;

- l'impossibilité de réconcilier les opérations comptabilisées par la branche maladie au titre des prises en charge de cotisations sociales en faveur des praticiens et auxiliaires médicaux avec les produits comptabilisés par l'activité de recouvrement à ce même titre.

Les contrôles en matière de rétrocession des médicaments

Parmi les réserves formulées par la Cour des comptes à l'égard des comptes de la Cnam, figure **l'absence de contrôle effectif de la conformité des paiements effectués par les caisses au titre des médicaments rétrocedés par les pharmacies hospitalières.**

Sous certaines conditions, les pharmacies des hôpitaux à usage interne peuvent être autorisées à rétroceder à des patients en soins ambulatoires des médicaments en principe réservés aux patients traités dans l'établissement. Les médicaments ainsi rétrocedés aux assurés sociaux sont remboursés par l'assurance maladie sur la base du prix de cession au public.

Selon la Cour, dès lors que les hôpitaux sont exonérés de la production des pièces justificatives papier (prescription, titre de recettes), quand les factures émises par l'hôpital sont télétransmises aux CPAM, les caisses ne peuvent s'assurer aisément de la réalité des dépenses ainsi prises en charge dont le montant représente 1 milliard d'euros en 2009.

La Cnam a mis en place un contrôle *a posteriori* de l'existence et de la conformité des pièces justificatives des médicaments rétrocedés, mais la Cour souligne que ce dispositif ne concerne que les seuls CHU de métropole et que la période ciblée n'a porté que sur le premier semestre 2008 et non sur l'année 2009.

Votre rapporteur général, lors d'une visite au CHU de Lille, a constaté que la CPAM avait effectivement conduit un tel contrôle portant sur le premier semestre 2008, mais qu'elle entendait en extrapoler le résultat sur deux années pour fixer le montant du remboursement demandé à l'hôpital.

Au CHU de Lille, le contrôle de l'activité de rétrocession des médicaments a porté sur la totalité des patients « grands consommateurs » (31 patients représentant 182 factures pour 1 902 711 euros) et un échantillon aléatoire de 113 bénéficiaires (pour un montant de 322 142 euros). A l'issue du contrôle, la CPAM a constaté que les anomalies constatées par elle avaient entraîné des facturations indues à hauteur de 28 998 euros. Le CHU a accepté certaines rectifications tout en faisant valoir que certaines des anomalies relevées n'étaient pas de son fait.

La CPAM a alors proposé à l'établissement de rechercher une issue amiable aux résultats du contrôle tout en réclamant une somme de 255 613 euros, fixée en extrapolant les résultats du contrôle à l'ensemble de l'activité de rétrocession des médicaments pour une période de deux années.

Outre le fait que les dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, qui autorisent les contrôles par échantillonnage, n'étaient pas encore en vigueur lors de cette vérification, une extrapolation portant sur la totalité de l'activité pour une période de deux années à partir d'un échantillon choisi dans l'activité d'un seul semestre paraît contestable.

Il est souhaitable que les conditions d'application des dispositions entraînant le contrôle par échantillonnage fassent l'objet d'une évaluation pour éviter qu'elles ne conduisent à des dérives.

Les comptes de la **branche AT-MP** pour 2009 font l'objet d'une certification sous trois réserves, portant sur les prestations en nature, les incertitudes liées au refus de certification des comptes de la MSA et celle portant sur l'exhaustivité et l'exactitude des produits de cotisations d'accidents du travail et de maladies professionnelles liée aux modalités de communication aux Urssaf des taux des cotisations AT-MP.

• La branche famille et la Cnaf

Au cours des trois premiers exercices de mise en œuvre de la certification, la Cour des comptes avait estimé ne pas être en mesure de certifier les comptes de la branche famille et de la Cnaf, compte tenu du risque d'anomalies significatives dans les comptes du fait de désaccords sur des estimations comptables ou d'insuffisances dans les dispositifs de contrôle interne et les systèmes d'information.

Les comptes de la branche sont certifiés pour la première fois en 2009, la Cour faisant notamment valoir que **les progrès accomplis par la branche, notamment grâce au répertoire national des bénéficiaires et aux échanges de données informatisées avec la direction générale des finances publiques et d'autres autorités contribuent à sécuriser les processus de liquidation des prestations.**

La certification est néanmoins accompagnée de **sept réserves** portant sur :

- les incertitudes quant à l'assurance d'une maîtrise des risques inhérents à l'activité de la branche que ne dissipent pas les progrès du contrôle interne ;

- la complexité intrinsèque du dispositif de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF), non compensée par le contrôle interne et le système d'information propres à ce dispositif ;

- la persistance de risques d'erreurs dans le processus d'établissement des comptes combinés en 2009 ;

- le caractère insuffisamment étayé de la méthode de calcul des charges à payer et provisions pour rappels de prestations ;

- une incertitude sur le montant des provisions pour dépréciation de créances d'indus ;

- une incertitude sur le montant des provisions pour dépréciation des créances relatives aux prêts à caractère social aux allocataires ;

- une incertitude liée au refus de certification des comptes du régime agricole par les commissaires aux comptes, qui affecte la fiabilité des données reprises dans les comptes de la branche famille en matière de cotisations et des prestations familiales gérées par les caisses de MSA pour les salariés agricoles et pour le régime des exploitants agricoles.

II. DETTE SOCIALE : L'HEURE DE VÉRITÉ

A. LA CADES : UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC CHARGÉ DU REMBOURSEMENT DE LA DETTE SOCIALE, DONT LA DISPARITION DOIT INTERVENIR EN 2021

La caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) est un établissement public créé par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996. Sa mission est de financer et d'éteindre les dettes sociales qui lui sont transférées par la loi.

A l'origine, la Cades devait apurer la dette cumulée du régime général de la sécurité sociale à fin 1996, prendre en charge les déficits 1995 et 1996 de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs non salariés des professions non agricoles, la Canam, enfin verser une soulte à l'Etat au titre du remboursement de la dette contractée par l'Acoss et reprise par l'Etat dans la loi de finances pour 1994. **L'ordonnance de création de la caisse prévoyait l'extinction de celle-ci en 2009.**

Par la suite, plusieurs textes sont venus élargir les missions de la Cades et accroître le montant de la dette qui lui était confiée.

Il en est résulté que, en 1998, **la date d'extinction de la Cades a d'abord été repoussée à 2014.** Puis la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a fait disparaître toute échéance datée pour l'achèvement de la mission de la caisse, remplaçant cette mention par une formule prévoyant que la caisse restera en place « *jusqu'à l'extinction* » **de ses missions d'apurement de la dette sociale.**

Toutefois, l'article 20 de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale a apporté une limite à cet élargissement incessant des missions de la Cades associé à l'allongement progressif de sa durée d'existence.

La « sanctuarisation » de la date d'extinction de la Cades

L'article 20 de la loi organique du 2 août 2005 a inséré un article 4 *bis* dans l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au financement de la dette sociale ainsi rédigé :

« Sous réserve des dispositions législatives en vigueur à la date de la publication de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, tout nouveau transfert de dette à la caisse d'amortissement de la dette sociale est accompagné d'une augmentation des recettes de la caisse permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale.

« Pour l'application de l'alinéa précédent, la durée d'amortissement est appréciée au vu des éléments présentés par la caisse dans ses estimations publiques. »

Par sa décision n° 2005-519 DC du 29 juillet 2005, le Conseil constitutionnel a précisé que le nouvel article 4 *bis* de l'ordonnance de 1996 revêtait bien un caractère organique :

« Considérant que l'article 20 de la loi organique insère dans l'ordonnance du 24 janvier 1996 susvisée un article 4 bis en vertu duquel "tout nouveau transfert de dette de la caisse d'amortissement de la dette sociale est accompagné d'une augmentation des recettes de la caisse permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale" ;

« Considérant que cette disposition doit être combinée avec le b) du 2° du C du I du nouvel article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, qui prévoit que, dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, la loi de financement de la sécurité sociale "détermine l'objectif d'amortissement au titre de l'année à venir des organismes chargés de l'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base et elle prévoit, par catégorie, les recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes à leur profit" ; qu'elle trouve son fondement dans l'habilitation conférée à la loi organique par le vingtième alinéa de l'article 34 de la Constitution en vertu duquel "les lois de financement de la sécurité sociale déterminent les conditions générales de son équilibre financier... dans les conditions et sous les réserves prévues par une loi organique » ; qu'ainsi, l'article 20 est de caractère organique et non contraire à la Constitution ».

L'article 4 bis de l'ordonnance ne peut donc être modifié que par une loi organique.

1. Les ressources de la caisse

Un élément essentiel du bon fonctionnement de la Cades réside dans la robustesse de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), créée spécifiquement pour éteindre la dette sociale et qui constitue sa ressource essentielle.

La contribution pour le remboursement de la dette sociale

D'un point de vue juridique, la CRDS regroupe en réalité cinq contributions couvrant une pluralité d'assiettes, et correspondant à presque toutes les catégories de revenus : activité et remplacement, patrimoine, placement, jeux, ventes de métaux et objets précieux.

Son taux est de 0,5 % sur toutes ces assiettes.

Son assiette est plus large que celle de la contribution sociale généralisée (CSG) : elle s'applique en effet, à la différence de la CSG, sur les prestations familiales (hors allocation d'éducation de l'enfant handicapé, qui n'est assujettie à aucune des deux contributions), sur le RSA « chapeau », sur les aides personnalisées au logement et l'allocation de logement social, sur certains revenus d'activité et de remplacement d'origine étrangère perçus par des personnes fiscalement domiciliées en France mais ne relevant pas de la sécurité sociale française, et enfin sur les ventes de métaux précieux, bijoux, objets d'art, de collection et d'antiquité.

Au total, la valeur d'un point de CRDS représente environ 1,06 fois celle d'un point de CSG.

Assiette de la CRDS en 2009

(en milliards d'euros)

Revenus d'activité	788
Revenus de remplacement	252
dont secteur privé	168
<i>dont retraites (base et complémentaire), préretraite</i>	109
<i>dont allocations chômage</i>	7
<i>dont prestations familiales et allocations logement</i>	40
<i>dont IJ et invalidité</i>	13
dont secteur public	53
dont autres régimes (non-salariés, RS...)	31
Produits de placement	61
Revenus du patrimoine	50
Gains de jeux	4
Ventes d'objets précieux	1
Majorations et pénalités	2

Source : direction de la sécurité sociale

En 2010, le rendement attendu de la CRDS (net des frais d'assiette et de recouvrement) est de **5,9 milliards d'euros**.

Lors de la dernière reprise de dette intervenue fin 2008 et début 2009, la loi de financement de la sécurité sociale a complété les ressources de la caisse en lui affectant 0,2 point de CSG prélevé sur les recettes du FSV.

2. L'amortissement de la dette reprise

Fin 2009, la Cades avait amorti 42,8 milliards d'euros de dette sur les 134,6 repris depuis sa création. Pour la seule année 2009, l'amortissement a atteint 5,3 milliards, en forte progression par rapport aux années précédentes.

Au 31 décembre 2010, la dette amortie par la Cades depuis sa création attendrait 47,8 milliards. La dette restant à amortir à cette date s'élèverait alors à 86,8 milliards. Les intérêts d'emprunt servis par la caisse représenteraient 29,9 milliards depuis sa création.

Amortissement de la dette reprise par la Cades

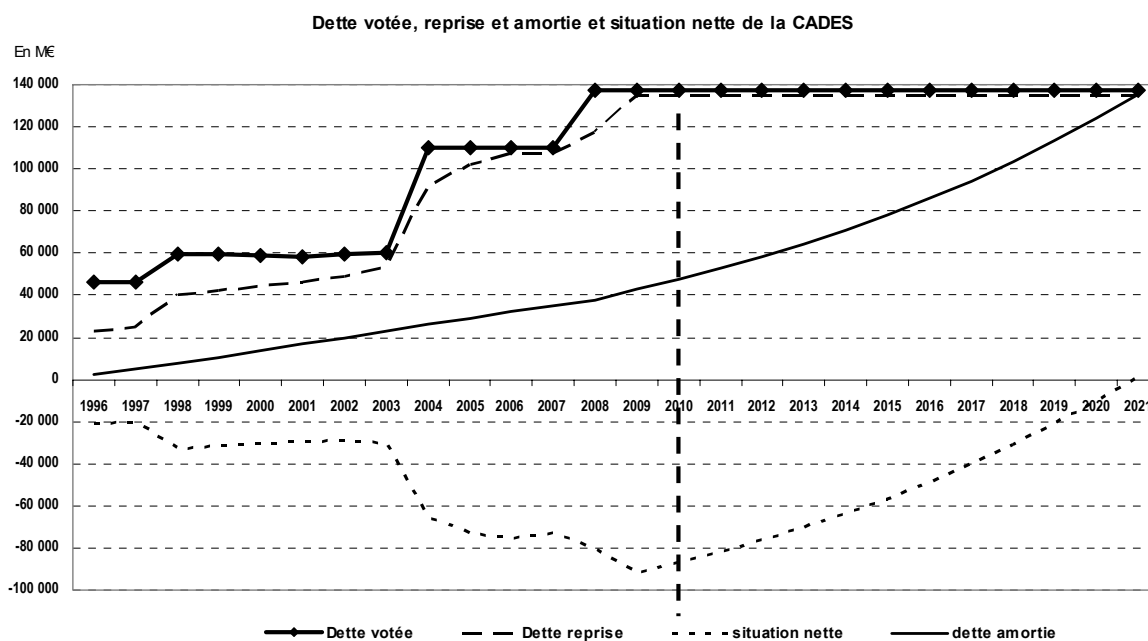
(en millions d'euros)

Année de reprise de la dette	Dette reprise cumulée	Estimation amortissement de l'année	Estimation amortissement cumulé	Situation nette (dette restant à rembourser au 31 décembre de l'année)
1996	23 249	2 184	2 184	21 065
1997	25 154	2 907	5 091	20 063
1998	40 323	2 444	7 535	32 788
1999	42 228	2 980	10 515	31 713
2000	44 134	3 226	13 741	30 393
2001	45 986	3 021	16 762	29 224
2002	48 986	3 227	19 989	28 997
2003	53 269	3 296	23 285	29 984
2004	92 366	3 345	26 630	65 736
2005	101 976	2 633	29 263	72 713
2006	107 676	2 815	32 078	75 598
2007	107 611	2 578	34 656	72 955
2008	117 611	2 885	37 541	80 070
2009	134 611	5 260	42 801	91 810
2010 (p)	134 611	4 997	47 798	86 813

Selon les informations fournies par Patrice Ract-Madoux, président du conseil d'administration de la Cades¹, la caisse devrait achever de rembourser l'ensemble des dettes reprises depuis sa création en 2021 : « *La caisse a une chance sur deux d'avoir achevé sa mission cette année là, mais*

¹ *Audition de Patrice Ract-Madoux, président du conseil d'administration de la Cades, du 29 juin 2010, p. 80.*

5 % de chances de l'avoir terminée en 2020 et 5 % de risques que ce soit après 2023. »



Remarque : la « situation nette » correspond la dette restant à amortir.

Source : Cades

B. VERS UNE NOUVELLE REPRISE DE DETTE DONT LES CONDITIONS RESTENT À PRÉCISER

A la fin de l'année 2010, les déficits cumulés du régime général pour les années 2009 et 2010 devraient avoisiner 55 milliards d'euros. A la fin de l'année 2011, en l'absence de reprise de dette, ce montant serait d'environ 87 milliards.

Une telle situation n'est pas tenable et, comme le préconisait déjà la commission des affaires sociales l'an dernier, une reprise de dette doit impérativement intervenir. La commission aurait préféré qu'une première étape soit franchie dès 2009 et avait formulé des propositions en ce sens. Ses recommandations n'ayant pas été suivies, l'opération de reprise de dette n'aura lieu qu'à la fin de cette année et devrait être la plus importante de toutes celles opérées depuis la création de la Cades. **Les conditions dans lesquelles elle sera réalisée seront déterminantes pour la crédibilité du processus de remboursement et d'extinction de la dette sociale en France.**

1. Les limites d'une gestion de la dette par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale

Face à la reconstitution, en 2009, d'un déficit considérable, le Gouvernement a fait le choix d'un relèvement du plafond des ressources non permanentes de l'Acos, obligeant celle-ci à assurer la gestion d'importants niveaux de découvert.

Au cours de l'année 2009, il a ainsi relevé par décret le plafond, avant de proposer, dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, de le fixer à **65 milliards d'euros**, niveau sans précédent depuis la création de l'agence.

Cette situation exceptionnelle a conduit l'Acos à envisager une diversification de ses sources de financement, constituées essentiellement par le passé d'avances de la Caisse des dépôts et consignations (CDC).

En fonction du niveau prévu de son point le plus bas de découvert, l'Acos a bâti un schéma de financement ainsi conçu pour l'année 2010 :

- recours à deux prêts (pour des montants respectifs de 10 et 5 milliards d'euros) et à des avances conventionnelles de la CDC, pour un montant ne pouvant excéder 31 milliards ;

- émission de billets de trésorerie sur le marché français pour un montant maximal de 15 milliards ;

- mobilisation des trésoreries sociales excédentaires, pour un montant pouvant atteindre 4 milliards ;

- émission d'Europapiers commerciaux, réalisés opérationnellement par l'agence France Trésor (AFT) pour le compte de l'Acos, pour un montant maximal de 12 milliards ;

- souscription par l'AFT de billets de trésorerie pour un montant maximal de 5 milliards.

Comme l'ont indiqué Pierre Burban, président du conseil d'administration, et Pierre Ricordeau, directeur, de l'Acos¹, le point le plus bas du découvert ne devrait finalement pas atteindre 65 milliards d'euros, mais se situer à environ 53 milliards, compte tenu d'une évolution de la masse salariale moins défavorable que celle initialement prévue dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010.

Dans ces conditions, l'Acos a revu son plan de financement. Comme l'a précisé Pierre Burban devant la commission, « *compte tenu des nouvelles prévisions de découvert, le financement devrait se répartir ainsi : avances de la Caisse des dépôts et consignations (25 milliards), émission de billets de*

¹ *Audition de Pierre Burban, président du conseil d'administration, et Pierre Ricordeau, directeur, de l'Acos, du 30 juin 2010, p. 93.*

trésorerie (12 milliards), trésoreries sociales excédentaires (2 milliards), Europapier commercial (11 milliards), agence France Trésor (3 milliards) ».

Au vu des déficits attendus en 2011, ce mode de financement atteint ses limites opérationnelles :

- **le recours à des ressources non permanentes ne permet pas d'amortir la dette**, qui est en permanence refinancée, ce qui la rend particulièrement vulnérable à une remontée des taux d'intérêt. D'ores et déjà, alors que les taux d'intérêt à court terme sont historiquement bas, **les charges financières de l'Acoss devraient atteindre 300 millions d'euros en 2010 sans qu'un seul euro de dette ne soit pour autant remboursé** ;

- par ailleurs, **les capacités des marchés de court terme ne sont pas illimitées**. D'ores et déjà, les titres émis par l'Acoss représentent 25 % du marché des billets de trésorerie ;

- enfin, un accroissement continu du niveau du découvert de l'Acoss enverrait un **signal négatif aux marchés**, qui pourrait provoquer une dégradation des conditions de financement de l'agence.

Sur le plan des principes, la situation actuelle est contestable, dès lors que **le plafond des ressources non permanentes de l'Acoss est destiné à couvrir un besoin de trésorerie courant et non un déficit provenant du décalage entre les dépenses et les recettes de sécurité sociale**. La Cour des comptes, qui souligne avec constance le caractère anormal de cette utilisation du plafond de découvert de l'Acoss, s'est faite plus précise dans son dernier rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques.

Vers un plafonnement du plafond de découvert de l'Acoss ?

Dans le rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques, la Cour des comptes suggère de limiter le niveau du plafond des ressources non permanentes de l'Acoss :

« (...) pour éviter l'accumulation de déficits considérables à l'Acoss, dont la mission est seulement de couvrir les besoins de trésorerie du régime général, le plafond d'emprunt fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale ne devrait pas pouvoir dépasser 30 milliards d'euros. Une limite serait fixée par la loi de financement, qui ne pourrait pas être relevée en cours d'année, et à l'approche de laquelle il devrait être impérativement procédé soit à un transfert de dette à la Cades, soit à des mesures supplémentaires de réduction du déficit du régime général ».

Lors de son audition par la commission, Pierre Burban, président du conseil d'administration de l'Acoss, a fait part de ses réserves sur cette proposition :

« Assurément, l'Acoss gère de la trésorerie et n'a pas vocation à porter de la dette pérenne. Néanmoins, la fixation d'une limite à 30 milliards du plafond des ressources non permanentes pourrait présenter certains risques en termes de gestion opérationnelle et provoquer une crise en cas de dégradation de la conjoncture économique. La prohibition de toute évolution réglementaire du plafond fixé par la loi de financement de la sécurité sociale devrait être écartée pour les mêmes raisons. »

Il reste que la proposition de la Cour des comptes aurait pour mérite d'éviter la tentation d'un report des mesures à prendre, qui ne fait qu'aggraver la situation. Ainsi, si un premier transfert de dette sociale avait été réalisé fin 2009, compte tenu de l'impossibilité pour l'Acoss de dépasser un certain niveau de découvert, la reprise de dette à envisager en 2010 serait beaucoup plus limitée et l'effort à consentir pour y parvenir également plus supportable.

2. Vers une reprise de dette assortie d'un allongement de la durée de vie de la caisse d'amortissement de la dette sociale

Lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, la commission des affaires sociales avait souhaité qu'une partie des déficits accumulés en 2009 par le régime général et le FSV puisse être immédiatement reprise par la Cades. En commun avec la commission des finances, saisie pour avis du projet de loi de financement, **elle avait proposé de transférer 20 milliards de dette à la caisse d'amortissement et d'augmenter corrélativement de 0,15 point le taux de la CRDS.**

Le Gouvernement s'était alors opposé avec la plus grande fermeté à l'adoption de cette mesure et avait proposé la mise en place d'une commission de la dette sociale, composée de députés et de sénateurs, chargée d'envisager les différents moyens de prendre en charge la nouvelle dette sociale reconstituée depuis la dernière reprise de dette par la Cades intervenue fin 2008 et début 2009.

Cette commission de la dette sociale s'est réunie à trois reprises au cours du moins de juin dernier. Il en ressort qu'une reprise de dette par la Cades devrait intervenir, accompagnée d'un allongement de la durée de vie de la caisse.

Compte tenu des montants en jeu, il est essentiel que cette reprise de dette soit préparée dans des conditions garantissant que la crédibilité du processus de remboursement de la dette sociale demeurera aussi forte après la reprise qu'avant. Cet impératif exige des réponses claires à quelques questions simples.

a) Quel montant de reprise ?

Deux hypothèses sont envisageables pour la reprise de dette qui devra figurer au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 :

- il est concevable de s'en tenir à la reprise des déficits cumulés du régime général et du FSV pour les années 2009 et 2010. Selon les dernières prévisions publiées par la commission des comptes de la sécurité sociale, ces déficits pourraient s'élever à **54,6 milliards d'euros en fin d'année** ;

- il pourrait aussi être envisagé d'organiser immédiatement la reprise, en plus des précédents, du déficit pour 2011, soit dans l'état actuel des prévisions **28,2 milliards pour le régime général et 4 milliards pour le FSV.**

Dans cette dernière hypothèse, le montant total de la reprise atteindrait près de 87 milliards d'euros, soit une somme équivalente à la totalité de la dette restant aujourd'hui à rembourser par la Cades. Les sommes nécessaires à son financement devraient être prévues parallèlement.

b) Quel allongement ?

Compte tenu de la situation actuelle des finances sociales, du rôle qu'a eu la crise économique dans leur dégradation et, malheureusement, de l'absence de toute reprise de dette à la fin de l'année 2009, un allongement de la durée de vie de la Cades paraît désormais inévitable.

Selon les informations transmises par le Gouvernement, un projet de loi organique prévoyant **le report, pour quatre ans**, de l'échéance de la Cades serait prochainement présenté. Compte tenu de la rédaction actuelle de l'article 4 *bis* de l'ordonnance de 1996, qui ne fixe pas de date pour l'achèvement de la mission de la caisse, mais prévoit que tout transfert de dette à la Cades doit être accompagné d'un transfert de recettes permettant de ne pas allonger sa durée de vie, l'engagement sur une prorogation limitée à quatre ans devra être apprécié en comparant le montant des dettes reprises et les ressources affectées à la caisse pour les amortir et en effectuant un travail de simulation que la Cades est seule à même d'accomplir.

c) Quelles ressources ?

Sauf à prévoir l'allongement effectif de la durée de vie de la Cades, tout transfert de dette à la caisse implique l'affectation de recettes nouvelles lui permettant d'achever sa mission dans les délais aujourd'hui impartis. Ainsi, la reprise de chaque tranche de 10 milliards de dette à la fin de l'année 2010 suppose l'attribution de 0,085 point de CRDS ou d'une ressource équivalente :

- le transfert des déficits du régime général et du FSV **pour 2009 et 2010** impliquerait l'attribution à la caisse de 0,47 point de CRDS, ce qui porterait son taux de 0,5 % à 0,97 %, soit un supplément de ressources de 5,7 milliards d'euros pour la caisse ;

- le transfert des mêmes déficits mais **pour les années 2009 à 2011** impliquerait l'affectation à la Cades de 0,74 point de CRDS, le taux de celle-ci étant alors porté à 1,24 % pour une recette supplémentaire de 9,1 milliards.

La question de la nature des ressources accordées à la Cades pour assurer le remboursement de la dette sociale est cruciale pour sa crédibilité et celle du processus de remboursement de la dette sociale lui-même.

Jusqu'à présent, la ressource essentielle de la Cades est constituée de la CRDS, ressource particulièrement robuste, dont l'assiette est extrêmement large et le taux bas, ce qui permet de limiter l'impact d'une hausse pour les personnes les plus défavorisées.

Un doublement du taux actuel de CRDS entraînerait ainsi une perte mensuelle de revenu de 6 euros pour un salarié célibataire au Smic, de 14 euros pour un couple biactif dont les deux membres sont au Smic, de 10 euros pour un célibataire touchant 1,5 Smic et de 20 euros pour un couple biactif dont les deux membres sont à 1,5 Smic et ayant deux enfants.

Du point de vue de la Cades, l'augmentation d'une ressource qui lui est déjà affectée présente l'intérêt de ne pas entraver la lisibilité et la crédibilité de son financement.

Néanmoins, il est possible d'envisager l'attribution d'autres ressources à la Cades.

Dans le cadre de la présentation de la réforme des retraites, le Gouvernement a fait part de son intention d'affecter à la Cades **les ressources et les actifs du fonds de réserve des retraites.**

**Le fonds de réserve des retraites et le remboursement de la dette sociale
(Extrait du dossier de presse sur la réforme des retraites)**

*« Dans tous les pays où existent des fonds de réserve dédiés au financement des retraites, le principe est de constituer des réserves quand les régimes de retraite sont en excédent et de les utiliser en période de déficit. **Le cas français constitue donc une anomalie** : le FRR accumule des réserves alors que les régimes de retraite sont confrontés à des déficits importants depuis 2005 : 21,2 milliards d'euros de déficit cumulé pour la Cnav entre 2005 et 2009 et 9,3 milliards d'euros de déficit prévisionnel pour 2010.*

« La crise a encore accentué le caractère peu logique de cette situation en augmentant fortement le niveau des déficits. La réforme des retraites permettra de ramener progressivement le système à l'équilibre d'ici 2018. Dans cet intervalle, se pose la question du financement des déficits que vont continuer à accumuler les régimes de retraite.

*« **Le Gouvernement propose donc d'utiliser les ressources du fonds de réserve pour les retraites (FRR) pour financer l'intégralité des déficits du régime général et du FSV pendant la période de montée en charge de la réforme.** Les régimes de retraite ont connu une accélération de vingt ans de leurs déficits : il est donc logique de mobiliser plus tôt que prévu le FRR dont le calendrier de décaissement devait débiter en 2020.*

*« **Le FRR continuera à exister et à assurer sa mission de gérer ses actifs de la même façon qu'aujourd'hui.** La propriété des actifs du FRR qui s'élevaient fin 2009 à 33,3 milliards d'euros et sa recette constituée d'une partie du prélèvement social de 2 % sur les revenus du capital (1,4 milliard d'euros en 2009) seront transférées à la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades). Le FRR gèrera ses actifs pour le compte de la Cades. Grâce à ces ressources, la Cades pourra reprendre les déficits des régimes de retraite entre 2011, année de démarrage de la réforme, et 2018, année du retour à l'équilibre. Au total, sur la période 2011-2018, la mobilisation du FRR permettra d'apporter une solution à la dette accumulée des régimes de retraite.*

« Cette solution présente deux avantages essentiels. D'une part, elle allège la contrainte financière du régime général pendant la phase de montée en charge de la réforme. D'autre part, elle évite de faire peser sur le FRR une obligation de liquidation rapide de ses actifs. En effet, la Cades émettra des obligations pour lui permettre de reprendre chaque année les déficits vieillesse comme elle le fait pour chaque reprise de dette depuis sa création en 1996. Elle remboursera ces emprunts grâce à la recette pérenne du FRR qui lui sera affectée et aux transferts de ressources en provenance du FRR, transferts qui auront lieu au fur et à mesure de la cession des actifs du fonds.

« Le FRR est donc utilisé conformément à sa vocation initiale de financement des retraites. Il accompagne les autres mesures décidées dans le cadre de la réforme, en attendant qu'elle produise tous ses effets. En l'absence de cette mobilisation du FRR, il aurait été nécessaire d'augmenter les impôts pour pouvoir financer les déficits accumulés par la Cnav, ce qui aurait nui à l'emploi et au pouvoir d'achat. »

En attendant de connaître le dispositif exact envisagé pour l'utilisation du fonds de réserve des retraites, quelques remarques peuvent être formulées :

- les ressources et actifs du FRR ne peuvent être utilisés que pour le remboursement de la dette sociale liée aux déficits de la branche vieillesse et du FSV, ce qui laisse entière la question de la dette résultant des déficits des autres branches, et **singulièrement de la branche maladie** ;

- tous les actifs du FRR ne peuvent être transférés à la Cades, dans la mesure où une partie d'entre eux (3 milliards d'euros environ) correspond à la soultte liée à l'adossement du régime des industries électriques et gazières (IEG) au régime général et doit être conservée à ce titre ;

- enfin, d'après le dossier de presse de la réforme des retraites, les ressources et les actifs du FRR serviront à prendre en charge les déficits de la branche vieillesse et du FSV **entre 2011 et 2018** et ne participeront donc pas au financement de la reprise des déficits de 2009 et 2010.

D'autres ressources devront donc être envisagées pour permettre le remboursement de la dette sociale à l'horizon prévu.

Parmi les ressources qui pourraient être mobilisées en complément d'une hausse de CRDS ou alternativement à celle-ci figurent :

- l'augmentation des prélèvements sur les revenus du capital et les produits de placement ;

- la réduction de certaines niches fiscales et sociales.

A ce stade, et en l'absence de précision complémentaire, la commission des affaires sociales note que le choix des recettes affectées à la Cades devra être effectué en ayant à l'esprit que :

- si l'article 4 *bis* de l'ordonnance de 1996 n'interdit pas l'affectation à la Cades d'autres ressources que la CRDS, celles-ci doivent présenter des

garanties suffisantes de robustesse et de stabilité pour ne pas faire peser une incertitude forte sur la durée d'amortissement de la dette reprise ;

- **une trop grande diversification des ressources de la caisse présenterait d'importants inconvénients pour celle-ci, qui se prévaut auprès des investisseurs et des agences de notation de la simplicité de son financement et de la qualité de la ressource qui lui est exclusivement affectée**, assise sur la quasi-intégralité des revenus. L'affectation à la caisse d'une part de CSG par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a pu être gérée sans difficulté, compte tenu de la proximité des deux assiettes mais la multiplication des ressources affectées à la Cades compromettrait sa lisibilité auprès des investisseurs.

d) Quel calendrier ?

L'opération de reprise de dette sociale à venir présente une certaine complexité, dès lors que les éléments qui la déterminent pourraient figurer dans au moins trois projets de loi distincts :

- un allongement de la durée de vie de la Cades, quelles que soient les modalités de celui-ci, implique une modification de l'article 4 *bis* de l'ordonnance de 1996 issu de la loi organique de 2005 et, en conséquence, le dépôt d'un projet de loi organique ;

- le contenu définitif de la future loi portant réforme des retraites permettra seul de déterminer si le transfert des ressources et des actifs du FRR à la Cades est à même de permettre la prise en charge de l'ensemble des déficits de la branche vieillesse et du FSV pour la période 2011-2018 ;

- enfin, le montant de la reprise de dette, ainsi que la nature et le niveau des ressources qui l'accompagnent ont vocation à figurer dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, voire le projet de loi de finances pour 2011.

Dans ces conditions, la commission des affaires sociales estime indispensable de disposer de la totalité des informations et éléments chiffrés relatifs à cette reprise de dette à venir et aux recettes prévues dès la présentation du premier de ces textes qui sera soumis à son examen.

A défaut, le Sénat ne pourrait se prononcer de manière convenablement éclairée sur une opération dont les conditions de réalisation démontreront le degré de volonté des pouvoirs publics d'éteindre, dans des délais raisonnables, la dette sociale.

Comme l'a indiqué Patrice Ract-Madoux, président du conseil d'administration de la Cades¹, « *une fois que la loi de financement pour 2011 aura été votée, je souhaite, en tant que président du conseil d'administration de la Cades, pouvoir expliquer à l'extérieur - c'est-à-dire aux investisseurs et*

¹ *Audition de Patrice Ract-Madoux, président du conseil d'administration de la Cades, le 29 juin 2010, cf. p. 80.*

aux agences de notation, dont j'espère qu'elles continueront à nous attribuer un triple A - que la caisse présentera exactement la même fiabilité qu'actuellement. La caisse est un établissement public administratif français doublement protégé. Il est tout d'abord protégé, par son ordonnance de création, dont l'article 7 dispose que, en cas de ressources insuffisantes, le Gouvernement s'engage à demander au Parlement de lui attribuer des ressources supplémentaires. La caisse est aussi protégée par le Parlement - à travers son conseil de surveillance, dont sont membres plusieurs parlementaires - et grâce à la garantie apportée par la loi organique. Il faudra vérifier, quand le Gouvernement aura fait connaître le détail des mesures qu'il envisage, si, en ajoutant les ressources nouvelles transférées à la Cades et celles qui arriveraient du FRR, la caisse sera, début 2011, aussi solide qu'auparavant, même si elle reprend 50 ou 60 milliards de dettes ».

e) Et après ?

Le processus de reprise de dette en préparation ne règle pas le sort des nouvelles dettes qui ne manqueront pas d'apparaître après 2011 ; sauf si un effort sans précédent était accompli pour opérer un retour à l'équilibre des comptes du régime général en quelques années, les déficits risquent de demeurer à un niveau élevé, notamment pour la branche maladie.

Les pouvoirs publics devront alors envisager de nouvelles reprises de dette, à accompagner des ressources nécessaires pour ne pas accroître la durée de vie de la Cades. **Le législateur organique devra-t-il, une fois encore, faire reculer un horizon qui pourrait, à la fin de l'année 2010, s'être déjà éloigné de seize ans par rapport à celui initialement fixé ?**

III. RETRAITES : UNE RÉFORME ESSENTIELLE

L'examen du projet de loi portant réforme des retraites constituera un élément essentiel de la stratégie de rétablissement des comptes de la sécurité sociale. La mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) a consacré à cette question un important travail afin que le Sénat puisse aborder ce débat en étant pleinement informé¹.

A. LES PROPOSITIONS DE LA MECSS : RÉGLER L'URGENCE, REFONDER L'AVENIR

Le rapport de la Mecss constate que le système de retraite est gravement menacé par des déséquilibres et formule des propositions pour restaurer sa soutenabilité financière et penser une modernisation durable des retraites.

1. Le constat : un système de retraite gravement menacé par des déséquilibres

Le système de retraite français, dont l'organisation complexe est le produit de l'histoire, a permis d'assurer aux retraités un niveau de vie comparable à celui des actifs :

- au fil des générations, la pension moyenne des retraités s'est accrue plus vite que l'inflation ;

- le niveau de vie moyen des plus de soixante-cinq ans représente 95 % de celui de l'ensemble de la population, soit l'un des taux les plus élevés de l'OCDE ;

- en tenant compte des revenus du patrimoine, le niveau de vie moyen des retraités est quasi-équivalent à celui des actifs ;

- le taux de pauvreté des plus de soixante ans est désormais stabilisé à 10 %, soit un niveau inférieur à celui de l'ensemble de la population (13 %) et en net recul par rapport au taux de 30 % des années 1970.

Depuis vingt ans, les difficultés démographiques et financières des régimes de retraite ont fait l'objet de nombreux rapports et entraîné plusieurs réformes : réforme Balladur en 1993, réforme des régimes complémentaires Agirc-Arrco en 1994 et 1996, création du fonds de réserve des retraites en 1998 et du conseil d'orientation des retraites (Cor) en 2000, réforme Fillon en 2003, réforme des régimes spéciaux en 2007-2008.

¹ Rapport Mecss n° 461 (2009-2010) de Christiane Demontès et Dominique Leclerc, « Retraites 2010 : régler l'urgence, refonder l'avenir ».

Malgré ces réformes, le système se trouve dans **une situation de déséquilibre financier insoutenable** :

- pour des raisons structurelles tenant à l'évolution démographique : le rapport cotisants-retraités est passé de 4 en 1960 à 1,43 aujourd'hui pour le régime général ; l'espérance de vie s'est accrue de six ans depuis les années 1980 ;

- pour des raisons conjoncturelles liées à la crise économique : 5,6 points de masse salariale ont été perdus entre 2008 et 2009 ; **une reprise de la croissance à son niveau d'avant la crise ne comblera pas cette perte de recettes** ;

- les besoins de l'ensemble du système de retraite atteindront **30 milliards en 2010**, pour une masse totale de prestations de 270 milliards : 11 % des dépenses ne sont donc plus couverts par les recettes ;

- à moyen et long terme, les projections du Cor font apparaître un déficit prévisible d'environ 40 milliards dès 2015 et, selon les hypothèses retenues, de 72 à 115 milliards en 2050.

Plus grave encore, **la crédibilité du modèle de retraite est gravement entamée**. Le pacte intergénérationnel se fissure puisqu'une fraction de plus en plus réduite de la population prend en charge les besoins d'une fraction de plus en plus nombreuse. La méthode de réforme, avec son rendez-vous manqué en 2008 puis son rendez-vous de 2010 initialement non prévu, est elle-même anxiogène par manque de pédagogie et de transparence.

2. Les propositions de la Mecss : restaurer la soutenabilité du système et préparer l'avenir

a) Rétablir l'équilibre des comptes et lier politique de l'emploi et retraites

Considérant qu'un système par répartition ne peut durablement fonctionner à découvert, la Mecss s'est attachée à expertiser tous les leviers disponibles pour rétablir l'équilibre financier.

• Elle a ainsi estimé que la **hausse de l'âge effectif de départ en retraite** est un élément important du redressement financier des comptes. Deux moyens permettent de prolonger la durée d'activité :

- le premier est **l'allongement de la durée de cotisation nécessaire** pour obtenir une retraite à taux plein et, sur ce point, le principe de progressivité avec bilans d'étapes posé par la loi Fillon devrait continuer à s'appliquer sans accélération ni interruption, dès lors qu'il s'agit d'un des rares éléments lisibles du système. Sa mise en œuvre pourrait conduire à une durée de cotisation de **quarante et un ans et demi en 2020, quarante-deux ans un quart en 2030, quarante-trois ans et demi en 2050** ;

- le second est le **relèvement de l'âge légal de départ en retraite** qui pourrait être activé à deux conditions : d'une part, la mise en œuvre d'une politique d'emploi des seniors efficace, d'autre part, la prise en compte de la pénibilité de certains postes. Le dispositif de cessation anticipée d'activité pour carrières longues devra par ailleurs être maintenu afin de ne pas pénaliser ceux qui ont commencé à travailler le plus tôt.

• Par ailleurs, la **recherche de nouvelles recettes** doit évidemment être entreprise en explorant simultanément plusieurs pistes :

- le **niveau des cotisations** : ressource principale et traditionnelle des régimes de retraite, elles devaient bénéficier du **redéploiement des cotisations d'assurance chômage** à partir de 2009 qui aurait rapporté 6,5 milliards en 2012 ; la crise et la situation de l'emploi ont différé ce transfert mais **celui-ci devra impérativement être réalisé dès que le niveau du chômage le permettra**, ce qui pourrait être le cas au milieu des années 2010 selon le Cor. Il est en revanche difficile d'envisager une hausse des cotisations, dans le contexte actuel de reprise très lente de la croissance, car accroître le coût du travail compromettrait la compétitivité des entreprises ;

- **l'élargissement de l'assiette des cotisations**, aujourd'hui concentrée sur la partie salariale des revenus du travail, est une nécessité : **annualiser le calcul des exonérations de cotisations sociales** (gain : 2 milliards) ; évaluer rigoureusement l'efficacité de chaque dispositif d'exonération ciblée ; **élargir l'assiette du forfait social** qui n'affecte qu'une partie des « niches » ; **augmenter le taux du forfait** (gain : 1,2 milliard pour un relèvement de 4 % à 10 %) ; accroître la taxation spécifique applicable aux stock-options et actions gratuites ; revoir la taxation des indemnités de rupture et le régime des retraites chapeau ;

- la **mobilisation de ressources nouvelles** : examiner les avantages fiscaux et sociaux spécifiques aux retraités en étudiant la **possibilité d'aligner la CSG des retraités imposables (pour préserver les petites retraites) sur celle des actifs** (gain : 2 milliards) ; accroître les **prélèvements sociaux sur les revenus du capital** (gain du relèvement d'un point du taux global de ces prélèvements : 1,1 milliard) ; création d'une **contribution additionnelle à l'impôt sur les hauts revenus** ou sur les sociétés ;

- les pistes parfois évoquées de la cotisation sur la valeur ajoutée ou de la TVA sociale comportent certes des avantages mais surtout des inconvénients ; une hausse de la CSG qui viendrait compenser un transfert de cotisations d'assurance maladie vers les régimes de retraite pourrait se justifier à la condition d'une gestion encore plus rigoureuse des dépenses de santé.

• En ce qui concerne les autres leviers financiers, la Mecss s'est prononcée en faveur d'une **sanctuarisation du fonds de réserve des retraites** pour réserver son utilisation à partir de 2020. Elle a en outre souhaité que le FSV assure l'ensemble des avantages non contributifs du système de retraite et bénéficie pour ce faire de ressources pérennes.

• La mission a enfin observé que politique de l'emploi et retraites doivent être traitées conjointement :

- la **pénibilité du travail**, avec ses effets sur l'espérance de vie, relève d'abord de l'organisation du travail et de la responsabilité des entreprises, mais elle constitue un paramètre à prendre en compte dans le cadre des retraites, surtout vis-à-vis **des personnes qui ont déjà été exposées à des facteurs de pénibilité** ; au-delà, les pouvoirs publics ne pourront éviter une **réflexion globale sur le rapport au travail**, aujourd'hui dégradé, qui explique l'aspiration d'un grand nombre de salariés à partir tôt en retraite ;

- une politique très active doit être poursuivie en faveur de **l'emploi des seniors**, en mettant fin aux **préretraites déguisées**, en vérifiant que la **rupture conventionnelle**, qui connaît un grand succès, ne devient pas la nouvelle « trappe à seniors » et en encourageant une meilleure **gestion des ressources humaines en fin de vie active** (bilan de compétences, formation, aménagement des tâches et des horaires, cessation progressive d'activité) ;

- **faciliter l'insertion des jeunes sur le marché du travail** est une priorité, notamment par le développement des formations en alternance ; la possibilité de valider des droits au titre de la retraite sur les périodes de stage doit être mise à l'étude.

b) Penser une modernisation durable des retraites

Jusqu'à présent, le débat sur la mise en œuvre d'une véritable réforme structurelle du système de retraite a toujours été esquivé au motif qu'un tel changement ne permettrait pas d'endiguer les déficits. C'est une erreur à deux titres :

- attendre le retour à l'équilibre des comptes pour engager une réflexion sur une réforme plus profonde conduirait à **repousser l'échéance** de plusieurs décennies, voire à tout jamais ;

- le déficit n'est pas le seul mal dont souffrent les régimes de retraite, **complexes, opaques et inévitables**.

• **Moderniser** le système de retraite passe donc par :

- **l'harmonisation progressive** des paramètres et règles de calcul, notamment sur le salaire de référence pris en compte pour le calcul de la pension, les âges d'ouverture des droits, les taux de cotisations ;

- **des rapprochements entre les régimes** : si l'instauration d'un régime unique n'est pas l'objectif, la création d'une caisse unique pour l'ensemble des fonctionnaires mériterait d'être étudiée, de même que le concept de « maison commune des retraites » proposé par la CGT afin d'apporter plus de cohérence dans la gouvernance des différents régimes ;

- **le renforcement du droit à l'information des assurés** pour que chacun puisse connaître et calculer à tout moment ses droits.

• Pour remédier aux inéquités et à l'opacité du système, le rendez-vous 2010 doit permettre d'**engager la refondation du système** :

- **la montée sourde de tensions intergénérationnelles ne peut perdurer ;**

- préparer une réforme structurelle est un processus long qui doit s'étaler sur une vingtaine d'années et exige un très large débat national, sur le modèle du « Grenelle des retraites » préconisé par la CFDT.

La Meess a souhaité que puisse être engagé dès à présent ce débat national en posant le principe du passage progressif à un système par points dans les régimes de base, qui assurerait un lien plus clair entre cotisations et pensions, identifierait mieux les mécanismes de solidarité et serait un gage de clarté pour les jeunes générations, persuadées aujourd'hui qu'elles ne bénéficieront pas du système auquel elles cotisent.

B. LA RÉFORME PRÉSENTÉE PAR LE GOUVERNEMENT

Le 16 juin 2010, le Gouvernement a présenté la réforme des retraites qu'il entend soumettre à l'examen du Parlement à l'automne.

Les principales mesures de l'avant-projet de loi présenté par le ministre du travail sont les suivantes :

- afin d'accroître la durée d'activité, **l'âge légal de départ à la retraite serait porté de soixante à soixante-deux ans**. L'âge de départ augmenterait de quatre mois par an à partir du 1^{er} juillet 2011, de sorte que les assurés nés en 1956 pourraient partir en retraite à partir de soixante-deux ans, soit en 2018.

L'augmentation s'appliquerait aux salariés du privé comme du public. Les catégories actives de fonctionnaires, qui bénéficient d'un âge légal de départ inférieur à celui des autres actifs, verraient également leur âge de départ relevé. Pour les régimes spéciaux, réformés en 2008, le relèvement de l'âge de la retraite n'interviendrait qu'à compter de 2017 ;

- le dispositif « **carrières longues** », institué en 2003 et permettant aujourd'hui de partir avant l'âge légal de soixante ans, serait maintenu, de telle sorte que les salariés ayant commencé à travailler très tôt pourraient continuer à partir avant d'avoir atteint l'âge légal ;

- afin de prendre en compte l'exposition à des **facteurs de pénibilité**, les salariés affectés d'une incapacité égale ou supérieure à 20 % ayant donné lieu à l'attribution d'une rente pour maladie professionnelle (ou pour accident du travail) pourraient continuer à partir à l'âge de soixante ans en bénéficiant d'une retraite à taux plein.

Par ailleurs, les expositions aux risques professionnels seraient désormais obligatoirement enregistrées dans un **carnet de santé individuel au travail** ;

- pour encourager l'**emploi des seniors**, une aide à l'embauche d'un an pour les chômeurs de plus de cinquante-cinq ans serait mise en place, tandis que le tutorat serait développé ;

- les mesures d'âge seraient complétées par le **prélèvement de 3,7 milliards d'euros de recettes nouvelles** : relèvement de la tranche la plus élevée de l'impôt sur le revenu, accroissement de la taxation des stock-options et des retraites chapeau, augmentation des prélèvements forfaitaires sur les revenus du capital et du patrimoine ; suppression du crédit d'impôt sur les dividendes ; taxation à l'impôt sur le revenu des plus-values de cession d'actions et d'obligations quel que soit le montant des cessions réalisées ; annualisation du calcul des exonérations de cotisations sociales sur les bas salaires ;

- en vue de rapprocher les **règles applicables dans le public et dans le privé**, le taux de cotisation applicable aux fonctionnaires serait aligné en dix ans sur celui des salariés du privé ; en outre, le dispositif de départ anticipé sous condition d'âge pour les parents de trois enfants ayant quinze ans de service serait fermé à compter de 2012 ; enfin, le minimum garanti serait désormais soumis à la même condition d'activité que dans le secteur privé ;

- afin d'améliorer les **dispositifs de solidarité existants**, les jeunes en situation précaire bénéficieraient de trimestres validés supplémentaires lorsqu'ils sont au chômage non indemnisé ; l'indemnité journalière perçue pendant le congé de maternité entrerait désormais dans le salaire de référence sur lequel est calculée la pension de retraite ; pour faciliter l'octroi du minimum vieillesse aux agriculteurs, les terres agricoles et les corps de fermes ne feraient plus l'objet d'un recours sur succession ;

- pour améliorer l'information des assurés, un **point d'étape individuel retraites** serait mis en place à l'âge de quarante-cinq ans ;

- pour financer les déficits accumulés jusqu'au retour à l'équilibre de la branche vieillesse du régime général, **les ressources et les actifs du fonds de réserve des retraites (FRR) seraient transférés à la Cades** pour lui permettre d'amortir la dette résultant de ces déficits.

*

Comme pour l'opération de reprise de dette en cours de préparation, les mesures constituant la réforme des retraites figureront, selon leur nature, soit dans le projet de loi spécifiquement consacré à cette question, soit dans le projet de loi de finances, soit encore dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale.

La commission des affaires sociales sera particulièrement attentive à l'efficacité de la réforme pour résorber les déficits insupportables que connaît l'assurance vieillesse, mais aussi à son équité et à la prise en compte de la nécessité de préparer une modernisation plus profonde du système.

IV. L'ASSURANCE MALADIE : UN REDRESSEMENT NÉCESSAIRE

Les administrations de sécurité sociale ont contribué aux trois quarts de la hausse des dépenses publiques en 2009.

Leurs dépenses ont augmenté de 4,5 % en valeur, après 3,1 % en 2008. Parmi celles-ci, les dépenses relevant de l'Ondam ont progressé de 3,7 %, alors que l'objectif - déjà élevé - voté en loi de financement était de 3,3 %, et le besoin de financement de la branche maladie a dépassé 10 milliards d'euros, retrouvant ainsi les niveaux observés avant la réforme de l'assurance maladie de 2004.

Pour 2010, la loi de financement a fixé un Ondam en progression de 3 % par rapport à 2009 et prévu un déficit de la branche maladie supérieur à 13 milliards.

Or, dans les deux cas, on observe un dépassement significatif de l'objectif initial, ce qui pose la question du respect de la trajectoire votée.

Par ailleurs, la persistance de déficits élevés conduit à s'interroger sur la soutenabilité à moyen terme d'une telle situation qui a pour effet principal d'accroître rapidement la dette sociale.

A. POUR UN MEILLEUR PILOTAGE DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE

1. Des dépassements réguliers

Depuis la création de l'Ondam, celui-ci a chaque année été dépassé (à l'exception du premier, celui de 1997)

Ce constat s'est à nouveau vérifié au cours des deux dernières années.

Le dépassement important de l'Ondam en 2009, de **700 millions d'euros** par rapport à l'objectif initial, met en évidence le problème du suivi des dépenses, et singulièrement des dépenses hospitalières puisque les sous-objectifs relatifs aux établissements de santé ont été dépassés de 460 millions.

Les mesures d'économies prévues dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, à hauteur de 2,2 milliards n'ont donc pas été suffisantes pour respecter l'Ondam.

Dans son avis du 29 mai 2009, le comité d'alerte constate d'ailleurs que 500 à 600 millions d'économies intégrées dans la construction de l'Ondam ne seront pas réalisées.

L'Ondam pour 2010 a été fixé à 162,4 milliards d'euros, en augmentation de 3 % par rapport à l'objectif de 2009.

Dans son avis du 28 mai 2010, le comité d'alerte fait état d'**un dépassement de 600 millions pour 2010**.

Pour la première fois, le Gouvernement s'est engagé, le même jour, à prendre un certain nombre de mesures correctrices d'un montant équivalent. Ces mesures concernent les médicaments, les indemnités journalières et un gel des délégations de crédits hospitaliers et médico-sociaux.

Avis du comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie du 28 mai 2010

Se fondant sur les informations disponibles et sur les auditions qu'il a organisées, le comité d'alerte estime que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie fixé pour 2010 à 162,4 milliards d'euros pourrait être dépassé d'environ 600 millions d'euros en l'absence de mesures nouvelles. Le strict respect de l'objectif nécessiterait donc un montant d'économies de cet ordre de grandeur.

Les risques identifiés portent principalement sur la réalisation des économies intégrées dans la construction de l'Ondam pour 2010 et sur l'activité des établissements de santé.

Le dépassement prévisible restant en deçà du seuil de 0,75 % du montant de l'objectif (soit 1,2 milliard en 2010), il n'y a pas lieu de mettre en œuvre la procédure d'alerte définie par l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale.

Les membres du comité ont reçu ce vendredi 28 mai une lettre ministérielle (annexée à cet avis) les informant de mesures nouvelles. Si les mesures annoncées sont effectivement mises en œuvre avec le rendement indiqué, l'objectif pourrait être strictement respecté.

Lettre ministérielle annexée

Dans le cadre du suivi de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, nous avons présidé le 19 avril dernier un comité de suivi de l'Ondam au cours duquel ont été présentés, en l'état des données disponibles, l'exécution de l'Ondam 2009 et les premières prévisions d'exécution de l'Ondam 2010.

La prévision de dépassement de l'Ondam 2010 pourrait être de l'ordre de 600 millions d'euros.

Afin d'assurer le respect de l'Ondam voté par le Parlement, nous avons donc décidé un certain nombre de mesures correctrices dont le rendement 2010, estimé à 600 millions viendra compenser la prévision de dépassement.

Ainsi, nous avons décidé les mesures suivantes :

- un gel des provisions non engagées sur la liste en sus à l'hôpital, pour un montant de 135 millions ;

- un gel en partie rectificative du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 des crédits issus de la déchéance quadriennale du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (Fmespp), pour un montant de 105 millions ;

- des baisses de prix des médicaments supplémentaires, pour un rendement 2010 d'un montant de 100 millions ;

- une baisse du prix de l'anesthésie de la chirurgie de la cataracte, pour un rendement 2010 d'un montant de 10 millions.

Par ailleurs, s'agissant des indemnités journalières, nous avons pris l'engagement de mettre en œuvre la mesure de calcul des indemnités journalières prévue en annexe 9 du PLFSS 2010, pour un rendement 2010 de 70 millions.

Enfin, conformément au rapport de Raoul Briet, dont les conclusions ont été adoptées lors de la conférence sur le déficit du 20 mai dernier, un montant de 180 millions de crédits sera délégué ultérieurement en fonction de l'évolution de l'Ondam 2010, afin d'en garantir le respect.

Ces mesures correctrices, qui devraient permettre de compenser la prévision de dépassement de l'Ondam, doivent donc être prises en compte dans votre évaluation du respect de l'Ondam 2010.

Le Gouvernement affiche ainsi son intention de respecter strictement l'Ondam voté en loi de financement pour 2010, conformément à ce que préconise le rapport Briet.

2. Les préconisations du rapport Briet

Dans le cadre de la première conférence sur les déficits publics du 28 janvier 2010, un groupe de travail, présidé par Raoul Briet, s'est vu confier une double mission : d'une part, réfléchir à de nouveaux outils de suivi de la dépense permettant de disposer le plus tôt possible en cours d'année d'informations fiables sur les risques de dépassement de l'Ondam, d'autre part, proposer des mécanismes capables de corriger l'évolution de la dépense en cours d'année de façon efficace, lorsque celle-ci est plus dynamique que prévu.

Dans son rapport final, le groupe de travail a d'abord rappelé que si les dépassements de l'Ondam sont apparemment faibles, 0,7% en moyenne par an, **les masses financières en jeu sont considérables. La somme des dépassements constatés depuis 1997 a en effet atteint 19,4 milliards** en euros constants, soit, par exemple, un montant sensiblement supérieur au déficit prévu pour la branche maladie en 2010.

Or, en dépit d'améliorations des outils et procédures liés au vote et au suivi de l'Ondam, en particulier grâce à l'instauration d'un dispositif d'alerte et de mesures correctives par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, des faiblesses structurelles demeurent.

Le groupe de travail fait trois constats :

- la construction de l'Ondam n'est pas suffisamment transparente, notamment par manque d'informations sur le tendancier ;

- le suivi infra-annuel et la gestion du risque de dépassement sont insuffisants ; en particulier, le cadre institutionnel n'est pas assez formalisé et les données hospitalières sont disponibles trop tardivement ;

- la procédure d'alerte n'apparaît pas suffisamment dissuasive : si elle a permis de limiter les dépassements de l'Ondam, elle n'a pas permis d'en assurer le respect.

Les propositions formulées par le groupe de travail visent donc à corriger les faiblesses ainsi mises en évidence.

a) Sur la construction et le vote de l'Ondam

Trois propositions visent à accroître la crédibilité de l'Ondam vis-à-vis de l'ensemble des acteurs concernés.

La première consiste à organiser, via le comité d'alerte, **une expertise externe**, avant le vote de la loi de financement, **sur les hypothèses techniques** sous-tendant la construction de l'Ondam. Le comité ne serait tenu de formuler un avis que s'il relève une erreur manifeste entachant ces hypothèses.

La deuxième a pour objet d'**enrichir l'information du Parlement**. Elle consiste à renforcer, dans les documents annexés au projet de loi de financement, les informations détaillées sur l'exécution de l'Ondam de l'année en cours, ainsi que les hypothèses techniques retenues pour la construction de l'Ondam de l'année à venir (décomposition du tendancier et présentation détaillée des mesures correctrices et de leur impact).

La troisième vise à **renforcer le caractère pluriannuel de la régulation**. Le groupe de travail a proposé d'insérer davantage le vote de l'Ondam dans une perspective pluriannuelle : dans un premier temps, cette mesure pourrait consister en la mention, à titre informatif, mais précisément justifiée, des niveaux de l'Ondam n+2 et n+3 ; mais, à moyen terme, le débat doit être ouvert sur des formes plus contraignantes de pluriannualité.

b) Sur la rénovation de la gouvernance de l'Ondam

Quatre propositions poursuivent cet objectif.

En premier lieu, **un comité de pilotage** de l'Ondam serait chargé du pilotage intégré de l'ensemble des secteurs de l'Ondam. Le groupe de travail a préconisé de lui donner un fondement réglementaire.

En deuxième lieu, **le suivi statistique et comptable** de l'Ondam serait renforcé : une nouvelle structure aurait pour mission de préparer une note mensuelle de suivi statistique (données infra-annuelles) et comptable (données annuelles sur les réalisations en année n-1 de l'Ondam), qui indiquerait notamment l'écart potentiel à l'objectif de fin d'année. Le groupe de suivi statistique aurait également pour rôle de proposer des mesures de renforcement de la qualité et de la fréquence des remontées d'informations, dans le but notamment de disposer de prévisions d'exécution plus tôt dans l'année.

En troisième lieu, le groupe de travail a préconisé d'**augmenter la fréquence des avis obligatoires du comité d'alerte** en prévoyant un premier avis dès mi-avril. A cette date, lors de la parution des résultats de l'année n-1,

le comité se prononcerait sur les risques de dépassement éventuels lié à une éventuelle sous-estimation de l'Ondam réalisé n-1 dans la loi de financement. Le comité rendrait ensuite un avis sur le respect de l'Ondam avant le 1^{er} juin, comme actuellement, puis un autre pendant la phase de préparation du projet de loi de financement de l'année suivante, celui-ci devant être déposé avant le 15 octobre.

En quatrième et dernier lieu, le groupe de travail a suggéré d'**abaisser progressivement le seuil d'alerte à 0,5 %** de l'Ondam, soit dans les conditions actuelles environ 800 millions d'euros. Cette mesure a pour but d'inciter l'ensemble des acteurs à une gestion préventive et continue des risques de dépassement.

c) Sur les outils destinés à faire respecter l'Ondam

Trois propositions visent à doter cette gouvernance renouvelée d'outils complémentaires destinés à prévenir les dépassements et, dans les cas exceptionnels d'alerte, à assurer la mise en œuvre la plus rapide possible des mesures décidées.

Tout d'abord, il est proposé de **conditionner la mise en œuvre de tout ou partie des mesures nouvelles à leur compatibilité avec l'Ondam voté**, qu'il s'agisse des mesures nouvelles incluses dans la loi de financement ou décidées en cours d'année. La liste des mesures nouvelles faisant l'objet d'une mise en œuvre conditionnelle ferait l'objet d'une identification précise par le comité de pilotage de l'Ondam, en début d'année, et d'une information aux commissions parlementaires concernées. Le dégel de ces mesures interviendrait sur la base d'une décision du comité de pilotage de l'Ondam. Toute mesure nouvelle prise en cours d'année et ayant un impact financier sur l'Ondam devrait par ailleurs faire l'objet d'un examen de compatibilité avec le respect de l'Ondam voté.

Le groupe de travail a ensuite préconisé d'**instaurer des mécanismes systématiques de mise en réserve en début d'année** sur les dotations s'apparentant à des crédits budgétaires, les décisions de dégel, total ou partiel, ou d'annulation étant prises en cours d'année par le comité de pilotage. Sur la base du périmètre actuel de l'Ondam, l'assiette susceptible d'être soumise à régulation est d'environ 22 milliards d'euros, fortement concentrée sur les secteurs hospitalier et médico-social.

Enfin, le groupe de travail a jugé nécessaire de **prévoir des mécanismes de décision adaptés et des procédures de consultation simplifiées** afin d'assurer la mise en œuvre effective et rapide des mesures correctrices. Des travaux complémentaires de nature juridique doivent être engagés pour identifier précisément les adaptations et simplifications pouvant être apportées aux dispositifs actuels.

Lors de la deuxième session de la conférence sur le déficit, le Président de la République a annoncé que toutes les mesures d'économies

nécessaires, suggérées par ce rapport, seront mises en place pour respecter l'Ondam de manière systématique, y compris en 2010.

**Communiqué de la Présidence de la République sur les conclusions
de la deuxième conférence sur le déficit - 20 mai 2010**

Le rapport du groupe de travail présidé par Raoul Briet fournit une panoplie d'outils pour respecter l'objectif de dépenses d'assurance maladie (Ondam).

Les conclusions du rapport Briet sont validées. En particulier :

- le rôle du comité d'alerte, aujourd'hui chargé de signaler a posteriori les risques de dépassement, est étendu. Il se prononcera désormais ex ante sur la construction de l'Ondam. Il assurera en outre un rôle de veille en continue et remettra dès le 15 avril aux ministres un premier avis sur l'exécution de l'Ondam de l'année précédente ;

- le seuil de l'alerte, fixé aujourd'hui à 0,75 %, sera progressivement abaissé à 0,5 % d'ici 2012-2013 ;

- la bonne exécution de l'Ondam sera renforcée par l'institution d'un comité de pilotage réunissant l'ensemble des directeurs concernés. Ce comité sera régulièrement co-présidé par les ministres chargés de la Santé et des Comptes.

Les commissions des affaires sociales des deux Assemblées seront informées de ses travaux après chaque réunion co-présidée par les ministres.

La qualité du suivi statistique et comptable de l'Ondam sera renforcée afin de donner au comité de pilotage la possibilité de réagir dans les meilleurs délais face au risque de dépassement ;

- la mise en œuvre de tout ou partie des mesures nouvelles votées dans l'Ondam sera conditionnée au respect de cet objectif et une fraction des dotations sera mise en réserve, d'une manière qui répartisse équitablement l'effort entre les différents secteurs du système de santé.

Le taux d'augmentation de l'Ondam continuera en outre d'être progressivement abaissé pour passer de 3 % en 2010 à 2,9 % en 2011 et 2,8 % en 2012. Pour dégager des économies tout en maintenant une qualité de soins élevée, plusieurs leviers nouveaux devront être mobilisés, en particulier les agences régionales de santé, créées en avril 2010, qui vont permettre d'améliorer le lien entre ville, hôpital et médico-social. Les 150 projets de performance des hôpitaux participeront également à l'atteinte de ces objectifs dans le secteur hospitalier.

Le Président de la République a indiqué qu'au-delà des recommandations du rapport Briet, toutes les mesures d'économies nécessaires seront mises en place pour respecter l'Ondam de manière systématique à compter de 2010.

Votre rapporteur général, qui était membre du groupe de travail Briet, a fait valoir un certain nombre de remarques sur plusieurs constats ou conclusions du rapport. Le résumé de ses observations figure dans l'encadré ci-après.

1. La plupart des propositions contenues dans le rapport correspondent à des remarques déjà exprimées à plusieurs reprises par le rapporteur général et la commission des affaires sociales du Sénat. La Cour des comptes a aussi émis des observations allant dans le même sens dans ses derniers rapports. Par exemple, sur la construction de l'Ondam, il est évident que l'annexe du PLFSS est très insuffisante et qu'elle ne permet pas aux parlementaires de comprendre ni surtout d'évaluer l'objectif présenté. Il serait donc nécessaire de pouvoir disposer dans cette annexe aussi bien d'éléments précis sur l'exécution de l'Ondam en cours que d'hypothèses étayées pour l'Ondam de l'année suivante, en présentant à chaque fois les différents éléments sous-objectif par sous-objectif.

2. L'idée d'une perspective pluri-annuelle est également positive. Cela étant, une telle disposition est déjà prévue par la loi organique dans le cadre de l'annexe B. Or, jusqu'à présent, le rapport contenu dans cette annexe n'a jamais présenté d'éléments d'explication sur l'Ondam inscrit dans le tableau des hypothèses retenues. Il est impératif que cette annexe soit plus développée, pour l'Ondam comme pour les autres secteurs de dépenses, et qu'elle dessine de vraies perspectives, plutôt que de présenter une simple évolution des trajectoires qui s'avèrent toujours rapidement dépassées ou inexactes. La crédibilité des décisions des différents acteurs politiques est en jeu.

3. Le suivi infra-annuel de l'Ondam est une nécessité. Mais là encore, il ne pourra être effectif que si des progrès considérables sont établis, notamment pour le suivi des dépenses hospitalières. Il s'agit d'une priorité absolue pour la commission des affaires sociales qui, depuis des années, dénonce le pilotage très insuffisant des dépenses de l'hôpital. Les systèmes d'information devraient pourtant avoir progressé et permettre des rapprochements et un meilleur suivi. A titre d'exemple, trop de flou entoure encore les crédits des Migac. Il serait bon que le rapport insiste particulièrement sur l'impérieuse nécessité d'une meilleure connaissance des dépenses de l'hôpital.

4. La baisse du seuil d'alerte à 0,5 % de l'Ondam a déjà été réclamée à plusieurs reprises par les parlementaires. Elle ne doit pas occulter le fait que l'objectif principal doit d'abord être celui du respect de l'Ondam tel que voté en loi de financement.

5. Sur les dépenses mises en réserve, il est important que le Parlement soit averti, dès le vote de la loi de financement, de leur nature et de leur montant et qu'au fur et à mesure des décisions prises sur ces dépenses (dégel, annulations, etc.), il soit tenu au courant. D'une façon générale, le Parlement, ou au moins les deux commissions des affaires sociales, devront pouvoir suivre de façon étroite les décisions du comité de pilotage de l'Ondam.

B. POUR UNE VRAIE MAÎTRISE DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE

1. Un diagnostic clair sur l'urgence de la réforme

Le rapport de diagnostic sur la situation des finances publiques réalisé par Paul Champsaur et Jean-Philippe Cotis, remis à l'occasion de la deuxième conférence sur le déficit public du 20 mai 2010, conclut à la nécessité d'un ajustement important des finances publiques. Il constate en particulier que la

trajectoire de progression des dépenses sociales est devenue insoutenable. Il souligne que, s'agissant de ces dépenses, les recettes nouvelles n'ont pas suffi à compenser leur forte hausse.

Sur la base notamment de ce rapport, la conférence a adopté **un plan d'action pour rétablir l'équilibre des finances publiques sur la période 2011-2013**.

Compte tenu du niveau déjà élevé des prélèvements obligatoires, il propose que l'action soit concentrée sur la maîtrise des dépenses. Cette maîtrise doit s'inscrire dans la durée et s'appuyer sur de vraies réformes : « *La maîtrise de la dépense constitue plus que jamais la pierre angulaire de la stratégie du Gouvernement* »¹.

La Cour des comptes, de son côté, au fil de ses derniers rapports, ne dit pas autre chose.

Elle est en particulier sévère sur la maîtrise des dépenses sociales. Dans la conclusion de son analyse sur la situation en 2009, elle indique en effet : « *le déficit du régime général a augmenté de 10 milliards sous l'effet de la récession sur ses recettes, mais aussi parce qu'il n'y a eu aucune inflexion des dépenses, notamment de celles de l'assurance maladie* »². Elle aboutit à la même analyse pour 2010 : « *le déficit du régime général atteindrait 27 milliards, dont environ la moitié pour la branche maladie, faute de mesures significatives de redressement* ».

S'agissant des perspectives liées au programme de stabilité 2010-2013, la Cour indique encore : « *l'amélioration de la situation des finances publiques de 2010 à 2013 ne concernerait cependant quasiment pas le régime général de sécurité sociale. Avec les hypothèses du programme de stabilité et un Ondam de 2,85 % par an sur ces trois années, son déficit serait encore d'environ 27 milliards en 2011* ». Elle déplore surtout qu'« *aucun projet suffisant pour infléchir les dépenses de santé de manière cohérente avec le programme de stabilité n'existe à ce jour* ».

La Cour insiste sur l'effort d'économie qu'un Ondam à 2,9 % en 2011 puis à 2,8 % en 2012 et 2013 suppose. En effet, selon elle, avant toute mesure d'économie, la croissance spontanée des dépenses d'assurance maladie est plus proche de 4,5 % par an et les remboursements de soins relatifs aux affections de longue durée y contribuent pour une grande part.

En tenant compte des hypothèses de recettes du programme de stabilité, elle évalue que si la croissance des dépenses d'assurance maladie était de 4,5 % par an sur la période 2010-2013, le déficit de l'assurance maladie serait proche de 20 milliards en 2013 et d'encore 15 milliards si cette croissance était de 3,5 %, soit le taux de progression atteint au cours des dernières années, alors même que de nombreuses mesures ont été mises en

¹ Rapport préparatoire au débat d'orientation des finances publiques, juillet 2010, p. 11.

² Pour cette citation et les suivantes : Rapport de la Cour des comptes sur la situation et les perspectives des finances publiques, juin 2010, pp. 47, 62, 77, 79, 84.

œuvre. Elle ajoute que « *le maintien d'un déficit d'environ 15 milliards financé par l'emprunt se traduirait rapidement par un endettement considérable* ».

Quoi qu'il en soit, en 2011, le déficit prévisionnel du régime général serait quasiment inchangé par rapport à 2010, de l'ordre de 28 milliards d'euros, dont la moitié serait imputable à la branche maladie. Or, comme le souligne la Cour, « *aucun programme de redressement n'est aujourd'hui prévu pour 2011* » ; pourtant, plus le rééquilibrage des comptes est différé, plus il sera difficile.

2. Les pistes répertoriées par la Cour des comptes

La Cour énumère un certain nombre de pistes pour effectuer le redressement qu'elle appelle de ses vœux. Elle considère que l'objectif doit être un retour à l'équilibre du régime général en 2013 car un horizon plus éloigné aurait l'inconvénient de laisser s'accumuler les déficits, et donc la dette sociale avec une charge d'intérêt croissante.

Au nombre des **mesures à effet rapide** proposées par la Cour figurent :

- le prix des médicaments : les prix des médicaments vendus en officine pourraient être baissés et la prescription des médicaments en utilisant le nom de la molécule, au lieu du nom commercial, pourrait être rendue obligatoire pour favoriser la vente de génériques, comme c'est déjà le cas dans les appels d'offres des hôpitaux. En Allemagne, une économie de 2 milliards par an sur le prix des médicaments vient d'être décidée ;

- la baisse de certains tarifs : des marges d'économies existent sur les dépenses de radiologie et de biologie ainsi que sur les transports sanitaires ;

- la réduction du volume des prescriptions : une accélération de la mise au point des référentiels de bon usage par la Haute Autorité de santé et leur contrôle sont nécessaires pour réduire le volume des prescriptions ;

- la révision des critères d'entrée en affection de longue durée : l'effort pourrait aussi combiner une plus forte sélectivité des admissions au régime des ALD ;

- une hausse des tickets modérateurs ;

- un déremboursement de certains médicaments ;

- la non-revalorisation de la consultation au-delà de ce qui a été décidé.

Les montants laissés à la charge des assurés sociaux devront toutefois rester compatibles avec leurs ressources, pour ne pas remettre en cause l'accès aux soins des plus démunis, ce qui suppose de mieux connaître ces montants et de mettre en place des dispositifs adéquats pour les limiter.

Sur **les réformes structurelles à plus long terme**, la Cour rappelle la nécessité de remédier :

- aux défauts d'organisation de la médecine de ville, à l'inadaptation du parcours de soins à une médecine atomisée ;

- au trop fort accroissement du champ d'intervention des conventions négociées entre l'assurance maladie et les syndicats de praticiens depuis la réforme de 2004. Tout ce qui concerne directement (nomenclature d'actes, tarifs) ou indirectement (prise en charge des cotisations) les revenus des médecins et l'organisation des soins sur le territoire (incitations à l'installation en zone de faible densité et permanence des soins) est désormais l'objet de négociations à forte incidence financière : il en résulte que tout effort demandé, même s'il n'est que l'application d'obligations déontologiques, a pour contrepartie un complément de rémunération ;

- l'organisation des soins infirmiers, notamment la répartition des soins techniques et de nursing entre les divers intervenants ;

- l'insuffisante détermination dans la conduite des politiques hospitalières, qu'il s'agisse des restructurations ou de la politique d'investissement. Les gains pouvant être tirés d'une meilleure organisation interne aux établissements, dans les différents services ou pôles, sont importants. Les efforts déployés par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) devront donc être amplifiés par les agences régionales de santé (ARS), qu'il s'agisse de l'optimisation de l'offre, de la responsabilisation des gestionnaires, de l'organisation des établissements ou du pilotage des investissements. Les ARS devront être particulièrement attentives à la mise en œuvre des nouveaux outils prévus par la loi de 2009, notamment les possibilités offertes aux établissements de développer leur coopération

3. Des propositions gouvernementales timides

Tout en affirmant le principe d'une nécessaire maîtrise des dépenses sociales, le rapport préparatoire au débat d'orientation sur les finances publiques, présenté par le Gouvernement, se contente de mentionner comme élément de maîtrise des dépenses pour l'assurance maladie, d'une part, la poursuite des efforts engagés dans le cadre de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST), d'autre part, la fixation d'un objectif de progression de l'Ondam de 2,9 % en 2011 et 2,8 % en 2012.

Il souligne **la nécessité d'engager des réformes structurelles** pour permettre une progression de l'Ondam inférieure à 3 % au cours des trois prochaines années, en précisant que cette trajectoire est à la fois « *exigeante mais réaliste* ».

Il indique notamment qu'au-delà de la poursuite de la maîtrise médicalisée des dépenses, de la baisse du prix des médicaments ou encore des

contrôles et de la lutte contre la fraude, le respect de l'Ondam requiert un **renforcement de l'efficience du système de soins.**

Pour le Gouvernement, la poursuite de cet objectif passe par :

« Une meilleure synergie entre l'hôpital, l'ambulatoire et le secteur médico-social. La création des agences régionales de santé doit permettre de décloisonner l'offre de soins afin d'optimiser l'utilisation des ressources. Les gains d'efficience seront notamment à rechercher dans le développement de la chirurgie ambulatoire ou encore dans la promotion d'organisations de soins au plus proche de la vie et du domicile des patients dans des champs comme la dialyse ou la chimiothérapie.

« Le respect de la trajectoire implique, en outre, d'améliorer l'efficacité de la dépense et de placer l'exigence de performance au cœur du pilotage du système de soins. Ainsi, dans le secteur hospitalier, 150 contrats de performance seront conclus pour une durée de trois ans avec les établissements afin de renforcer la qualité du service aux patients, les conditions de travail des personnels ainsi que les résultats médico-économiques de leurs activités. Un suivi précis de ces contrats sera réalisé sur la base d'indicateurs quantifiés.

« En ce qui concerne les soins de ville, les efforts porteront notamment sur la modernisation et la diversification des modes d'exercice des professionnels. A l'horizon de 2012, l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération des médecins sera généralisée à l'ensemble des régions. Cela devrait favoriser la mise en place de 250 maisons de santé pluridisciplinaires qui visent à développer le regroupement et, par voie de conséquence, la concertation entre les professionnels de santé libéraux.

« Afin de favoriser les bonnes pratiques et la qualité de la prise en charge, des actions seront aussi conduites pour promouvoir la diffusion et l'extension du contrat d'amélioration des pratiques individuelles (Capi), sous réserve de résultats de l'évaluation médico-économique du dispositif, ou encore développer les référentiels sur la base des recommandations de la Haute Autorité de santé. De même, en matière de prescription, le recours par les praticiens à des logiciels d'aide à la prescription devra être développé.

« Dans le champ médico-social, les priorités demeurent le plan Alzheimer, la médicalisation des places en établissements d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes (Ehpad), ainsi que les structures d'accueil des personnes handicapées. En 2010, l'effort que la Nation a consenti pour les personnes âgées est important avec une progression de plus de 10 % votée en loi de financement. Cette évolution permet de poursuivre les plans de création de places ainsi que la médicalisation du secteur.

« Il convient d'optimiser la dépense en améliorant la gouvernance du secteur et en favorisant l'efficience dans les modes de gestion des établissements et services. Dans le prolongement du rapport d'inspections (Igas/IGF) sur la consommation des crédits soumis à l'objectif global de

dépense (OGD), un dispositif de pilotage et de suivi de l'allocation des ressources et de l'exécution de la dépense sera mis en place en 2010. Par ailleurs, le Gouvernement va promouvoir une politique de gestion du risque destinée à garantir la qualité et l'efficacité de la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées¹. »

4. La nécessité d'une action vigoureuse

Votre rapporteur général regrette **le caractère à la fois extrêmement flou et insuffisamment ambitieux des orientations présentées par le Gouvernement.**

Il conviendrait de fixer des objectifs chiffrés et précis pour chacune des mesures énoncées. Par exemple, **pour les soins de ville**, un nombre cible de signatures de Capi devrait être déterminé pour chaque année, les nouveaux modes de rémunération envisagés devraient être décrits et des objectifs quantifiés d'expérimentation définis, le nombre et la nature des nouveaux référentiels basés sur des recommandations de la HAS devraient être annoncés, etc.

Pour l'hôpital, des objectifs très précis devraient être fixés par exemple pour **le développement de la chirurgie ambulatoire** et toutes les mesures permettant de respecter l'objectif, notamment réglementaires et tarifaires, devraient être rapidement mises en œuvre. Plusieurs rapports récents, et dernièrement encore celui de la commission des comptes de la sécurité sociale du mois de juin, ont en effet mis en exergue le retard de la France en cette matière et le fort potentiel de développement de cette pratique dans notre pays.

Sur le plan de la gestion des hôpitaux, il est maintenant impératif de fixer une date obligatoire sous peine de sanction pour **la mise en œuvre dans chaque établissement d'une comptabilité analytique** qui en soit véritablement une. Le temps des circulaires et des incantations est désormais dépassé.

Dans un autre ordre d'idées, **la prise en charge des pathologies cardio-vasculaires** qui représente la première source de dépenses pour l'assurance maladie (35 milliards d'euros en 2008) et l'un des éléments les plus dynamiques de la dépense mériterait d'être entièrement revue : quel partage entre les ALD et les non ALD, quelles recommandations et aides à la prescription, quels référentiels, etc. ?

Bien d'autres exemples pourraient être cités.

En effet, la connaissance s'est beaucoup accrue au cours des dernières années sur les différents éléments de la dépense. Les écarts entre professionnels et établissements sont importants. Il est possible de les

¹ Rapport précité p. 50.

corriger de manière à améliorer l'efficacité du système et sa qualité aussi. Bien souvent d'ailleurs, on constate que les établissements les plus performants en termes de gestion sont aussi ceux où la qualité est la meilleure. Il est donc essentiel de créer cette dynamique en mettant un terme à la trop grande inertie observée au cours des dernières années.

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle votre rapporteur général milite en faveur d'**une convergence active** vers les éléments les plus performants.

Il souhaite donc que le projet de loi de financement pour 2011 contienne des mesures allant en ce sens. Le contexte économique et financier rend plus que jamais indispensable de s'engager dans cette voie.

L'hôpital est une priorité car il représente une large part des dépenses d'assurance maladie mais également du fait du risque financier qu'il porte, avec un endettement cumulé en rapide accroissement depuis quelques années.

Le besoin de financement des hôpitaux

Le déficit des hôpitaux s'élève à plus de 1 milliard d'euros chaque année depuis 2005. En 2009, il a légèrement diminué par rapport à 2008, avec 1,6 milliard d'euros au lieu de 1,7 milliard. Néanmoins, la dette des hôpitaux augmente régulièrement et atteignait 21,7 milliards à la fin de l'année 2009.

*

* *

Réunie le mardi 6 juillet 2010, la commission des affaires sociales a approuvé les observations et conclusions de son rapporteur général et autorisé la publication du présent rapport d'information.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I. AUDITIONS

**Audition de Didier MIGAUD,
Premier président de la Cour des comptes,
Christian BABUSIAUX, président de la première chambre,
et Rolande RUELLAN, présidente de la sixième chambre
(mercredi 23 juin 2010)**

Réunie le mercredi 23 juin 2010 sous la présidence conjointe de Jean Arthuis, président de la commission des finances, et de Muguette Dini, présidente de la commission des affaires sociales, la commission procède à l'audition de Didier Migaud, Premier président de la Cour des comptes, préalable au débat d'orientation des finances publiques pour 2011.

Jean Arthuis, président. - L'audition du Premier président de la Cour des comptes constitue un moment essentiel pour préparer l'examen du projet de loi de règlement des comptes et le débat d'orientation budgétaire, qui auront lieu cette année au Sénat le 8 juillet, respectivement le matin et l'après-midi, conformément au « chaînage vertueux » retenu par les pères de la loi organique relative aux lois de finances.

Didier Migaud, Premier président de la Cour des comptes. - Je suis honoré de cette audition commune consacrée à la présentation du rapport 2010 sur la situation et les perspectives des finances publiques établi par la Cour des comptes pour laquelle je suis accompagné de Christian Babusiaux et Rolande Ruellan, présidents de chambre, ainsi que d'autres collègues. Ce rapport, établi conformément à l'article 58-3° de la LOLF, complète le rapport sur les résultats et l'exécution du budget de l'Etat et l'acte de certification de ses comptes, que j'ai présentés à la commission des finances le 26 mai dernier, ainsi que l'acte de certification des comptes du régime général de sécurité sociale, qui a été rendu public hier et que j'exposerai à la commission des affaires sociales le 6 juillet prochain.

Pour en résumer les conclusions, la dégradation très sérieuse de nos finances publiques en 2009 et au début de 2010 n'est pas encore irréversible si la France s'attelle dès maintenant à une action de redressement forte, crédible et durable. Si le mal qui atteint nos finances publiques est chronique,

ce dont témoignent les précédents rapports de la Cour, la maladie a franchi un nouveau stade. Il y a urgence à la traiter, sauf à hypothéquer notre indépendance et notre souveraineté.

Avant de décrire les perspectives, arrêtons-nous quelques instants sur les exercices 2009 et 2010.

En 2009, notre déficit et notre endettement publics ont atteint un niveau sans précédent depuis l'après-guerre. Le déficit public s'est élevé à 7,5 % du Pib, en raison d'un accroissement des dépenses publiques de 3,7 % en volume et d'une baisse du produit des prélèvements obligatoires de plus de 5 % par rapport à 2008. Si l'on exclut les mesures liées à la crise - soit le plan de relance de 7 milliards, le remboursement anticipé de TVA aux collectivités pour un coût de moins de 1 milliard et un accroissement de 4 milliards des allocations chômage -, le rythme d'augmentation des dépenses publiques est de 2,4 %, un chiffre bien supérieur à celui de 1 % prévu dans la loi de programmation. En outre, les charges d'intérêt payées au titre de la dette ont fortement diminué du fait de la baisse des taux. Autrement dit, ce sont les dépenses courantes, hors intérêts de la dette, hors investissement, et hors mesures de relance et d'assurance chômage, qui ont progressé de 3,7 % en volume. L'année 2009 a donc été marquée par un « phénomène de décompensation », un relâchement des efforts de maîtrise des dépenses publiques dans tous les secteurs, dont s'était inquiété Philippe Séguin devant vous l'an dernier. Quant à la baisse des recettes, majoritairement attribuable à la récession et, dans une moindre mesure, au volet fiscal du plan de relance, elle est également la conséquence de baisses pérennes de prélèvements obligatoires, telle la diminution du taux de TVA sur la restauration, et des hausses de recettes affectées aux organismes de protection sociale ou aux collectivités territoriales. Le coût net de ces mesures nouvelles a aggravé le déficit public de 2,5 milliards en 2009. Du côté des dépenses comme des recettes, la crise n'explique donc qu'une partie de la dégradation de nos finances publiques. Pour dresser un diagnostic précis du mal, il est nécessaire de procéder à de savants calculs, sur la base d'une prévision de croissance potentielle. Le chiffrage de la Cour ne prend pas en compte les mesures de relance, considérées comme non pérennes, contrairement à la Commission européenne qui retient, en conséquence, un niveau de déficit structurel sensiblement plus élevé que le nôtre. D'après nos calculs, le déficit structurel est de 5 % du PIB en 2009, contre 3,9 % en 2008, la crise et les mesures de relance expliquant seulement un tiers du déficit global.

Je ne reviens pas sur la forte augmentation du déficit public de 4,2 points de PIB, principalement attribuable à l'Etat et à ses divers organismes d'administration centrale, que j'avais évoquée à l'occasion de la présentation du rapport sur les résultats et l'exécution budgétaire de l'Etat.

L'année 2009 aura également été marquée par une forte hausse des déficits sociaux du fait d'une croissance des dépenses de 4,5 %, après une augmentation de 3,1 % en 2008, conjuguée à une diminution des recettes due à la baisse en valeur de la masse salariale privée de 1,3 %. Ce déficit atteint

20,3 milliards d'euros, auxquels il faut ajouter 3,2 milliards de déficit pour le fonds de solidarité vieillesse. En 2009, les quatre branches du régime général sont dans le rouge. L'assurance maladie, avec un solde négatif de plus de 10 milliards, est responsable de la moitié du déficit d'ensemble des branches. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) a été à nouveau dépassé de 700 millions en 2009, du fait d'une sous-estimation des dépenses hospitalières et de la réalisation incomplète des économies prévues en loi de financement. Le déficit de la branche retraite continue de se creuser pour atteindre 7,2 milliards, confirmant la tendance observée depuis 2005, malgré une croissance moins vive des prestations servies grâce au ralentissement des départs anticipés. La branche famille enregistre également un déficit important de 1,8 milliard, alors qu'elle était proche de l'équilibre en 2008. Quant à l'assurance chômage qui avait dégagé d'importants excédents en 2007 et 2008, elle est redevenue déficitaire en 2009 avec un résultat négatif de plus de 1 milliard.

Dans ce panorama, les collectivités territoriales se distinguent : leur déficit, qui a diminué de plus de 3 milliards en 2009, représente désormais 0,3 % du PIB, contre 0,4 % en 2008. Leurs recettes ont progressé plus fortement que leurs dépenses, grâce aux remboursements anticipés de TVA qui n'ont guère relancé l'investissement. Leurs dépenses de fonctionnement ont décéléré sensiblement par rapport aux années précédentes, sauf pour les intercommunalités. Néanmoins, ces évolutions positives masquent l'aggravation de la situation financière de nombreux départements, victimes d'un effet de ciseau entre le dynamisme des dépenses sociales et la faible progression de leurs recettes.

Plus préoccupant, le déficit primaire, c'est-à-dire hors charges d'intérêts de la dette, est passé de 0,5 % en 2008 à 5,1 % du Pib en 2009. Dans ces conditions, il est impossible de stabiliser l'endettement en pourcentage du Pib, la France devant emprunter pour payer les intérêts de la dette et une partie des dépenses courantes hors intérêt. C'est le fameux effet boule de neige décrit par Philippe Séguin l'an dernier. La dette au sens du traité de Maastricht a augmenté en une seule année de plus de dix points de Pib. Elle représente 78,1 % du Pib, soit presque 1 500 milliards. La dette publique est portée à près de 80 % par l'Etat et les organismes qui lui sont rattachés, dont l'endettement a progressé de 135 milliards en 2009. La dette sociale a augmenté, pour sa part, de 31 milliards, si l'on tient compte des 24 milliards de découvert de trésorerie de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) fin 2009. Au total, avec les déficits transférés à la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) et non amortis, la dette sociale atteint près de 150 milliards, soit quasiment le niveau de la dette locale qui s'établit à 157 milliards. Toutefois, la dette sociale est profondément anormale, les cotisations devant couvrir les prestations, quand la dette locale, elle, résulte d'investissements et a pour contrepartie des actifs.

Pour mieux comprendre l'état de nos finances publiques, recourons à des comparaisons internationales. Notre position, défavorable l'an dernier,

l'est restée. Notre déficit et notre dette publics ont augmenté dans les mêmes proportions que dans les autres pays européens, malgré une récession moins violente et un plan de relance d'une ampleur plus limitée. Plus inquiétant : le décrochage de la France par rapport à l'Allemagne. Notre déficit public, inférieur à celui constaté outre-Rhin entre 2002 et 2005, est supérieur de plus de quatre points de Pib en 2009. De même, notre déficit structurel est supérieur de quatre points de PIB à celui de l'Allemagne en 2009 quand la différence était d'un point en 2006. Quant à l'écart entre les soldes primaires français et allemand, il dépasse pour la troisième année consécutive les trois points de Pib, un niveau jamais atteint. Notre dette publique qui était inférieure à celle de l'Allemagne jusqu'à fin 2007, lui est désormais supérieure de cinq points. D'aucuns considèrent que ces écarts croissants tiennent à une gestion trop restrictive des finances publiques en Allemagne. Pour autant, la dégradation de notre position en Europe est également patente lorsque l'on nous compare à l'Italie : notre déficit public comme notre solde structurel sont supérieurs depuis trois ans à ceux de l'Italie, même si notre dette reste inférieure.

Pour 2010, le Gouvernement annonce une nouvelle dégradation : le déficit et la dette publics atteindraient respectivement 8 % et 83,7 % du Pib. Cette évolution s'explique par une croissance de 1,7 % des dépenses publiques en volume, hors relance et allocations chômage, soit un niveau bien supérieur à l'objectif de 0,6 % retenu pour la période 2011-2013 ; et par une insuffisante sécurisation des recettes résultant, entre autres, de la réforme de la taxe professionnelle. Dès lors, le déficit structurel atteindra 5,7 % du Pib, soit une hausse de 100 milliards. L'ensemble des administrations publiques sera concerné en 2010, même si les organismes sociaux seront les plus affectés en raison du faible dynamisme de la masse salariale. En retenant les hypothèses du Gouvernement, le déficit du régime général sera proche de 27 milliards, dont la moitié proviendra de l'assurance maladie, auquel il faut ajouter le déficit du fonds de solidarité vieillesse (FSV) qui s'établira à 4,3 milliards ; celui de l'assurance chômage atteindra 10 milliards. Le déficit budgétaire de l'Etat sera de 152 milliards - un record. La prévision d'un fort rebond de recettes fiscales nettes apparaît volontariste au regard de la précédente récession de 1993, qui s'était traduite par une élasticité des recettes fiscales sensiblement inférieure à l'évolution du Pib pendant trois ans. Dans ce contexte, l'augmentation de près de 12 milliards de recettes fiscales fin avril 2010 doit être interprétée avec une grande précaution. Elle traduit d'abord le contrecoup des mesures de relance de début 2009. Ce déficit record est surtout la conséquence de la réforme de la taxe professionnelle d'un coût net de 12,7 milliards et des 35 milliards de dépenses d'investissements d'avenir. Certes, les investissements d'avenir auront un faible impact en 2010 sur le déficit et l'endettement publics au sens de Maastricht. En effet, les 35 milliards, déposés auprès du Trésor, seront versés, pour partie, par tranches de 4 à 5 milliards chaque année sur une période de quatre ans, sans être inclus dans la norme de dépenses. Le reste de cette somme, non consommable, donnera lieu au versement d'intérêts de

600 millions par an qui seront, eux, intégrés dans la norme de dépense, ce qui accroîtra d'autant l'effort nécessaire de réduction des dépenses courantes de l'Etat. Pour autant, ce programme d'investissement augmentera la dette de 19 milliards en 2014, sans compter la charge cumulée des intérêts de plus de 11 milliards durant la période 2010-2020.

L'année 2010 sera probablement marquée par une nouvelle dégradation de la capacité d'autofinancement des collectivités, et en particulier des départements du fait de la forte croissance des dépenses sociales. Leur besoin de financement progressera dans un contexte d'incertitudes sur l'évolution du cadre institutionnel et financier des collectivités et de baisse des remboursements de la TVA.

Résultat : le déficit public de la France restera plus élevé que celui des pays de la zone euro et de l'Union européenne, supérieur de trois points de Pib à celui de l'Allemagne. La dette publique sera dans les moyennes communautaires, mais son déficit structurel continuera d'être plus élevé.

Le futur n'est pas davantage rassurant. Les conditions d'un retour à un déficit public de 3 % du Pib, objectif affiché par le Gouvernement, sont loin d'être assurées à ce jour. Le programme de stabilité adressé à la Commission est fondé sur une croissance de 2,5 % par an entre 2011 et 2013. Le Gouvernement a, en effet, privilégié un scénario de rattrapage rapide des pertes de production, plus favorable que les scénarios du rapport Cotis-Champsaur. L'élasticité des recettes semble surévaluée tandis que l'objectif de progression des dépenses, de 0,6 % par an, paraît très ambitieux. Comment dégager 45 milliards d'économie, et beaucoup plus sur les dépenses primaires pour compenser la hausse des charges d'intérêt, au vu des décisions qui font suite à la publication du Livre blanc sur la défense nationale ou encore de l'accroissement des dépenses fiscales prévues au titre du Grenelle de l'environnement ? En outre, il sera difficile à l'Etat de diminuer de 1 à 2 points le rythme des dépenses des administrations locales et sociales, faute de leviers efficaces pour les réguler.

A moyen terme, la soutenabilité des finances publiques de la France n'apparaît pas assurée. Si l'on retient une croissance de 2,25 %, soit le scénario bas du Gouvernement, le déficit public et la dette dépasseront en 2013 respectivement 6 % et 93 % de la richesse nationale. Le redressement de nos finances publiques est désormais un impératif. Il faut un traitement immédiat, continu et massif de nos déséquilibres financiers pour réussir à faire atterrir cet avion gros porteur qu'est la France, lancé à pleine vitesse, sur une piste qui se réduit à mesure que notre endettement devient de moins en moins supportable.

Parmi les causes de déséquilibres financiers qui menacent à court terme la soutenabilité des finances publiques figurent les retraites avant la mise en œuvre des mesures récemment annoncées par le Gouvernement. Le rôle de la Cour n'est pas de prendre parti sur celles-ci, mais de mesurer leur impact. Le chiffrage du besoin de financement par le conseil d'orientation des

retraites (Cor), à l'horizon 2050, est de 114 milliards pour l'ensemble des régimes de retraite, selon le scénario le plus pessimiste, soit 3 % du Pib. La réforme aura un effet structurel à long terme, c'est-à-dire à l'horizon 2020. Pour autant, ces calculs ne tiennent pas compte des charges d'intérêts au titre des déficits cumulés des régimes, supérieures en 2050 à 114 milliards. Les mesures annoncées par le Gouvernement réduiront relativement peu le déficit à court terme alors que la moitié du problème de financement des retraites se pose dès maintenant. Le déficit hors intérêts, de 1,7 % du Pib en 2010 selon le Cor, doit être traité par des mesures d'impact immédiat pour enrayer l'effet boule de neige des intérêts de la dette.

En outre, les comparaisons internationales montrent que la France devra faire un effort de redressement équivalent aux autres pays européens pour compenser la situation initiale plus dégradée de ses finances publiques. La réforme des seules retraites ne suffira pas à traiter un problème financier global, qui appelle des mesures continues et vigoureuses de l'Etat, des organismes sociaux et des collectivités. Depuis des années, il y a un décalage permanent entre les dépenses et les recettes publiques : les dépenses ne sont couvertes qu'à hauteur de 86 % en 2009 et les recettes de l'Etat couvrent à peine plus de la moitié de ses dépenses nettes. Le Gouvernement a annoncé des mesures d'approche pour réduire la progression des dépenses fiscales, des dépenses d'intervention ou des dépenses de fonctionnement de l'Etat et de ses opérateurs. La diminution du déficit structurel de 1 point de Pib chaque année sur la période 2011-2013, soit 20 milliards par an, à laquelle il s'est engagé devant le Conseil de l'Union européenne, devra être impérativement tenue. Il revient au Gouvernement et au Parlement de décider des modalités de cet ajustement budgétaire, difficile, mais non impossible comme l'ont prouvé de nombreux pays.

Si la Cour n'a pas pour rôle de mettre au point un programme qui engagerait des choix collectifs, elle est fondée, de par la mission d'assistance qui lui est confiée par la Constitution, à identifier les termes du débat, le niveau des efforts à accomplir et à proposer des pistes de réflexion. Il convient d'abord de déterminer la part respective que doivent jouer la hausse des recettes et la réduction des dépenses dans le redressement. Pour la Cour, l'effort doit porter prioritairement sur la dépense publique, dont les effets sont plus durables pour la consolidation des comptes publics. Cela implique une politique, plus ambitieuse que celle de la révision générale des politiques publiques, consistant à réexaminer l'ensemble des dépenses publiques, et notamment les plus coûteuses : les prestations sociales, qui représentent le tiers des dépenses publiques, les rémunérations, qui en constituent le quart, mais également les dépenses d'assurance maladie, dont le déséquilibre est tout aussi fort que celui des retraites. De telles réformes structurelles nécessitent, au préalable, une réflexion sur le bien-fondé et l'efficacité de l'intervention publique afin de ne pas dégrader la qualité du service rendu. La Cour entend prendre toute sa part dans la revue générale des programmes, conformément à sa nouvelle mission constitutionnelle.

Les réformes structurelles ayant un impact budgétaire souvent très progressif, il faut dès à présent mettre l'accent sur les dépenses d'intervention. Depuis de trop nombreuses années, nous avons pris la mauvaise habitude de tenir un guichet ouvert pour des publics sans cesse plus nombreux. L'insuffisante sélection de la dépense publique conduit à un saupoudrage, que la Cour a déjà souligné en matière d'aides personnelles au logement ou au développement des entreprises. En attendant, il faudra prendre des mesures à effet rapide, quitte à ce qu'elles soient temporaires. Ainsi, pourrions-nous gager toute nouvelle dépense publique de manière à ce que la satisfaction des nouveaux besoins soit strictement réalisée par redéploiement. Il serait en effet paradoxal de vouloir à la fois réduire la vitesse à l'atterrissage, tout en appuyant en même temps sur la manette des gaz. De même, n'attendons pas d'atteindre le bout de piste pour actionner les freins ! La Cour propose une « boîte à outils » pour consolider rapidement les comptes publics. En matière de dépenses de personnel, les réductions d'effectifs ayant des limites inévitables, la prochaine négociation salariale pluriannuelle dans la fonction publique sera déterminante : la hausse de 1 % de la valeur du point de la fonction publique représente 1,8 milliard en année pleine. D'autres pays ont déjà pris des décisions de gel, voire même de baisse des rémunérations des hauts fonctionnaires ou de l'ensemble des fonctionnaires. Toutefois, l'alignement progressif des cotisations retraite de la fonction publique sur le régime général, annoncé par le Gouvernement, pèsera déjà sur l'évolution des rémunérations versées.

Ramener les comptes de la sécurité sociale à l'équilibre en 2013 nécessitera également un cocktail de mesures à effet rapide et de réformes structurelles, pesant de manière équitable sur les assurés, les bénéficiaires d'allocations et les professionnels de santé. La réforme des retraites annoncée par le Gouvernement contribuera à ralentir la croissance des pensions avec un relèvement de l'âge d'ouverture des droits. Mais l'indexation des pensions continuera d'entretenir le dynamisme de ces dépenses, comme la revalorisation des prestations légales qui accroît la progression des prestations familiales. En matière de maladie, nous pourrions envisager la baisse du prix des médicaments, une plus grande sélectivité des admissions au régime des affections de longue durée ou une non-revalorisation des actes et consultations au-delà de ce qui a été déjà décidé.

Il faut également agir sur les recettes en cessant impérativement de consentir des baisses d'impôt et en limitant la progression des dépenses fiscales qui ont augmenté à périmètre constant de plus de 5 % par an depuis 2000, et même de 8,5 % chaque année depuis 2004. Ces deux phénomènes sont, en effet, la cause principale du déficit structurel. Une hausse ciblée des prélèvements obligatoires est inévitable. Elle devra passer, en priorité, par un réexamen des dépenses fiscales et des niches sociales. Ce sera une mesure d'équité. De nombreux dispositifs ont été retirés depuis quelques années des dépenses fiscales, sans que les explications apportées ne convainquent totalement. Les critères d'ancienneté et de généralité manquent de pertinence

sans compter qu'ils ne sont pas utilisés de manière cohérente. Leur chiffrage, exercice difficile, progressera via une meilleure utilisation des déclarations fiscales et un croisement plus fréquent avec des données statistiques. Cet effort ne devra pas se limiter aux 6 milliards annoncés par le Gouvernement à horizon 2013, qui correspondent à la hausse moyenne des dépenses fiscales chaque année, mais porter sur 10 milliards en application de la règle posée par la loi de programmation qui limite la durée de vie des dépenses fiscales créées à partir de 2009 à quatre ans. Il faudra compléter cet examen des dépenses fiscales par un abaissement du plafond global des avantages fiscaux au titre de l'impôt sur le revenu qui a été instauré en 2009 ou une réduction forfaitaire de tous les crédits et réductions d'impôts - le fameux coup de rabot. Si de telles mesures sont décidées, elles devront s'appliquer de manière systématique et uniforme et, en priorité, aux réductions et crédits d'impôts.

Quant au retour à l'équilibre des comptes sociaux, il passera par un apport de nouvelles recettes qu'il faut d'abord rechercher dans un réexamen systématique des exonérations de cotisations et des réductions d'assiette. On pourra agir, en particulier, sur les dispositifs d'entreprise, comme l'intéressement ou la protection sociale complémentaire, générateurs de fortes inégalités entre les salariés. Enfin, il faudra rapidement transférer à la Cades la dette accumulée de l'Acoss au titre de la maladie, ce qui imposera sans doute de combiner un relèvement du taux de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) et un allongement de la durée de vie de la dette sociale, à condition qu'elle soit remboursable dans un délai maximum de dix à quinze ans.

Pour conclure, la France, dont les finances publiques étaient déjà fortement dégradées, est entrée en 2009 dans une récession jamais connue depuis la seconde guerre mondiale si bien qu'elle ne pourrait pas faire face aujourd'hui à un éventuel retournement conjoncturel ou à une nouvelle crise financière sans craindre les réactions de ses créanciers. Les marges de manœuvre de l'Etat se trouvent progressivement réduites par l'effet boule de neige de notre endettement. Plus nous attendrons, plus les efforts à réaliser seront importants parce qu'il faudra payer les charges d'intérêts de notre dette. Le coût de l'inaction est supérieur à celui des mesures immédiates. La dette a augmenté de près de quinze points de Pib entre fin 2007 et fin 2009, ce qui génère chaque année des charges d'intérêts supplémentaires de 10 milliards au taux d'intérêt théorique de 3,5 %, soit l'équivalent des deux tiers des aides personnelles au logement versées à plus de 6 millions de personnes. Il faut donc engager la consolidation des comptes publics dès 2011. Voilà le principal message de la Cour, dont j'ai bon espoir qu'il sera entendu.

Ce message, loin d'être pessimiste, oblige à plus de lucidité sur les efforts à accomplir et les nombreux atouts dont la France dispose pour rétablir sa situation financière. Engageons-nous dans cette voie pour donner à tous la conviction d'un effort collectif, partagé et équitable. C'est à cette condition que nous pourrons parer aux comportements d'épargne de

précaution, défavorables à la croissance, et conforter la confiance des créanciers dans notre pays.

Jean Arthuis, président. - *Merci de cet éclairage sur nos finances publiques. Vos observations, partagées par la commission des finances, ne nous étonnent guère. La bonne nouvelle est que la dégradation de nos finances publiques n'est pas irréversible ! Nous aurons tout le loisir d'éprouver nos convictions lors de l'exercice stimulant du débat d'orientation budgétaire auquel participe le Gouvernement.*

Philippe Marini, rapporteur général. - *Merci de ce constat extrêmement clair. J'ai le sentiment que notre commission des finances, pour m'en tenir à une litote, est enfin moins isolée...*

Jean Arthuis, président. - *La Cour cheminait déjà...*

Philippe Marini, rapporteur général. - *Soit ! Mais l'aggravation de notre situation a incité à davantage de lucidité... Une contrainte contradictoire pèse sur notre pays. D'une part, nous devons revenir à un déficit de 3 %, sans quoi les conditions de financement de notre dette s'alourdiront de sorte que toutes les perspectives de rétablissement de nos comptes voleront en éclat. D'après toutes les études prospectives, le crédit de la France se maintiendra. Soit, mais à condition que nous nous astreignions à une trajectoire crédible. J'insiste : il nous faudra de la persévérance, de la constance et, j'ose le mot, de la rigueur dans les mesures appliquées... D'autre part, les efforts de consolidation, qui iront s'amplifiant à mesure que les plans des Etats de la zone euro et de l'Union européenne s'accroîtront, remettront en cause la croissance potentielle de nos États et notre capacité à nous situer sur cette trajectoire de croissance potentielle. Dans ces conditions, est-il concevable de revenir à 3 % de déficit public en 2013 avec une croissance sensiblement inférieure aux 2,5 % affichés de manière volontariste, et selon moi, non crédible par le Gouvernement ? Il y a donc une contradiction entre la confiance des marchés, la capacité à faire évoluer nos économies et à maintenir une croissance minimale. Cette contradiction, à laquelle nous n'échapperons pas, ne doit en aucun cas être une excuse à une coûteuse inaction, a rappelé le président Migaud. Pour autant, elle constitue un vrai problème de modèle pour la France et la zone euro.*

La nouvelle norme de dépenses de l'Etat, annoncée par le Premier ministre, est le gel en valeur des dépenses hors charge de la dette et hors pensions. Monsieur le président, cette nouvelle norme de dépense est-elle plus rigoureuse que l'ancienne norme, c'est-à-dire la stabilisation en volume ? Concernant les dépenses de personnel, pensez-vous que la RGPP a été source d'économies ? Les mesures catégorielles et générales portant sur les rémunérations ont-elles réduit les gains de la RGPP ? La Cour préconise-t-elle le gel indiciaire de la fonction publique d'Etat ? Quelles mesures spécifiques devraient être prises pour éviter que la création de très nombreux opérateurs de l'Etat ne rende théoriques les règles de gouvernance de nos finances publiques ? Quelles sont les mesures préconisées pour contraindre

les dépenses et l'endettement des opérateurs de l'Etat ? Enfin, deux questions inspirées par les auditions sur le projet de loi de règlement. Peut-on réduire de 10 % les dépenses d'intervention en ne sacrifiant que des dépenses discrétionnaires ou faut-il aussi modifier les régimes des différents guichets ? Les objectifs de réduction des dépenses sont-ils compatibles avec les lois de programmation et les nombreuses contractualisations en cours que l'Etat s'est plu à signer avec des partenaires divers ?

Jean Arthuis, président. - *Ce matin, le rapport de M. de Montesquiou sur la loi de programmation et d'orientation pour la performance de la sécurité intérieure ne nous a guère rassurés...*

Didier Migaud. - *Merci de ces propos sur les travaux de la Cour. Il est dans l'intérêt de notre pays de respecter ses engagements vis-à-vis des autres pays de l'Union. Il y va du crédit de la France, il y va des conditions de financement de notre dette. Un retour à un déficit de 3 % en 2013 paraît un objectif difficile quand le Gouvernement se fonde sur des hypothèses optimistes. Par exemple, l'élasticité des recettes est fixée à 1,2 % quand, dans le passé, elle n'a jamais été supérieure à 1 % après une forte période de récession. La Cour recommande donc de prévoir des mesures pour parer à la situation où les hypothèses ne se vérifieraient pas. Le Gouvernement y réfléchit actuellement, le Parlement débatera bientôt des orientations budgétaires, les arbitrages ne sont pas encore rendus sur les lois de finances et de financement.*

L'adoption d'une nouvelle norme de dépense modifie peu la situation. Il faut donc aller au-delà car les objectifs de maîtrise de la dépense publique ne sont pas respectés, en raison de l'accroissement des dépenses fiscales et des dépenses des opérateurs de l'Etat, dont l'augmentation respective a été de plus de 8,5 % et de plus de 11 %.

Le non-remplacement d'un fonctionnaire sur deux partant à la retraite génère des économies modestes, environ 500 millions, qui sont, de surcroît, en partie recyclées. En revanche, cette réforme aura des effets à long terme sur les finances publiques.

Concernant les règles de gouvernance de nos finances publiques, elles ont une portée symbolique au moins pour nos partenaires. L'important, plutôt que de les modifier, est de les faire respecter.

La réduction de 10 % des dépenses d'intervention et des dépenses courantes nécessite la modification du régime des guichets pour mieux cibler la dépense. Trop souvent, l'objectif initial s'est perdu.

Effectivement, la comparaison des engagements pris dans les lois de programmation avec les objectifs de réduction des dépenses peut être source d'inquiétude. D'où la nécessité de ne pas multiplier les dépenses, notamment fiscales.

La loi de programmation militaire, comme toute politique publique, devrait être remise sur la table.

Jean Arthuis, président. - Sur le gel de l'évolution du point de la fonction publique ?

Didier Migaud. - La Cour ne formule pas de propositions.

Jean Arthuis, président. - Ce serait pourtant intéressant. A-t-elle des tabous ?

Didier Migaud. - Elle reste à sa place en dressant des constats et en établissant des chiffrages : aux politiques de décider.

Jean Arthuis, président. - Le Gouvernement ira-t-il dans le sens de ce que vous souhaitez ?

Didier Migaud. - La maîtrise de la dépense publique requiert un effort plus ample. Nous mettons des éléments sur la table, il vous appartient d'arbitrer. Il peut aussi y avoir des mesures temporaires. Nous avons chiffré le gel indiciaire.

Jean Arthuis, président. - Rappelez-nous...

Didier Migaud. - Cela représente 1,8 milliard...

Christian Babusiaux, président de la première chambre. - ... pour les trois fonctions publiques.

Jean Arthuis, président. - Avez-vous chiffré la suppression des trente-cinq heures ?

Didier Migaud. - Non !

Jean Arthuis, président. - « Lorsque la mesure devient réalité, l'utopie se dissipe... »

Muguette Dini, présidente de la commission des affaires sociales. - La situation des comptes sociaux 2009 et 2010 n'est pas plus rassurante que celle de l'Etat. Fin 2010, les déficits cumulés du régime général et du fonds de solidarité vieillesse atteindront 53 milliards d'euros. L'Acoss ne pourra continuer à les prendre en charge et la Cades aura besoin de ressources nouvelles, voire d'une prolongation de sa durée de vie. Quelles sont les options envisageables ?

Dans le cadre de la réforme des retraites, le FRR pourrait alimenter la Cades. Est ce inévitable ? Une affectation au FSV ne serait-elle pas plus judicieuse ?

L'Ondam a connu un dépassement de plus de 700 millions en 2009. La rationalisation des établissements doit-elle conduire à tout facturer selon la logique de la tarification à l'activité (T2A) ? Cette réforme n'a-t-elle pas des effets pervers ?

Didier Migaud. - La Cour a indiqué dans son rapport 2009 que l'Acoss ne pouvait pas porter des déficits d'une telle ampleur ; la loi de financement de la sécurité sociale l'a néanmoins autorisée à emprunter jusqu'à 65 milliards. Les plafonds d'avance de trésorerie de l'Acoss doivent permettre de faire face aux seuls déficits infra-annuels ; le processus est aujourd'hui dévoyé. Un transfert à la Cades aurait pour contrepartie de nouvelles ressources avec, peut-être, un report de son échéance. Il convient d'augmenter la CRDS et de jouer sur la durée d'amortissement. Rolande Ruellan vous expliquera que, dans cette dernière hypothèse, il faut modifier la loi organique.

La réforme des retraites devrait permettre de revenir à l'équilibre en 2018, mais rien ne le garantit. Elle repose sur 13 milliards de recettes supplémentaires et 15 milliards de mesures d'économies. En tout état de cause, il faudra des ajustements. Nous ne connaissons pas le détail de la réforme proposée, qui laisse entière la question du financement de l'assurance maladie, sauf à imaginer que le FRR vienne combler le déficit. Céder des actifs est difficile dans le contexte actuel ; il n'y a pas de disponibilités immédiates. La crise peut rendre légitime d'utiliser une ressource, mais il ne s'agit pas du seul déficit et un raisonnement global est nécessaire.

Jean Arthuis, président. - La crise ne change rien au problème démographique.

Didier Migaud. - Non, mais elle a accéléré le déficit. La question des retraites ne doit pas occulter celle de l'assurance maladie, dont le déficit est supérieur.

Rolande Ruellan, présidente de la sixième chambre. - Le dépassement de l'Ondam s'élève à 740 millions, dont 600 millions pour les établissements de santé. La grippe peut avoir « le dos large » ; en réalité, l'introduction de la nomenclature V 11 a provoqué des dépenses supplémentaires, les hôpitaux étant mieux rémunérés pour les cas graves ; ce nouveau codage a donné lieu à une optimisation. Les Hospices civils de Lyon viennent ainsi de se voir infliger un redressement pour avoir surcodé, même si des erreurs sont possibles. Le problème essentiel reste l'organisation de l'hôpital. On n'a pas assez progressé sur le réseau et sur l'organisation interne. Des hôpitaux demeurent déficitaires et empruntent parfois pour rembourser des emprunts. Ils n'ont pas su s'adapter assez rapidement pour faire face au passage à la T2A, ce juge de paix impitoyable qui a révélé les sous-productivités des établissements.

Didier Migaud. - Nous y reviendrons en septembre.

Jean-Jacques Jégou. - A vous entendre, on sent qu'il n'y aura pas de mesures fortes prises dans ce domaine par le Gouvernement. Il faudra que la commission des finances...

Jean Arthuis, président. - Et celle des affaires sociales !

Jean-Jacques Jégou. - ... renouvellent leurs initiatives. Vous avez en effet dressé un parallèle entre le déficit budgétaire, qui appelle une diminution des dépenses car les recettes ne sont pas certaines, et le déficit social, qui nécessite des recettes supplémentaires - vous devinez la position de celui qui a à connaître du FRR et de la Cades. Vous ne pouvez pas donner votre sentiment sur la TVA pour la restauration mais la Cour donne souvent son avis sur l'efficacité ou l'inefficacité d'une dépense. Les 20 milliards d'allègements de charges forment une trappe à bas salaires. La Cour pourrait-elle nous aider par ses avis ?

Il est nécessaire de relever la CRDS, je le confirme. L'assiette de cette contribution est large et son taux bas ; la reprise de 10 milliards d'euros supposerait ainsi une augmentation de 0,077 point de la CRDS en 2010, mesure qui présenterait l'avantage d'être indolore et compréhensible pour l'opinion publique. La réforme des retraites est le prélude à un règlement des comptes sociaux et des solutions seront peut-être apportées au sujet du financement de la dépendance. Tarder ne rendra-t-il pas le relèvement de la CRDS plus difficile ? Ma génération a la douleur de reporter sur ses enfants et petits-enfants la charge de ses feuilles de maladie. Un gouvernement peut néanmoins répugner à augmenter la CRDS et à ajuster la CSG à l'endroit des retraités, ce qui pourrait être mal accepté.

Jean-Pierre Fourcade. - Si je n'ai pas encore eu le temps de lire la totalité du rapport, j'ai pris connaissance avec intérêt des réponses du Gouvernement. Représentant la commission des finances au conseil de surveillance du Fonds de financement de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c), j'ai noté une augmentation de 40 % du nombre des bénéficiaires de la CMU en 2009. La croissance est plus faible pour la complémentaire. Cette affaire, qui concerne plus de 4 millions de personnes, n'apparaît jamais dans les dépenses sociales. Pourriez-vous y jeter un coup d'œil ?

La Cour a noté que 68 % de notre dette extérieure étaient portés par des non-résidents, ce qui est dangereux. Dans ses réponses, le Gouvernement avance une justification extraordinaire : cela accroît la sécurité du pays !

Philippe Marini, rapporteur général. - Elle est bien bonne...

Jean-Pierre Fourcade. - On doit trouver un mécanisme de réorientation de l'épargne. Enfin, dans la boîte à outils, il y a l'augmentation des recettes. Une augmentation de la TVA et de la CSG n'est-elle pas préférable au bricolage fiscal ?

Jean Arthuis, président. - Ne gaspillez pas la TVA...

Edmond Hervé. - Il y a entre nous quelques points de consensus. Indépendamment du respect que nous lui portons, nous n'avons pas à déléguer une partie de nos pouvoirs à la Cour. Nous avons un rôle de contrôle des dépenses. La communication d'Aymeri de Montesquiou ce matin, en commission des finances, a démontré que la mission « Sécurité » a engagé des

dépenses qui n'avaient pas encore été validées par le vote de la loi de programmation (LOPPSI 2), ce qui est extrêmement dommageable. Certaines règles ne sont pas respectées, ainsi en ce qui concerne les niches fiscales.

L'an dernier, le rapporteur général nous avait expliqué qu'il était heureux que nous n'ayons pas à voter sur les projections pluriannuelles qui engagent le Gouvernement. Je suis ravi de son nouvel optimisme.

Nous discutons de manière systématique de la dépense et de la recette, mais la croissance est fondamentale. Comment atteindre nos objectifs si nous ne prenons garde à celle-ci ? Le plan de relance a souligné l'importance du rôle des collectivités locales, mais quel sort leur réserve-t-on ?

La T2A et le prix de journée ont un effet inflationniste. J'ai été très surpris de constater l'importance des partenariats public-privé dans les hôpitaux publics. Si je n'y suis pas hostile par principe, je sais aussi quelle bombe à retardement ils deviennent quand on ne les contrôle pas. Il n'est pas admissible que des hôpitaux empruntent pour rembourser d'autres emprunts. Je m'y suis opposé pendant trente et un ans au CHU de Rennes, alors même que je votais les budgets.

Philippe Marini, rapporteur général. - Si j'ai dit qu'il était préférable de ne pas être amené à voter les programmes pluriannuels, c'est que je les trouvais insincères : ils étaient envoyés à Bruxelles sans réelle intention de les mettre en pratique. Le double langage n'étant plus de mise cette année, car la situation est bien pire, nous pourrions voter.

Jean Arthuis, président. - La commission Camdessus propose de fixer un plafond de dépenses et un plancher de recettes pluriannuels.

Edmond Hervé. - Quand le discours s'écarte de la réalité, c'est la résurrection du « nouveau roman » !

Jean Arthuis, président. - Le temps est venu de réconcilier l'image et la réalité.

Bernard Angels. - Il faut beaucoup d'optimisme pour y croire... La situation est pire que l'an dernier, quand on nous annonçait un effort de maîtrise. Il y a la crise, mais les deux-tiers du déficit sont d'ordre structurel.

Je suis abasourdi par la comparaison avec nos partenaires européens : nous sommes les mauvais élèves de l'Europe. Comment redresser la situation ? Tout est dans le rouge et il n'y a pas beaucoup de grain à moudre. Je suis plutôt pessimiste. Quand le Gouvernement a pris de mauvaises décisions au cours de ces huit dernières années, sa majorité ne l'a pas corrigé. Peut-on arrêter les cadeaux fiscaux et avez-vous analysé les niches fiscales et sociales du point de vue de l'emploi ? Il ne s'agit pas que le malade meure guéri ! Rêver d'une croissance de 2,5 %, c'est se faire plaisir.

Jean Arthuis, président. - Une ordonnance pour administrer des potions ?

Raymonde Le Texier. - La situation est grave, et désespérée.

Jean Arthuis, président. - Mais pas irréversible.

Raymonde Le Texier. - Cet échange me déprime. Les mesures indispensables auront des conséquences peu réjouissantes. Pouvez-vous nous remonter le moral en énumérant les atouts de la France ?

Jean Arthuis, président. - La Cour des comptes...

Jacky Le Menn. - Dans son récent rapport sur l'hôpital, la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) de l'Assemblée nationale pointe la possible dérive de la T2A. Ce mécanisme crée en effet un intérêt à amplifier les recettes pour caler les dépenses. La tentation est grande pour un CHU en déficit... Les comptabilités analytiques restent indigentes et, si l'on a accompli des progrès sur les paramètres de base des échelles de coût et que l'on maîtrise mieux les coefficients de groupe, encore faut-il jouer sur les deux tableaux simultanément.

Jean Arthuis, président. - Avez-vous constaté une amélioration de la gouvernance des hôpitaux et des systèmes d'information ?

Jean-Jacques Jégou. - Il n'y en a pas !

Jean Arthuis, président. - Ce n'est pas managé ! Peut-on espérer un meilleur pilotage et qu'on sorte des querelles entre hôpital public et clinique privée qu'il faudrait mettre en synergie ?

Edmond Hervé. - L'administration hospitalière française est très bonne mais il y a une défaillance au niveau ministériel - je l'ai expérimenté à mes dépens. Cela procède de la tradition de pauvreté des ministères sociaux.

Jean-Jacques Jégou. - Les mesures d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac), sur lesquelles je prépare un rapport, représentent plus de 8 milliards d'euros. Je découvre des choses au fil des auditions.

Didier Migaud. - Il faut agir sur les dépenses et sur les recettes, tant pour le budget de l'Etat que pour les comptes sociaux. Il y a des marges sur le bloc des niches fiscales et la Cour s'est exprimée à plusieurs reprises sur la baisse de la TVA pour la restauration, qu'elle a estimée inopportune. Le contexte des finances publiques est extrêmement tendu. La loi de programmation prévoit que toute nouvelle dépense fiscale doit être gagée et qu'elle peut être mise en cause. La Cour des comptes, monsieur Hervé, reste à sa place...

Philippe Marini, président. - Confortable !

Didier Migaud. - Nous disons les choses en toute indépendance et vous décidez.

Jean Arthuis, président. - Les conditions de vote de la TVA sur la restauration ne sauraient se reproduire puisque de telles dispositions relèveront désormais obligatoirement de la loi de finances.

Didier Migaud. - *La Cour des comptes ne peut que se réjouir de cette discipline. S'agissant des niches fiscales et sociales, la méthode du « rabout » présente au moins le mérite de l'efficacité et de la rapidité : 10 % de 30 milliards d'exonérations fiscales, cela fait 3 milliards. Cependant, une mesure générale ne doit pas exclure de travailler sur chaque niche.*

Jean-Jacques Jégou. - *Absolument !*

Didier Migaud. - *Ce matin, à l'Assemblée nationale, la question de la retransformation des dépenses fiscales en dépenses budgétaires a été posée par le rapporteur général Gilles Carrez.*

La CMU est inscrite dans notre programme pluriannuel et nous y reviendrons dans un rapport futur. Nous avons pris connaissance de la réponse du Gouvernement sur la dette. Il devient dangereux de trop dépendre de l'extérieur qui impose des règles. Si l'on ne doit pas prendre de décisions interdisant le retour à la croissance, les effets keynésiens s'émeussent quand la dette est trop élevée et l'inaction a un coût car ne pas agir, c'est laisser la dette et la dépendance s'accroître aux dépens de la souveraineté et de notre marge de manœuvre.

La TVA ne fait pas partie de nos recommandations afin de ne pas trop peser sur la consommation. Le déblocage de l'épargne est un sujet récurrent.

Jean Arthuis, président. - *Il faudra bien se poser un jour la question de savoir ce qui prime de la consommation ou de la production.*

Didier Migaud. - *Je connais vos propositions.*

Oui, le contrôle et l'évaluation sont importants, et la Cour peut y aider. Poursuivre l'endettement, même de façon maîtrisée peut être contreproductif en termes de croissance et si les collectivités territoriales contribuent à l'investissement, celui-ci n'a pas augmenté en 2009, les mesures du Gouvernement ayant eu essentiellement pour objet de faciliter la trésorerie des collectivités.

La situation est grave mais pas désespérée car la France a des atouts, madame Le Texier. La crise immobilière y a été moins forte et les conséquences de la crise financière y ont été moins sensibles. Nous avons des comptes transparents et fiables, grâce à la certification, ce qui peut contribuer à notre crédibilité. Le taux d'épargne privée est plutôt plus important que chez nos voisins et la démographie joue en notre faveur. Enfin, le modèle social a pu avoir des effets heureux lors de la récession. Préserver ces atouts contribue à un redressement qui est possible si l'on prend des mesures immédiates, continues, partagées et structurelles.

On peut partager le constat de messieurs Le Menn et Arthuis sur les hôpitaux qui ont un vrai problème de pilotage.

Rolande Ruellan. - *Nous traitons tous les ans de l'hôpital dans le rapport sur la sécurité sociale. Nous avons observé des poches de sous-productivité : il y a forcément des progrès à réaliser. Nous disposons d'outils*

comparatifs. Les établissements n'en sont pas moins des personnes morales et il y en a 1 100. La loi Hôpital patients santé et territoires devrait apporter des améliorations. Les comptabilités analytiques ne sont pas assez développées et la T2A, qui a un côté inflationniste, appelle des contrôles. Des hôpitaux perdent de l'argent faute de coder correctement. Or les tarifs sont fixés en fonction de l'enveloppe prévue. Nous avons bien entendu évoqué les Migac l'an dernier.

Jean Arthuis, président. - *Merci de cette audition stimulante. En présentant votre rapport, vous avez confirmé que la Cour assure pleinement sa mission d'assistance du Parlement, et tout particulièrement quand il veut exercer ses prérogatives de contrôle. Les prochains rendez-vous seront vivifiants car le vote sur le débat d'orientation budgétaire, s'il n'engage pas la responsabilité du Gouvernement, préfigure les lois pluriannuelles, avec un plafond de dépenses et un plancher de recettes pour tracer la trajectoire du retour à l'équilibre. Nous avons entendu vos observations. Le Gouvernement s'engagera sur les préconisations de M. Camdessus. Nous devrions avoir une autre attitude sur les lois de finances et contenir l'addiction pour les dépenses publiques comme la tentation de baisser les impôts. Nous sommes appelés à un partage équitable, avec 45 milliards de recettes supplémentaires et 45 milliards de dépenses en moins. Nous n'aurons pourtant franchi que la moitié du chemin vers l'équilibre.*

**Audition de Jean-Louis DEROUSSEN,
président du conseil d'administration,
et Hervé DROUET, directeur général,
de la Caisse nationale d'allocations familiales
(mardi 29 juin 2010)**

Réunie le mardi 29 juin 2010, sous la présidence de Muguette Dini, présidente, la commission procède à l'audition de Jean-Louis Deroussen, président du conseil d'administration, et Hervé Drouet, directeur général de la caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf), sur la situation des finances sociales, en prévision de la tenue du débat d'orientation sur les finances publiques.

Muguette Dini, présidente. - Par cette audition qui s'inscrit dans le cadre de la préparation du débat d'orientation des finances publiques, nous souhaitons évoquer la situation de la branche famille, qui devrait connaître en 2010 un déficit de 4 milliards d'euros, ainsi que le processus de certification des comptes du régime général. Pour la première fois depuis l'instauration de la certification, en effet, la Cour des comptes a validé les comptes de la branche famille, en raison des progrès accomplis dans les contrôles internes et les systèmes d'information.

Jean-Louis Deroussen, président du conseil d'administration de la Cnaf. - Le déficit attendu est effectivement de 4 milliards d'euros. En 2007, la branche était en excédent, en 2008, elle frisait l'équilibre mais avait déjà un solde négatif. En 2009, le déficit s'est établi à 1,8 milliard d'euros. On voit la pente sur laquelle nous sommes engagés... Les charges excèdent de 7 % les produits. La branche famille ne devrait pas structurellement se trouver en déficit mais la situation économique depuis fin 2008 se répercute sur le niveau des cotisations. De plus, la prise en charge de la majoration des pensions pour enfants atteindra 100 % en 2011. Davantage de personnes sollicitent les allocations versées sous condition de ressources, car leur revenu a chuté. Il y a des charges nouvelles à assumer, même si la montée en charge de la prestation pour jeune enfant, la Paje, est achevée. Je songe bien sûr aussi au revenu de solidarité active - l'allocation parent isolé (API) étant reprise dans le RSA.

La certification était attendue. La Cour des comptes, qui nous avait fixé un programme de travail, a reconnu que nous avons accompli des progrès significatifs, avec la création du répertoire national des bénéficiaires : la certification des numéros de sécurité sociale de 30 millions d'affiliés a donc pu se faire. Lorsque les numéros étaient départementaux, le risque de fraude était important, il suffisait de s'inscrire dans plusieurs caisses... Quelques difficultés d'immatriculation demeurent dans un certain nombre de cas. Mais nous avons des échanges avec l'administration fiscale,

comme avec Pôle emploi, afin de contrôler la situation des bénéficiaires. Aujourd'hui les prestations sont sécurisées.

La Cour a aussi demandé un audit interne plus consistant : il a été mis en place, mais il a fallu du temps pour recruter dix auditeurs de qualité. Le contrôle interne a été révisé et les projets informatiques ont été menés à bien. Les réserves de la Cour portent sur le contrôle interne et la liquidation des dossiers : le risque d'erreurs a été jugé encore trop important. Les Caf traitent les dossiers dans un délai court et les opérations de reliquidation ont révélé beaucoup d'erreurs. Mais celles-ci s'auto-détectent et se corrigent très facilement a posteriori et la Cour a été sensible à cet aspect des choses.

Les réserves concernent également la sous-estimation comptable des impayés et des rappels de prestations. Pour apprécier la véracité des comptes, la Cour demande que les droits ouverts sur un exercice donnent lieu à des versements sur le même exercice. Elle juge que les provisions pour créances impayées et celles pour dépréciation de prêts aux assurés sociaux ne sont pas correctement évaluées.

Nous allons poursuivre notre travail afin d'obtenir à nouveau, à l'avenir, la certification. Les agents se sont fortement impliqués dans cette tâche et ils ont été très satisfaits que nous recevions enfin l'aval de la Cour des comptes.

André Lardeux. - En tant que rapporteur pour la branche famille du projet de loi de financement, j'accueille comme une bonne nouvelle la certification, qui récompense le travail fourni. En revanche, le déficit de la branche est sinon une surprise, du moins une mauvaise nouvelle. Il va entraîner des frais financiers versés à l'agence centrale des organismes de sécurité sociale, l'Acoss : de quel montant ?

Compte tenu de la structure démographique et du taux de croissance de notre pays qui ne dépassera sans doute pas 2 % par an dans les années à venir, combien de temps faudra-t-il pour revenir à l'équilibre ? Et si la note financière de la sécurité sociale, qui reflète la qualité de sa signature d'emprunteur, venait à baisser, rendant plus difficile l'emprunt, dans quels domaines pourrait-on trouver des sources d'économies ?

Enfin, la gestion du revenu de solidarité active (RSA) pose-t-elle des problèmes ? Les relations avec les départements sont-elles bonnes ? La charge de travail supplémentaire, dans les caisses, est-elle absorbée sans difficulté ?

Alain Milon. - En tant que maire, j'ai reçu le président de la Caf du Vaucluse : il m'a affirmé que la politique d'action sociale allait se contracter. Quelles actions sont prévues l'an prochain ?

Marie-Thérèse Hermange. - Lorsqu'un projet de crèche exige des cofinancements, ceux-ci sont très difficiles à mobiliser au même moment. Vous avez procédé à une estimation des montants de dépenses engagées sans que l'investissement soit réalisé. Mais avez-vous fait des simulations pour savoir si

une aide aux collectivités orientée vers un mode de garde plus individuel ne coûterait pas moins cher qu'une crèche collective ? Quand trois mille enfants, dans une commune, sont en âge d'aller à la crèche, doit-on absolument offrir trois mille places ? Je suis persuadée qu'il vaut mieux moduler les prestations. A Paris, nous avons versé dans le XV^e arrondissement une prestation mensuelle - qui annonçait la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje) - de 700 à 2 500 francs, à l'époque, selon le revenu, pour la garde à domicile ; environ 985 familles, en un an, avaient perçu cette allocation, alors que jamais nous n'aurions pu créer, même en plusieurs années, 985 places de crèche dans ce quartier.

Je suis donc convaincue qu'en changeant le concept de crèche, notamment en modulant les horaires d'accueil, et en restaurant la fonction initiale des haltes-garderies, nous ferions faire des économies à la caisse.

Paul Blanc. - *Où en est la consommation des crédits du RSA ?*

Alain Vasselle, rapporteur général. - *Pour assainir nos finances, le Premier ministre a l'intention de raboter les niches fiscales, non plus de 5 mais de 8 milliards d'euros. Il a demandé aux présidents de caisse d'analyser les économies possibles. Avez-vous été sollicité en ce sens ? Quelles sont vos réflexions à ce sujet ? Des efforts ont été accomplis contre la fraude : y a-t-il encore des marges de manœuvre ? Il semble que le Gouvernement n'ait pas l'intention de revenir sur l'avantage fiscal lié à la garde à domicile. Le confirmez-vous ?*

Les dotations aux collectivités locales vont être bloquées ; or ce sont elles qui décident la construction de crèches. Allez-vous réduire votre budget sachant que l'on construit moins de crèches et que vous serez amenés à verser moins d'aides financières ?

Muguette Dini, présidente. - *Quel a été l'impact de la création du répertoire national des bénéficiaires (RNB) sur la fraude et les versements injustifiés ?*

Jean-Louis Deroussen. - *Comment faire des économies, me demandez-vous. Les recettes ne sont pas de notre ressort ; les dépenses sont légales et après la revalorisation des prestations, nos marges de manœuvre sont limitées... Il ne reste pas non plus grand-chose à réduire dans les coûts de gestion.*

Les dépenses d'action sociale figurent dans la convention d'objectifs et de gestion signée en 2009 avec l'Etat. Ces dépenses doivent augmenter de 7,5 % par an entre 2009 et 2012 et si le taux de progression en 2009 n'est que de 2,4 %, c'est en raison de la sous-consommation des crédits du fonds national d'action sociale - principalement parce que les collectivités ont construit moins de crèches et signé moins de contrats temps libre pour les jeunes que ce que l'on avait imaginé. Elles diffèrent leurs projets car le plan pluriannuel couvre une durée suffisamment longue - elles peuvent donc, malgré tout, espérer respecter leurs objectifs sur la période.

Il faut effectivement viser un accueil pour moitié individuel, pour moitié collectif. L'individuel est moins cher, mais certaines familles sont attachées à la socialisation précoce de l'enfant en crèche collective. Il nous faut proposer l'offre la plus diversifiée possible : crèches parentales, familiales, collectives. Les dotations du fonds national d'action sociale sont en augmentation significative. Celui-ci finance aussi, désormais, des actions en direction de la jeunesse, je songe au contrat enfance et jeunesse.

Hervé Drouet, directeur général de la Cnaf. - *La Cnaf supporte trois catégories de dépenses : les prestations légales, l'action sociale et la gestion administrative. Les prestations, surtout celles qui sont versées sous conditions de ressources, progressent. Mais aucune revalorisation des allocations familiales n'interviendra en 2010, pour « éponger » l'importante revalorisation qui a eu lieu début 2009. Les économies, en ce domaine, relèvent du législateur ou du Gouvernement.*

L'action sociale dépend en grande partie des collectivités locales. La progression des dépenses est plus modérée que les 7,5 % programmés, mais la création de places suit tout de même un rythme soutenu, avec 100 000 places en mode de garde collectif, 100 000 en individuel, car ce sont des programmes antérieurement décidés qui s'achèvent.

Quant à la gestion, la convention d'objectifs et de gestion est ambitieuse et impose un autofinancement. Des postes supplémentaires - 1 257 au total - ont été octroyés au titre du passage au RSA, mais ils ont été compensés par le non-remplacement d'un départ à la retraite sur deux, si bien que l'effectif est constant par rapport au début de la convention.

Je ne connais pas le montant des frais financiers - nous ne sommes pas habitués à en payer à l'Acoss... S'agissant du répertoire national, il est difficile de chiffrer l'effet qu'il a eu sur la fraude, mais je puis vous dire que l'usurpation d'identité n'est plus possible, et la multi-affiliation est en passe d'être éradiquée. Des progrès considérables ont été accomplis dans la gestion des allocataires : c'est principalement cela qui a emporté la décision de certification par la Cour des comptes.

Marie-Thérèse Hermange. - *Je souhaite vous présenter bientôt un concept de crèche sur lequel je travaille avec une association. Pourquoi la possibilité pour les collectivités de compléter la prestation individuelle légale ne figure-t-elle pas dans la convention d'objectifs et de gestion ? Pourquoi la caisse ne pourrait-elle pas aider la collectivité ?*

Alain Vasselle, rapporteur général. - *Une analyse financière comparée des modes de garde serait utile : si l'un se révèle moins onéreux que les autres, ne conviendrait-il pas de le favoriser ?*

Alain Gournac. - *La Cnaf poussera-t-elle à la constitution de crèches multi-accueil ? Les femmes qui gardent leurs enfants à la maison ont tout de même le droit de disposer d'un peu de temps pour elles. Il faut leur donner les moyens de vivre normalement.*

Muguette Dini, présidente. - C'était précisément le principe de la halte garderie.

Marie-Thérèse Hermange. - Oui, mais il a été dévoyé. Faut-il créer 40 000 places à Paris parce qu'il y a 40 000 enfants de moins de trois ans ? Impossible ! Il convient donc de moduler les aides. Une seule catégorie de la population a réellement le choix du mode de garde : celle qui en a les moyens financiers.

André Lardeux. - La Cour des comptes a repris dans son rapport une étude de la Cnaf sur les coûts comparés des modes de garde.

Anne-Marie Payet. - Nous développons à la Réunion les crèches bio, qu'il s'agisse de l'alimentation, des couches, mais aussi des bâtiments, certifiés de haute qualité environnementale. N'est-ce pas un exemple à suivre ?

Claude Jeannerot. - Quel est le coût de gestion du RSA pour la Cnaf ? Et le coût du contrôle ? Quel est votre point de vue sur la répartition des tâches entre département et Caf ? Comme président de conseil général, je trouve le partage des responsabilités bien complexe...

Jean-Louis Deroussen. - Le Haut Conseil de la famille s'est penché sur les besoins des familles et sur leurs préférences en matière de mode de garde. Tout dépend du milieu géographique - on ne demande pas une crèche de trente berceaux en pleine campagne - et des priorités valorisées par les collectivités locales. Il faut donc jouer sur la diversité, dans les limites du raisonnable, bien sûr. La création récente des maisons d'assistantes maternelles, à l'initiative du Sénat, est une nouvelle réponse, à la fois individuelle et collective. En effet, l'accueil est à la fois individuel, pour la famille, et collectif puisque plusieurs professionnelles peuvent accueillir simultanément une dizaine d'enfants, avec des normes moins contraignantes qu'en crèche.

Alain Gournac. - Oui, et c'est une bonne chose. Nous avons besoin d'un système multi-accueil, avec des places permanentes et des places ponctuelles, et une possibilité de surnombre à certaines heures de la journée, pour répondre aux besoins des parents. Un chômeur qui a rendez-vous pour un entretien d'embauche doit pouvoir trouver une place pour faire garder temporairement son enfant ! Il faut privilégier l'accès à l'emploi.

Hervé Drouet. - Nous essayons différentes formules, la Caf est à la disposition des collectivités pour travailler avec elles à définir la meilleure répartition, compte tenu des besoins des familles et des contraintes financières. Il y a des expérimentations de crèches bio, notamment outre-mer. Dans les Dom où la Caf verse une prestation de restauration scolaire, son versement est de plus en plus conditionné à la qualité des repas servis.

On compte 1 700 000 bénéficiaires du RSA, soit 1 300 000 pour le RSA socle, qui regroupe l'ancien RMI et l'allocation de parent isolé (API), et 400 000 bénéficiaires pour le RSA activité, pour un coût respectif de

6,4 milliards et de 600 millions d'euros. Quant aux relations entre les caisses et les départements, elles sont diverses, mais bonnes, me semble-t-il. L'instruction des dossiers de RSA est assurée par les Caf, par les centres communaux d'action sociale (CCAS), éventuellement, comme c'est le cas à Paris, ou par les départements, cela dépend. Il reste des progrès à accomplir sur les flux d'information des caisses aux départements. Les informations sont parfois trop nombreuses et ne se recoupent pas toujours ; elles sont parfois difficiles à comprendre. Nous travaillons avec le ministère de la jeunesse et des solidarités actives, qui a créé un groupe de travail sur la simplification du RSA.

Claude Jeannerot. - *Et combien coûte la gestion du RSA ?*

Hervé Drouet. - *En 2009, elle a été conforme à l'enveloppe prévue, de 100 millions d'euros.*

Muguette Dini, présidente. - *Est-elle différente du coût de gestion du RMI ?*

Hervé Drouet. - *En 2009, oui, en raison du basculement, qui exigeait une campagne d'information et de communication, des tests d'éligibilité, la création de plates-formes, etc. En gestion ordinaire, le coût reste aussi plus élevé car l'instruction du dossier exige une collecte beaucoup plus approfondie des données socioprofessionnelles, utile pour faciliter l'insertion sociale et professionnelle.*

**Audition de Patrice RACT-MADOUX,
président du conseil d'administration
de la Caisse d'amortissement de la dette sociale
(mardi 29 juin 2010)**

Puis la commission procède à l'audition de Patrice Ract-Madoux, président du conseil d'administration de la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), sur la situation des finances sociales, en prévision de la tenue du débat d'orientation sur les finances publiques.

Patrice Ract-Madoux, président du conseil d'administration de la Cades. - Depuis sa création en 1996, on a demandé à la Cades, à l'occasion de lois successives, de reprendre environ 134 milliards d'euros de dette : elle en a amorti plus de 40 ; à la fin de 2009, il lui restait une dette de 92 milliards. Ce processus s'est déroulé dans un cadre législatif progressivement amélioré : la Cades avait en effet été créée par une simple ordonnance, modifiée, année après année, par les lois de financement de la sécurité sociale et d'autres textes législatifs qui ont accru considérablement le montant de la dette qui lui était confiée. Le terme de la caisse qui, à l'origine, devait intervenir avant la fin de 2009, avait été porté, en 1998, à 2014. Or, la loi de 2004 sur l'assurance maladie a prévu - je caricature à peine son texte - qu'elle terminerait sa mission quant elle l'aurait finie ! Dès 2005, les parlementaires, raisonnables par nature, ont rappelé le Gouvernement à l'ordre, lui faisant valoir qu'il serait bon d'être un peu plus précis. Un article de la loi organique d'août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale dispose donc que tout nouveau transfert de dette à la Cades doit désormais être accompagné d'une augmentation de ses ressources suffisante pour ne pas accroître sa durée de vie. Celle-ci est calculée par la caisse et présentée régulièrement à son conseil d'administration et au Parlement. Aujourd'hui, l'échéance probable d'amortissement intégral de la dette est 2021 : la caisse a une chance sur deux d'avoir achevé sa mission cette année là, mais 5 % de chances de l'avoir terminée en 2020 et 5 % de risques que ce soit après 2023.

Cet article de la loi organique a bien été respecté pour la reprise de la dette votée dans la loi de financement pour 2009. On m'avait alors demandé le niveau de la ressource à prévoir pour la reprise de tranches de 10 milliards de dette. Le Gouvernement entendant faire reprendre 27 milliards à la caisse, le « tarif » correspondait à une majoration de 0,189 point de CRDS. Le Gouvernement s'est alors livré à une première interprétation de la loi organique en optant pour un abondement de 0,2 point de CSG à la Cades, prélevé sur les ressources jusqu'alors affectées au fonds de solidarité vieillesse (FSV). Nous avons considéré à l'époque que l'esprit de l'ordonnance organique avait été respecté et que la durée de vie probable de la caisse restait inchangée.

La Cades a donc 92 milliards de dettes à amortir, les dernières ayant été reprises fin 2008/début 2009 pour un montant de 27 milliards dont 10 milliards en provenance de la Cnav ; elle a également repris le déficit du FSV dont les ressources ont été dans le même temps amputées.

Alain Vasselle, rapporteur général. - *La Cades, dites-vous, n'a qu'une chance sur deux de disparaître en 2021. Je m'attendais à plus. Comme elle a cinq chances sur cent de le faire en 2020 ou 2023, c'est donc que le glissement ne peut être que de quelques mois et non de plus d'une année.*

Patrice Ract-Madoux. - *Nous faisons tourner un modèle qui décline huit mille trajectoires différentes de taux, de croissance, d'inflation... Si le terme arrive en 2021, une seule trajectoire aura été la bonne. Une chance sur deux de finir en 2021 signifie que la trajectoire médiane n° 4000 conduit à une extinction en 2021. Cinq pour cent de chances de terminer en 2020 signifie que la 400^e trajectoire est la bonne. Le même pourcentage pour 2023 signifie que c'est la 400^e plus mauvaise trajectoire qui sera vérifiée. Il y en a de plus mauvaises encore mais elles ont peu de chances de se réaliser.*

Alain Vasselle, rapporteur général. - *La loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale de 2005 prévoit qu'aucune dette ne peut être transférée à la Cades sans lui affecter parallèlement des ressources permettant son extinction à la date prévue, c'est-à-dire en 2021. Quel est le niveau des recettes qui devraient être accordées à la Cades en cas de transfert des déficits cumulés du régime général et du FSV à la fin de 2010 ? Quel serait le coût supplémentaire si cette reprise de dette n'intervenait qu'à la fin de 2011 ? Quelle est la date à partir de laquelle les transferts de dette deviendront quasiment impossibles en l'absence de report de la date d'extinction de la Cades ?*

Patrice Ract-Madoux. - *La réponse à votre première question découle de l'application normale de la loi organique : comme les fois précédentes, la reprise se réaliserait à un « tarif » qui est l'augmentation de la CRDS nécessaire pour que la Cades reprenne les déficits accumulés sans changer le terme de 2021. Ce « tarif » augmente chaque année. Il y a trois ans, il était de 0,07 point de CRDS par tranche de 10 milliards. Il y a deux ans, le « tarif » était de 0,077 point, ce qui aurait donné une augmentation de CRDS de 0,189 point pour les 27 milliards qui devaient être repris. Pour 2011, le « tarif » serait de 0,085 point par tranche de 10 milliards : une reprise de 60 milliards exigerait une augmentation de CRDS de six fois 0,085, soit 0,51 point. Il faudrait donc que le Gouvernement propose au Parlement de faire passer la CRDS de 0,5 % à 1,01 %.*

Alain Vasselle, rapporteur général. - *Lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, la commission avait proposé d'augmenter légèrement la CRDS pour permettre la reprise d'une partie des déficits de 2009, mais le Gouvernement s'est opposé à cette suggestion. Quel serait le « tarif » d'une reprise à la fin de l'année 2011 ?*

Patrice Ract-Madoux. - Le « tarif » atteindra alors 0,095 point par tranche de 10 milliards.

Alain Vasselle, rapporteur général. - Et à partir de quelle date les transferts de dette deviendront-ils impossibles ?

Patrice Ract-Madoux. - Le mécanisme de la loi organique est fait pour que, à partir d'un moment donné, la reprise de la dette coûte trop cher en ressources. S'il était envisagé, en 2021, de faire reprendre 10 milliards de dette par la Cades, il faudrait lui apporter en ressources ces 10 milliards et, en plus, les intérêts de l'année. Cela n'aurait aucun intérêt. Pour cette raison, le mécanisme se bloquera vers 2015/2016.

Alain Vasselle, rapporteur général. - Il est aujourd'hui question d'utiliser les recettes et les actifs du fonds de réserve des retraites (FRR) pour participer au remboursement de la dette sociale. Comment envisagez-vous le fonctionnement de ce dispositif et avez-vous déjà établi des projections chiffrées ? Sera-t-il possible d'isoler les ressources provenant du fonds de réserve pour qu'elles ne financent que le remboursement des dettes relevant de la branche vieillesse ? A quel rythme pourrait être utilisé le fonds de réserve dans une telle hypothèse ?

Patrice Ract-Madoux. - Dans le dossier de presse présentant les orientations détaillées de la réforme des retraites, le ministre Eric Woerth a avancé l'idée d'apporter les actifs du FRR à la Cades pour lui permettre de reprendre les dettes de l'assurance-vieillesse jusqu'en 2018. La caisse bénéficierait également de la dernière ressource permanente de ce fonds, constituée d'une partie du prélèvement social de 2 % portant sur les revenus du patrimoine et les produits de placement, ce qui représente environ 1,4 milliard chaque année.

Une fois que la loi de financement pour 2011 aura été votée, je souhaite, en tant que président du conseil d'administration de la Cades, pouvoir expliquer à l'extérieur - c'est à-dire aux investisseurs et aux agences de notation, dont j'espère qu'elles continueront à nous attribuer un triple A - que la caisse présentera exactement la même fiabilité qu'actuellement. La caisse est un établissement public administratif français doublement protégé. Il est tout d'abord protégé, par son ordonnance de création, dont l'article 7 dispose que, en cas de ressources insuffisantes, le Gouvernement s'engage à demander au Parlement de lui attribuer des ressources supplémentaires. La caisse est aussi protégée par le Parlement - à travers son conseil de surveillance, dont sont membres plusieurs parlementaires, et grâce à la garantie apportée par la loi organique. Il faudra vérifier, quand le Gouvernement aura fait connaître le détail des mesures qu'il envisage, si en ajoutant les ressources nouvelles transférées à la Cades et celles qui arriveraient du FRR, la caisse sera, début 2011, aussi solide qu'auparavant, même si elle reprend 50 ou 60 milliards de dettes.

Alain Vasselle, rapporteur général. - Pour apprécier le déficit prévisionnel de la branche vieillesse entre 2012 et 2018, il faudrait donc connaître en amont d'éventuelles modifications de la loi organique, le contenu du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, de la loi réformant les retraites et, enfin, des recettes ou des moindres dépenses attendues de cette réforme. Le supplément de 1,4 milliard en provenance du FRR financera-t-il la totalité des déficits cumulés en 2009, 2010 et 2011 ?

Patrice Ract-Madoux. - Ce supplément de 1,4 milliard - qui doit augmenter - sera perçu jusqu'en 2021. Une partie sera donc perçue plus tard que le déficit constaté. Tout dépend du montant de la dette qui sera à reprendre sur les retraites non seulement au titre des années 2009 à 2011, mais surtout au titre des années 2012 à 2018. Je ne sais pas actuellement ce que le Gouvernement vous présentera.

Alain Vasselle, rapporteur général. - Cela signifie qu'il ne faut pas engager de réforme qui implique la Cades avant le vote de la loi sur les retraites.

L'hypothèse d'un report de la date d'extinction de la Cades a été mentionnée par la Cour des comptes dans son rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques. Selon quelles modalités ce report pourrait-il être envisagé : abandon de toute échéance, report de quelques années, fixation d'une durée d'amortissement pour les nouvelles dettes reprises ? Ce report peut-il avoir des effets sur les conditions d'émission de la Cades et est-il concevable sans attribution concomitante de ressources à la caisse ?

Patrice Ract-Madoux. - Votre dernière hypothèse est pour moi une des plus horribles. Si la Cades devait reprendre 60 milliards de dette au début de 2011 et que le verrou de 2021 posé par la loi organique ait disparu, le terme passerait à 2030... Même si la loi organique devait être modifiée pour autoriser une reprise de dette sans ressources nouvelles, il serait souhaitable de conserver ce cadre organique afin que la nouvelle date d'extinction soit pour l'avenir couverte par le texte imposant que les transferts de dettes soient accompagnés des ressources nécessaires. Il ne paraît pas vraisemblable que le Gouvernement ait l'intention de faire abandonner purement et simplement le principe du nécessaire transfert de ressources en cas de transfert de dettes. C'est sans doute pourquoi il a prévu d'apporter à la caisse les actifs du FRR, ainsi que - si j'en crois Les Echos de ce matin - diverses ressources issues du raboutage de certaines niches fiscales. Il semble que le Gouvernement est en train de rechercher des ressources susceptibles d'être attribuées à la Cades.

Guy Fischer. - Compte tenu de la situation que vous décrivez et de l'importance de la dette sociale, le Gouvernement devrait en prendre en charge une partie. Mais, de toute évidence, il n'est pas question de revenir ni sur les niches, sociales ou fiscales, ni sur le bouclier fiscal et c'est pourquoi nos concitoyens éprouvent un sentiment de grande injustice et ne voient se dessiner que trois solutions : augmenter la CRDS, prolonger la vie de la

Cades ou aller à la recherche de quelques taxes additionnelles et autres ressources de poche. Croyez-vous en une reprise de la croissance et de l'emploi qui permettrait de réduire les déficits ? Par ailleurs, pour quelle raison semblez-vous éliminer la CSG parmi les ressources susceptibles de vous être transférées ? J'ai le sentiment que vous privilégiez le recours à la CRDS, et j'en connais les raisons puisque cette contribution a une assiette plus large et un taux plus faible.

André Lardeux. - *Si j'ai bien compris, nous allons déposer le bilan dans peu de temps ! Mécaniquement, il y aura entre 2012 et 2016, 75 milliards de dettes supplémentaires. La Cades ne pourra pas les reprendre, compte tenu de sa date prévisionnelle d'extinction. Dès lors, on ne pourra que prolonger son existence ad vitam aeternam, c'est-à-dire qu'on rétablira la dette perpétuelle du XIXe siècle : c'est une solution, mais il conviendrait d'avertir les citoyens qu'ils devront payer éternellement les dettes de leurs ancêtres. Que se passerait-il si la note attribuée par les agences à la Cades se dégradait ?*

Colette Giudicelli. - *Pour reprendre 60 milliards de dette, il faudrait, dites vous, augmenter de 0,51 point le taux de CRDS. Combien cela représente-t-il d'euros par personne ?*

Alain Vasselle, rapporteur général. - *Si le Gouvernement envisageait de prolonger la vie de la Cades, seriez-vous favorable à l'introduction dans la loi organique d'une clause de revoiyure, laquelle permettrait, dès le retour de la croissance, d'augmenter la CRDS pour en revenir au terme initialement prévu de 2021 ? Serait-ce réaliste ? Et qu'en penseraient les marchés ?*

Patrice Ract-Madoux. - *Je voudrais préciser au président Fischer que c'est par souci de simplification que je fais tous mes calculs en CRDS ou en équivalents-CRDS, dès lors que cette contribution a pour vocation le règlement de la dette sociale. Mais je n'ai rien contre la CSG dès lors que les ressources correspondent aux besoins. Le seul problème, c'est qu'actuellement, cette cotisation sert à autre chose qu'au remboursement de la dette sociale. Mais son affectation à la Cades me convient. Je trouverais cependant dommage qu'on prélève cette fraction sur d'autres destinataires à qui elle manquerait. La CSG, comme la CRDS, comme les actifs du FRR sont des ressources que je convertis toutes en équivalents CRDS parce qu'il s'agit de la recette initialement prévue pour rembourser la dette sociale...*

En ce qui concerne la réponse économique, je ne suis pas devin mais je constate, depuis le début de l'année, que la ressource CRDS progresse de nouveau, ce qui démontre que la masse salariale évolue de la même manière.

Si la date d'extinction de la Caisse est modifiée d'ici la fin de l'année, à partir de 2011, elle émettra des emprunts qui iront jusqu'au nouveau terme prévu, 2025 par exemple. Nous mentionnons dans les contrats, comme nous le faisons actuellement, les dispositions de la loi organique au moment de l'émission, prévoyant une date de fin de la Cades. Il serait vraiment difficile d'expliquer aux agences et aux prêteurs l'existence d'une

clause de revoyure qui permettrait au Parlement de raccourcir la durée de vie de la caisse. Ce serait là une complication supplémentaire. Si tout se passe bien, si les ressources de CRDS croissent rapidement, la durée de vie de la Cades pourrait se réduire sans qu'aucune intervention parlementaire soit nécessaire.

Pour répondre au sénateur André Lardeux, je parle rarement aux agences de notation et aux investisseurs d'un dépôt de bilan de la Cades et je leur dis que, quoi qu'il en soit, les prêteurs seront remboursés : l'article 7 de l'ordonnance de création de la caisse et la loi organique obligent le Gouvernement à demander au Parlement des ressources suffisantes pour la caisse. Celle-ci ne court donc aucun risque de dépôt de bilan.

Si sa note baissait et passait à AA, elle emprunterait tout simplement plus cher : les taux d'emprunt de la Grèce ont été portés de 3 % à 10 % et ceux des emprunts à dix ans de l'Espagne ou de l'Italie de 3 % à 4,5 %. Le coût du financement augmenterait et nous mettrions plus longtemps à rembourser.

Le supplément de versement individuel résultant d'une augmentation du taux de CRDS dépend évidemment des revenus de chacun. C'est effectivement la contribution la plus indolore car son taux actuel, 0,5 %, est très inférieur aux 7,5 % de la CSG. Même en la doublant, elle ne s'élèverait donc qu'à 1 % du revenu : l'impact de cette mesure serait donc très variable en fonction des revenus.

**Audition de Pierre MAYEUR, directeur,
et Pascale ROBAKOWSKI, agent comptable,
de la Caisse nationale d'assurance vieillesse
(mardi 29 juin 2010)**

La commission procède ensuite à l'audition de Pierre Mayeur, directeur, et Pascale Robakowski, agent comptable de la caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav), sur la certification des comptes de la caisse.

Muguette Dini, présidente. - Bien que notre Mecss nous tienne bien informés des comptes de la Cnav, et que nous nous préparions à entendre bientôt la présidente de cette caisse dans le cadre du prochain projet de loi sur les retraites, nous avons souhaité obtenir des informations sur la certification des comptes de la branche vieillesse. En effet, la Cour des comptes, pour la deuxième année, n'a pas certifié les comptes de la Cnav, estimant qu'ils comportaient des risques d'erreur dans l'enregistrement comptable des prestations légales et que les contrôles internes étaient insuffisants pour garantir contre des erreurs dans la liquidation des pensions. Qu'en est-il ?

Pierre Mayeur, directeur de la Cnav. - Pour la deuxième année consécutive en effet, la Cour des comptes n'a pas certifié les comptes de la branche vieillesse, nous en sommes les premiers déçus. Les reproches de la Cour ne visent ni la sincérité, ni la fidélité de nos comptes à notre activité et à notre patrimoine, mais des défauts dans leur régularité. Nous avons reçu la certification en 2006 et 2007, nous la perdons ensuite : la logique de certification est parfois déroutante, mais je la crois utile et elle nous pousse à faire plus de progrès.

Je ferai trois observations liminaires, avant de répondre à vos questions.

D'abord sur le risque financier : il est résiduel. La branche vieillesse vient de faire face au « papy-boom » et a vu, en quelques années, le flux de liquidations des retraites augmenter de moitié pour passer de 460 000 à 700 000, ce qui représente un choc d'ampleur industrielle ; elle a dû s'adapter au changement de son environnement législatif et réglementaire, avec la mise en œuvre rapide de la loi du 21 août 2003, alors que les règles n'avaient guère évolué depuis de nombreuses années.

Dans ce contexte, le risque d'erreurs pour 2009 porte sur 7,56 % du nombre de nouveaux retraités et le montant cumulé des erreurs est évalué à 0,78 % du montant des droits nouveaux comptabilisés pour l'année. Nous mettons tout en œuvre pour limiter ce risque, mais il me semblait important d'en dire qu'il est résiduel.

Deuxième observation, il faut compter avec le décalage temporel entre l'exercice annuel de certification et la réforme pluriannuelle que nous avons entreprise. Nous devons séquencer le changement de nos logiciels informatiques, car tout ne peut se faire dans la même année. Nous respectons le calendrier annoncé, mais la Cour nous reproche, par exemple, que le nouveau mode de traitement des paiements ne soit opérationnel qu'en 2012 alors que telle était bien notre échéance initiale.

Les mécanismes que nous mettons en place nécessitent des études préalables et des ajustements. C'est le cas du référentiel unique national de la maîtrise des risques, des procédures de supervision du contrôle et du plan de lutte contre la fraude.

Enfin, nous sommes tenus par d'autres obligations, en particulier celles de la convention d'objectifs et de gestion (COG). Nous avons par exemple l'obligation de réviser les droits. Nous avons corrigé les données erronées en 2010 : l'erreur porterait sur 3 168 euros... La Cour des comptes nous demande de réviser les droits, mais l'enjeu financier vaut-il qu'on y passe du temps ?

Dominique Leclerc, rapporteur pour la branche vieillesse. - *Nous entendons avec intérêt votre plaidoyer, qui vient contrecarrer les effets négatifs de l'annonce de la non-certification des comptes. Le nombre de pensions augmente et ce que l'on constate, c'est que la démarche de certification, nécessaire mais difficile à appréhender, n'est pas directement associée à une amélioration de la qualité de service. Quant à l'enjeu financier, s'il s'agit de 0,78 %, c'est effectivement peu.*

Comment ces risques d'erreur ont-ils évolué dans le temps et quel rôle a pris la convention d'objectifs et de gestion ?

Quid, ensuite, du traitement des périodes assimilées à du chômage et non signalées par Pôle emploi, qui constituent en effet des erreurs inacceptables ?

Enfin, quel traitement des carrières longues, pour lesquelles le Parlement avait pris des mesures spécifiques ?

Pierre Mayeur, directeur. - *Une précision sur les chiffres : s'il y a eu, en 2009, 7,56 % de cas de liquidation où des erreurs ont affecté le montant de la pension, dans 30 % de ceux-ci l'erreur portait sur un montant inférieur ou égal à 10 euros.*

Les erreurs cumulées représentent au maximum 0,78 % non pas des 100 milliards de pensions versées par la Cnav chaque année, mais des 3,5 milliards versés aux nouveaux retraités en 2009. Et les erreurs peuvent aller dans les deux sens, au bénéfice ou au détriment du retraité : la Cour des comptes le précise, dans une note en bas de page.

Par la convention d'objectifs et de gestion, signée le 6 avril 2009, la Cnav s'est engagée notamment à être proactive dans la mise en œuvre des textes réglementaires nouveaux sur les retraites, à inciter à l'emploi des seniors, à renforcer son offre de service, de conseil et l'information inter-régimes. Le chapitre 4 porte explicitement sur la maîtrise des risques, je laisse Pascale Robakowski vous présenter ce qui constitue notre programme en cette matière pour les années 2009 à 2013.

Pascale Robakowski, agent comptable de la Cnav. - *Ce chapitre 4 consacré à la maîtrise des risques est une nouveauté, que l'on doit pour bonne partie à l'initiative de la caisse.*

Il vise d'abord à rénover notre politique et nos outils de la maîtrise des risques. La Cour des comptes a souligné que notre référentiel de contrôle interne datait un peu, qu'il fallait l'adapter davantage à la gestion des risques actuels. Nous avons entrepris de le rénover, pour élaborer un référentiel unique, en fédérant différentes démarches de maîtrise des risques et en l'articulant avec le système d'information aussi bien qu'avec le plan de lutte contre la fraude. Nous en sommes à la phase de généralisation.

Deuxième axe, la fiabilisation des données. C'est le cas de figure des périodes assimilées au chômage, où nous devons nous assurer que les données communiquées par Pôle emploi correspondent à nos critères pour le calcul des carrières ; même chose pour les données que nous recueillons auprès de l'assurance maladie ou de la branche famille.

Nous renforçons également les audits de la branche, avec une fonction de pilotage pour la Cnav, qui anime un comité national d'audit et un comité stratégique de la maîtrise des risques, et des moyens d'audit supplémentaires pour les caisses régionales.

Enfin, nous renforçons la politique de prévention et la lutte contre la fraude, en créant de nouveaux outils pour la détecter.

Pierre Mayeur, directeur. - *Les erreurs de calcul liées aux périodes assimilées au chômage tiennent à ce que l'Unedic a accordé un trimestre de chômage dès le premier jour de l'indemnisation, alors que le seuil réglementaire ne prévoit de le comptabiliser qu'à partir de cinquante et un jours. Le décalage vaut pour les années 1993 à 2007 : fallait-il recalculer toutes les carrières, en analysant mieux les chiffres de l'Unedic ? En fait, les statistiques des années 1993 à 2004 se sont avérées trop incertaines, donc inutilisables, et nous avons entrepris de recalculer les carrières, avec l'autorisation de la direction de la sécurité sociale, pour les seules années 2004 à 2007.*

Sur les 3,5 milliards de nouvelles pensions versées en 2009, l'impact maximal de ces erreurs liées aux périodes assimilées au chômage est évalué à 35 millions. Mais, sachant que des trimestres surnuméraires peuvent être « compensés » par des périodes de chômage non indemnisées ou non enregistrées, l'impact réel serait plutôt de moitié, autour de 17 millions.

Nous avons aussi lancé une enquête pour régulariser les carrières longues en cas de fraude ou d'exagération. Nous constatons que la moitié des présomptions de fraude ou d'exagération sont avérées, donnant lieu à des annulations de rachat d'annuités : à l'inverse, 40 % ne sont pas confirmées.

Guy Fischer. - *Je me réjouis de vous entendre, par les chiffres même, prendre le contre-pied d'une véritable campagne de dénigrement contre l'assurance-vieillesse et la fraude dont elle ferait l'objet !*

Alain Vasselle. - *Vous exagérez un peu...*

Guy Fischer. - *Non ! Nous n'entendons parler que de fraude à l'assurance vieillesse, mais le directeur de la Cnav nous confirme la faible ampleur du phénomène. Nous sommes favorables à la poursuite des abus, mais il faut être précis sur leur portée et ne pas cacher qu'ils concernent tous les milieux sociaux.*

Monsieur le directeur, comment vos moyens d'actions ont-ils évolué ? Vous faites face à ce qu'on appelle malencontreusement « l'industrialisation » des régimes de retraite, avec l'augmentation du nombre des pensionnés. Mais vos moyens d'information, d'action et de contrôle ne se trouvent-ils pas rabetés sous les coups de la révision générale des politiques publiques (RGPP), des réductions des effectifs et de la convention d'objectifs ? Ces réductions de moyens vous paraissent-elles occasionner des erreurs de gestion, ou bien encore conduire à une déshumanisation ?

Enfin, alors que les retraites ont été augmentées de 0,9 % au 1^{er} avril dernier, quelles sont vos perspectives de ressources dans les années à venir ?

Paul Blanc. - *Vous le prenez pour Mme Soleil !*

Alain Vasselle, rapporteur général. - *Le nombre de bénéficiaires du minimum vieillesse diminue chaque année. Ce minimum étant versé par le fonds de solidarité vieillesse (FSV), y a-t-il une chance que la Cnav se voie attribuer les sommes non versées par ce fonds, ce qui éviterait qu'il serve de variable d'ajustement à l'assurance maladie ?*

Avez-vous évalué le déficit de la branche vieillesse pour les années 2011-2018, compte tenu de la réforme projetée des retraites ? C'est en effet en 2018 que la branche est censée revenir à l'équilibre, et, dans cette attente, les déficits devraient être repris par la Cades grâce aux ressources et aux actifs du fonds de réserve pour les retraites (FRR). Ces ressources nouvelles seront-elles suffisantes pour couvrir les déficits de la période concernée ?

Quid de vos marges de productivité supplémentaires, pour de nouvelles économies de gestion ?

Enfin, vous dites que la part de 0,78 % d'erreurs financières, en masse, cumule les erreurs au bénéfice et celles au détriment de la caisse : à combien estimez-vous donc les pertes réelles ?

Pascale Robakowski, agent comptable. - *Elles sont évaluées à 0,008 % des nouvelles pensions distribuées en 2009, soit quasiment rien.*

Alain Vasselle, rapporteur général. - Si c'est si peu, pourquoi la Cour des comptes ne certifie-t-elle pas vos comptes ? Lui avez-vous présenté vos arguments avec le ton qui sied à la rue Cambon ?

Guy Fischer. - Ça s'appelle chercher la petite bête !

André Lardeux. - La loi de 2003 permet de cumuler une retraite et un salaire : combien de retraités utilisent-ils cette possibilité ? On a signalé des abus, sinon illégaux du moins moralement répréhensibles, de responsables d'entreprise salariés qui liquident leur retraite à soixante ans, pour se faire immédiatement réembaucher dans leur entreprise, à un autre poste ou comme consultants : ce genre de pratiques crée quelques remous...

Dominique Leclerc. - La certification exige la fidélité des informations communiquées, mais aussi leur traçabilité. Comment vous assurez-vous que les données transmises par Pôle emploi correspondent à vos critères ?

Ensuite, quel est l'impact financier des carrières longues ?

Pierre Mayeur, directeur. - La branche vieillesse a obtenu des moyens supplémentaires lors de la convention d'objectifs et de gestion de 2002-2005, pour faire face au « papy-boom », étant entendu que ce supplément de moyens serait temporaire.

Guy Fischer. - Encore des CDD !

Pierre Mayeur, directeur. - Non, les renforts ont été recrutés en CDI. La convention d'objectifs et de gestion pour 2005-2008 a maintenu les moyens, et c'est avec celle de 2009-2012 que, conformément à ce qui était prévu, la branche rend des effectifs, participant en cela au mouvement général dans la fonction publique. Cependant, notre taux de remplacement se situe entre la moitié et les deux tiers.

Quelles conséquences sur la qualité de service et la fiabilité des liquidations ? Nous renforçons les contrôles et nous avons même créé l'an passé quarante emplois nationaux pour épauler les caisses régionales dans la lutte contre la fraude.

Le président Fischer m'interroge sur l'évolution de nos recettes : je regrette de n'être pas devin !

Le nombre de pensionnés au minimum vieillesse diminue effectivement, mais les économies pour le fonds de solidarité vieillesse sont compensées par la revalorisation de 25 % du minimum vieillesse entre 2007 et 2012. L'avant-projet de loi sur les retraites élargit le bénéfice du minimum vieillesse, par la prise en compte du capital de l'exploitation agricole. Le FSV est donc encore loin de pouvoir abonder la Cnav...

S'agissant des prévisions de comptes pour 2011-2018, il est difficile de se prononcer car nous ne maîtrisons pas nos recettes et notre modèle Prisme évalue seulement l'impact des mesures sur les dépenses. Il est difficile de dire si les ressources et actifs du FRR suffiront à couvrir les déficits jusqu'en 2018.

Alain Vasselle, rapporteur général. - *Aura-t-on ces chiffres au moment de voter la loi sur les retraites ?*

Pierre Mayeur, directeur. - *C'est au Gouvernement de le prévoir.*

Pascale Robakowski, agent comptable. - *La totalité du capital du FRR n'est pas disponible pour équilibrer avant l'échéance les comptes de la retraite : la soulte destinée à compenser l'adossement des industries électriques et gazières doit être conservée pour sa destination initiale.*

Pierre Mayeur, directeur. - *S'agissant des frais de gestion, je crois que nous avons déjà beaucoup fait pour les réduire dans la branche vieillesse et que nous aurons besoin de toutes nos ressources pour développer l'information et de conseil en vue de personnaliser la retraite : nous comptons proposer, dès 2013, un entretien d'une heure à chaque assuré pour l'informer de ses droits à la retraite, ceci dans tous les régimes.*

La loi de financement pour 2009 a libéralisé totalement le cumul emploi-retraite, autorisé déjà en 2003. Je suis informé d'abus par la presse, sans savoir le nombre de cas. Nous savons seulement que le cumul augmente, et que 7 % des personnes qui ont liquidé leur retraite en 2007 ont exercé une activité en 2008 mais nous n'en connaissons pas la durée.

Pascale Robakowski, agent comptable. - *Le nombre de cumuls augmente effectivement mais sans exploser.*

Pour ce qui concerne les erreurs de calcul, je vous confirme qu'elles représentent en valeur absolue 0,78 % des pensions nouvelles versées en 2009 mais en valeur relative, comme les erreurs vont dans les deux sens, elles s'annulent pour partie et la charge réelle pour les comptes est évaluée à 0,008 % des nouvelles pensions.

La certification des comptes exige que les comptes soient sincères, réguliers et donnent une image fidèle de l'activité et du patrimoine de la caisse. La Cour des comptes n'a pas mis en cause la sincérité ni la fidélité de nos comptes, ses réserves portent seulement sur la régularité, et elle souligne que nos contrôles internes ne permettent pas suffisamment de maîtriser les erreurs. La Caisse estime qu'en tant qu'entreprise de service public, nous devons appliquer à la lettre les lois et règlements qui déterminent le montant des pensions.

Il existe trois référentiels propres à la branche vieillesse : le système national de gestion des identifications, le système national de gestion des dossiers et le système national de gestion des carrières. Au terme d'un audit approfondi, la Cour des comptes n'a rien trouvé à redire aux deux premiers

systemes, et c'est seulement pour le troisième qu'elle a fait des remarques sur la question des périodes assimilées chômage.

C'est pourquoi nous reprenons désormais la maîtrise des données qui nous sont transmises. Depuis 2008, Pôle emploi nous communique les périodes de chômage de date à date, et c'est nous qui les convertissons en annuités pour le calcul des retraites. Nous allons faire de même avec les éléments que nous adressent la branche famille, la branche maladie et nos autres partenaires.

Enfin, le conseil d'administration de la Cnav s'est prononcé pour que la caisse réalise un audit externe, auprès de nos partenaires, pour vérifier la qualité des informations qu'ils transmettent.

Pierre Mayeur, directeur. - L'application stricte de la réglementation ne va pas toujours sans contradictions. La Cour des comptes, par exemple, en nous demandant des révisions, nous reproche de ne pas avoir de procédure automatisée pour prendre en compte les éléments utiles au calcul de la retraite mais qui ne seraient pas disponibles au moment où le déclarant liquide sa retraite : prenons la cas d'un salarié qui part en retraite en juin, sans connaître le montant de la prime qui lui sera versée en fin d'année seulement, et pour autant que cette prime ait une incidence sur le calcul de la retraite. De fait, si ce retraité ne nous déclare pas sa prime, nous ne la prenons pas en compte automatiquement. Ce serait différent si le calcul était cristallisé au jour de la liquidation, mais ce ne sont pas les règles actuelles et les modifier relève de la compétence du Gouvernement et du Parlement.

Alain Vasselle, rapporteur général. - Quelles évolutions des règles vous seraient donc utiles, pour que vos comptes soient plus facilement certifiés ?

Pascale Robakowski, agent comptable. - Nous avons lancé une nouvelle ingénierie de notre contrôle interne. Nous procédions jusqu'à présent par une revue régulière des chiffres, nous passons désormais à un nouveau référentiel de la gestion des risques, en cartographiant les processus et les actions de maîtrise : cet outil devrait être opérationnel dès cette année. Ensuite, nous avons réalisé qu'il fallait mieux coordonner l'action de l'ordonnateur et du comptable. Ce sera l'objet d'un protocole de qualité, avec une revue régulière des constats d'erreurs.

**Audition de Pierre BURBAN, président du conseil d'administration,
Pierre RICORDEAU, directeur,
Alain GUBIAN, directeur financier,
et Benjamin FERRAS, directeur de cabinet,
de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale
(mercredi 30 juin 2010)**

Réunie le mercredi 30 juin 2010, sous la présidence de Muguette Dini, présidente, la commission procède à l'audition de Pierre Burban, président du conseil d'administration, Pierre Ricordeau, directeur, Alain Gubian, directeur financier, et Benjamin Ferras, directeur de cabinet, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss), sur la situation des finances sociales, en prévision de la tenue du débat d'orientation sur les finances publiques.

Pierre Burban. - Avant d'évoquer la gestion de trésorerie de l'Acoss, il est utile de préciser que l'agence a signé le 19 mars 2010 une nouvelle convention d'objectifs et de gestion avec l'Etat pour la période 2010-2013. Celle-ci prévoit notamment une réorganisation du réseau des Urssaf au cours des quatre années à venir, caractérisée par la création de vingt-deux Urssaf régionales se substituant aux quatre-vingt-dix actuelles. Cette évolution, qui démontre la capacité d'adaptation des partenaires sociaux, s'accompagnera du maintien dans chaque département d'une entité Urssaf permettant d'offrir des services de proximité.

Par ailleurs, l'Acoss est particulièrement attachée à la concertation avec les pouvoirs publics, et notamment avec le Parlement. Son conseil de surveillance comporte des représentants des deux assemblées, mais ne s'est plus réuni depuis de nombreux mois, faute de désignation de l'ensemble de ses membres. Il est souhaitable qu'il puisse se réunir à nouveau rapidement.

La situation de trésorerie de l'Acoss est, depuis le début de l'année 2010, un peu meilleure que ce qui était prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010.

Le plafond des ressources non permanentes auxquelles peut recourir l'Acoss, fixé à 65 milliards d'euros, ne sera pas atteint, le montant maximal du découvert ne devant pas dépasser 53 milliards. Cette amélioration est liée à une évolution de la masse salariale moins défavorable que prévu. Après avoir diminué de 1,3 % en 2009, celle-ci devrait croître de 0,5 % en 2010.

Lorsque l'Acoss envisageait d'atteindre le plafond des ressources non permanentes de 65 milliards, elle avait prévu de répartir ses sources de financement de la manière suivante : avances de la Caisse des dépôts et consignations (31 milliards), émission de billets de trésorerie (15 milliards),

recours aux trésoreries sociales excédentaires (2 à 4 milliards), agence France Trésor (5 milliards), Europapier commercial (15 milliards).

Compte tenu des nouvelles prévisions de découvert, le financement devrait se répartir ainsi : avances de la Caisse des dépôts et consignations (25 milliards), émission de billets de trésorerie (12 milliards), trésoreries sociales excédentaires (2 milliards), Europapier commercial (11 milliards), agence France Trésor (5 milliards).

En 2009, le financement de l'Acoss a été assuré pour 70 % par la Caisse des dépôts et consignations et pour 30 % par l'émission de billets de trésorerie. Après la signature d'un avenant à la convention passée avec la Caisse des dépôts et consignations, les avances prédéterminées de celles-ci ont été remplacées par un dispositif de prêt en deux tranches. Un premier prêt est intervenu le 1^{er} janvier 2010 pour un montant de 15 milliards avec un taux d'intérêt fixé à 1,24 %. Un second prêt a été réalisé le 9 mars 2010 pour un montant de 5 milliards avec un taux d'intérêt fixé à 1,22 %.

Par ailleurs, 12 milliards d'euros ont été mobilisés à fin juin par l'émission de billets de trésorerie. Une partie importante de ces billets a été placée auprès d'organismes sociaux tels que la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et la caisse du régime social des indépendants (RSI). La demande des investisseurs reste forte pour les billets ayant une maturité comprise entre un et trois mois et la signature de l'Acoss est assez appréciée puisque les agences de notation lui attribuent la meilleure note possible. Dans ces conditions, le plafond d'émission de billets de trésorerie a pu être porté de 11,5 milliards à 25 milliards. Le programme d'Europapiers commerciaux devrait débiter en juillet.

Tandis que les billets de trésorerie sont émis à un taux voisin de l'Eonia, le recours aux avances de la Caisse des dépôts et consignations est plus coûteux puisqu'il s'effectue au taux Eonia majoré de seize points de base.

Les charges d'intérêts payées par l'Acoss se sont élevées à 100 millions d'euros en 2009 et atteignent, pour 2010, 130 millions à la fin du mois de juin. Sur la base des évolutions de taux prévues, elles pourraient avoisiner 300 millions à la fin de l'année. Le taux Eonia, actuellement de 0,34 %, pourrait passer à 0,5 % environ d'ici la fin de l'année. S'il se rapprochait de 1 %, les frais financiers assurés par l'Acoss seraient supérieurs aux prévisions d'environ 50 millions d'euros.

Compte tenu du niveau exceptionnellement élevé du plafond des ressources non permanentes de l'Acoss en 2010, aucune augmentation annuelle de ce plafond n'est envisageable en 2011, de sorte qu'une reprise de dette devra impérativement intervenir à la fin de l'année 2010. La Cour des comptes, dans son dernier rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques, a suggéré de limiter à 30 milliards d'euros le plafond des ressources non permanentes de l'Acoss et d'interdire toute modification réglementaire de plafond fixé par la loi de financement de la sécurité sociale. Assurément, l'Acoss gère de la trésorerie et n'a pas vocation à porter de la

dette pérenne. Néanmoins, la fixation d'une limite à 30 milliards du plafond des ressources non permanentes pourrait présenter certains risques en termes de gestion opérationnelle et provoquer une crise en cas de dégradation de la conjoncture économique. La prohibition de toute évolution réglementaire du plafond fixé par la loi de financement de la sécurité sociale devrait être écartée pour les mêmes raisons.

Les dettes de l'Etat envers la sécurité sociale se sont fortement réduites au cours de l'exercice budgétaire 2009. Alors qu'elles atteignaient 2,9 milliards d'euros à la fin de 2008, leur montant a été ramené à 600 millions à la fin de 2009. Si des mesures n'avaient pas été prises pour les réduire, elles auraient atteint 4,2 milliards à la même date. Pour 2010, la dette au titre des exonérations de cotisations sociales pourrait s'accroître de 400 millions d'euros, du fait notamment de l'insuffisance du panier de recettes compensant les exonérations prévues par la loi Tepas. Dans ces conditions, les dettes de l'Etat à l'égard de la sécurité sociale pourraient atteindre un milliard d'euros.

Les comptes de l'Acoss pour l'année 2009 viennent d'être certifiés par la Cour des comptes, ce qui constitue une reconnaissance du travail effectué. Parmi les réserves dont est assortie cette certification, l'une concerne les cotisations des travailleurs indépendants. La réforme qui a vu la création du RSI et de l'interlocuteur social unique (Isu) a été marquée par un partage de l'activité de recouvrement des cotisations et contributions des travailleurs indépendants entre les Urssaf et le RSI et de nombreuses anomalies ont été constatées à la suite de cette évolution. Cette réforme a constitué un progrès incontestable en conduisant au regroupement de plusieurs caisses, mais l'investissement préalable nécessaire pour la réussite n'a pas été réalisé, les gains de productivité attendus ayant été anticipés. La réforme a nécessité la fusion de trois fichiers et il n'est guère étonnant que cette opération ait conduit à un taux d'anomalies d'environ 10 %.

L'Acoss et le RSI conduisent actuellement un travail important pour mettre fin aux erreurs constatées dans la gestion des comptes des travailleurs indépendants, notamment en ce qui concerne les comptes cotisants dit « singletons », qui ne comprennent pas la totalité des risques. Par ailleurs, la mise en place du nouveau dispositif a mis en évidence certaines difficultés liées aux informations transmises par les centres de formalités des entreprises auprès desquels s'immatriculent les travailleurs indépendants.

Alain Vasselle, rapporteur général. - *Pourquoi l'Acoss continue-t-elle à recourir de manière importante aux avances de la Caisse des dépôts et consignations si l'émission des billets de trésorerie est moins coûteuse ? Par ailleurs, est-il possible de connaître la répartition des frais financiers liés à la gestion de trésorerie de l'Acoss entre les différentes branches de la sécurité sociale ?*

La proposition de la Cour des comptes visant à limiter le plafond des ressources non permanentes de l'Acoss peut certes présenter quelques risques mais elle permettrait aussi d'éviter de laisser dériver dangereusement ce plafond. En ce sens, elle s'apparente quelque peu à la règle organique imposant d'accompagner tout transfert de dette à la Cades des ressources nécessaires pour ne pas allonger la durée de vie de la caisse. Si un tel plafond avait existé l'an dernier, le Gouvernement aurait été contraint de procéder à un transfert de dette qui aurait été moins coûteux que celui qui devra intervenir à la fin de l'année 2010.

Quelles sont les mesures concrètes prises pour mettre fin aux anomalies constatées dans le cadre de la création du RSI et de l'Isu ?

Guy Fischer. - *L'Acoss aura-t-elle achevé l'« optimisation du réseau » à l'issue de l'exécution de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion ? Quel sera le coût en termes d'emploi de ce processus ? Peut-on déduire de la légère progression de la masse salariale constatée depuis le début de l'année que la reprise économique est solide ? Quelles sont les conséquences pour les affiliés au RSI des anomalies constatées dans le recouvrement des cotisations et contributions ?*

Pierre Burban. - *La réorganisation du réseau actuel des Urssaf était absolument indispensable compte tenu de la complexification croissante des règles applicables en matière de recouvrement des cotisations. La restructuration permettra une mutualisation des moyens particulièrement utile pour les plus petites Urssaf qui ne disposent que de trente à quarante collaborateurs. La nouvelle convention d'objectifs et de gestion prévoit la suppression d'une centaine de postes sur un total de 13 700, pour l'ensemble de sa période de mise en œuvre.*

Au cours des dernières années, l'Acoss a pleinement pris en compte l'existence d'autres modes de financement que le recours aux avances de la Caisse des dépôts et consignations. Toutefois, sous réserve que les conventions entre les deux parties soient équilibrées, l'agence a intérêt à recourir à la Caisse des dépôts, dont les avances ou prêts présentent moins de risques que l'émission des billets de trésorerie.

La proposition de la Cour des comptes sur le plafond des ressources non permanentes pourrait certes avoir des effets psychologiques appréciables mais n'en comporterait pas moins certains risques techniques.

Pierre Ricordeau, directeur. - *L'Acoss gère des besoins de trésorerie au jour le jour qui la conduisent parfois à mobiliser des sommes considérables dans des délais très brefs. Une limitation intangible du plafond des ressources non permanentes risquerait de rendre insuffisants les moyens disponibles pour faire face à des besoins ponctuels.*

Le plafond d'émission de billets de trésorerie par l'Acoss a été porté à 25 milliards, mais une partie de ces émissions est faite à destination d'acteurs publics, de sorte que les émissions sur le marché des billets de

trésorerie proprement dit sont limitées à 15 milliards. Les billets émis par l'Acoss représentent 25 % de ce marché environ. Le maintien d'une relation équilibrée avec la Caisse des dépôts apporte une plus grande sécurité à l'Acoss que ses autres modes de financement, notamment lorsqu'il est nécessaire de mobiliser rapidement des sommes considérables, par exemple pour assurer le paiement des pensions.

Plusieurs mesures sont mises en œuvre pour remédier aux anomalies constatées dans le recensement des cotisations et contributions des travailleurs indépendants : traitement des situations d'urgence, éventuellement par des interventions manuelles ; renforcement des moyens des caisses, notamment en termes d'accueil téléphonique ; mise en place, avec les administrateurs et les experts-comptables, de dispositifs de priorisation en fonction des urgences constatées. Certains processus sont par eux-mêmes à la source d'erreurs et doivent donc être améliorés. Ainsi, lors de l'affiliation, plusieurs structures sont susceptibles de classer les cotisants dans une catégorie, ce qui peut conduire à des classements différents. A partir du 1^{er} janvier 2012, sera mis en place un point unique de pré-instruction pour éviter ces classements différents. Les caisses travaillent également sur la question des systèmes informatiques. L'Isu implique en effet de faire fonctionner ensemble deux systèmes d'information très différents. Pour l'avenir, une base de données partagée sera mise en place.

Dominique Leclerc. - *La création du RSI a constitué une réforme utile, qui se traduit néanmoins par une évaporation massive de cotisations, compte tenu de l'ensemble des erreurs et anomalies constatées, alors que le taux de recouvrement des cotisations des artisans et commerçants était voisin de 100 % auparavant. Il est possible de s'interroger sur les raisons qui ont conduit à partager l'activité de recensement entre le RSI et les Urssaf. Ceux-ci sont jusqu'à présent incapables de rendre compatibles leurs systèmes informatiques.*

Jacky Le Menn. - *Le conseil d'administration de l'Acoss joue-t-il un rôle dans la fixation du plafond des ressources non permanentes ? Comment est arrêtée la répartition entre les différents modes de financement auxquels recourt l'agence ? Les agences de notation délivrent-elles une note spécifique à l'Acoss ou bien bénéficie-t-elle de la note accordée à l'Etat ?*

Yves Daudigny. - *Quel est le taux d'intérêt appliqué sur les Europapiers commerciaux ? Par ailleurs, l'Acoss est-elle conduite à emprunter pour pouvoir payer les charges d'intérêts ?*

Pierre Burban. - *Certes, il est possible de critiquer le partage des responsabilités entre l'Acoss et le RSI, mais l'idée selon laquelle le régime des travailleurs indépendants fonctionnait mieux avant la création du RSI est fausse. Notre système de sécurité sociale est complexe et la création du RSI a constitué une simplification bienvenue. Dès avant la réforme, les Urssaf collectaient 50 % des contributions et cotisations des travailleurs indépendants. Les difficultés rencontrées sont en cours de résolution.*

L'Acoss fait l'objet d'une notation spécifique par les agences compétentes, mais la garantie de l'État explique certainement, pour une part, l'attribution à l'agence de la meilleure note possible. Celle-ci est effectivement conduite à emprunter pour payer ses charges d'intérêts. Enfin, le taux appliqué sur le marché des Europapiers commerciaux est comparable à celui qui prévaut sur le marché des billets de trésorerie.

**Audition de Frédéric VAN ROEKEGHEM,
directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie
des travailleurs salariés
et de l'union nationale des caisses d'assurance maladie
(mercredi 30 juin 2010)**

La commission procède ensuite à l'audition de Frédéric Van Roekeghem, directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam) et de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), sur la situation des finances sociales.

Frédéric Van Roekeghem, directeur général de la Cnam. - L'appréciation du déficit de l'assurance maladie doit se faire au regard de la situation des comptes de chacune des autres branches de la sécurité sociale. En 2009, les recettes de la branche maladie ont sensiblement baissé du fait de la crise, entraînant ainsi un déficit élevé qui, aujourd'hui, est devenu structurel. Cette situation sans précédent intervient dans un contexte de moyen terme de forte pression sur les dépenses d'assurance maladie et de santé dont la progression a été fortement ralentie depuis 2005 : avant 2004, leur progression était supérieure à 5 % par an ; entre 2005 et 2010, elle se situe entre 3 % et 4 % ; pour 2011 et 2012, l'objectif fixé par le Président de la République est une hausse de l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (Ondam) inférieure à 3 %.

Sur les 150 milliards d'euros de dépenses remboursées par l'assurance maladie hors prestations en espèces, 35 milliards sont consacrés à la prise en charge des maladies cardiovasculaires, 11 milliards du diabète, 17 milliards du cancer, 16 milliards des affections psychiatriques et 7 milliards des maladies neurodégénératives, d'Alzheimer et de Parkinson. Il y a donc une forte concentration sur quelques pathologies, à la fois lourdes et coûteuses, qui connaissent les progressions d'effectifs et de dépenses les plus rapides. Cette concentration s'est même accrue au cours des dernières années : les 10 % de la population qui ont les dépenses de soins de ville les plus élevées représentaient 56,7 % des remboursements de l'assurance maladie en 2005 ; ils en représentent 60,1 % en 2009. En moyenne, la prise en charge du diabète s'élève annuellement à plus de 7 000 euros par patient et à plus de 10 000 euros pour un cancer. La dynamique de la progression de ces dépenses pose la question de leur soutenabilité. Ainsi, sur la période 2005-2008, 40 % de la croissance des dépenses d'assurance maladie sont dus aux maladies cardiovasculaires et au diabète, 12 % au cancer. Cette situation est le résultat d'un net accroissement des effectifs de patients traités : + 5 % par an entre 2005 et 2008 pour le cancer, le diabète et la maladie d'Alzheimer. Un autre phénomène s'ajoute : la bascule entre affection de longue durée (ALD)

et non ALD pour les maladies chroniques notamment cardiovasculaires. Aussi, si l'effectif total de malades cardiovasculaires diminue légèrement au cours de cette même période, de 0,5 % par an, il augmente de 4,5 % pour les patients en ALD, ce qui aboutit à une augmentation du taux de prise en charge moyen. On constate en effet un accroissement du degré de lourdeur des pathologies prises en charge. Il en est de même pour le diabète où, malgré un meilleur dépistage et un meilleur suivi des patients, on observe une augmentation de la fréquence des complications.

Cette analyse conduit à penser qu'il ne faut pas se focaliser sur la question des prises en charge à 100 % car elle vient en aval du problème, aujourd'hui essentiel, de la formation du coût complet des soins. La maîtrise médicalisée doit se déployer sur ces pathologies lourdes ou chroniques en agissant en amont de la dépense, c'est-à-dire en intensifiant la prévention et en optimisant les processus de soins. Toute dépense médicale n'est pas forcément utile, comme le montrent les effets délétères d'interventions chirurgicales inutiles liées à un dépistage précoce et systématique du cancer de la prostate. Pour progresser sur l'efficacité du système, il faut aussi rechercher une meilleure qualité des soins.

Il n'y a pas de solution miracle pour trouver 10 milliards d'économies, dont la moitié d'ailleurs devrait concerner les établissements de santé. Mais des marges de manœuvre existent. Par exemple, la vaccination par des infirmières pour la grippe saisonnière a permis de baisser les coûts de cette vaccination de 13 % alors même que 20 % seulement des vaccins sont administrés par cette profession. Néanmoins pour parvenir à ce résultat, il a fallu une loi et deux décrets en Conseil d'Etat, ce qui montre la difficulté à faire évoluer rapidement les choses. On peut aussi citer comme exemple les imprimés de transport sanitaire qui nécessitent plusieurs mois pour être modifiés. Dans un autre ordre d'idées, la création de centres ambulatoires de la cataracte se heurte à des difficultés, alors même que de tels centres existent dans tous les pays européens. Les modalités d'évolution de l'organisation des systèmes de soins sont complexes ; elles devraient permettre 10 % d'économies mais elles nécessitent un travail préalable considérable d'analyse de très nombreux processus, de rapprochement des intérêts divergents des différents acteurs et de modification des textes de droit public. Au-delà même de cette modification se pose aussi la question de la correcte application des textes. Par exemple, la présentation, pourtant obligatoire, des différents modes de prise en charge des patients soumis à dialyse est inégale selon les régions et aboutit à des résultats très variables sur le nombre de personnes choisissant la dialyse à domicile. D'une manière générale, la mise en œuvre des réformes d'organisation doit se faire au plus près du terrain et les politiques publiques doivent prévoir un continuum du niveau national au niveau régional puis local.

Un prochain conseil de la Cnam doit faire le point sur l'hétérogénéité des pratiques afin de mettre en évidence les marges de manœuvre. La comparaison entre le recours aux soins dans la région Paca et dans la région Pays-de-Loire est par exemple très éclairante, indépendamment de la question des écarts tarifaires. On observe ainsi des écarts allant jusqu'à 40 % entre les régions pour les soins de ville et de 17 % pour les soins hospitaliers ; entre les départements, ces écarts vont même jusqu'à 50 % pour les soins de ville. Or, la corrélation entre l'état de santé et la dépense de santé n'est pas établie. Pour le diabète par exemple, il y a des régions où 10 % des traitements à l'insuline démarrent par une hospitalisation et d'autres où 30 % de ces traitements commencent à l'hôpital ; selon les régions, le recours aux infirmiers libéraux pour effectuer les injections peut aller de 45 % à 6 % seulement, comme c'est le cas en Ile-de-France où le nombre d'infirmiers libéraux est proportionnellement bien moindre. Autre exemple concernant le recours à la chirurgie : 60 % des établissements de santé ayant pratiqué une oesophagectomie en font moins de cinq par an. De même, en matière de prescriptions, on observe qu'une fois la composition de la patientèle neutralisée, environ 12 % des médecins effectuent des prescriptions supérieures de 15 % ou plus par rapport à la moyenne ; si ces surprescriptions étaient corrigées, on pourrait dégager 400 millions d'euros d'économies. Enfin, le taux d'occupation des établissements de soins de suite est très variable selon les régions et le statut des établissements ; il y a donc des marges à mobiliser. C'est une dynamique qu'il faut enclencher dans laquelle il est impératif que les ARS et l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) travaillent de manière coordonnée.

Alain Vasselle, rapporteur général, rapporteur pour l'assurance maladie. - *Pourquoi avoir attendu si longtemps pour parvenir à ce constat ? Fallait-il vraiment attendre dix ans pour observer des écarts aussi importants ? La crise a eu un impact très fort sur les recettes mais qu'en est-il des dépenses ? Que peut-on attendre des ARS, notamment en termes d'actions communes avec l'assurance maladie, pour contenir ces écarts ? Comment parvenir à une meilleure efficacité tout en maintenant un niveau élevé de qualité ? Le comité d'alerte a dernièrement fait état d'un dépassement de 600 millions d'euros de l'Ondam, en particulier du fait de la progression des dépenses des établissements de santé : quel est l'impact de la T2A sur cette progression ? Le rapport Briet récemment remis au Président de la République suggère que soit gelée une partie des dépenses en cas de dérive de l'Ondam : est-ce une réponse suffisante au comblement du déficit actuel ou est-ce, comme semble l'indiquer la Cour des comptes, loin d'être à la hauteur des enjeux ? Pourrait-on établir un tableau avec, par pathologie, un calendrier de mise en œuvre des économies potentielles ? En ce qui concerne l'application des textes, seul un vrai travail d'analyse sur le terrain permet d'effectuer un contrôle efficace, bien plus approfondi et utile que les séances de questions cribles ou les débats de contrôle organisés en séance publique. Enfin, où en sont les négociations entre l'Uncam et l'Etat sur la gestion du risque ?*

Muguette Dini, présidente. - *Le rapporteur général étant membre de la Conférence des présidents, je lui suggère d'y présenter ses remarques sur l'organisation des débats de contrôle.*

Alain Vasselle, rapporteur général. - *Je l'ai déjà fait et je faisais appel à votre soutien dans cette démarche ainsi qu'à celui de président Fischer.*

Claude Jeannerot. - *Les politiques de prévention n'ont par définition des effets financiers qu'à moyen ou long terme. N'a-t-on pas tendance à les faire passer au second plan aujourd'hui ? Pourtant, des politiques de prévention plus volontaristes, notamment sur les pathologies lourdes et coûteuses pourraient être utiles, par exemple pour éviter le développement du diabète de type 2. Qu'en est-il à cet égard du nouveau plan d'action du Gouvernement pour la lutte contre le VIH ? Il semble en effet renoncer aux politiques de prévention et de dépistage précoce ; or, les investissements à faire aujourd'hui permettront sans doute d'éviter des coûts plus élevés dans quelques années.*

Muguette Dini, présidente. - *Une demande d'audition a été présentée à la ministre de la santé, Roselyne Bachelot- Narquin, mais il semble que ce nouveau plan ne sera rendu public qu'à l'automne.*

Paul Blanc. - *Plusieurs contradictions peuvent être relevées entre les propos, que l'on ne peut qu'approuver, du directeur général de la Cnam et la réalité. Par exemple, on souhaite développer les centres ambulatoires de la cataracte mais, en même temps, certains établissements ont des difficultés pour obtenir l'autorisation d'ouvrir quelques lits ambulatoires supplémentaires. De même, s'il est évident qu'une opération telle que l'oesophagectomie doit se pratiquer dans des centres chirurgicaux spécialisés, il n'en est pas ainsi pour les mammectomies qui sont des opérations moins complexes, à la portée de la plupart des chirurgiens. Enfin, s'il est légitime de promouvoir les services de suite, on constate encore trop de malades maintenus en hôpitaux par manque de places en services de suite.*

Guy Fischer. - *Quels ont été les efforts d'optimisation entrepris dans le réseau de l'assurance maladie ? Est-il vrai que six mille emplois ont été supprimés ? Cette réforme doit-elle être accentuée dans les années à venir ? Par ailleurs, l'instauration des ARS avec, à leur tête, des super-préfets sanitaires n'annonce-t-elle pas une volonté de contraindre encore plus fortement les dépenses de santé qui devront désormais tenir dans des enveloppes définies à l'avance ? L'annonce récente du Président de la République de vouloir encore diminuer la progression de l'Ondam à partir de 2011 ne s'inscrit-elle pas dans la même logique ?*

Alain Milon. - *Il est frappant de constater que sur les 150 milliards d'euros de dépenses de l'assurance maladie, plus de la moitié sont consacrées à des maladies liées soit à l'environnement soit au vieillissement de la population. S'il est certain que l'oesophagectomie doit être pratiquée dans des lieux spécialisés, il en est de même pour beaucoup d'opérations, ce qui rend*

impératif une plus grande rationalisation de l'offre de soins. D'une manière générale, toutes les interventions non urgentes devraient avoir lieu dans les établissements où se trouvent les spécialistes. Cela étant, même en rationalisant l'offre de soins et en réduisant encore les dépenses, on ne pourra éviter d'avoir à chercher de nouvelles recettes. Quelle est la part de la pandémie H1N1 dans les déficits de la Cnam en 2009 et 2010 ?

Catherine Procaccia. - *La maîtrise des dépenses d'assurance maladie relève à la fois du rocher de Sisyphe et du tonneau des Danaïdes ! A-t-on mesuré l'impact du passage obligatoire par le médecin traitant avant la consultation d'un spécialiste ; les économies recherchées ont-elles été obtenues ? La correction d'un certain nombre d'aberrations ou d'abus, tels que la facturation d'un jour supplémentaire aux urgences lorsque le patient arrive peu avant minuit ou la mauvaise utilisation des ordonnanciers bizones, permettrait sans doute des économies. Pourrait-on créer un site internet de partage d'expériences ou d'observations de ce type ?*

Patricia Schillinger. - *Dans les comparaisons entre régions, on omet souvent l'Alsace qui dispose d'un régime local comportant un certain nombre de différences méritant d'être regardées. Pour développer une meilleure efficacité des dépenses, il est important que celui qui oriente le patient, c'est-à-dire le médecin généraliste, reçoive une formation à cet effet ; or, trop de médecins n'ont ni le temps ni les moyens de se former. C'est pourtant une nécessité ; par exemple, peu de médecins ont reçu une formation adaptée au traitement de la maladie de Parkinson. Ne pourrait-on développer une sorte de labellisation des hôpitaux et des établissements pour personnes âgées pour la prise en charge d'un certain nombre de maladies ? Il est enfin impératif d'amplifier les politiques de prévention car elles ont une réelle utilité.*

Jean-Louis Lorrain. - *Beaucoup d'économies pourraient être réalisées par des éléments extérieurs tels que des services sociaux d'interface entre le sanitaire et le médico-social afin de favoriser le maintien à domicile ou une prise en charge plus adaptée des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. De même, le développement du dossier médical personnel est un outil important qui évitera les multiplications de consultations ou de prescriptions.*

Raymonde Le Texier. - *Où en est-on dans la prévention et le dépistage précoce des pathologies lourdes qui justifient 80 % de la progression des dépenses ? Dans la recherche d'économies, a-t-on réduit des dépenses de prévention ? Quel est le poids des dépenses hospitalières dans l'ensemble de l'assurance maladie ? Peut-on mesurer la part des laboratoires et de leurs dépenses non liées à la recherche et à la fabrication des médicaments (intéressement des dirigeants, promotion, colloques) dans le coût des produits de santé ?*

Marc Laménie. - *Le rôle des caisses primaires sur le terrain est essentiel. Dans le souci de maintenir cette proximité, a-t-on prévu de préserver les effectifs dans les petits départements ? Il est d'ailleurs*

regrettable que trop peu d'élus participent aux réunions des conseils de ces caisses. Quel est le coût des dépenses de prévention, notamment en termes de communication ?

René Teulade. - *Il faut continuer à se battre pour préserver le meilleur système d'assurance sociale, dans la continuité de ce qui a été mis en place par le Conseil national de la résistance. En janvier 1993, après une intense concertation ayant abouti à l'accord de l'ensemble des acteurs concernés et notamment des professionnels de santé, une loi a été votée pour mettre en place une véritable maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Or, elle n'a jamais reçu de textes d'application et n'a donc jamais été mise en œuvre. Elle aurait pourtant permis de résorber en trois ans le déficit de l'époque, de 17 milliards de francs. Notre système qui inspire aujourd'hui les Etats-Unis doit être maintenu car, sinon, la cohésion sociale du pays sera remise en cause. Il a l'inconvénient de reposer sur deux démarches économiques contradictoires : un mode de prescription libéral et des prestations socialisées. L'important est de responsabiliser les acteurs, qu'ils soient prescripteurs ou consommateurs.*

Colette Giudicelli. - *Le dossier médical personnel devrait permettre d'éviter un grand nombre de dépenses inutiles ou redondantes, notamment les dépenses d'examens médicaux pour un patient qui consulte en ville et qui est ensuite hospitalisé. On constate en effet, dans ce cas, que les examens qui ont été effectués avant l'hospitalisation sont systématiquement refaits à l'hôpital.*

Ronan Kerdraon. - *La volonté de maîtriser les dépenses est un objectif partagé par tous. Cela étant, réduire les dépenses ne doit pas forcément se traduire par des remboursements. De même, vouloir limiter les prescriptions de transport n'est pas un objectif simple à respecter dans des zones qui se transforment peu à peu en déserts médicaux. Certains dépistages systématiques semblent avoir des effets contraires au but recherché : de quelles maladies s'agit-il ? Pour mieux informer les patients, ne faut-il pas mettre l'accent sur une meilleure formation des médecins ? Il convient également de tenir compte de la progression probable du poids des maladies professionnelles. Aussi, même en limitant les dépenses et en améliorant la prévention, il deviendra nécessaire de trouver de nouvelles recettes ; des travaux sont-ils menés en la matière ?*

Sylvie Desmarescaux. - *L'hospitalisation à domicile est une formule qui présente beaucoup d'avantages tant pour les patients que pour les familles. A-t-on une idée précise du coût comparé de l'hospitalisation à domicile (HAD) par rapport à l'hospitalisation en établissement ?*

Jacky Le Menn. - *Les patients sont aujourd'hui confrontés à la difficulté de savoir où se faire soigner ; les médecins traitants ont-ils une formation suffisante sur cette question et ont-ils représenté un apport en ce domaine ? Quelle est l'incidence du vieillissement de la population et de l'utilisation des nouvelles techniques médicales sur la progression des dépenses de santé ? La rationalisation de l'offre de soins est une bonne chose*

mais elle ne doit pas se faire au détriment de la médecine de proximité. Une rencontre récente avec des parlementaires allemands a mis en évidence le cas particulier des soins transfrontaliers : comment développer les coopérations et trouver les financements ? La répartition des tâches entre médecins et infirmiers mériterait sans doute d'évoluer, du moins pour certains actes.

Brigitte Bout. - *L'office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques (Opecst) présentera dans quelques mois un rapport sur l'état de la recherche en matière d'obésité, qui fera valoir les atouts du réseau Epode ; le prochain programme national nutrition santé (PNNS) s'en inspirera d'ailleurs. Certaines propositions seront élaborées en lien avec la Cnam. Il faut savoir que la France dispose de chercheurs de premier plan dans ce secteur.*

Yves Daudigny. - *La santé est une question prioritaire dans tous les pays qui, d'ailleurs, rencontrent des difficultés souvent identiques aux nôtres. Dépenser mieux est une nécessité mais, avec les progrès médical et technique, on est engagé dans une sorte de course sans fin. Il faut donc sans doute établir la part du Pib que l'on souhaite consacrer à la santé. Plusieurs études récentes ont montré le rôle de l'alimentation dans l'apparition de nouvelles maladies : les prend-on suffisamment en compte ? Enfin, a-t-on progressé sur la question du conditionnement des médicaments ?*

Frédéric Van Roekeghem. - *En 1946, les dépenses de santé représentaient 3 % du Pib, aujourd'hui elles s'établissent à 11 % ou 12 % ; aux Etats-Unis, elles comptent, globalement, pour 17 % de la richesse nationale et 8 % à 9 % de celle-ci si l'on ne retient que les programmes Medicare et Medicaid. On constate effectivement un consensus pour qu'une part importante de la richesse nationale soit consacrée à la santé ; de ce point de vue, un système socialisé est un bon choix mais il doit être mieux géré. Aux Etats Unis par exemple, les dépenses sont plus élevées et les résultats moins bons ; le marché n'est en effet pas forcément le meilleur régulateur pour la santé et l'influence des industriels y est sans doute différente aussi. En outre, il n'y a pas d'outil de pilotage d'ensemble du système et les mécanismes que nous connaissons de la régulation des prix et de l'opposabilité des tarifs n'y existent pas. Le cabinet McKinsey a d'ailleurs montré qu'une partie de l'inefficacité du système américain était due au problème de la formation des prix.*

Pour équilibrer le système français, il faudrait que les dépenses augmentent sur le long terme comme le Pib et que le financement de ces dépenses évolue également dans les mêmes proportions. Or, ce n'est pas le cas avec, en particulier, des dépenses qui progressent sensiblement plus vite, ce qui explique la situation de déséquilibre structurel que connaît la maladie.

L'analyse précise des coûts est un travail relativement récent car il n'a pu être mis en place qu'avec le codage des médicaments en 1999, le codage des actes médicaux en 2005 et le rapprochement de la base de données de la Cnam avec le programme de médicalisation des systèmes d'information

(PMSI) en 2007. La T2A est également un élément important pour la transparence sur l'activité hospitalière ; elle ne doit toutefois pas donner lieu aux changements incessants que l'on a observé ces derniers temps ; plus on augmente le nombre des tarifs et plus on crée de risques inflationnistes. Pour pouvoir progresser, la connaissance des évolutions économiques de la santé est essentielle.

Les ARS peuvent représenter une grande avancée si elles permettent une meilleure maîtrise de la gestion de l'hôpital. Elles ont d'importantes missions institutionnelles et de terrain ; il est important qu'elles accordent une priorité aux résultats et que la coopération, notamment avec les représentants régionaux de l'assurance maladie, soit fructueuse.

Il est vrai que la mise en place de la T2A a entraîné un accroissement des dépenses, évalué à 2,5 % par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih). Dans tous les pays où on a mis en place une tarification à l'activité, on a constaté la même progression. Celle-ci est liée par exemple à la mise en évidence d'activités non perçues jusque là et, bien sûr aussi, à des pratiques d'optimisation financière. On peut effectuer certains contrôles, comme aux Hospices civils de Lyon où pour la troisième année consécutive l'assurance maladie a relevé des formes d'optimisation de la tarification, mais la systématisation de ces contrôles est difficile. L'important est, en tout état de cause, de ne pas changer les règles chaque année car on rouvre à chaque fois les possibilités d'optimisation.

Le rapport Briet a le mérite de mettre l'accent sur les progrès à accomplir concernant l'élaboration de l'Ondam. Il est aussi utile de faire la différence entre les crédits servant à financer des prestations résultant de droits définis par la loi et les crédits à caractère limitatifs tels que ceux qui correspondent aux missions d'intérêt général (Mig). Le gel de crédits entrant dans cette deuxième catégorie permettra de mieux faire apparaître ces questions. Le rapport propose essentiellement des outils de régulation infra-annuelle ; il ne s'intéresse pas à la question du déficit structurel, soit 10 milliards. Ce déficit né de la crise est, il faut le souligner, inférieur à celui qui était apparu après la crise de 2001-2003, du fait d'un meilleur pilotage des dépenses. Néanmoins, il ne sera pas facile à résorber car les coupes dans les dépenses ne sont pas faciles ; seules des ressources complémentaires pourront venir le combler ; parmi ces ressources, on peut mentionner l'alignement du taux de CSG des retraités sur celui des actifs ou l'évolution du taux de cotisation de l'Etat employeur.

Les relations entre les caisses locales d'assurance maladie et les ARS sont encore en période de rodage. Il est important qu'il n'y ait pas de double pilotage mais une véritable coopération.

Des progrès ont été mis en œuvre dans les politiques de prévention et de suivi des malades, par exemple avec le programme Sophia pour le diabète ou les initiatives des assurances complémentaires pour l'hypertension artérielle. Des marges de manœuvre importantes existent cependant, au

nombre desquelles figure effectivement la restructuration des ALD cardiovasculaires. Sur la chirurgie, des progrès doivent être accomplis dans deux directions : l'accroissement du taux de l'ambulatoire et une meilleure gestion des sorties d'hôpital. Il faut également réfléchir à une meilleure organisation de l'activité programmée, autour de plateaux techniques plus importants dont la productivité sera harmonisée avec les plateaux les plus performants. Il paraît important d'accroître l'information des assurés sur ces questions afin qu'ils sachent, par exemple, quel est le nombre d'actes techniques pratiqués, par catégorie d'intervention, sur chaque plateau.

La situation des services de soins de suite est très différente selon les régions. Il faut qu'on puisse développer ces services là où c'est nécessaire et les restructurer là où les besoins ne sont pas avérés. Ce sera l'un des enjeux du dialogue avec les ARS sur les objectifs quantifiés de l'offre de soins (Oqos).

Les effectifs de l'assurance maladie ont diminué de 13 % entre 2006 et 2009, ce qui a représenté un effort important de la part de chacune des caisses qui se sont d'ailleurs toutes réorganisées. Il est important que ces gains de productivité soient supportables par les agents. Les enjeux majeurs pour la gestion du réseau sont aujourd'hui en particulier liés à la télétransmission par les médecins généralistes et à l'amélioration des systèmes d'information.

**Audition de Didier MIGAUD, Premier président de la Cour des comptes,
Rolande RUELLAN, présidente de la sixième chambre,
André GAURON, président de section, conseiller maître,
Guy PIOLÉ, conseiller maître, et Maximilien QUEYRANNE,
chargé de mission auprès du Premier président
(mardi 6 juillet 2010)**

Réunie le mardi 6 juillet 2010, sous la présidence de Mugnette Dini, présidente, la commission procède à l'audition de Didier Migaud, Premier président, Rolande Ruellan, présidente de la 6^e chambre, André Gauron, président de section, conseiller maître, Guy Piolé, conseiller maître, et Maximilien Queyranne, chargé de mission auprès du Premier président, de la Cour des comptes.

Mugnette Dini, présidente. - Nous entendons pour la première fois devant notre commission le Premier président de la Cour des comptes, Didier Migaud, sur la certification des comptes de la sécurité sociale.

Didier Migaud, Premier président de la Cour des comptes. - C'est un grand plaisir pour moi de participer à vos travaux en tant que Premier président de la Cour des comptes, je le dis en connaissant bien votre commission, pour avoir collaboré avec vous lorsque j'étais à la commission des finances de l'Assemblée nationale. Mon prédécesseur, du reste, avait pour habitude de venir présenter régulièrement devant vous les rapports de la Cour.

Le 22 juin dernier, la Cour des comptes a adopté son rapport sur la certification des comptes 2009 du régime général de la sécurité sociale et il vous a été remis, comme le prévoit la LOLFSS, avant la fin du mois de juin.

La certification des comptes d'un organisme constitue une assurance raisonnable que ses comptes sont réguliers et sincères, et qu'ils donnent une image fidèle du résultat de sa gestion, de son patrimoine et de sa situation financière. Cet exercice annuel est destiné à vous apporter une information fiable sur les produits, les charges et le résultat du régime général. J'espère que nous contribuerons utilement à éclairer vos prochains débats sur la loi de financement de la sécurité sociale.

Cet exercice est complété, depuis l'an passé, pour les comptes des autres régimes de sécurité sociale, par les opinions des commissaires aux comptes chargés de les auditer. La Cour a défini avec eux un cadre

contractuel d'échanges d'informations et a pris en compte leurs opinions, notamment le refus de certification des comptes du régime agricole.

Il sera sans doute bientôt nécessaire de prévoir un cadre juridique plus global pour ces échanges.

Les branches du régime général de la sécurité sociale traitent chaque année des centaines de millions d'opérations, pour environ 350 milliards d'euros en dépenses et 320 en recettes. Quand on atteint de tels chiffres, la certification n'est plus seulement une affaire de vérification comptable : il faut savoir si les systèmes d'information assurent la traçabilité des opérations comptables et si le contrôle interne suffit pour maîtriser les risques d'anomalies.

Ainsi analysons-nous systématiquement les procédures de contrôle interne des caisses et en évaluons-nous l'efficacité. Cet exercice est très utile car il incite les organismes de sécurité sociale à mieux maîtriser les risques financiers et à renforcer leurs efforts pour réduire les erreurs et lutter contre la fraude. Ces efforts contribuent à améliorer progressivement la qualité de leur gestion des prestations, et donc la qualité du service rendu aux assurés.

C'est ainsi, suite aux travaux de certification, que la Cnam a renforcé ses contrôles sur les opérations gérées pour le régime général par les mutuelles d'étudiants et de fonctionnaires. Elle a également mis en place des liaisons informatiques qui ont permis aux assurés de ces mutuelles de bénéficier de la même qualité de services que les autres. Dans d'autres branches, la Cnaf et la Cnav ont mis en place des systèmes d'évaluation des erreurs de calcul des prestations et pensions. La maîtrise du risque d'erreurs dans les comptes devient ainsi l'affaire du dirigeant et plus seulement du comptable, au bénéfice des assurés sociaux.

L'exercice de certification met aussi l'accent sur des problèmes de normes comptables. Les agents comptables ne sont pas en cause, puisqu'ils appliquent la réglementation, mais certaines règles ne sont plus adaptées à la réalité économique et financière de la branche. Par exemple, si les comptes du fonds de solidarité vieillesse étaient additionnés à ceux de la branche retraite, le déficit de cette branche en 2009 ne serait pas de 7,2 milliards, mais de 10 milliards d'euros. Il appartient au ministère en charge des comptes publics de mettre les règles en conformité avec les normes comptables.

Les comptes de l'exercice 2009 ont été marqués par une augmentation très importante du déficit des quatre branches du régime général. Pour 347 milliards d'euros de charges, leur déficit s'élève à 20,3 milliards, deux fois plus qu'en 2008. La dégradation est particulièrement visible pour la branche maladie, dont le déficit est passé en un an de 4,4 milliards à 10,6 milliards. La loi organique pose un principe d'équilibre financier des branches, qui a été perdu de vue depuis de nombreuses années.

L'endettement du régime général atteint 25 milliards au 31 décembre 2009. Sans la reprise d'une partie de la dette par la Cades en 2008 et 2009, il

aurait atteint 52 milliards. S'il est important d'avoir des comptes certifiés, il l'est tout autant qu'ils soient équilibrés, mais nous en sommes loin.

Cette année, la Cour n'a pas été en mesure de certifier les comptes de la branche retraite et de la Cnav. Elle certifie avec réserves les autres comptes dont, pour la première fois, les comptes de la branche famille et de la Cnaf.

La Cour a refusé de certifier cette année les comptes de la branche retraite et la Cnav, comme elle l'avait fait pour l'exercice précédent. L'an dernier, nos travaux d'audit, menés avec la Cnav, nous avaient fait constater une série de défaillances et nos constats subsistent pour les comptes 2009.

Nous avons ainsi relevé un nombre important d'erreurs dans la comptabilisation des pensions de retraite, pour un montant cumulé trop élevé. Il y a d'abord des erreurs dans le calcul des pensions par la branche : près de 8 % des pensions de retraite calculées en 2009 présentaient une anomalie de portée financière, représentant 0,78 % du montant total, car beaucoup d'erreurs portent sur un montant unitaire faible. Ces erreurs sont liées à des difficultés internes : les mailles du filet du contrôle des opérations effectuées par les gestionnaires doivent être resserrées. A ces erreurs internes s'ajoutent des défaillances dans les données entrantes, c'est-à-dire dans les informations en provenance des employeurs et des organismes sociaux utilisées pour calculer la pension au moment du départ à la retraite.

Nous constatons toutefois des améliorations. La Cnav avait découvert en 2007 que le nombre de périodes assimilées au chômage était majoré à tort depuis 1992, voire auparavant. En 2009, les flux entrants de données ont été corrigés - mais pas les stocks, correction de masse jugée trop complexe par le directeur de la sécurité sociale. Nous attendons encore une sécurisation des procédures comptables et des opérations de paiement des pensions, difficultés déjà signalées l'an dernier et dont le règlement prendra du temps.

La branche a engagé des programmes d'amélioration à la suite de nos observations. Elle refond son dispositif de contrôle interne et son système d'information comptable et financier. Dans l'attente de ces évolutions lourdes, elle diffuse des instructions à son réseau pour mieux formaliser et mieux contrôler la gestion des principaux processus. La Cour est consciente de ces efforts et sait qu'ils prennent du temps. Elle souhaite qu'ils aboutissent dans les meilleurs délais afin de lui permettre de certifier les comptes de la branche.

Concernant la branche famille et la Cnaf, la Cour n'avait pas certifié les comptes 2006, 2007 ni 2008, en raison de trop grandes incertitudes sur le contrôle interne.

Cette année, nous avons accepté de franchir la ligne qui sépare le refus de certifier de la certification avec réserves. Certes, le contrôle interne souffre toujours d'insuffisances et il ne donne pas l'assurance que les risques de fraudes ou d'erreurs de calcul sont suffisamment maîtrisés.

Nous avons observé que des provisions et des charges à payer enregistrées au moment de l'inventaire étaient sous-estimées : des corrections ont été apportées, mais elles restent insuffisantes. Enfin, comme l'an dernier, le suivi comptable des flux liés à l'assurance vieillesse des parents au foyer n'est toujours pas fiable : voici un domaine où, au-delà des questions comptables, une simplification de la réglementation s'impose.

Ces difficultés persistantes, qui font l'objet de réserves, ne doivent pas cacher l'importance des progrès accomplis par la branche ni l'ampleur des chantiers engagés, la plupart en bonne voie. Un fichier national des allocataires - le « répertoire national des bénéficiaires » - que nous appelions de nos vœux, a été déployé. Les Caf disposent d'une connaissance désormais plus sûre des ressources des allocataires, obtenue directement auprès de l'administration fiscale.

Les travaux des services d'audit interne et de validation des comptes des organismes du réseau sont maintenant suffisants pour appuyer les vérifications de la Cour. Les opérations de combinaison sont progressivement sécurisées grâce au déploiement d'un nouveau logiciel. Enfin, la Cnaf a engagé la révision complète de son dispositif d'analyse des risques de contrôle interne.

J'en viens aux deux branches dont les comptes avaient déjà été certifiés l'an dernier et sur lesquels nous maintenons notre opinion positive, en incluant des réserves.

En ce qui concerne l'Acoss et le recouvrement, des progrès ont été réalisés, notamment dans la clarification des relations financières avec l'Etat et l'enregistrement de certaines créances en fin d'année. Il reste toutefois des marges de progrès importantes dans la production d'éléments de justification des comptes et dans le contrôle interne des anomalies de recouvrement, notamment pour les artisans et commerçants.

Nous formulons également des réserves concernant les estimations et le traitement comptable de certaines opérations.

Enfin, nous certifions les comptes 2009 de la Cnam, la branche maladie et la branche accidents du travail-maladies professionnelles avec réserves, comme depuis 2006. Des progrès importants ont été réalisés dans le contrôle interne. Cette année, quatre des sept réserves exprimées en 2008 ont pu être levées.

D'autres sujets critiques ont connu des progrès inachevés, mais notables, comme la mise en place d'une comptabilité auxiliaire des prestations et la sécurisation des flux en provenance des mutuelles de fonctionnaires et d'étudiants. Toutefois, des lacunes subsistent, et nous en avons relevé de nouvelles. Elles concernent, entre autres, les dispositifs de contrôle des paiements aux établissements accueillant des enfants handicapés, la prise en charge de soins dispensés par les masseurs kinésithérapeutes et les médicaments rétrocédés par les hôpitaux.

En accomplissant sa mission de certification, la Cour met en œuvre la mission que lui confie l'article 47-2 de la Constitution. Elle a ainsi pour ambition de renforcer la confiance dans les comptes publics que doivent avoir les citoyens, les acteurs économiques et leurs représentants.

Chacun sait ainsi qu'en France, les comptes publics sont examinés et vérifiés par une institution indépendante, qui en rend compte au Parlement. Si la Cour a chaque année refusé de certifier les comptes de certaines branches et en a certifié d'autres avec réserves, son objectif est bien sûr de parvenir le plus tôt possible, en liaison avec ses interlocuteurs des régimes sociaux, à certifier sans réserve les comptes de toutes les branches et de toutes les caisses. Pour y parvenir, la Cour aura accompagné dans leur effort de maîtrise des risques, les dirigeants de ces organismes, leurs agents comptables, leur personnel et bien sûr aussi leurs administrations de tutelle. La certification est un exercice d'accompagnement en vue d'une plus grande transparence et d'une plus grande lisibilité.

Muguette Dini, présidente. - *Merci pour ces informations. Notre rapporteur général, Alain Vasselle, m'a chargée de vous poser sa première question : pensez-vous que la création de l'interlocuteur social unique aurait pu être mieux préparée, dès lors que vous formulez une réserve sur la gestion des cotisations et des contributions sociales des travailleurs indépendants ? Les mesures correctrices proposées par l'Acoss, en lien avec le régime social des indépendants, vous paraissent-elles suffisantes pour régler le problème ?*

Didier Migaud, Premier président. - *L'introduction de l'interlocuteur social unique va dans le bon sens et démontre l'utilité du dialogue à partir des réserves formulées par la Cour. De fait, nous aurions souhaité une préparation plus approfondie de la réforme ; trop de difficultés ont été sous-estimées.*

Rolande Ruellan, présidente de la 6^e chambre de la Cour des comptes. - *Nous n'avons pas audité le fonctionnement de l'interlocuteur social unique ni le régime social des indépendants, car nous avons préféré les laisser monter en charge et c'est ce souci de ne pas les perturber en début de réforme qui nous a fait reporter l'an passé une demande de l'Acoss d'analyser leur traitement informatique des données. Notre audit s'est donc limité à la certification.*

De fait, la réforme a été insuffisamment préparée. Au motif que l'Urssaf recouvrait déjà les cotisations familiales et la CSG des travailleurs indépendants, on n'a pas vu que l'Acoss et les différentes caisses concernées traitaient leurs fichiers très différemment, ce qui a entraîné de nombreuses erreurs dans les appels à cotisations.

Guy Piolé, conseiller maître à la Cour des comptes. - *L'an passé, nous n'avons pas audité le système d'information de l'Acoss et des incertitudes sont apparues cette année face aux différences du traitement des contentieux entre les différents organismes. De fait, le partage entre l'Acoss et le régime social des indépendants doit être clarifié.*

Alain Vasselle, rapporteur général. - *J'ai trois autres questions.*

Sur les contrôles en matière de rétrocession des médicaments, d'abord. Lors du stage que j'ai effectué au CHU de Lille - qui m'est apparu remarquablement géré, exemplaire -, j'ai constaté que l'assurance maladie contrôlait les rétrocessions de médicaments en examinant un simple échantillon sur une période de six mois, pour en extrapoler les résultats sur deux ans. Cette méthode apparaît assez contestable tout comme la proposition de « négociation amiable » faite par la CPAM au CHU de Lille : qu'en pensez-vous ?

Vous avez suggéré de limiter à 30 milliards le plafond de trésorerie de l'Acoss ; or, le président de cet organisme estime qu'un tel plafond serait trop rigide et qu'il compliquerait le travail de l'agence. La commission des affaires sociales est plutôt favorable à un tel plafond, pour que le Gouvernement ne laisse pas filer le déficit, mais nous ne sommes pas insensibles à cet argument. Qu'en pensez-vous ? Si un tel plafond compliquait les choses, faudrait-il le relever ? On a vu qu'un épisode de grippe pouvait avoir un impact sur les dépenses...

Troisième question : après quelques mois d'application, que diriez-vous de la loi HPST ? On en attend beaucoup pour la maîtrise des dépenses : la loi vous paraît-elle commencer à remplir cette mission ?

Didier Migaud, Premier président. - *Nous n'avons pas audité la méthode de sondage pratiquée par la Cnam pour contrôler les rétrocessions de médicaments, mais elle est classique.*

Le plafond d'avance, par définition, sert à la trésorerie en cours d'année. Le porter à 30 milliards, c'est déjà considérable et il ne me paraîtrait pas raisonnable de l'élever davantage. Car au-delà de 30 milliards, on serait face à des problèmes qu'on ne saurait gérer par des avances de trésorerie.

Après quelques mois, il est trop tôt pour mesurer l'effet de la loi HPST. Les agences régionales de santé se mettent tout juste en place. Nous souhaitons que cette loi accélère les restructurations, qu'elle améliore la répartition de l'offre de soins. Nous aurons davantage d'éléments lors de la présentation de notre rapport annuel sur la loi de financement de la sécurité sociale à l'automne.

Isabelle Debré. - *Le déficit de la branche maladie est passé de 4,4 milliards à 10 milliards : connaissez-vous la part des arrêts maladie dans cette progression ?*

François Autain. - *Je vous remercie, monsieur le Premier président, pour la clarté de votre exposé : nous comprenons que les comptes se dégradent, et nous savons aussi, même si vous ne le dites pas, que la dégradation va se poursuivre dans les années à venir.*

La rétrocession de médicaments est évoquée, mais pas la liste des « médicaments en sus », médicaments qui ne sont pas intégrés à la T2A et qui pèsent aussi. Cette liste en sus augmenterait de 15 %, un rythme très supérieur à celui des dépenses hospitalières. La loi de financement de 2008 a donné des pouvoirs au directeur d'hôpital pour limiter la progression de cette liste en sus : savez-vous si ce dispositif est efficace ?

Par ailleurs, notre commission a saisi la Cour des comptes d'une demande d'enquête pour évaluer le coût de la grippe H1N1 : où en êtes-vous de vos investigations ? Le Gouvernement a déjà fait l'exercice, même s'il a varié sur le résultat : il a d'abord évoqué un coût de vaccination de 600 millions, puis, il y a deux semaines, de 500 millions, ce qui fixe le prix de chaque injection de vaccin à 100 euros, très au-dessus de ce qu'elle aurait coûté si elle avait été faite par les médecins généralistes.

Muguette Dini, présidente. - *Nous avons effectivement demandé à la Cour des comptes l'établissement de cette évaluation dès le mois de décembre dernier et ce travail devrait nous être remis à la rentrée de septembre.*

Jacky Le Menn. - *La Cour des comptes constate des erreurs de la Cnav dans le calcul des pensions, ce qui peut se comprendre quand on sait combien les réformes ont compliqué les régimes, et vous soulignez que des erreurs viennent des informations qui sont transmises par les employeurs. Des erreurs sont-elles récurrentes, ce qui les ferait paraître délibérées ?*

Marie-Thérèse Hermange. - *La Cour des comptes est-elle en mesure d'évaluer le coût des pathologies liées aux addictions ? Il semblerait que les dispositifs d'alerte de la sécurité sociale ne fonctionnent pas pour certains produits de substitution aux drogues. Lorsqu'un patient achète un médicament en pharmacie sur présentation d'une ordonnance, l'achat est enregistré et peut faire l'objet d'une alerte auprès de la caisse locale s'il est répété. Mais dans certains cas, cette alerte ne fonctionne pas : on peut par exemple se procurer du Subutex dix fois dans une même journée, sans que la caisse n'en soit alertée. Quelles actions peut-on envisager ?*

Raymonde Le Texier. - *Merci, monsieur le Premier président, pour votre exposé clair, mais je crains que l'ambiance feutrée de notre commission ne nous fasse perdre de vue, par habitude, la démesure des chiffres que vous citez. Le déficit de la sécurité sociale a doublé entre 2008 et 2009, vous dites accompagner les caisses pour les aider à maîtriser les dépenses et pour parvenir à certifier leurs comptes sans réserve : pouvez-vous nous en dire davantage sur cet accompagnement ?*

Le déficit est dû pour 60 % à la branche maladie : connaissez-vous la part de l'hôpital et des pathologies lourdes dans ces chiffres ?

Gilbert Barbier. - *On constate une augmentation forte des dépenses liées aux affections de longue durée (ALD) : avez-vous les moyens de contrôler ces dépenses et le respect des ordonnanciers bizonnes ? Qu'en est-il*

également de la forte augmentation des dépenses liées aux maladies professionnelles et aux accidents du travail ?

René Teulade. - *Quelle est la proportion de médicaments génériques dans les prescriptions ? Quelles sont les économies réalisées grâce aux génériques ?*

Alain Gournac. - *Le rapporteur général a évoqué les bonnes pratiques et cité l'exemple de l'hôpital de Lille. Est-il de votre responsabilité d'attirer l'attention sur les bonnes pratiques de gestion, afin de les diffuser plus largement ?*

Alain Vasselle, rapporteur général. - *Nous avons auditionné le directeur général de la Cnam, Frédéric Van Roekeghem : il nous a présenté l'état des comptes et mis en évidence les dépenses d'assurance maladie qui dérapent. J'ai demandé quelles économies nous pouvions attendre en regard. La crise a eu un « effet masse salariale » désastreux sur le budget de la sécurité sociale, mais des économies doivent être possibles, dans la médecine de ville et à l'hôpital. La Cour des comptes peut-elle les chiffrer ? Dans le cas contraire, qui peut le faire ?*

Didier Migaud, Premier président. - *Les indemnités journalières au titre de la maladie représentent 8,8 milliards d'euros sur 175 milliards, soit 5 %. Elles sont en augmentation sensible, de 4,6 %, en 2009.*

J'indique à François Autain, au sujet de la liste en sus, que des mesures ont été prises : la Cour des comptes avait mené une enquête il y a trois ans ; un nouvel examen aujourd'hui, trois ans après les observations formulées, serait justifié. Sur la grippe H1N1, nous répondrons à votre demande ; notre rapport est toujours à l'instruction, il sera soumis à la contradiction et à un examen collégial, selon l'usage, et remis fin septembre ; j'aurai l'occasion de revenir devant vous pour le présenter et nous pourrons en reparler.

Il reste des difficultés sur la branche retraite. Nous n'avons pas d'informations sur la concentration des erreurs de calcul : nous avons demandé à la Cnav de se pencher sur le problème. Nos réserves visaient, précisément, à obtenir cette information. Notre conception de la certification peut se décrire en un terme : accompagnement. Il n'existe pas de mur entre nous et nos interlocuteurs, le dialogue est permanent, notre démarche est constructive et positive. Le but est d'améliorer toujours la transparence, la fiabilité des comptes, la gestion.

Marie-Thérèse Hermange s'interroge sur le coût des addictions pour la sécurité sociale. Nous en traiterons dans le prochain rapport annuel de la Cour sur la loi de financement de la sécurité sociale. Nous devrions pouvoir citer un exemple de lutte contre la fraude au Subutex.

J'indique à Raymonde Le Texier que nous avons levé de multiples réserves sur la branche famille parce que nous avons obtenu des réponses à nos demandes. Il faut admettre que modifier les systèmes d'information est

long et difficile. Des engagements ont été pris, les premiers éléments concrets sont apparus, ce qui a permis d'accorder une certification, même avec réserves car là est la frontière. Nous avons donc moins d'observations à formuler cette année. La Cour est là pour signaler les réponses insuffisantes et les dysfonctionnements, mais lorsqu'elle constate des améliorations, elle tient aussi à les saluer et à reconnaître ceux qui font un très bon travail pour plus de transparence.

La délivrance des médicaments génériques progresse en France mais demeure inférieure à la moyenne européenne, 35 % contre 40 % environ, malgré des incitations fortes. Dans certains pays, on rembourse les médicaments sur la base du prix du générique. Ce n'est pas encore le cas dans notre pays. Quoiqu'il en soit, il y a là une source d'économies.

François Autain. - *Pas seulement à l'hôpital...*

Didier Migaud, Premier président. - *Les sommes s'additionnent ! S'agissant des ALD, la caisse nationale effectue des contrôles. Il faudrait une évaluation en amont, ai-je entendu. Mais cela ne relève plus de la certification... La lutte contre la fraude pourrait être traitée dans le prochain rapport annuel.*

Nous avons chiffré les propositions de réforme que nous avons formulées dans nos diverses recommandations. Des mesures de redressement immédiates, et des mesures continues et soutenues, autrement dit des réformes de fond, sont en effet nécessaires. Tout ce qui n'est pas financé par des recettes l'est par l'emprunt. Or, au-delà d'un certain montant de dette, on commence à perdre sa souveraineté et son indépendance. J'ajoute que la loi organique fait obligation à la sécurité sociale de présenter des comptes à l'équilibre.

Raymonde Le Texier. - *Les petits ruisseaux font les grandes rivières : a-t-on procédé à des simulations pour connaître l'effet potentiel d'une extension des génériques ?*

Didier Migaud, Premier président. - *Non. Certains chiffres circulent. On pourrait évaluer les économies à attendre d'un remboursement au prix du générique. Mais ce n'est pas simple. La Cour a fait des recommandations qui montrent qu'il serait possible de mener une action positive.*

II. EXAMEN DU RAPPORT

Réunie le mardi 6 juillet 2010, sous la présidence de Muguette Dini, présidente, la commission procède à l'examen du rapport d'information d'Alain Vasselle, rapporteur général, sur la situation des finances sociales, en prévision de la tenue du débat d'orientation sur les finances publiques.

Alain Vasselle, rapporteur général. - Le débat d'orientation des finances publiques peut parfois donner l'impression d'un exercice rituel sans grande portée, mais il prend place cette année dans un contexte particulier.

En 2008 et 2009, la France a connu une récession économique particulièrement forte qui a dégradé considérablement les comptes publics, notamment les comptes sociaux. L'an dernier à la même époque, puis lors de l'examen du projet de loi de financement, le Gouvernement rendait la crise responsable de la plus grande partie des déficits et indiquait que la résorption de ceux-ci passerait d'abord par la reprise de la croissance. Un an plus tard, la reprise demeure très incertaine et on constate que les déficits conjoncturels provoqués par la crise sont en train de devenir structurels. A cet égard, le précédent du début des années 2000 est très éclairant. En 2002, le déficit du régime général de la sécurité sociale était limité à 3,5 milliards d'euros. La France a alors subi un ralentissement économique qui a porté le déficit à 10 milliards environ, niveau auquel il s'est stabilisé entre 2003 et 2008. Ce qui menace aujourd'hui, c'est une stabilisation du déficit à 20 ou 25 milliards. Une telle évolution est absolument insoutenable à moyen terme.

Quelle est la situation des comptes sociaux en 2009 et 2010 ? En 2009, le déficit de la sécurité sociale s'est élevé, pour l'ensemble des régimes de base, à 20,3 milliards d'euros, soit un quasi-doublement par rapport à l'année précédente. Toutes les branches ont été affectées par cette situation. En particulier, la branche maladie, dont le déficit avait été ramené de 8 milliards à 4,4 milliards en trois ans, a vu son déséquilibre atteindre 10,6 milliards.

Alors que les recettes de la sécurité sociale croissaient fortement auparavant, elles ont diminué en 2009. Les dépenses ont connu une croissance encore dynamique, qui s'est établie, comme en 2008, à 4,2 %. Les dépenses maladie du champ de l'Ondam ont progressé de 3,7 % par rapport à 2008, compte tenu d'un dépassement de 740 millions de l'objectif initial. Un fort dérapage a en effet été constaté en fin d'année sur les établissements de santé, en raison d'un volume d'actes plus important que prévu, de la nouvelle tarification mise en place en mars 2009 et de l'épisode grippal de fin d'année.

En revanche, l'augmentation des prestations de retraites servies par la Cnav s'est infléchi en 2009, du fait de la diminution du nombre de départs en retraite anticipée, passé d'environ 100 000 en 2008 à 25 000 en 2009. La baisse de ces départs est liée à l'allongement de la durée d'assurance requise, en application de la loi de 2003, et aux restrictions apportées aux régularisations de cotisations arriérées.

Les prestations familiales ont crû en 2009 à un rythme légèrement supérieur à celui de 2008, soit de 3,3 %.

Selon les dernières prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale, le déficit du régime général atteindrait, en 2010, 26,8 milliards d'euros et concernerait à nouveau toutes les branches, la branche maladie demeurant la plus déséquilibrée. Les recettes progresseraient faiblement, tandis que les dépenses continueraient à augmenter à un rythme proche de celui des années précédentes.

Ainsi, dans son avis du 28 mai 2010, le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie a estimé que l'objectif pour 2010 pourrait être dépassé de 600 millions d'euros en l'absence de mesures correctrices. Le Gouvernement a immédiatement annoncé la mise en œuvre de mesures destinées à infléchir l'évolution de l'Ondam, notamment un gel de crédits qui seront délégués ultérieurement en fonction de l'évolution des dépenses.

A la fin de l'année 2010, le déficit pourrait atteindre 13,1 milliards pour la branche maladie, 9,3 milliards pour la branche vieillesse, 3,8 milliards pour la branche famille et 0,6 milliard pour la branche AT-MP.

Le fonds de solidarité vieillesse, qui avait connu deux années d'excédent en 2007 et 2008, retrouve des niveaux de déficits considérables. Cette situation s'explique certes par la montée du chômage, qui accroît ses charges, mais aussi par l'amputation des recettes de CSG qu'il a subie en 2009 au profit de la Cades.

La certification des comptes de la sécurité sociale par la Cour des comptes intervient chaque année avant le 30 juin. En 2008, la Cour ne s'était pas estimée en mesure de certifier les comptes des branches famille et vieillesse. Pour 2009, la seule branche à ne pas recevoir la certification est la branche vieillesse. La Cour estime que l'activité de liquidation dans la branche retraite se caractérise par des risques d'erreurs et un contrôle interne encore insuffisant même si elle relève que les données relatives aux périodes assimilées chômage adressées par Pôle emploi ne comportent plus l'erreur systématique identifiée en 2008.

Les comptes de toutes les autres branches ont été certifiés, mais avec des réserves. Pour les comptes de l'Acoss une réserve concerne les comptes cotisants des travailleurs indépendants qui comportent de très nombreuses anomalies depuis la mise en place de l'interlocuteur social unique (Isu). Cette réforme est entrée en vigueur il y a deux ans ; il est temps que les erreurs et anomalies soient corrigées.

Trois sujets essentiels seront au cœur des travaux de la commission des affaires sociales à l'automne : la dette sociale, les retraites et l'assurance maladie.

Sur la dette, la commission avait proposé, lors de l'examen du PLFSS pour 2010, une première reprise de dette de 20 milliards par la Cades accompagnée d'une hausse modérée de la CRDS, compte tenu de l'ampleur des déficits constatés. Le Gouvernement s'était alors opposé à cette proposition mais s'était engagé à réunir, au printemps, une commission de la dette sociale composée de parlementaires afin d'examiner toutes les hypothèses permettant de traiter la dette issue des déficits du régime général et du FSV.

Dans l'attente, l'Acoss a dû porter cette dette en recourant à des ressources non permanentes et son plafond de découvert a été fixé au niveau record de 65 milliards d'euros. Même si ce montant maximum ne devrait pas être atteint, une telle situation ne sera pas tenable une année supplémentaire.

En effet, le plafond des ressources non permanentes de l'Acoss est destiné à couvrir un besoin de trésorerie courant et non un déficit provenant de la divergence entre les dépenses et les recettes de sécurité sociale. La Cour des comptes a proposé dans son dernier rapport que le niveau de ce plafond soit limité à 30 milliards et que le Gouvernement ne puisse plus modifier par décret le seuil fixé par la loi de financement de la sécurité sociale. Cette piste, qui permettrait d'éviter la tentation d'un report des solutions nécessaires, mériterait d'être examinée.

Une reprise de dette par la Cades est désormais obligatoire, puisque les déficits cumulés des années 2009 et 2010 devraient atteindre près de 55 milliards d'euros et si l'on y ajoute les déficits prévus pour 2011, 87 milliards, soit l'équivalent de la totalité de la dette que la Cades a déjà actuellement à rembourser.

Compte tenu des montants en jeu, il apparaît maintenant pratiquement inévitable que la durée de vie de la Cades soit prolongée de quelques années. Mais il importe que cette reprise de dette soit préparée dans des conditions garantissant que la crédibilité du processus de remboursement de la dette sociale demeure aussi forte après la reprise qu'avant.

Il faut notamment qu'elle soit accompagnée de ressources robustes et pérennes. Aujourd'hui, la Cades est financée essentiellement par la CRDS, qui est un impôt lisible et assis sur une assiette très large couvrant l'ensemble des revenus.

Pour reprendre les déficits du régime général et du FSV pour 2009 et 2010, sans allonger la durée de vie de la caisse, il faudrait attribuer à la Cades, 0,47 point de CRDS et porter le taux de celle-ci de 0,5 % à 0,97 %. Le transfert des déficits 2009 à 2011 impliquerait d'en porter le taux à 1,24 %.

Le Gouvernement a déjà annoncé qu'il souhaitait affecter à la Cades les ressources et les actifs du fonds de réserve des retraites pour lui permettre de rembourser les dettes résultant des déficits de l'assurance vieillesse entre 2011 et 2018. Les modalités techniques selon lesquelles le FRR viendra alimenter la Cades ne sont pas encore connues, mais il est certain que cette ressource ne pourra pas permettre le remboursement de l'ensemble des nouvelles dettes sociales puisqu'elle sera dédiée à celles de la seule branche vieillesse. En outre, une partie des actifs du FRR, environ 3 milliards d'euros, ne peut être affectée au remboursement de la dette car elle correspond à la soultte liée à l'adossement du régime des industries électriques et gazières au régime général.

Dans ces conditions, d'autres ressources seront nécessaires pour assurer le financement de la dette sans qu'on sache encore ce qu'elles pourraient être. Une trop grande diversification des ressources de la caisse présenterait néanmoins d'importants inconvénients pour la Cades qui se prévaut auprès des investisseurs et des agences de notation de la simplicité de son financement et de la qualité de la ressource qui lui est exclusivement affectée.

Une autre question importante est celle du calendrier de la future reprise de dette. L'opération à venir présente une certaine complexité, dès lors que les éléments qui la déterminent pourraient figurer dans trois ou quatre projets de loi distincts :

- un allongement de la durée de vie de la Cades, quelles que soient les modalités de celui-ci, implique une modification de l'article 4 bis de l'ordonnance de 1996 issu de la loi organique de 2005 et, en conséquence, le dépôt d'un projet de loi organique ;

- le contenu définitif de la future loi portant réforme des retraites permettra seul de déterminer si le transfert des ressources et des actifs du FRR à la Cades est à même de permettre la prise en charge de l'ensemble des déficits de la branche vieillesse et du FSV pour la période 2011-2018 ;

- enfin, le montant de la reprise de dette, ainsi que la nature et le niveau des ressources qui l'accompagnent ont vocation à figurer dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, voire le projet de loi de finances pour 2011.

Dans ces conditions, il est impératif que la commission des affaires sociales puisse disposer de la totalité des informations et éléments chiffrés relatifs à cette reprise de dette à venir et aux recettes prévues dès la présentation du premier des textes qui sera soumis à son examen.

En l'absence de telles informations, le Sénat ne pourrait se prononcer de manière convenablement éclairée sur une opération dont les conditions de réalisation démontreront le degré de volonté des pouvoirs publics d'éteindre, dans des délais raisonnables, la dette sociale.

Sur les retraites, la Mecss a travaillé pendant plusieurs mois et a formulé des orientations très complètes sur les évolutions souhaitables du système. Elle a jugé nécessaire que tous les paramètres disponibles puissent être expertisés pour endiguer les déficits de l'assurance vieillesse devenus insoutenables. L'allongement de la durée d'activité est un élément essentiel de ce rétablissement financier et la mission a estimé possible d'augmenter l'âge légal de départ en retraite à condition de prendre en compte la pénibilité et de conduire une politique active en faveur de l'emploi des seniors. La Mecss a également identifié de nombreuses pistes susceptibles d'apporter aux régimes de retraite des recettes supplémentaires qui seront indispensables au cours des années à venir. Elle a souhaité que politique de l'emploi et retraites soient des sujets traités conjointement. La pénibilité doit évidemment être prise en compte par une amélioration des conditions de travail, mais une compensation individualisée au titre de la retraite mérite d'être étudiée pour les personnes exposées à des facteurs de pénibilité dans le passé. La politique en faveur de l'emploi des seniors doit être intensifiée et il convient de vérifier que les préretraites ne sont pas en voie d'être remplacées par d'autres dispositifs tels que la rupture conventionnelle pour les écarter du marché du travail.

La Mecss a surtout souhaité que puisse être mise à l'étude une véritable réforme structurelle du système de retraite, qui permettrait de le rendre plus lisible, plus simple et surtout plus équitable. L'harmonisation progressive des paramètres et règles de calcul entre régimes, le rapprochement des gouvernances et le renforcement du droit à l'information des assurés font partie des pistes évoquées par la mission, de même que l'organisation d'un large débat national qui permettrait d'envisager le passage progressif à un système par points dans les régimes de base.

Depuis la publication du rapport de la Mecss, le Gouvernement a présenté son projet de réforme, qui repose sur un allongement de la durée d'activité par le relèvement progressif de l'âge légal de départ en retraite et prévoit des mesures d'accroissement des recettes, ainsi que des dispositions relatives à la pénibilité, au rapprochement des règles applicables dans le public et le privé et aux dispositifs de solidarité.

Comme pour l'opération de reprise de dette en cours de préparation, les mesures constituant la réforme des retraites figureront, selon leur nature, soit dans le projet de loi spécifiquement consacré à cette question, soit dans le projet de loi de finances, soit encore dans le projet de loi de financement. Au cours de leur examen, la commission des affaires sociales devra être particulièrement attentive à l'efficacité de la réforme pour résorber les déficits insupportables que connaît l'assurance vieillesse, mais aussi à son équité et à la prise en compte de la nécessité de préparer une modernisation plus profonde du système.

Sur l'assurance maladie, qui n'est pas un chantier moins important que les deux précédents, il faut d'abord relever le dépassement systématique de l'Ondam. En 2009, les dépenses relevant de l'Ondam ont progressé de 3,7 % alors que l'objectif voté en loi de financement était de 3,3 %. Pour

2010, le comité d'alerte a déjà identifié un risque de dépassement non négligeable qui a conduit le Gouvernement à prendre des mesures immédiates. Le déficit de la branche, supérieur à 10 milliards en 2009, pourrait s'élever à 13 milliards en 2010.

Ces différents chiffres posent la question du pilotage des dépenses d'assurance maladie, qui n'apparaît pas assuré dans de bonnes conditions aujourd'hui. Un groupe de travail présidé par Raoul Briet a travaillé sur cette question et a formulé des propositions importantes. Il a rappelé que si les dépassements d'Ondam sont apparemment faibles (0,7 % en moyenne par an), les masses financières en jeu sont considérables. La somme des dépassements constatés depuis 1997 a en effet atteint 19,4 milliards en euros constants.

Le groupe a donc formulé plusieurs recommandations pour améliorer la construction et la gouvernance de l'Ondam. Il a proposé d'organiser, via le comité d'alerte, une expertise externe, avant le vote de la loi de financement, sur les hypothèses techniques sous-tendant la construction de l'Ondam, d'enrichir l'information du Parlement en étoffant le contenu des documents annexés au projet de loi de financement, de renforcer le caractère pluriannuel de la régulation.

Le groupe de travail a également souhaité la création d'un comité de pilotage de l'Ondam et le renforcement de son suivi statistique et comptable. Il a surtout recommandé d'abaisser progressivement le seuil d'alerte à 0,5 % de l'Ondam, contre 0,75 % actuellement. Pour faciliter le respect de l'objectif, le groupe de travail a préconisé d'instaurer des mécanismes systématiques de mise en réserve en début d'année sur les dotations s'apparentant à des crédits budgétaires.

Lors de la deuxième session de la conférence sur le déficit, le Président de la République a annoncé que toutes les mesures d'économies suggérées par ce rapport seront mises en œuvre pour respecter l'Ondam de manière systématique, y compris en 2010.

La commission des affaires sociales ne peut que se féliciter de ces évolutions, qui correspondent à ses propres préoccupations. Cependant, certaines des propositions du rapport, comme l'amélioration du suivi infra-annuel de l'Ondam, ne pourront être effectives que si des progrès tangibles sont accomplis dans le suivi des dépenses hospitalières. Par ailleurs, si des dépenses doivent être mises en réserve, il est important que le Parlement soit averti, dès le vote de la loi de financement, de leur nombre et de leur montant et qu'au fur et à mesure des décisions prises sur ces dépenses, il soit tenu au courant.

En ce qui concerne la maîtrise des dépenses d'assurance maladie proprement dite, le rapport Champsaur-Cotis sur la situation des finances publiques et les derniers rapports de la Cour des comptes mettent tous en exergue l'impératif d'un infléchissement de la progression des dépenses de santé, sauf à accepter l'accumulation de déficits qui pourraient rapidement devenir insoutenables.

La Cour est en particulier sévère sur l'insuffisante maîtrise des dépenses sociales. Elle propose, d'une part, de nombreuses mesures à effet rapide pour améliorer la situation, sur le prix du médicament, la baisse de certains tarifs, la réduction du volume des prescriptions, la révision des critères d'entrée en affection de longue durée, une hausse des tickets modérateurs, un déremboursement de certains médicaments, la non-revalorisation de la consultation au-delà de ce qui a été décidé. Les montants laissés à la charge des assurés sociaux devront toutefois rester compatibles avec leurs ressources, pour ne pas remettre en cause l'accès aux soins des plus démunis, ce qui suppose de mieux connaître ces montants et de mettre en place des dispositifs adéquats pour les limiter.

Sur les réformes structurelles à plus long terme, d'autre part, la Cour rappelle la nécessité de remédier aux défauts d'organisation de la médecine de ville et à l'inadaptation du parcours de soins à une médecine atomisée, ainsi qu'à l'insuffisante détermination dans la conduite des politiques hospitalières, qu'il s'agisse des restructurations ou de la politique d'investissement. Les gains pouvant être tirés d'une meilleure organisation interne aux établissements, dans les différents services ou pôles, lui semblent importants. Les efforts déployés par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) devront donc être amplifiés par les agences régionales de santé (ARS), qu'il s'agisse de l'optimisation de l'offre, de la responsabilisation des gestionnaires, de l'organisation des établissements ou du pilotage des investissements. Les ARS devront être particulièrement attentives à la mise en œuvre des nouveaux outils prévus par la loi de 2009, notamment les possibilités offertes aux établissements de développer leurs coopérations.

Face à ces nombreuses propositions, le rapport préparatoire au débat d'orientation établi par le Gouvernement demeure trop vague puisqu'il mentionne seulement la poursuite des efforts engagés dans le cadre de la loi HPST, la fixation d'un objectif de progression de l'Ondam de 2,9 % en 2011 et 2,8 % en 2012, enfin le renforcement de l'efficacité du système de soins. Certaines orientations intéressantes sont cependant évoquées, en particulier le développement de la chirurgie ambulatoire, la promotion d'organisation de soins au plus proche de la vie et du domicile des patients, la diversification des modes d'exercice des professionnels ou la diffusion du contrat d'amélioration des pratiques individuelles, le Capi. Toutes ces pistes demeurent cependant floues.

Il conviendrait en réalité de fixer des objectifs chiffrés et précis pour chacune des mesures énoncées. Par exemple, pour les soins de ville, un nombre cible de signatures de Capi devrait être déterminé pour chaque année, les nouveaux modes de rémunération envisagés devraient être décrits et des objectifs quantifiés d'expérimentation définis, le nombre et la nature des nouveaux référentiels basés sur des recommandations de la HAS devraient être annoncés.

Pour l'hôpital, des objectifs très précis devraient être définis, par exemple pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Plusieurs rapports récents, et dernièrement encore la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport du mois de juin, ont en effet mis en exergue le retard de la France en cette matière et le fort potentiel de développement de cette pratique dans notre pays.

Sur le plan de la gestion des hôpitaux, il est devenu impératif de fixer une date obligatoire sous peine de sanction pour la mise en œuvre dans chaque établissement d'une comptabilité analytique qui en soit véritablement une. Le temps des circulaires et des incantations est désormais dépassé.

Dans un autre ordre d'idées, la prise en charge des pathologies cardio-vasculaires, qui représente la première source de dépenses pour l'assurance maladie, soit 35 milliards d'euros en 2008, et l'un des éléments les plus dynamiques de la dépense, mériterait d'être entièrement revue : quel partage entre les ALD et les non-ALD, quelles recommandations et aides à la prescription, quels référentiels, quelles mesures de prévention ?

La connaissance s'est beaucoup accrue au cours des dernières années sur les différents éléments de la dépense. Les écarts entre professionnels et établissements sont importants. Il est possible de les corriger de manière à améliorer l'efficacité du système et sa qualité aussi. Bien souvent d'ailleurs, on constate que les établissements les plus performants en termes de gestion sont aussi ceux où la qualité est la meilleure. Il est donc essentiel de créer cette dynamique en mettant un terme à la trop grande inertie observée au cours des dernières années.

Le projet de loi de financement pour 2011 devra contenir des mesures allant dans ce sens. Le contexte économique et financier rend plus que jamais indispensable de s'engager dans cette voie.

***François Autain.** - Les mesures proposées pour réduire le déficit des années passées ne me semblent pas les bonnes. Notre système souffre d'un cruel besoin de financement. Sans doute faut-il veiller à ce que les dépenses médicales ne croissent pas exagérément et s'assurer qu'elles apportent de réelles améliorations en matière de santé, mais je ne puis souscrire à une augmentation de la reprise de la dette par la Cades, dont on allongerait la durée de vie. Il n'est pas normal de reporter des déficits liés aux dépenses actuelles de soins sur les générations futures.*

Ce qu'il faut, c'est augmenter les ressources dont bénéficient la protection sociale et l'assurance maladie. La CRDS en est une, mais d'autres pourraient être dégagées, en mettant à contribution les grandes fortunes et les patrimoines.

En matière de dépenses, on a tort de stigmatiser les ALD et l'hôpital. Il est paradoxal de s'étonner que ce soient les malades qui consomment le plus ! Un système fondé sur la solidarité veut que les bien-portants payent pour les malades, sauf à opérer un tri entre les assurés, notamment pour les

maladies liées au vieillissement, ce qui constituerait une pente dangereuse vers un système assurantiel.

Les dépenses hospitalières comportent des dépenses de personnel mais aussi de médicaments, lesquelles, représentant près de 25 milliards par an, restent très mal identifiées. Explorer la voie d'une réduction de ces dépenses, à l'instar de ce qu'a fait l'Espagne en décidant autoritairement une baisse des prix de 5 %, me paraîtrait de bonne politique. Il serait bon, également, d'éviter les autorisations de mise sur le marché de médicaments qui n'apportent aucune amélioration. La commission de la transparence, récemment appelée à examiner un produit des laboratoires Sanofi-Aventis, le Multaq, censé agir sur la fibrillation auriculaire, n'avait proposé qu'un remboursement à 35 % faute d'efficacité nouvelle. Or, cette société a mystérieusement obtenu un réexamen et, in fine, un remboursement à 65 % ! Il faut savoir que 90 % des médicaments mis sur le marché sont classés au niveau cinq pour le service médical rendu : autrement dit, ils n'apportent aucune amélioration par rapport à l'existant. J'ai demandé à plusieurs reprises au comité économique des produits de santé, le Ceps, quelles économies étaient réalisées grâce à ce système d'autorisation, sans jamais obtenir de réponse...

Sylvie Desmarescaux. - *Je salue le travail de notre rapporteur général mais j'ai le sentiment que nous sommes dans la même situation que l'an passé, en pire. Je ne mâcherai pas mes mots. La commission de la dette sociale, réunie dans la précipitation, a été décevante. Nous avons eu le sentiment de nous y trouver pieds et poings liés.*

L'an dernier, la proposition de notre commission, qui tendait à augmenter la CRDS, n'a pas été retenue. Or, nous savons tous que la Cades a besoin d'un nouveau souffle, donc de nouvelles ressources. On ne cesse de déplorer l'augmentation des déficits de l'assurance maladie, mais j'ai le sentiment que l'on ne recherche pas les moyens pérennes de les réduire par des mesures qui ne pénalisent pas les plus démunis. Celles que l'on a prises jusqu'ici sont, du reste, insuffisantes. En avez-vous d'autres à proposer, monsieur le rapporteur général ? Et peut-on espérer être écoutés par le Gouvernement ? Sans de vraies mesures structurelles, les choses n'iront que de mal en pis.

François Autain. - *Je crains que ce ne soit encore le cas l'an prochain.*

Dominique Leclerc. - *Merci à notre rapporteur général pour son discours de vérité. Nous pouvons doubler le taux de la CRDS, mais si le niveau des déficits reste le même, il nous faudra le doubler tous les cinq ans... De même que pour les retraites, nous avons conclu, au sein de la Mecss, que jouer sur quelques paramètres est insuffisant et qu'une réforme structurelle est nécessaire, de même il faudra trouver un consensus pour aller, sur cette question des déficits, vers autre chose qu'un replâtrage annuel, qui inquiète, à juste titre, nos concitoyens. Le rendez-vous sur les retraites doit être*

l'occasion d'engager un processus débouchant sur une vraie solidarité, pour assurer aux plus âgés ce qu'ils sont en droit d'attendre.

Les propositions que vous avez faites, dans votre présentation, pour réduire le déficit de l'assurance maladie sont toutes pertinentes. L'est au premier chef celle qui concerne les ALD, où de nombreux abus existent. Or, aucun laxisme, dans le contexte que nous connaissons, ne saurait plus être toléré. La généralisation du tiers payant a déresponsabilisé les patients ; quant à l'hospitalisation à domicile systématique, on sait qu'elle peut être préjudiciable aux grands malades et à leurs familles, en même temps qu'elle détériore les comptes de la sécurité sociale. Sortons, sur ces questions, de l'idéologie !

En matière de gouvernance, l'hôpital a encore des progrès à faire. Les missions des ARS doivent se mettre en place, dans le double souci des patients et des comptes sociaux. J'espère que la Cour des comptes dressera un bilan du plan hôpital 2007 : les investissements ont été faits sans cohérence et au détriment d'une bonne gestion des deniers publics.

Je me félicite de la clairvoyance renouvelée de notre rapporteur général car il reste beaucoup à faire.

***Marie-Thérèse Hermange.** - Puisse-t-il être suivi ! A mon tour de le remercier de son constant engagement. J'aurais cependant souhaité qu'il insiste davantage, dans sa présentation, sur les réformes structurelles à mettre en place pour l'assurance maladie, tant en matière de médecine de ville que de médecine hospitalière. En ce dernier domaine, je m'étonne de voir sans cesse augmenter le personnel non médical de l'AP-HP. J'ai également constaté que deux grands hôpitaux parisiens engageaient des investissements lourds qui ne vont pas toujours dans le bon sens. Je pense, notamment, au regroupement des Bleuets avec Trousseau, qui a donné lieu à la construction d'une maternité, avant que l'on ne parle de transférer les services de pédiatrie à Necker: il est évident que cette maternité ne survivra pas. Il faut une vision à long terme.*

Il faudrait également développer la chirurgie ambulatoire. On occulte trop souvent le collectif pour s'en prendre à l'individuel, plus facile à cibler. Pourtant, sur cette question de la chirurgie ambulatoire, sur laquelle les acteurs se renvoient la balle pour ne pas réformer, le problème est le même que celui que l'on rencontre dans la branche famille : le choix idéologique du « tout collectif » coûte plus cher qu'une politique efficace et de prise en charge de l'enfance aux niveaux collectif et individuel.

J'insiste, au total, sur la nécessité de conduire des réformes structurelles.

***Yves Daudigny.** - Merci à notre rapporteur général pour la clarté de son discours. Faudra-t-il donc nous habituer à ces chiffres vertigineux ? L'an dernier, nous étions tous d'accord sur la nécessité d'une majoration des*

ressources : l'amendement présenté en ce sens par la commission aurait dû être adopté. Nous aurions dû nous montrer plus pugnaces...

Les objectifs de meilleure efficacité en matière de santé suffiront-ils à nous faire renouer avec l'équilibre ? Ne faudrait-il pas affecter de nouvelles ressources pour éviter un perpétuel replâtrage ?

Par ailleurs, quelle est l'indépendance réelle des pouvoirs publics face aux grands laboratoires ?

Christiane Demontès. - *Comme les années précédentes, votre rapport est sans concession, mais je crains qu'il ne reste aussi, hélas, sans conséquences. Il semble que vos propositions soient toujours renvoyées à plus tard par ce Gouvernement.*

Ainsi que l'ont rappelé Dominique Leclerc et Yves Daudigny, il faut faire la part entre le court terme et le long terme. On n'échappera pas à la nécessité d'une remise à plat du système de retraite comme du système de protection sociale dans son ensemble. Pour autant, des mesures à court terme peuvent être envisagées. La fuite en avant sur les médicaments doit cesser. Les questions du générique et du conditionnement sont essentielles : que de gâchis chaque année !

On peut être vigilant sur les dépenses sans mettre en cause la qualité du système. Les professionnels de santé et les patients doivent comprendre la nécessité de changer les comportements. Alors que ceux qui ont le plus besoin de soins tardent à se faire soigner, on dépense beaucoup trop pour des soins de confort.

En ce qui concerne la recherche de recettes nouvelles, nous avons vu à propos des retraites, et les experts nous l'ont dit à demi-mot, que le dispositif de la loi Tepas est extrêmement onéreux. Le coût des heures supplémentaires défiscalisées et exonérées de cotisations est loin d'être anecdotique. Même chose pour le bouclier fiscal, véritablement indécent dans le contexte actuel.

Jacky Le Menn. - *Notre rapporteur général a bien du mérite. Car année après année, son exercice de haute voltige ne donne finalement lieu qu'à un simple replâtrage : plus dure sera la chute...*

J'ai siégé à la commission de la dette : on a le sentiment de servir de caution à des décisions déjà prises. Le plafond des ressources permanentes de l'Acoss destiné, ainsi que l'a rappelé la Cour des comptes, à ne couvrir que des besoins de trésorerie aurait dû être limité. Mais on nous accusait alors d'irréalisme ! Et, alors que la Mecss recommandait la sanctuarisation du FRR, il est mis à contribution dans l'affolement. Il n'est pas inutile de rappeler que son montant n'est pas totalement disponible, à cause de la soule des industries électriques et gazières.

On avance sous la pression de l'urgence, en laissant tomber les mesures de long terme. Ce n'est pas une bonne chose. Le Gouvernement nous parle d'une réduction de la progression de l'Ondam de 0,1 % par an au cours des deux années à venir. Mais il serait plus utile de chercher à expliquer le dépassement de 600 millions cette année. Aucune comptabilité analytique sérieuse n'existe dans les hôpitaux. La direction générale de l'offre de soins mène des travaux sur les groupes homogènes de séjour, mais on est incapable de mesurer les coûts pour fixer les tarifs, faute d'une comptabilité analytique performante.

La loi HPST a surchargé de compétences les ARS. Il faudra analyser le champ énorme des compétences qui leur sont conférées : gestion du risque, planification... Il est clair qu'à ce compte, elles ne peuvent que tirer le diable par la queue.

Merci, néanmoins, à notre rapporteur général de ne pas baisser les bras.

René Teulade. - *Nous soutiendrons les propositions lucides du rapporteur général, mais sans illusion. Car pour qu'elles soient suivies d'effet, il faudrait une volonté politique, qui aille au-delà des seules considérations budgétaires.*

Nous avons à faire des propositions sur les dépenses et sur les recettes. Côté dépenses, gardons-nous de la facilité consistant à croire qu'il suffirait d'augmenter le ticket modérateur pour faire diminuer les dépenses : les études ne démontrent pas de relation directe, alors qu'elles constatent toutes que l'augmentation du ticket modérateur fragilise davantage les plus vulnérables. Méfions-nous également de certaines idées qui ont cours dans l'opinion publique comme proposer un système d'assurance avec des bonus et malus, selon que vous êtes bien-portant ou malade ; on comprend que des jeunes en bonne santé puissent être séduits mais c'est dangereux ! Côté recettes, je crois aussi qu'on n'échappera pas à une augmentation des cotisations et à une réforme de la fiscalité.

Enfin, je n'oublie pas que nous avons mis plus de dix ans, dans les années 60 et 70, pour introduire les génériques dans notre pays : c'est que le lobby des laboratoires pharmaceutiques s'y opposait farouchement et que les pharmaciens n'étaient pas du tout d'accord. Aussi, je suis favorable aux mesures qui responsabilisent tous les acteurs.

Nous devons donc nous battre, politiquement, pour que les recommandations de notre rapporteur général soient suivies de conséquences.

Claude Jeannerot. - *Sans être un spécialiste des comptes sociaux, j'ai le sentiment que la dette sociale est le problème central : dès lors, quand le chômage augmente, comment mobiliser des ressources robustes et pérennes ? N'est-ce pas la quadrature du cercle ?*

Alain Vasselle, rapporteur général. - François Autain, parmi ses remarques habituelles sur les comptes sociaux, ne partage pas notre objectif de maîtriser la dette sociale. Je réaffirme la position de la commission : nous avons clairement proposé une hausse des recettes pour assurer le remboursement de la dette sociale. A titre personnel, je crois que nous n'échapperons pas à la nécessité d'augmenter les recettes de l'assurance maladie. Nous devons le faire après la réforme des retraites, qui devrait ramener la branche vieillesse à l'équilibre. On nous dit que celui-ci sera rétabli en 2018, mais qu'advient-il ensuite ? Le papy-boom ne sera pas résorbé à cette date, et nous devrions en fait prendre déjà des mesures allant jusqu'en 2030, même sans être capables de chiffrer précisément la situation que nous connaissons alors. C'est une affaire de précaution, car le FRR sera utilisé bien plus tôt que prévu, compte tenu de l'aggravation des déficits liée à la crise.

Cependant, avant d'augmenter les recettes, sommes-nous certains d'être à l'optimum d'efficacité pour les dépenses liées aux soins de ville et à l'hôpital ? Ne dispose-t-on pas encore de marges de manœuvre à utiliser avant de proposer d'augmenter les prélèvements obligatoires ?

François Autain. - Il faut faire les deux parallèlement.

Alain Vasselle, rapporteur général. - Le véritable choix politique doit consister à préserver la solidarité, en particulier celle entre les générations. Faut-il aller vers un système plus individualisé, qui tienne mieux compte de la situation actuelle ? On ne le décidera pas en trois jours, et c'est bien d'une réflexion approfondie dont nous avons besoin, qui ouvre sur des réformes structurelles pour l'assurance maladie, comme pour les retraites. Un amendement apporté au projet de loi de financement n'y suffit pas : tous les pays qui ont réformé leur système en profondeur y ont passé une dizaine d'années, ce qui n'a rien à voir avec le fait de trouver des financements conjoncturels.

Le recul du nombre d'actifs, ensuite, même si notre taux de natalité est élevé, posera des problèmes à la branche maladie, comme à la branche vieillesse, car la solidarité consiste ici aussi à couvrir les dépenses des malades, souvent âgés, par les cotisations des actifs.

Les réformes structurelles, que nous appelons de nos vœux, exigent donc une réflexion approfondie et lucide. L'augmentation de la CRDS est-elle une solution ? Ou bien faut-il taxer davantage les revenus du patrimoine ? La grande fortune ? Ces pistes apporteraient des recettes utiles à l'affichage d'une volonté d'équité, mais sans commune mesure avec les besoins de financement.

François Autain. - C'est vrai.

Alain Vasselle, rapporteur général. - C'est bien pourquoi un effort supplémentaire du plus grand nombre sera nécessaire.

S'agissant de l'hôpital et des ARS, je crois que la Mecss devra en faire son prochain chantier.

François Autain. - *Encore ! Mais nous n'avons pas arrêté de légiférer sur l'hôpital !*

Alain Vasselle, rapporteur général. - *Oui, et c'est en conduisant de nombreux contrôles sur pièces et sur place que j'ai pu réaliser que nous n'étions pas allés au fond des choses et qu'il fallait aller plus loin. Cela pose plus largement la question du contrôle parlementaire de l'application des lois que nous votons : nous ne pourrions changer les règles utilement sans mesurer leurs effets pratiques sur le terrain. Les différents rapports sur l'hôpital sont intéressants mais ils restent encore trop peu approfondis, à mon sens, et la Mecss doit y revenir.*

Elle devra aussi se saisir de la question du médicament. Cependant, je ne m'avancerai pas aujourd'hui à dire que le lobby des laboratoires pharmaceutiques serait si puissant qu'il expliquerait nos dépenses records en matière de médicaments...

François Autain. - *Le lobby du médicament existe pourtant bel et bien...*

René Teulade. - *J'aimerais que figure précisément dans notre rapport, pour éclairer l'opinion, le fait que l'assurance maladie est un investissement, non une charge, ce qui n'exclut évidemment pas qu'elle ait un coût...*

La commission adopte le rapport d'information et autorise sa publication.