

N° 90

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2009-2010

Enregistré à la Présidence du Sénat le 4 novembre 2009

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi de
financement de la sécurité sociale pour 2010, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE
NATIONALE,*

Par M. Alain VASSELLE,
Sénateur,
Rapporteur général.

Tome I :
Équilibres financiers généraux

(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 Champion, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Mme Jacqueline Chevé, M. 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. Marc Laménié, Serge Larcher, André Lardeux, Dominique Leclerc, Jacky Le Menn, Jean-François Mayet, 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.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (13^{ème} législ.) : 1976, 1994, 1995 et T.A. 358

Sénat : 82, 83 et 91 (2009-2010)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT-PROPOS	7
I. 2008 - 2010 : L'EXPLOSION DES DÉFICITS	9
A. 2008 : UN SOCLE DE DÉFICIT DE 10 MILLIARDS	9
1. <i>Une croissance des recettes soutenue par des éléments exceptionnels</i>	9
2. <i>Trois branches en déséquilibre</i>	11
B. 2009 : UN DÉRAPAGE SANS PRÉCÉDENT	15
1. <i>Un effondrement des recettes</i>	15
2. <i>Un déficit accru de plus de 13 milliards</i>	16
C. 2010 : UNE SORTIE DE CRISE À 30 MILLIARDS	18
1. <i>Des recettes qui stagnent</i>	18
2. <i>Toutes les branches s'enfoncent dans le déficit</i>	19
II. UN RETOUR À L'ÉQUILIBRE DURABLEMENT COMPROMIS	21
A. UN DÉFICIT QUE LA CRISE NE RÉSORBERA PAS	21
1. <i>Un déficit conjoncturel devenu structurel</i>	21
2. <i>Des prévisions pluriannuelles très aléatoires</i>	23
B. LA MODESTIE DES RÉPONSES APPORTÉES PAR LE GOUVERNEMENT	26
1. <i>Recettes : 600 millions de mesures nouvelles</i>	26
2. <i>Dépenses : 2 milliards d'économies sur la maladie</i>	28
C. LES PROPOSITIONS DE LA COMMISSION POUR L'APRÈS-CRISE	31
1. <i>Une priorité : régler la question de la dette sociale</i>	32
a) <i>L'ampleur de la dette sociale</i>	32
b) <i>Un report de traitement particulièrement risqué</i>	33
2. <i>Un impératif : poursuivre la maîtrise des dépenses</i>	36
3. <i>Une nécessité : assurer le financement de la protection sociale</i>	37
a) <i>Poursuivre l'élargissement de l'assiette des prélèvements sociaux</i>	37
b) <i>Se préparer à mobiliser des ressources nouvelles</i>	39
TRAVAUX DE LA COMMISSION	43
I. AUDITION DES MINISTRES	43
• <i>Audition d'Eric WOERTH, ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat, Xavier DARCOS, ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ministre de la santé et des sports, et Nora BERRA, secrétaire d'Etat chargée des aînés</i>	43

II. AUDITIONS	58
• Audition de Philippe SÉGUIN, Premier président, Rolande RUELLAN, présidente de la sixième chambre, Catherine MAYENOBE, secrétaire générale, Laurent RABATÉ, conseiller maître, rapporteur général, et Simon FETET, rapporteur général adjoint, de la Cour des comptes	58
• Audition de Pierre BURBAN, président du conseil d'administration, Pierre RICORDEAU, directeur et Alain GUBIAN, directeur financier, de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss).....	71
 ANNEXE - RÉPONSES DE LA COUR DES COMPTES AU QUESTIONNAIRE DE M. ALAIN VASSELE, RAPPORTEUR GÉNÉRAL DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, SUR LE RAPPORT CONSACRÉ À LA SÉCURITÉ SOCIALE	77
 ANNEXE - TRAVAUX DE LA MECSS EN 2009	87

Les observations et propositions de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux en 2010

La commission fait un triple constat :

- **le caractère désormais structurel du déficit** : les 25 milliards de ressources perdues en 2009 et 2010 ne seront jamais retrouvées et même avec une reprise économique vigoureuse, le déficit de la sécurité sociale ne fera que se stabiliser autour de 30 milliards d'euros au cours des prochaines années ;

- **des prévisions à moyen terme alarmantes** : les déficits cumulés de l'ensemble des régimes s'approcheront de 150 milliards d'euros à la fin 2013, auxquels il faudra ajouter près de 20 milliards pour le FSV

- **les limites du report des difficultés actuelles sur les générations futures sont atteintes** : les montants sont devenus tels qu'ils reviendraient à tripler la dette sociale que la Cades a la charge d'amortir d'ici 2021 ; sans un retour vers l'équilibre, c'est la pérennité de notre modèle de protection sociale actuel qui est en jeu.

• Une priorité : régler la question de la dette sociale

- son traitement doit commencer **dès cette année** ; il ne peut être reporté car plus on attend, plus la reprise de la dette sera coûteuse et plus elle pèsera sur les contribuables de demain ;

- la commission propose de faire un premier pas avec **un transfert de 20 milliards** de déficits à la Cades, ce qui nécessite une augmentation de la CRDS de **0,15 point** (son taux passerait à 0,65) et, en conséquence, une baisse du plafond d'emprunt de l'Acoss à 45 milliards.

• Un impératif : la poursuite de la maîtrise des dépenses

- **pour l'assurance maladie, aller au-delà du plan d'économies**, en engageant une véritable réforme de l'hôpital, où la Cour des comptes en particulier fait valoir qu'il existe des marges de progrès significatives ; ce sera une mission prioritaire pour les ARS ; c'est aussi la raison pour laquelle la commission souhaite ramener l'horizon de la convergence tarifaire à 2014 ;

- **pour la branche vieillesse, prendre les mesures nécessaires à la sauvegarde du régime** : l'année 2010 ne doit pas être un nouveau rendez-vous raté.

• La nécessité, impérieuse, conduit à assurer un financement de la protection sociale

La commission propose donc :

- **d'ouvrir réellement le débat sur les allègements généraux de charges sociales** avec une première proposition : le calcul des exonérations sur une base annuelle, les salaires versés devant être répartis sur douze mois afin d'éviter certains contournements ;

- de **rendre opérationnelle l'extinction anticipée du droit à l'image collective** des sportifs professionnels en reportant sa date au 30 juin 2010, à la fin de la saison et des championnats ;

- de **plafonner l'exonération** de cotisations sociales applicable **aux retraites « chapeau »** ;

- **d'engager l'alignement de l'assiette de la CSG sur celle, plus large, de la CRDS** en soumettant à la CSG les ventes de métaux précieux, bijoux, objets d'art et d'antiquité ;

- de **poursuivre la réflexion sur la mobilisation de nouvelles ressources**, et notamment le développement adapté des taxes comportementales (sur le tabac, les alcools forts, les produits gras, sucrés ou salés néfastes sur le plan diététique).

Mesdames, Messieurs,

L'éclairage triennal de la loi de financement de la sécurité sociale, construit sur le triptyque « exercice clos - exercice en cours - exercice à venir », permet de mesurer l'ampleur du dérapage des déficits des comptes sociaux depuis deux ans. Cette dégradation, inédite par son volume, fait de la comparaison entre les projets de loi de financement pour 2009 et 2010 un exercice inutile car tous les objectifs votés il y a un an ont été très largement dépassés et sont donc significativement rectifiés à la hausse.

L'effet « crise économique » qui entraîne un effondrement des recettes pendant que les dépenses, malgré leur maîtrise, continuent de croître explique l'essentiel de ce dérapage. Jamais encore, par exemple, on n'avait enregistré deux années consécutives de baisse de la masse salariale. Or, celle-ci sous-tend les trois quarts des recettes des régimes de sécurité sociale.

La conséquence principale de cette situation est une accumulation des déficits rapide et sans précédent, à laquelle, malheureusement, le présent projet de loi n'apporte pas de solution.

Une autre conclusion est que l'effort réel de maîtrise de la dépense, mis en œuvre avec constance depuis plusieurs années, n'est plus perceptible face à l'affaiblissement des recettes. Cet effort doit néanmoins être poursuivi car, au-delà même du problème du financement des régimes, c'est la pérennité du système qui est en jeu si sa réforme n'est pas en permanence recherchée.

Aussi, outre l'analyse de la situation actuelle et des mesures proposées par le Gouvernement dans le présent projet de loi de financement, votre commission souhaite formuler des propositions, continuer à poser des questions et ouvrir des débats.

En s'appuyant sur les travaux de sa Mecss, elle poursuivra son travail de réflexion et de contrôle tout au long de l'année. L'exécution de la loi de financement devra en effet être suivie de près car les incertitudes actuelles ne doivent pas fournir de prétexte à des dérives mais bien au contraire susciter de nouvelles formes de réponses.

Il nous faut en effet plus que jamais inventer la meilleure façon de s'attaquer aux causes structurelles des déficits et trouver les moyens pour cesser de les reporter sur les générations futures.

I. 2008 - 2010 : L'EXPLOSION DES DÉFICITS

Si 2008 se termine avec un déficit stabilisé à environ 10 milliards d'euros, 2009 et 2010 voient s'envoler les déficits du fait de la crise. De 10 milliards à 30 milliards, le déficit de la sécurité sociale aura été non seulement multiplié par trois mais porté à un niveau sans précédent en moins de trois ans.

A. 2008 : UN SOCLE DE DÉFICIT DE 10 MILLIARDS

Après les déficits record du régime général, plus de 11 milliards d'euros, en 2004 et 2005, et la légère décreue de 2006, avec un déficit ramené à 8,7 milliards, **2007 et 2008 ont connu une nouvelle dégradation des comptes**, le déficit du régime général s'établissant finalement à **10,2 milliards d'euros en 2008**.

Soldes par branche du régime général sur la période 2003-2008

(en milliards d'euros)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Maladie	- 11,1	- 11,6	- 8,0	- 5,9	- 4,6	-4,4
Vieillesse	0,9	0,3	- 1,9	- 1,9	- 4,6	-5,6
Famille	0,4	- 0,4	- 1,3	- 0,9	0,2	-0,3
Accidents du travail	- 0,5	- 0,2	- 0,4	- 0,1	- 0,5	0,2
Total régime général	- 10,2	- 11,9	- 11,6	- 8,7	- 9,5	-10,2

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale

Loin d'entamer le redressement attendu, l'exercice 2008 ne permet rien de plus qu'**une stabilisation du déficit aux environs de 10 milliards d'euros**, soit le montant presque systématiquement constaté chaque année depuis 2003.

Or, les comptes 2008 ont pourtant bénéficié d'éléments favorables en matière de recettes. Les déficits des branches vieillesse et famille se creusent tandis que le solde de la branche maladie s'améliore légèrement.

1. Une croissance des recettes soutenue par des éléments exceptionnels

Les recettes du régime général ont **augmenté de 4,1 % en 2008**, soit un rythme inférieur à celui des années précédentes. Cette progression est néanmoins significative et supérieure à celle de la croissance du Pib, soit 0,4 % en 2008.

- Trois éléments non récurrents ont permis d'améliorer les comptes :

- l'effet de la mise en place du prélèvement à la source de la CSG sur les dividendes

A compter de 2008, les contributions sociales assises sur les dividendes (CSG, prélèvement social de 2 %, CRDS) sont prélevées à la source et non plus par voie de rôle. Ce changement, qui conduit à avancer d'un an la perception des contributions, a eu pour effet de constater en 2008 l'équivalent de deux années de recettes, afférentes aux dividendes de 2007 et de 2008, pour un supplément de produit, non reconductible en 2009, estimé à **1,4 milliard d'euros** ;

- l'excédent du panier fiscal de compensation des allègements généraux de cotisations

Depuis 2007, les allègements de cotisations sur les bas salaires ne font plus l'objet d'une compensation à l'euro près par l'Etat. En 2007 toutefois, les recettes fiscales affectées ont intégralement équilibré le coût du dispositif. En 2008, **un excédent de 200 millions d'euros** a été constaté. Il représente certes moins de 1 % du montant des allègements (21,7 milliards d'euros) mais il permet d'atténuer légèrement le niveau du déficit, le Gouvernement ayant décidé de l'affecter à la branche maladie ;

- l'affectation de fonds de réserve au régime général

L'intégration de divers régimes au sein du régime général, réalisée en 1994, avait laissé à la disposition de l'Acoss les réserves correspondantes, soit environ **322 millions d'euros**. Leur attribution définitive au régime général était subordonnée à une décision réglementaire. Un arrêté pris en février 2009 a permis d'attribuer ces fonds de réserve au régime général et entraîné une inscription d'un produit exceptionnel au moment de l'arrêté des comptes de 2008.

- L'année 2008 est par ailleurs marquée par **la mise en œuvre, pour la première fois en année pleine, de la loi Tepas**.

Le dispositif d'exonération de cotisations sur les heures supplémentaires issu de la loi Tepas, entré en vigueur le 1^{er} octobre 2007, a produit ses effets en année pleine en 2008. Evalué à 4 milliards d'euros dans la loi de financement pour 2008, son coût a finalement atteint **3,1 milliards d'euros**. Cet écart s'explique par les aléas qui s'attachaient à la prévision initiale, liés notamment à l'absence de mesure statistique fine du recours aux heures supplémentaires par les entreprises de moins de dix salariés avant l'entrée en vigueur de la loi.

Le montant des impôts et taxes affectés au financement de ce dispositif en loi de finances pour 2008 a en conséquence été révisé à la baisse d'un milliard dans la loi de finances rectificative pour 2008 afin de tenir

compte des dernières prévisions. Les ressources ainsi dégagées ont été affectées au remboursement de dettes anciennes de l'Etat à l'égard de plusieurs régimes de sécurité sociale.

- **La masse salariale du secteur privé**, qui représente l'assiette des trois quarts des recettes assises sur les revenus d'activité, **a augmenté de 3,6 % en 2008**, en retrait par rapport à la progression de 2007, soit 4,8 %, ainsi qu'à la moyenne constatée au cours des dix années précédentes, soit 4,1 %.

Cette hausse a néanmoins assuré de bonnes rentrées de cotisations sociales (166,5 milliards d'euros) et de CSG (59 milliards d'euros).

2. Trois branches en déséquilibre

- **La vieillesse : le premier déficit**

La plus grande partie du déficit de 2008 provient de la branche vieillesse, qui était excédentaire en 2004 à hauteur de 0,25 milliard, mais est devenue déficitaire en 2005, avec un solde négatif de 1,9 milliard. Ce déficit s'est accru en 2006 et 2007. En 2008, **le déséquilibre de la branche se creuse encore**, avec un résultat définitif de **- 5,6 milliards d'euros**. Cette dégradation provient du rythme toujours dynamique des départs en retraite anticipée au titre du dispositif « carrières longues », ainsi que de l'impact du « *papy-boom* ». Le nombre total de titulaires d'une pension servie par le régime général s'établit à 12,2 millions à la fin 2008, au lieu de 11,9 millions à la fin 2007.

- **La maladie : sur la voie de la guérison**

La branche maladie **poursuit son redressement** avec un solde négatif de **4,4 milliards d'euros**, au lieu de 4,6 milliards d'euros en 2007. Ces chiffres s'inscrivent dans la poursuite du redressement mis en place après 2004 lorsque la branche maladie affichait un déficit de 11,6 milliards d'euros, son plus haut niveau historique, et 2005, année au cours de laquelle le déficit s'est établi à 8 milliards d'euros. En 2006, le déficit avait déjà été ramené à 5,9 milliards d'euros. Cette amélioration est notamment due à la bonne tenue des recettes, en particulier du fait d'un surcroît de CSG, non reconductible, résultant de l'extension du prélèvement à la source aux contributions sociales sur les dividendes. **La procédure d'alerte n'a pas été déclenchée en 2008**, en dépit d'un dépassement de 900 millions d'euros de l'Ondam, celui-ci étant malgré tout resté en-dessous du seuil d'alerte.

- **La famille : le début du dérapage**

La branche famille enregistre un **déficit de 342 millions d'euros**, alors qu'un excédent de 320 millions d'euros était attendu, ce qui représente **un solde dégradé** de plus de 600 millions d'euros par rapport aux prévisions. Aussi, après l'excédent de 200 millions constaté en 2007, la branche renoue avec les déficits connus les trois années précédentes (0,4 milliard en 2004,

1,3 milliard en 2005 et 0,9 milliard en 2006). Ce résultat est lié à la fois à une progression plus forte qu'attendue des prestations, notamment des prestations en faveur de la petite enfance, et à une contraction plus importante que prévue des recettes.

• **Les AT-MP : un excédent ponctuel**

La branche accidents du travail-maladies professionnelles enregistre **un excédent de 200 millions d'euros** après avoir connu un déficit de près de 500 millions en 2007. La branche devient ainsi excédentaire pour la première fois depuis 2001.

Le tableau ci-après retrace l'évolution des soldes initialement prévus il y a deux ans, révisés il y a un an et finalement réalisés.

**Evolution du tableau d'équilibre 2008
du régime général**

(en milliards d'euros)

	LFSS pour 2008	LFSS pour 2009	PLFSS pour 2010
Maladie	- 4,2	- 4,2	- 4,4
Vieillesse	- 5,2	- 5,8	- 5,6
Famille	0,3	0,3	- 0,3
AT/MP	0,3	0,3	0,2
Total	- 8,8	- 9,3	- 10,2

C'est donc **dans un cadre structurel très pénalisant que les régimes de sécurité sociale ont dû affronter la crise économique**. Comme l'indique le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale du 1^{er} octobre dernier : « *Lorsque la récession survient, au deuxième trimestre 2008, le déficit que porte le régime général, voisin de 10 milliards d'euros en 2007, peut être considéré comme presque intégralement structurel.* ». Il évalue la composante conjoncturelle du déficit de 2008, « *année de transition* », à 1,7 milliard d'euros sur les 10,2 milliards du déficit total, soit un montant modeste. De fait, le tassement des recettes de cotisations sociales, résultant de la baisse d'activité puis de l'emploi, ne survient réellement qu'en fin d'année.

La certification des comptes 2008 des régimes et organismes de sécurité sociale

A l'issue de ses vérifications relatives à l'exercice 2008, la Cour a refusé, en ce qui concerne le régime général, de certifier les comptes de la branche famille et de la Cnaf, ainsi que les comptes de la branche vieillesse et de la Cnav. Elle a, en revanche, certifié avec réserves les comptes de la branche recouvrement et de l'Acoss, ainsi que les comptes des branches AT-MP et maladie et de la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam).

La branche famille et la Cnaf

Alors qu'elle s'était déclarée dans l'impossibilité de formuler une opinion en 2006 et 2007, **la Cour a refusé de certifier les comptes de la branche famille et de la Cnaf en 2008**, considérant que les principales défaillances du contrôle interne sont désormais évaluées avec suffisamment de précision. Elle considère que les risques financiers sont insuffisamment maîtrisés par le dispositif du contrôle interne et qu'en conséquence, plus de 4 % des dossiers d'allocations familiales présentent une anomalie financière. La Cour estime en outre que les charges sont sous-estimées de près de 200 millions d'euros au titre des écritures d'inventaire et que le dispositif de l'assurance vieillesse des parents au foyer n'est toujours pas fiable.

Comme l'avait fait la Mecss dans son rapport présenté voici quelques mois sur les comptes de la branche famille¹, la Cour note cependant que la mise en place du **répertoire national des bénéficiaires** (RNB) devrait permettre de mieux lutter contre la fraude et de déceler des erreurs. La branche famille sera cependant confrontée en 2009 au défi de la mise en place du revenu de solidarité active (RSA) qui pourrait affecter la qualité des comptes.

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 refuse cette certification pour 2008, considérant que les travaux d'audit menés avec le concours de la Cnav démontrent que les erreurs de toute nature affectant les pensions de retraite revêtent un caractère significatif. Trois motifs principaux justifient la position de la Cour :

- plus de 5,4 % des pensions de retraite attribuées en 2008 comportent une anomalie financière ;
- les carrières des assurés sociaux prises en compte pour calculer leurs droits à retraite comportent des erreurs ou des incertitudes significatives ;
- les modifications nécessaires des pensions attribuées ne sont pas toujours réalisées.

L'activité de recouvrement et l'Acoss

En 2007, la Cour avait refusé de certifier les comptes de l'activité de recouvrement et de l'Acoss en raison de trois désaccords avec cette agence et sa tutelle, dont l'impact total sur le résultat du régime général était évalué à 980 millions d'euros.

¹ *Les comptes de la branche famille pourront-ils être certifiés cette année ? - Rapport d'information Mecss - Sénat n° 206 (2008-2009) de Christiane Demontès et André Lardeux.*

Pour 2008, la Cour constate que les désaccords ont été levés et certifie les comptes de l'activité de recouvrement et de l'Acoss. Elle formule cependant trois réserves principales :

- le montant des charges et produits est affecté d'incertitudes liées aux écritures d'inventaire ;

- la grande majorité des litiges en cours avec les cotisants ne sont pas provisionnés ;

- la mise en place de l'interlocuteur social unique (ISU) pour les indépendants a conduit à des difficultés importantes dans le calcul et le paiement des cotisations. En particulier, la constitution du fichier des cotisants de l'ISU, à partir du rapprochement des fichiers du régime social des indépendants (RSI) et des Urssaf, a permis de détecter plusieurs centaines de milliers de cotisants ne payant qu'une partie de leurs cotisations. L'incertitude sur le calendrier de résorption de cette situation n'a pas permis de comptabiliser un produit à recevoir en 2008.

Les branches maladie et AT-MP et la Cnam

Comme en 2006 et 2007, la Cour a certifié avec réserves les comptes de la branche maladie, ceux de la branche AT-MP, ainsi que ceux de la Cnam. La Cour formule quatre réserves principales, les deux premières figurant déjà dans son rapport sur les comptes de 2007 :

- la Cnam constate en fin d'année des provisions au titre des paiements dus aux hôpitaux pour un montant calculé par le ministère de la santé, dans des conditions qui ne permettent pas à la Cour de les contrôler ;

- si la Cnam a amélioré son suivi du contrôle interne dans les mutuelles qui gèrent des prestations du régime obligatoire, ce contrôle est encore insuffisant pour procurer à la Cour une assurance sur la qualité des données ;

- les processus de remboursement des soins de ville ne permettent pas à la Cour de vérifier le lien entre la comptabilité et les faits générateurs des dépenses prises en charge ;

- enfin, la Cour estime qu'il existe un risque important que des dépenses hospitalières relevant normalement de la branche AT-MP aient été facturées à la branche maladie.

Les autres régimes de sécurité sociale

Pour la première fois en 2008, les comptes des autres régimes de sécurité sociale ont fait l'objet d'un examen par des commissaires aux comptes en vue de leur certification. Compte tenu des relations financières complexes existant entre les différents régimes, la Cour des comptes et la compagnie nationale des commissaires aux comptes ont signé, en janvier 2009, un protocole d'accord organisant entre eux des échanges d'information.

Pour la première année de soumission à cette procédure, quatre régimes sur trente-huit ont fait l'objet d'un refus de certification par les commissaires aux comptes : le régime gérant les salariés et exploitants agricoles, le régime social des indépendants (RSI), la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) et la caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM).

B. 2009 : UN DÉRAPAGE SANS PRÉCÉDENT

En 2009, la crise entraîne un effondrement des recettes. Les charges continuent de croître mais dans le cadre de la poursuite des efforts de maîtrise des dépenses. Au total, le déficit dérape de plus de 13 milliards d'euros par rapport à 2008.

1. Un effondrement des recettes

• La baisse historique des prélèvements assis sur la masse salariale

La perte de 5,6 points de masse salariale, entre 2008 et 2009, dans le secteur privé explique à elle seule **11 milliards de pertes de recettes**.

Trois quarts des recettes sociales sont assis sur la masse salariale. Il s'agit, d'une part, des cotisations, d'autre part, d'une fraction prépondérante de la CSG. Elles ont été très affectées par le retournement brutal de l'emploi et de la masse salariale du secteur privé amorcé à partir de la fin 2008.

L'enchaînement est le suivant : la baisse de l'activité entraîne une baisse de l'emploi salarié, à laquelle s'est ajoutée une faible inflation, ce qui a eu pour conséquence une moindre progression des salaires et donc au total de la masse salariale.

Or, un point de masse salariale perdu représente une perte de recettes de l'ordre de **2 milliards d'euros** pour le régime général. La récession prive donc le régime général de plus de **11 milliards d'euros** de recettes sur les revenus d'activité.

Les prélèvements sur les revenus d'activité baissent en valeur de 0,9 % en 2009. Cette baisse est moins prononcée que celle de la masse salariale privée (- 2 %) du fait du maintien d'une certaine progression pour les produits sur les rémunérations du secteur public (+ 1,6 %) et d'un « effet plafond » qui limite la dégradation des recettes de la caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) en 2009, le plafond de la sécurité sociale bénéficiant encore d'une progression favorable.

Au regard des évolutions du passé, les comptes des régimes de sécurité sociale ont subi en 2009 **un choc négatif** sur leurs recettes **d'une ampleur inégalée**.

• La chute des prélèvements sociaux sur les revenus du capital

Les prélèvements sociaux sur les revenus du capital connaissent également une forte baisse en 2009, estimée à 12,3 % malgré l'instauration au 1^{er} janvier 2009 de la contribution additionnelle de 1,1 % destinée au financement du RSA.

Cette chute est imputable à la forte contraction des principales composantes de l'assiette : les plus-values financières et immobilières ainsi que les dividendes. En effet, compte tenu de l'effondrement des revenus des sociétés, on assiste à une baisse des dividendes et, du fait de la chute des marchés boursiers, à une baisse des plus-values mobilières ; la modération des revenus fonciers est liée au retournement du marché immobilier. Cette tendance est en outre amplifiée par le contrecoup de mesures qui avaient conduit à anticiper en 2008 le prélèvement de certaines contributions, principalement le prélèvement à la source sur les dividendes.

La seule CSG sur les revenus du capital baisse de près de 20 %, ce qui représente **une perte de 2,3 milliards d'euros** en 2009.

2. Un déficit accru de plus de 13 milliards

• Une dégradation sans précédent des comptes de toutes les branches

- Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, le déficit rectifié pour 2009 s'établit à **24,7 milliards d'euros**, au lieu de 11,4 milliards dans les prévisions initiales de la loi de financement pour 2009, **soit une dégradation sans précédent de 13,3 milliards d'euros**.

Cette évolution est essentiellement imputable aux effets de la crise économique sur les recettes. **Toutes les branches voient, en conséquence, leurs déficits prévisionnels s'accroître**, notamment la branche maladie à hauteur de 7,8 milliards d'euros, ce qui porte le solde négatif de la branche à 11,6 milliards au lieu de 3,8 milliards en loi de financement initiale. Les déficits des autres branches augmentent respectivement de 2,3 milliards pour la vieillesse, de 2,6 milliards pour la famille et de 500 millions pour la branche AT-MP.

- Le régime général devrait enregistrer un déficit de **23,5 milliards d'euros** en 2009, au lieu de 10,5 milliards dans les prévisions initiales, soit **une dégradation de 13 milliards d'euros** et plus du doublement du déficit voté il y a un an.

Le tableau ci-après fournit le détail des prévisions rectifiées par branche.

Soldes par branche du régime général en 2009

(en milliards d'euros)

	Loi de financement pour 2009	Projet de loi de financement pour 2010
Maladie	- 4,6	- 11,5
Vieillesse	- 5,3	- 8,2
Famille	- 0,5	- 3,1
Accidents du travail	- 0,1	- 0,6
Total régime général	- 10,5	- 23,5

Toutes les branches voient leurs déficits prévisionnels s'accroître : la maladie de 6,9 milliards, la vieillesse de 2,9 milliards, la famille de 2,6 milliards et les accidents du travail de 500 millions d'euros.

Cette détérioration est encore supérieure à ce qui était envisagé dans le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale du mois de juin dernier, qui évaluait le déficit du régime général pour 2009 à 20,1 milliards d'euros.

• Un taux de couverture des dépenses par les recettes en forte chute

Au total en 2009, le **taux de couverture des charges du régime général par ses produits serait donc de 92,8 %**, en très net retrait par rapport à 2008 qui affichait un taux de 97 %.

Taux de couverture des charges par les produits pour les branches du régime général en 2009

(en milliards d'euros)

	Produits nets	Charges nettes	Taux de couverture
Maladie	139,5	150,5	92,7 %
Vieillesse	90,8	98,9	91,8 %
Famille	56,2	59,2	94,9 %
Accidents du travail	10,5	11,2	94,6 %
Total régime général	291,7	314,3	92,8 %

• Le triplement du déficit du FSV

Le FSV voit également son déficit se creuser nettement plus que prévu. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 envisageait un déficit de 1 milliard d'euros ; au mois de juin dernier, la commission des comptes de la sécurité sociale tablait sur un solde négatif de 2,1 milliards

d'euros ; le présent projet de loi accroît encore ce chiffre en le fixant à **3 milliards d'euros**, ce qui représente **un triplement des prévisions initiales**.

Par rapport aux montants votés voici un an, les recettes du FSV diminuent de près de 2 milliards d'euros, principalement du fait de la baisse de la masse salariale qui entraîne une forte diminution du produit de la CSG affectée au FSV (en dehors même du transfert à la Cades de 0,2 point de CSG pour financer la reprise de 27 milliards d'euros de dette sociale accumulée). Les dépenses s'accroissent de 1 milliard, essentiellement au titre de la prise en charge des cotisations retraite des chômeurs ; celle-ci augmente de 19 %, pour atteindre 8,5 milliards, ce qui correspond à un accroissement du nombre de chômeurs d'environ 430 000.

C. 2010 : UNE SORTIE DE CRISE À 30 MILLIARDS

De nombreux aléas pèsent encore sur les comptes de 2010. Le principal concerne la croissance des recettes. Le déficit prévu dépasse les 30 milliards d'euros, soit un montant encore inégalé.

1. Des recettes qui stagnent

Les recettes attendues pour 2010 s'élèvent à **404,1 milliards d'euros** pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, en augmentation de 1,8 % par rapport à 2009. Pour le régime général, ce montant est de **288,1 milliards d'euros**, en progression de 1,3 % par rapport à 2009.

L'essentiel de l'évolution des recettes en 2010 est lié aux **conséquences de la crise économique**, de ses effets sur l'emploi et donc de la masse salariale. Celle-ci devrait à nouveau connaître une baisse en 2010, estimée à 0,4 % par le Gouvernement. La masse salariale aura donc **diminué deux années de suite**, ce qui ne s'était encore jamais produit.

Par catégorie, l'évolution des recettes de la sécurité sociale se présente ainsi :

• Les cotisations

En 2010, les cotisations s'élèveraient à **210,1 milliards d'euros** pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et à **166 milliards** pour le régime général, en hausse, respectivement, de 0,7 % et de 0,3 % par rapport à 2009.

Près de la moitié des cotisations sont affectées à la branche vieillesse (45,4 % du montant total des cotisations pour l'ensemble des régimes de base). Viennent ensuite la branche maladie avec 35,2 %, la famille pour 15,2 % et les accidents du travail - maladies professionnelles pour 4,2 %.

Selon les calculs de la commission des comptes de la sécurité sociale, la valeur d'un point de cotisation représenterait, en 2010, 4,83 milliards pour la branche vieillesse, 6 milliards pour la branche maladie et 6,84 milliards pour la branche famille du régime général, **soit des niveaux inférieurs à ceux constatés pour 2008 et 2009.**

- **Les impôts et taxes affectés**

En 2010, les impôts et taxes affectés aux régimes de base s'élèveraient à **115,4 milliards d'euros**, en augmentation de 1,6 % par rapport à 2009. Sur ce total, les impôts et taxes affectés au régime général représenteraient **95,1 milliards**, en hausse de 1,3 % par rapport à 2009.

Cette catégorie est donc globalement stable, au lieu d'augmenter comme les années précédentes. La branche maladie est la première bénéficiaire de ces recettes, avec plus de 70 % de l'ensemble, en raison de l'affectation à cette branche de la majeure partie de **la CSG**, soit 58,2 milliards sur un produit total de 70,2 milliards.

Le reste des impôts et taxes affectés est essentiellement marqué par l'évolution des droits tabacs et de la taxe sur les salaires qui entrent dans la composition du panier de recettes fiscales affectées à la compensation des allègements généraux de charges sociales.

- **Les recettes du FSV**

Les prévisions de recettes du FSV pour 2010 atteignent **12,9 milliards d'euros**, soit le même montant qu'en 2009.

Ces recettes sont, pour l'essentiel, la CSG, pour un montant de 9,2 milliards d'euros.

L'autre source de recettes pour le FSV est constituée d'**un transfert de la Cnaf au titre des majorations de pensions pour enfants à charge**. Institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 et fixé initialement à 15 % du montant de ces majorations, le taux de ce transfert a été relevé à plusieurs reprises. En 2010, conformément à la loi de financement pour 2009, le taux sera de 85 %, ce qui entraîne un transfert de **3,6 milliards**, au lieu de 2,9 milliards en 2009 et de 2,4 milliards en 2008.

2. Toutes les branches s'enfoncent dans le déficit

Le déficit de l'ensemble des régimes obligatoires devrait s'élever en 2010 à **31,5 milliards d'euros** au lieu de 24,7 milliards pour 2009 et de 9,7 milliards pour 2008, soit une dégradation sans précédent de 21,8 milliards en deux ans.

Toutes les branches affichent des déficits. La maladie connaîtrait le déficit le plus élevé, avec 14,2 milliards, puis la vieillesse avec un solde négatif de 12,2 milliards. La famille enregistrerait un déficit historique de 4,4 milliards et la branche accidents du travail-maladies professionnelles de 700 millions.

• **La maladie : le premier déficit**

La **branche maladie** redevient donc la branche la plus déficitaire malgré un assez bon contrôle du niveau des dépenses en 2008 et 2009 et un objectif à nouveau ambitieux d'économies pour 2010. L'Ondam, objectif national de dépenses d'assurance maladie, a été de fait quasiment respecté ces deux dernières années. Son taux de progression s'est établi à 3,4 % en 2009 ; l'objectif pour 2010 est une hausse limitée à 3 %.

• **La vieillesse : le seuil de 10 milliards est franchi**

La **branche vieillesse** conserve un déficit très élevé, de 10,7 milliards pour le régime général en 2010, au lieu de 9,5 en 2009 et les perspectives des années suivantes sont exponentielles, principalement du fait de l'augmentation du nombre de retraités, en conséquence du baby-boom d'après-guerre.

• **La famille : une situation inédite**

Les **branches famille et AT-MP** sont également toutes deux déficitaires, certes dans des proportions moindres, mais leur situation est inquiétante car elles avaient tendance à être à l'équilibre ou en excédent. La branche famille, surtout, plongerait à 4,4 milliards de déficit ce qui constitue un montant totalement inédit.

Les régimes obligatoires autres que le régime général devraient aussi connaître un déficit, de 900 millions d'euros. Celui-ci s'explique essentiellement par le déficit de la branche retraite du régime des non-salariés agricoles évalué à 1,4 milliard pour 2010.

Il en résulte une forte dégradation du taux de couverture des dépenses par les recettes. Celui-ci devient très défavorable et passe en-dessous du seuil de 90 % en 2010, alors qu'il était encore de 96,6 % en 2008.

Taux de couverture des dépenses par les recettes

	Branche maladie	Branche AT-MP	Branche famille	Branche vieillesse	Régime général
2009	92,7 %	94,6 %	94,9 %	91,8 %	92,8 %
2010	89,2 %	93,3 %	92,7 %	89,0 %	89,7 %

II. UN RETOUR À L'ÉQUILIBRE DURABLEMENT COMPROMIS

Au moment où les bases du redressement paraissaient posées, la crise financière et la crise économique qui en a découlé sont venues remettre en cause la trajectoire ambitieuse définie, l'année dernière, pour un retour à l'équilibre des comptes de la sécurité sociale en 2012.

A. UN DÉFICIT QUE LA CRISE NE RÉSORBERA PAS

Depuis un an, la crise économique a gravement dégradé les comptes sociaux en provoquant une chute de recettes sans précédent dans l'histoire de la sécurité sociale. La reprise économique ne permettra en aucun cas à elle seule de réduire substantiellement le niveau des déficits au cours des années à venir. Ces déficits provoquent par ailleurs mécaniquement la constitution d'une nouvelle dette sociale d'un montant sans cesse croissant.

1. Un déficit conjoncturel devenu structurel

Dans son dernier rapport, la commission des comptes de la sécurité sociale s'attache à distinguer, dans les déficits sociaux, la part conjoncturelle et la part structurelle de ces déficits. A l'aide d'estimations sur le déficit qu'aurait connu la sécurité sociale en l'absence de crise, elle montre qu'en 2010, plus des deux tiers du déficit du régime général seront d'origine conjoncturelle.

Il reste que la situation aurait été très différente si la sécurité sociale avait abordé la crise avec des comptes équilibrés. La persistance d'un déficit structurel de grande ampleur en période de croissance économique forte a aggravé considérablement les effets de la crise.

Pour l'avenir, la distinction entre déficit structurel et déficit conjoncturel présentera peu d'intérêt. L'essentiel est de savoir si la reprise économique peut permettre de rétablir la situation. La commission des comptes de la sécurité sociale a consacré d'importants développements à cette question dans son dernier rapport.

**Extrait du rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale
(octobre 2009)**

« (...) pour les années suivant la crise actuelle, la question importante n'est plus tant de savoir quelle aurait été la situation financière si la crise n'avait pas eu lieu, mais d'évaluer si une conjoncture plus favorable permettra un redressement financier et d'en estimer l'ampleur, sachant que l'accumulation des déficits successifs induit des charges financières croissantes en l'absence de reprises de dettes.

« Pour cela, plusieurs hypothèses sont envisageables, en fonction du scénario de sortie de crise :

« - la première hypothèse suppose que la crise est suivie d'un très fort rebond économique qui permet de rattraper le niveau du PIB tendanciel. Dans ce schéma, des taux de croissance très élevés devront être observés dans les années à venir afin de rattraper les écarts à la tendance de 2,25 % constatés en 2008-2010, qui représentent près de sept points de Pib au total (1,85 point de Pib en 2008, 4,5 points en 2009, 1,5 point en 2010) ;

« - dans la deuxième hypothèse, l'économie retrouve son rythme d'évolution tendancielle, mais la perte de production des années de crise n'est pas rattrapée : le Pib progresse sur une pente parallèle à sa tendance de long terme, mais un cran en-dessous ;

« - un troisième scénario plus sombre consisterait à remettre en cause la croissance potentielle, qui serait désormais sur une pente inférieure à 2,25 %.

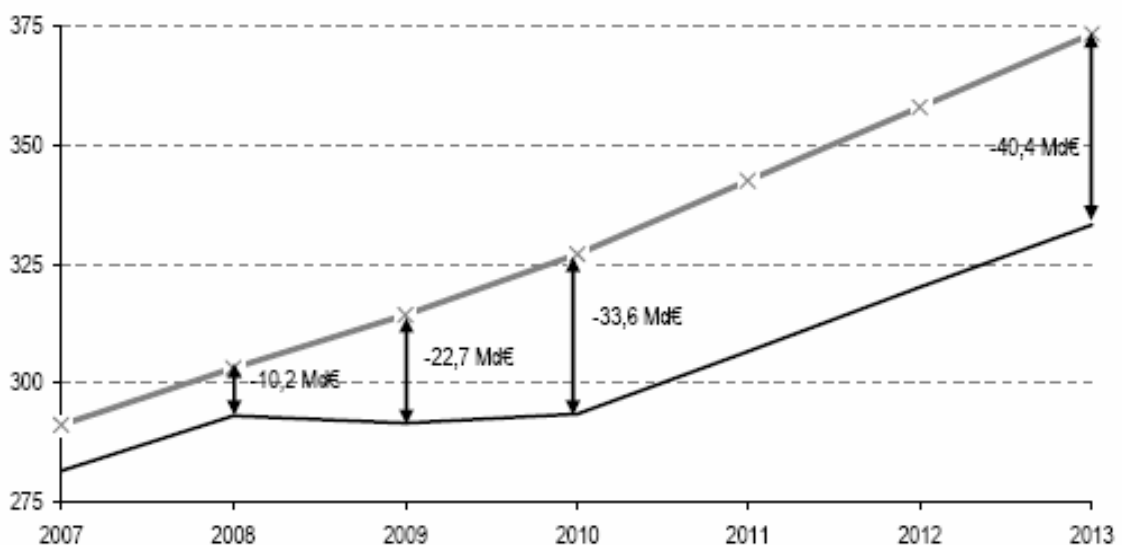
« Or le régime général abordera la reprise avec un handicap de l'ordre de 30 milliards d'euros. Selon le scénario de sortie de crise, le redressement sera plus ou moins aisé, la croissance de la masse salariale et du Pib déterminant pour une large part le rythme d'évolution de ses recettes. Toutefois, une progression des recettes identique à celle des dépenses ne suffit pas à stabiliser le solde. En effet, en partant d'un déficit de 30 milliards d'euros et en supposant une croissance des charges et des produits de 5 % par an, proche du rythme d'évolution tendancielle des charges, le déficit s'aggrave de 5 % par an également, soit de 1,5 milliard d'euros par an.

« Seule une hypothèse très élevée de progression de la masse salariale (6,3 % par an et une progression de l'Ondam à 3 % par an à partir de 2010 permettraient, sans autre mesure de redressement, de ramener à 20 milliards d'euros le solde du régime général à l'horizon 2013. Pour parvenir à ce niveau de solde, une ou plusieurs opérations de reprises de dettes seraient en outre nécessaires sur la période. »

Produits et charges nettes du régime général

(sous l'hypothèse d'une croissance tendancielle des charges et d'une croissance de la masse salariale privée de 5 % par an en 2011-2013)

en milliards d'euros)



Source : direction de la sécurité sociale

Le graphique ci-dessus est particulièrement éclairant. Il montre que la résorption du déficit de la sécurité sociale ne peut être spontanée, à moins de retenir, pour l'élaborer, des hypothèses économiques parfaitement irréalistes.

2. Des prévisions pluriannuelles très aléatoires

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 contient, dans son annexe B, des prévisions relatives aux comptes sociaux jusqu'en 2013. Pour établir ces prévisions, le Gouvernement a pris en compte les hypothèses économiques figurant dans le tableau ci-dessous.

Hypothèses d'évolution en moyenne annuelle sur la période 2009-2013

	2009	2010	2011-2013
Pib (en volume)	- 2,25 %	+ 0,8 %	+ 2,5 %
Masse salariale du secteur privé	- 2,0 %	- 0,4 %	+ 5,0 %
Ondam (en valeur)	+ 3,4 %	+ 3,0 %	+ 3,0 %
Inflation hors tabac	+ 0,4 %	+ 1,2 %	+ 1,75 %

Sur la base de ces hypothèses, les déficits sociaux devraient évoluer de la manière suivante :

Les prévisions de déficits des régimes de base et du FSV

En milliards d'euros	2009	2010	2011	2012	2013
Régime général	- 23,5	- 30,6	- 30,1	- 29,4	- 29,2
Ensemble des régimes de base	- 24,7	- 31,5	- 31,4	- 30,6	- 30,3
FSV	- 3,0	- 4,5	- 4,0	- 3,7	- 3,1
Ensemble	- 27,7	- 36,0	- 35,4	- 34,3	- 33,4

Source : PLFSS pour 2010

Il apparaît donc que dans le cadre économique - relativement favorable - ainsi proposé, les comptes de chacune des branches de la sécurité sociale restent **déficitaires jusqu'en 2013, le déficit total ne se réduisant pas, mais se stabilisant simplement aux alentours de 30 milliards d'euros.**

Or, il suffit de modifier l'une des hypothèses, par exemple celle de la progression de la masse salariale, peut-être la plus ambitieuse, pour que le déficit se creuse aussitôt : une hausse de 4 %, au lieu de 5 % à partir de 2011, entraînerait au minimum 2 milliards de déficits supplémentaires par an ; une augmentation de 3 % seulement et ce pourrait être 4 milliards de déficits annuels en plus. Ces chiffres sont à mettre en regard de ceux enregistrés au

cours de la période passée : de 1998 à 2007, en effet, la masse salariale a progressé de 4,1 % en moyenne par an, ce qui était considéré comme un bon niveau ; les prévisions de l'annexe B sont plus optimistes encore.

Une telle démarche laisse entrevoir les conséquences de toute « mauvaise surprise » dans la réalisation des prévisions - plutôt volontaristes - du Gouvernement, notamment en termes d'accumulation de dette sociale.

Le tableau ci-après reprend l'ensemble des prévisions contenues dans l'annexe B depuis la loi de financement pour 2006, premier projet de loi qui a comporté cette annexe, instituée par la loi organique du 2 août 2005.

Il montre bien la très grande volatilité des projections présentées. Celles-ci sont, il est vrai, assez simplistes. Elles ont en tout cas le mérite de **tracer une trajectoire** et de faire apparaître les contraintes et les difficultés du respect de l'objectif.

Ainsi, dans l'hypothèse d'une reprise forte et régulière assortie d'une bonne maîtrise des dépenses de santé, le déficit annuel ne se résorbera pratiquement pas d'ici 2013 si aucune action supplémentaire n'est engagée. Il est donc nécessaire d'envisager dès à présent les moyens de réduire les déficits en assurant durablement une progression des recettes plus rapide que celle des dépenses.

Pour atteindre cet objectif, la maîtrise des dépenses est évidemment indispensable, notamment dans le domaine de l'assurance maladie.

Il reste que, sauf à changer profondément de système de protection sociale, l'action sur les dépenses n'est pas sans limites, dès lors que l'évolution des dépenses de santé est fortement liée au vieillissement de la population et que les dépenses de retraite sont caractérisées par une grande inertie.

Quel que soit le scénario de sortie de crise, la résorption des déficits sociaux nécessitera d'apporter à la sécurité sociale de nouvelles recettes.

**Prévisions de l'annexe B pour les soldes du régime général
de la loi de financement pour 2006 au projet de loi de financement pour 2010**

(en milliards d'euros)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
MALADIE								
LFSS 2006	- 6,1	- 3,5	- 1,7	0,6				
LFSS 2007								
Scénario haut	- 6,1	- 3,9	- 1,5	1,4	3,9			
Scénario bas	- 6,1	- 3,9	- 2,3	- 0,1	2,4			
LFSS 2008								
Scénario haut	- 5,9	- 6,2	- 4,2	- 4,0	- 2,8	- 1,4	0,0	
Scénario bas	- 5,9	- 6,2	- 4,2	- 4,7	- 4,1	- 3,6	- 3,0	
LFSS 2009		- 4,6	- 4,0	- 3,4	- 2,3	- 1,2	0,1	
PLFSS 2010			- 4,4	- 11,5	- 14,6	- 13,7	- 12,5	- 11,6
AT - MP								
LFSS 2006	- 0,2	- 0,1	0,1	0,1				
LFSS 2007								
Scénario haut	0,0	0,1	0,2	0,5	0,9			
Scénario bas	0,0	0,1	0,2	0,4	0,7			
LFSS 2008								
Scénario haut	- 0,1	- 0,4	0,3	0,5	0,7	0,9	1,2	
Scénario bas	- 0,1	- 0,4	0,3	0,4	0,6	0,7	0,9	
LFSS 2009		- 0,5	0,4	0,0	0,4	0,7	1,1	
PLFSS 2010			0,2	- 0,6	- 0,8	- 0,5	- 0,2	0,0
FAMILLE								
LFSS 2006	- 1,2	- 1,2	- 0,8	- 0,3				
LFSS 2007								
Scénario haut	- 1,3	- 0,8	0,3	1,6	2,9			
Scénario bas	- 1,3	- 0,8	0,0	1,0	2,0			
LFSS 2008								
Scénario haut	- 0,9	- 0,5	0,3	1,7	3,2	4,6	6,0	
Scénario bas	- 0,9	- 0,5	0,3	1,5	2,7	3,9	4,9	
LFSS 2009		0,2	0,4	- 0,2	0,2	0,6	1,7	
PLFSS 2010			- 0,3	- 3,1	- 4,4	- 4,3	- 3,7	- 3,1
VIEILLESSE								
LFSS 2006	- 1,4	- 1,7	- 1,8	- 2,2				
LFSS 2007								
Scénario haut	- 2,4	- 3,5	- 4,1	- 3,8	- 3,3			
Scénario bas	- 2,4	- 3,5	- 4,5	- 5,1	- 5,1			
LFSS 2008								
Scénario haut	- 1,9	- 4,6	- 5,2	- 6,0	- 6,8	- 7,9	- 8,8	
Scénario bas	- 1,9	- 4,6	- 5,2	- 6,4	- 7,5	- 9,0	- 10,4	
LFSS 2009		- 4,6	- 5,7	- 5,0	- 3,6	- 1,7	- 2,3	
PLFSS 2010			- 5,6	- 8,2	- 10,7	- 11,6	- 13,0	- 14,5
TOUTES BRANCHES CONSOLIDE								
LFSS 2006	- 8,9	- 6,5	- 4,2	- 1,8				
LFSS 2007								
Scénario haut	- 9,7	- 8,0	- 5,0	- 0,3	4,5			
Scénario bas	- 9,7	- 8,0	- 6,6	- 3,8	- 0,1			
LFSS 2008								
Scénario haut	- 8,7	- 11,7	- 8,8	- 7,9	- 5,8	- 3,8	- 1,6	
Scénario bas	- 8,7	- 11,7	- 8,8	- 9,1	- 8,4	- 8,0	- 7,5	
LFSS 2009		- 9,5	- 8,9	- 8,6	- 5,4	- 1,5	0,7	
PLFSS 2010			- 10,2	- 23,5	- 30,6	- 30,1	- 29,4	- 29,2

B. LA MODESTIE DES RÉPONSES APPORTÉES PAR LE GOUVERNEMENT

Deux questions essentielles sont désormais posées : d'une part, le traitement des déficits accumulés, d'autre part, la question du déficit de 2010 et, naturellement aussi, celui des déficits des années suivantes.

Pour l'année 2010, le Gouvernement ne fait que présenter **des propositions limitées**, bien loin de pouvoir remédier aux 30 milliards de déficit du régime général. Il convient certes de ne pas gêner la sortie de crise, mais quelques signaux supplémentaires auraient pu être inscrits dans le présent projet de loi de financement.

1. Recettes : 600 millions de mesures nouvelles

Les mesures nouvelles du projet de loi en matière de recettes atteignent près de 600 millions d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires et 550 millions pour le régime général.

Le tableau ci-après détaille **l'impact attendu par le Gouvernement des mesures nouvelles 2010 sur les recettes**.

Mesures nouvelles 2010 sur les recettes

(en millions d'euros)

	Régime général	Tous régimes	FSV
Mesures nouvelles 2010 sur les recettes	550	593	46
Augmentation du forfait social	380	380	
Suppression de l'exonération dont bénéficient certains contrats d'assurance vie à la succession	172	172	21
Augmentation de la taxe promotion sur les dispositifs médicaux	3	3	
Contribution exceptionnelle des organismes complémentaires au titre du financement de la lutte contre la pandémie grippale	255	300	
Doublement de la contribution sur les retraites « chapeau »			25
Transfert de droits de consommation sur les tabacs au panier Tapa et au régime complémentaire obligatoire des exploitants agricoles	- 165	- 167	
Non-compensation du bonus outre-mer	- 95	- 95	

Ces mesures sont de trois catégories différentes :

- la première recouvre **une mesure exceptionnelle** : il s'agit de la contribution des organismes complémentaires au financement de la lutte contre la pandémie grippale, soit environ 300 millions pour l'ensemble des régimes en 2010 (article 10 du projet de loi) ;

- la deuxième s'inscrit dans le cadre de la **politique de rationalisation des niches sociales** ; elle regroupe quatre mesures, dont trois seulement ont un impact en 2010 : le renforcement des prélèvements portant sur les retraites « chapeau », le doublement du forfait social, la suppression du seuil annuel de cession de valeurs mobilières et de droits sociaux pour l'imposition des plus-values aux prélèvements sociaux et l'aménagement du régime des contrats d'assurance vie au regard des contributions sociales en cas de décès ;

Les mesures du projet de loi de financement pour 2010 tendant à revenir sur divers dispositifs dérogatoires

• **le renforcement des prélèvements portant sur les retraites « chapeau » (article 14)**

Cette disposition vise à supprimer l'écart de taxation bénéficiant actuellement aux régimes de retraite dits « chapeau » par rapport aux autres régimes de retraite supplémentaire.

En effet, les régimes de retraite « chapeau », qui ont pour caractéristique essentielle de conditionner les droits à pension à l'achèvement de la carrière dans l'entreprise, bénéficient actuellement d'une exonération totale, sans plafond, de CSG et de cotisations sociales au titre de la contribution des employeurs au financement de ces régimes.

En revanche, dans les régimes de retraite supplémentaire, l'exonération de cotisations sociales des contributions des employeurs est plafonnée et celles-ci sont soumises à la CSG, à la CRDS et au forfait social créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

Il est donc prévu de doubler les taux spécifiques applicables à la contribution de l'employeur dans le cas des retraites « chapeau » qui passeraient ainsi respectivement de 6 %, 8 % et 12 % à 12 %, 16 % et 24 %.

Le rendement - relativement limité - attendu de cette mesure est de **25 millions d'euros**. Il correspond au doublement des sommes acquittées à ce titre en 2008 par 841 entreprises, soit 26 millions d'euros.

• **l'augmentation du forfait social (article 15)**

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a institué un prélèvement spécifique, dénommé forfait social, assis sur une partie des assiettes exemptées de cotisations sociales, à savoir les revenus d'activité du secteur privé qui n'entrent pas dans l'assiette des cotisations sociales mais qui sont néanmoins soumis à la CSG et à la CRDS. Les revenus concernés recouvrent l'intéressement, la participation, les contributions des employeurs aux régimes de retraite supplémentaire et les abondements de l'employeur aux plans d'épargne entreprise et aux plans d'épargne pour la retraite collective.

Le taux de ce prélèvement a été fixé l'année dernière à 2 %. Il est proposé de le doubler, soit de le porter à 4 %, ce qui rapporterait environ **380 millions d'euros** de ressources supplémentaires à la sécurité sociale dès 2010.

Même à ce nouveau montant, il reste très en-deçà du taux de cotisation de droit commun appliqué aux salaires, soit 30,4 % au titre des charges sociales patronales de base.

• **la suppression du seuil annuel de cession de valeurs mobilières et de droits sociaux pour l'imposition des plus-values aux prélèvements sociaux (article 16)**

Les revalorisations successives du seuil de cession de valeurs mobilières au-delà duquel les gains nets réalisés lors de la cession de ces valeurs sont taxés ont entraîné une contraction progressive de l'assiette des prélèvements sociaux correspondants. Afin de limiter cet effet dépréciateur pour les recettes de la sécurité sociale, la mesure proposée vise à neutraliser le seuil de cession pour les prélèvements sociaux : désormais, les plus-values réalisées lors de la cession de valeurs mobilières seront soumises aux prélèvements sociaux (8,2 % de CSG, 0,5 % de CRDS, 2 % de prélèvement sur les revenus du capital, 0,3 % de contribution à la CNSA et 1,1 % de contribution au financement du RSA), soit un taux global de 12,1 %, dès le premier euro.

Le rendement attendu de cette mesure est d'un peu plus de **110 millions d'euros** par an à compter de 2011.

• **l'aménagement du régime des contrats d'assurance-vie au regard des contributions sociales en cas de décès (article 17)**

La mesure proposée vise à remédier à une inégalité de traitement entre les souscripteurs de contrats d'assurance-vie selon qu'il s'agit de contrats en euros ou de contrats multi-supports (ou contrats en unités de comptes), les uns étant soumis aux prélèvements sociaux, les autres non. Cette anomalie aboutit en outre à priver de recettes non négligeables la sécurité sociale. C'est pourquoi, il est proposé de soumettre aux mêmes prélèvements sociaux l'ensemble des intérêts capitalisés sur les contrats d'assurance-vie en cours à l'occasion du décès du souscripteur.

Le rendement attendu de cette mesure est estimé à **273 millions d'euros** en 2010.

- la troisième est issue de **la réaffectation d'une fraction du droit de consommation sur les tabacs** au profit, d'une part, du panier de compensation des exonérations liées aux heures supplémentaires, d'autre part, du financement d'une mesure d'amélioration de la pension de réversion du régime complémentaire obligatoire des exploitants agricoles (article 13).

2. Dépenses : 2 milliards d'économies sur la maladie

S'agissant des dépenses, le tableau ci-après présente une synthèse des mesures nouvelles pour 2010 en précisant leur impact financier.

Mesures nouvelles 2010 sur les dépenses

(en millions d'euros)

	Régime général	Tous régimes
Mesures d'économies sur les dépenses d'assurance maladie	1 836	2 198
Mesures d'économies intégrées à l'Ondam 2010	1 844	2 211
Economies sur biologistes et radiologues	200	240
Maîtrise médicalisée hors produits de santé (IJ, actes paramédicaux, plan transports, ALD)	325	390
Maîtrise médicalisée produits de santé	167	200
Baisses de prix ciblées de médicaments et de dispositifs médicaux	250	300
Baisses de prix génériques	83	100
Economies sur médicaments à 35 % (SMR faible et SMRI à 15 %)	121	145
Lutte contre la fraude	125	150
Economies sur les dépenses d'IJ hors maîtrise médicalisée et lutte contre les fraudes	92	110
Convergence tarifaire établissements de santé	125	150
Augmentation du forfait journalier hospitalier	130	156
Générication de médicaments en sus de la tendance	167	200
Baisse de la contribution des établissements au centre national de gestion	25	30
Gestion des tarifs de la liste en sus	33	40
Mesures hors Ondam	- 8	- 13
Diminution de la dotation à l'Oniam	42	47
Provision pour le financement de l'Anap et de l'Asip	- 50	- 60
Mesures nouvelles en dépenses pour le risque famille	27	27
Prise en charge, par l'Etat, d'une fraction des pertes sur créances d'indus au titre de prestations nouvellement comptabilisées en comptes de tiers	20	20
Ouverture du prêt à l'aide à l'habitat aux assistants maternels	0	0
Amélioration de la détection des logements fictifs ouvrant droit aux aides au logement et autres mesures de lutte contre la fraude	7	7
Mesures nouvelles en dépenses pour le risque AT-MP	- 5	- 5
Réforme des incitations financières	- 5	- 5
Mesures nouvelles en dépenses pour le risque vieillesse	622	634
Cumul emploi invalidité	4	4
Transfert au FSV du financement des validations gratuites des périodes d'arrêt maladie, maternité, accidents du travail, invalidité	618	630

• La maladie est au régime

L'analyse de ce tableau montre que l'essentiel des évolutions attendues en termes de dépenses proviendra en 2010, comme les années précédentes, de l'assurance maladie, **les économies atteignant un total d'environ 2,2 milliards d'euros**. Les mesures d'économies envisagées s'articulent autour des axes suivants :

- **la maîtrise médicalisée des dépenses et la lutte contre les abus et les fraudes pour 780 millions**, dont 390 millions au titre des prescriptions hors produits de santé (prescriptions d'arrêts de travail, d'exams de biologie, de soins paramédicaux, de transports ; meilleure gestion des dépenses liées aux

ALD), 200 millions au titre des produits de santé (recommandations médico-économiques de la Haute Autorité de santé, engagements pris dans le cadre des contrats individuels d'amélioration des pratiques - Capi), 40 millions au titre de la liste en sus et 150 millions dans le cadre de la lutte contre les abus et la fraude ;

- **les ajustements de prix et de tarifs**, sur les secteurs des soins de ville comme de l'hôpital, **pour 990 millions**, avec des baisses de tarifs de radiologie et de biologie pour 240 millions, des baisses de prix des médicaments (sous brevet et génériques) et des dispositifs médicaux pour 400 millions et un rapprochement tarifaire pour certaines prestations d'hospitalisation entre les secteurs public et privé pour 150 millions ;

- **le recentrage des dépenses d'assurance maladie sur le financement des soins les plus utiles médicalement pour 411 millions d'euros**, avec la hausse du forfait journalier de 2 euros, soit une économie évaluée pour l'assurance maladie à 156 millions et l'abaissement à 15 % du taux de remboursement de certains médicaments, soit une économie de 145 millions.

• **La vieillesse est en attente**

Pour la branche vieillesse, le présent projet de loi de financement poursuit **la clarification du financement des avantages non contributifs de retraite** : ce sera désormais le FSV qui financera les validations gratuites de trimestres accordées au titre des périodes d'arrêt de travail du fait de la maladie, de la maternité, des accidents de travail ou de l'invalidité. Ce transfert se fera sur deux ans et devrait soulager les charges de la Cnav et des régimes alignés à hauteur de 630 millions en 2010.

Aucune autre mesure ne figure dans le projet de loi, à l'exception de l'aménagement du mécanisme de la majoration de la durée d'assurance des mères de famille, imposé par les circonstances. La question de l'assainissement des comptes de la branche retraite est en effet entièrement renvoyée au rendez-vous de 2010.

C. LES PROPOSITIONS DE LA COMMISSION POUR L'APRÈS-CRISE

Au-delà de la question du traitement des déficits en cours, reste l'essentiel, à savoir **comment réduire les déficits des années à venir** ou encore **comment financer le maintien d'un haut niveau de protection sociale** tout en tenant compte du montant déjà élevé des prélèvements obligatoires et des contraintes de compétitivité d'une économie ouverte.

La maîtrise des dépenses est évidemment prioritaire et doit être impérativement poursuivie, notamment pour les dépenses d'assurance maladie.

Sur le plan des recettes, il est important de constater qu'aucun observateur, aucune institution, aucun expert avisé n'exclut aujourd'hui une hausse des prélèvements pour faire face aux dépenses supplémentaires, notamment liées au vieillissement de la population. Leurs analyses distinguent d'ailleurs le plus souvent, d'un côté les prélèvements fiscaux, de l'autre **les prélèvements sociaux pour lesquels la problématique ne peut être posée de la même façon.**

En effet, les prélèvements sociaux donnent lieu à **une contrepartie**. Or cette contrepartie répond à **des besoins en évolution** : pour la santé, la possibilité d'être mieux pris en charge et de bénéficier plus longtemps de soins toujours plus sophistiqués ; pour la vieillesse, la disposition d'un revenu de remplacement de bon niveau pendant une durée accrue du fait de l'augmentation de l'espérance de vie.

Il est donc naturel que la progression des dépenses liée à la couverture de ces besoins soit financée, ce qui signifie une augmentation des prélèvements, sauf à modifier les équilibres du système de protection sociale actuel et à positionner autrement les curseurs entre les différents acteurs et financeurs.

Quoi qu'il en soit, **les décisions sur les prélèvements de la sortie de crise et de l'après-crise doivent être préparées dès à présent.**

Elles devront s'efforcer de concilier une exigence de rendement, permettant de couvrir les dépenses, avec un principe de soutenabilité économique, au regard notamment de la compétitivité de notre pays, et d'équité entre les ménages et les autres contributeurs, afin de préserver la légitimité et l'acceptabilité des prélèvements.

1. Une priorité : régler la question de la dette sociale

Les déficits sans précédent que connaît actuellement la sécurité sociale ont un corollaire immédiat : l'aggravation, elle aussi sans précédent, de la dette sociale.

Quelle que soit la légitimité des motifs qui le justifient, le report du traitement de cette dette présente des risques sérieux pour l'avenir de la sécurité sociale.

a) L'ampleur de la dette sociale

Pour appréhender complètement la dette sociale, il convient de prendre en compte à la fois la dette transférée à la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) et la dette courante des organismes de la sécurité sociale gérée par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos).

• La dette portée par la Cades

Depuis sa création, la Cades a repris 134,61 milliards d'euros de dette. La dernière reprise est intervenue à la fin de l'année 2008 et au début de l'année 2009. Elle a porté sur 27 milliards correspondant aux déficits cumulés, à la fin de 2008, des branches maladie et vieillesse du régime général ainsi que du fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Au 31 décembre 2009, la dette amortie par la Cades devrait s'élever à 42,59 milliards d'euros. L'amortissement annuel est passé de 2,9 milliards en 2008 à 5,1 milliards en 2009 sous l'effet notamment de la baisse des taux d'intérêt, mais également de l'augmentation du montant total de la dette portée.

La dette restant à amortir devrait s'élever à **92 milliards d'euros à la fin de l'année 2009**.

La dette portée par la Cades

Année		2004	2005	2006	2007	2008	2009 (p)
Montant de la dette portée par la Cades	en Mds d'euros	92,4	102,0	107,7	107,6*	117,6	134,6
	en points de Pib	5,6	6,0	6,0	5,7	6,0	6,7
Montant de la dette portée et restant à amortir en fin d'année	en Mds d'euros	65,7	72,7	75,6	73,0	80,1	92,0
	en points de Pib	4,0	4,3	4,2	3,9	4,1	4,8

(p) : montants prévisionnels.

* : la légère diminution constatée en 2007 correspond à une opération d'ajustement du montant total des transferts effectués au titre du déficit cumulé de la Cnam à fin 2006 et qui s'est traduite par un versement de l'Acos à la Cades, courant 2007, de 65 millions d'euros clôturant les opérations relatives à la loi de 2004.

Source : Cades

Compte tenu de l'attribution à la Cades de 0,2 point de CSG pour accompagner le transfert de 27 milliards d'euros de dette à la fin de l'année 2008 et au début de 2009, **l'extinction de la caisse est toujours prévue pour 2021.**

• **La dette courante des organismes de sécurité sociale**

Alors qu'une reprise de dette est intervenue il y a moins d'un an, le régime général et le FSV connaîtront en 2009 un déficit total avoisinant 27 milliards d'euros. Compte tenu de l'existence de reliquats de dette non repris par la Cades, ce montant pourra même être porté à 30,5 milliards, à la fin de 2009.

Pour 2010, la dette courante de ces mêmes régime et organismes sociaux devrait atteindre 36 milliards d'euros.

Afin de tenir compte de cette situation des comptes des régimes sociaux, le Gouvernement propose dans le présent projet de loi de fixer à **65 milliards d'euros** le plafond des avances de trésorerie auxquelles peut recourir l'Acoss, **soit un montant jamais atteint depuis la création de l'agence.**

b) Un report de traitement particulièrement risqué

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 ne prévoit **aucune mesure de traitement de la dette** en cours d'accumulation, ni au titre du déficit réalisé en 2009, ni pour celui de 2010.

Cette situation est particulièrement préoccupante, dans la mesure où le report des décisions sur ce sujet risque de rendre le traitement de cette dette plus douloureux et présente de sérieuses incertitudes.

• **Le coût de la gestion de la dette et le risque de taux**

Comme l'a relevé la Cour des comptes dans son dernier rapport, *« indépendamment de tout amortissement, il est désormais nécessaire de consacrer plus de 4 milliards d'euros de prélèvements sociaux et fiscaux au paiement des intérêts de la dette du régime général et du régime agricole ».*

Evolution des amortissements et des charges d'intérêt sur la période 2006-2008

En millions d'euros	2006	2007	2008
Intérêts (charge nette)			
Acoss*	271	648	834
Ffipsa	86	186	283
Cades	2 661	3 101	3 093
TOTAL	3 018	3 935	4 230
Amortissement de la dette Cades	2 815	2 578	2 885
Amortissements + intérêts	5 833	6 513	7 095

* y compris la partie de trésorerie gérée pour des tiers

Source : Cour des comptes

Certes, le très bas niveau des taux d'intérêt en 2009 - à court terme notamment - a permis de réduire très sensiblement le montant des charges financières assumées par l'Acoss dans la gestion de la trésorerie de la sécurité sociale, tandis que la Cades a pu consacrer davantage de recettes à l'amortissement proprement dit de la dette qu'elle porte.

Pendant, rien ne garantit que cette situation perdurera et une augmentation des taux courts aurait un impact immédiat et important sur les comptes sociaux.

Surtout, comme l'a souligné la Cour des comptes dans le rapport précité, *« la séparation entre la gestion de la trésorerie contractée par l'Acoss, qui ne peut s'effectuer sur un horizon supérieur à un an, et la dette transférée à la Cades, qui peut faire l'objet d'un refinancement à moyen et long terme, interdit aux gestionnaires de saisir toutes les opportunités d'arbitrage offertes par l'évolution des taux d'intérêts »*.

Par ailleurs, la croissance exponentielle des fonds que doit mobiliser l'Acoss pour lui permettre de s'acquitter de ses obligations va la contraindre à diversifier ses sources de financement dans des conditions encore imprécises.

Ainsi, lors de son audition du 14 octobre 2009 par la commission des affaires sociales, Pierre Burban, président de l'Acoss, a indiqué que, *« pour faire face à son besoin de financement de près de 62 milliards en 2010, l'Acoss recourra, en complément de ses instruments classiques que sont les avances de trésorerie de la Caisse des dépôts et consignations et l'émission de billets de trésorerie, à des émissions complémentaires sur les marchés assurés, d'un point de vue technique, par l'agence France Trésor (AFT) agissant comme prestataire de services de l'Acoss. Ainsi, la couverture des besoins de trésorerie serait assurée par plusieurs instruments :*

« - des avances de la CDC à hauteur de 25 milliards dans le cadre de l'avenant à la convention signée en 2006 et dont le montant global pourrait être fixé à 31 milliards à l'occasion de la signature de la nouvelle convention prévue en 2010 ;

« - des opérations de mutualisation des trésoreries positives d'organismes sociaux en application de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. A ce titre, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pourrait apporter une contribution d'un milliard d'euros en 2010 ;

« - des émissions accrues de billets de trésorerie auprès des investisseurs privés et publics, le montant de ces émissions pouvant passer de 3 à 10 milliards ;

« - enfin, des émissions de titres nouveaux au nom de l'Acoss, assurées techniquement par l'AFT. »

Comme l'a lui-même souligné le président de l'Acoss, une telle situation ne pourra persister au-delà de l'année 2010. Rappelons que la vocation de l'Acoss n'est pas d'assurer le financement de déficits cumulés considérables mais de trouver les ressources de trésorerie nécessaires pour faire face aux décalages entre perception des recettes et versements des prestations de la sécurité sociale.

• **Des décisions qui risquent d'être plus douloureuses**

Les transferts de dette à la Cades deviendront de plus en plus coûteux à l'approche de la date prévue pour la disparition de la caisse. En effet, conformément aux dispositions de la loi organique du 2 août 2005, tout transfert de dette doit s'accompagner des ressources nécessaires pour y faire face sans repousser la date d'extinction de la dette portée.

En juin dernier, la Cades a calculé les « tarifs » des reprises de dette éventuelles au cours des années à venir :

- pour reprendre 10 milliards de dette le 4 janvier 2010, il faudrait augmenter le taux de CRDS de 0,077 point ;

- pour reprendre 10 milliards de dette le 3 janvier 2011, il faudrait augmenter le taux de CRDS de 0,085 point ;

- pour reprendre 10 milliards de dette le 2 janvier 2012, il faudrait augmenter le taux de CRDS de 0,095 point.

Dès lors qu'aucune reprise de dette n'est prévue par le projet de loi de financement pour 2010, une éventuelle reprise ne pourra intervenir qu'à la fin de l'année 2010 ou au début de l'année 2011. A cette date, les déficits cumulés du régime général et du FSV devraient, selon les prévisions figurant dans le présent projet de loi, atteindre 63,7 milliards d'euros. Le transfert à la Cades de cette somme impliquerait une augmentation de la CRDS de 0,54 point. Son taux, actuellement fixé à 0,5 % passerait alors à 1,04 %.

Si l'on attendait une année supplémentaire, la dette à transférer pourrait atteindre 99,1 milliards d'euros à la fin de l'année 2011. Compte tenu des calculs de la Cades, il faudrait alors porter le taux de la CRDS de 0,5 % à 1,44 %.

Ces chiffres démontrent **la nécessité d'envisager dès à présent le traitement de la dette sociale en cours d'accumulation**. Sans doute faudra-t-il recourir à des solutions diverses. Peut-être devra-t-on envisager de modifier la loi organique de 2005 pour allonger quelque peu la durée de vie de la Cades, **mais une telle évolution n'est concevable que si elle s'accompagne, simultanément, d'une augmentation crédible des recettes de la caisse**, démontrant clairement que les pouvoirs publics refusent de reporter la dette d'aujourd'hui sur les générations futures.

Une solution consisterait par exemple à faire en sorte que chaque tranche de dette nouvelle transférée à la Cades soit remboursée dans un délai limité préfixé et que les recettes de la caisse soient augmentées en conséquence.

Quoi qu'il en soit, votre commission souhaite que, dès cette année, un premier pas soit fait. Elle propose que 20 milliards - soit le « point haut » de la trésorerie de l'Acoss en 2010 - soient transférés à la Cades et qu'en conséquence le taux de la CRDS soit accru de 0,15 % et donc porté à 0,65 %.

2. Un impératif : poursuivre la maîtrise des dépenses

Le contexte financier actuel exige que soient poursuivis et même amplifiés les efforts des dernières années, bien au-delà des plans d'économies présentés dans les dernières lois de financement. Cela exige, en particulier, de déployer une action forte à l'hôpital et de s'enjoindre de réussir la réforme des retraites.

• Poursuivre la réforme de l'hôpital

Les dépenses de l'hôpital représentent environ 45 % des dépenses de l'assurance maladie. Plusieurs travaux récents ont montré que des efforts de productivité pouvaient être accomplis dans les établissements. Il est donc nécessaire d'affirmer une volonté forte pour continuer à réformer l'hôpital. Le Premier président de la Cour des comptes a fait valoir, lors de son audition devant la commission des affaires sociales le 27 octobre, que la Cour des comptes a constaté « *une disparité surprenante des performances des hôpitaux qui ne s'explique que partiellement par les différences de vocations et d'échelle entre les établissements de l'échantillon étudié.* » Il en a conclu qu'il existe de réelles marges de progrès et d'efficience à l'hôpital.

Pour votre commission, il est impératif que toutes ces marges soient mobilisées. Ce sera une mission prioritaire pour les agences régionales de santé qui vont se mettre en place dans le courant de l'année 2010. C'est aussi dans cet esprit qu'il est proposé de **ramener l'horizon de la convergence, que le Gouvernement souhaite reporter à 2018, à 2014**. En effet, toutes les études sur les écarts de coûts devraient être achevées en 2012 ; il n'y a pas lieu d'attendre six années pour en tirer les conséquences.

• Réussir le rendez-vous de 2010 sur les retraites

La situation financière de la branche vieillesse, désormais installée dans une plage de déficit supérieur à 10 milliards d'euros, exige que **le rendez-vous de 2010 sur les retraites** permette d'apporter des solutions durables à l'équilibre des comptes de la vieillesse. La Mecss en fera d'ailleurs son principal sujet de réflexion au début de l'année 2010. La sauvegarde du régime de retraite de base est en jeu.

3. Une nécessité : assurer le financement de la protection sociale

La première nécessité est de sauvegarder les recettes de la sécurité sociale, ce qui signifie qu'il faut, d'une part, poursuivre l'élargissement de l'assiette des prélèvements sociaux, d'autre part, envisager la mobilisation de nouvelles ressources.

a) Poursuivre l'élargissement de l'assiette des prélèvements sociaux

Comme le souligne régulièrement la Cour des comptes dans ses rapports, les meilleurs prélèvements sont ceux qui ont l'assiette la plus large avec des taux bas. En matière sociale, il est particulièrement souhaitable que les prélèvements portent sur l'assiette la plus large possible afin d'éviter notamment une trop forte concentration sur les seuls revenus du travail, qui conduit automatiquement à pénaliser l'emploi.

Le forfait social, créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, a permis, comme le souhaitait depuis longtemps votre commission, de soumettre à un prélèvement une partie des éléments de rémunération exemptés de cotisations sociales.

En dépit de ces diverses mesures, **toutes les assiettes exemptées de cotisations sociales ne sont pas encore soumises à un prélèvement social**. Des marges existent donc encore. Il ne serait pas anormal qu'un certain nombre d'avantages accordés aux salariés, tels que les chèques vacances, soient soumis au forfait social, dont le taux reste très inférieur à celui des cotisations sociales de droit commun.

Il en est de même pour un certain nombre de dispositifs soumis à prélèvements spécifiques, comme les retraites « chapeau » ou les stock-options, pour lesquels un rapprochement avec le droit commun pourrait être envisagé.

De même, une **remise à plat des indemnités de rupture** est aujourd'hui nécessaire afin de rendre parfaitement équitables les prélèvements qui s'y appliquent, qu'ils soient fiscaux ou sociaux.

Montants des exemptions d'assiettes en 2009

(en milliards d'euros)

Dispositifs	Montants des exemptions d'assiettes
I. Participation financière et actionariat salarié	20,0
<i>Dont :</i>	
Participation	8,7
Intéressement	7,9
Plan d'épargne en entreprise (PEE)	1,3
Stock-options	2,1
II. Aides directes consenties aux salariés	5,4
<i>Dont :</i>	
Titres restaurant	2,4
Chèques vacances	0,3
Avantages accordés par les comités d'entreprise	2,6
Chèque emploi service universel préfinancé	0,1
III. Prévoyance complémentaire, retraite supplémentaire	17,1
<i>Dont :</i>	
Prévoyance complémentaire	13,1
Retraite supplémentaire	3,8
Plan d'épargne retraite collective (Perco)	0,2
IV. Rupture du contrat de travail	3,5
<i>Dont :</i>	
Indemnités de licenciement	3,2
Indemnités de mise à la retraite	0,4
TOTAL	46,1

Source : annexe 5 du projet de loi de financement de la sécurité sociale

De la même façon, on observe quelques pertes d'assiette sur la CSG alors que celle-ci est pourtant très large. Ainsi, par rapport à l'assiette de la CRDS, plus étendue, la CSG ne s'applique ni aux prestations familiales, ni aux aides au logement, ni aux ventes de métaux précieux, bijoux et objets d'art et d'antiquité, ni à la totalité des sommes mises dans les jeux. Si l'assujettissement à la CSG des prestations sociales parait difficile dans le contexte de crise actuel et compte tenu du taux non négligeable de la CSG, soit 8,2 %, **un alignement de l'assiette de la CSG sur celle de la CRDS en matière de jeux et de ventes de métaux précieux, bijoux et objets d'art** pourrait d'ores et déjà être mis en œuvre.

b) Se préparer à mobiliser des ressources nouvelles

Plusieurs pistes peuvent être explorées dans le cadre de la mobilisation de nouvelles ressources en faveur de la sécurité sociale.

• **Un meilleur ciblage des allègements de charges sociales**

Dans son dernier rapport sur les prélèvements obligatoires des entreprises dans une économie globalisée, la Cour des comptes revient sur la question du coût des allègements généraux de sécurité sociale et l'examine notamment au regard de ses effets sur l'emploi et la croissance.

Les études menées sur ce sujet divergent et ne permettent pas de tirer des conclusions tranchées. Néanmoins, toutes soulignent le coût de ce dispositif et certaines font des propositions pour en limiter le champ ou l'impact.

Evolution des exonérations de cotisations

(en milliards d'euros)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Allègements généraux	16,1	16,5	18,5	20,8	21,7	21,5
Exonérations heures supplémentaires	-	-	-	0,6	2,8	2,8
Rachat de RTT	-	-	-	-	0,1	0,0
Exonérations ciblées compensées	2,3	2,5	3,1	4,0	3,9	3,6
Total mesures compensées	18,4	19,0	21,6	25,4	28,5	27,8
Exonérations non compensées	2,0	2,1	2,4	2,7	2,5	2,6
Total exonérations	20,4	21,1	24,0	28,2	31,0	30,4

Source : rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale - octobre 2009

Parmi les propositions de réforme avancées figurent, par exemple, une baisse du seuil de 1,6 Smic en-dessous duquel ces allègements s'appliquent, une limitation aux entreprises de taille petite ou moyenne ou encore un accès réservé aux entreprises respectant certains critères sociaux ou environnementaux.

Le Gouvernement a décidé de lancer une mission sur ce sujet. En attendant les résultats de ses travaux, il pourrait être judicieux de mettre en œuvre ce que propose la Cour des comptes, à savoir une annualisation du calcul des allègements pour éviter certains contournements. Une telle mesure permettrait **une économie de 2 à 3 milliards d'euros sur ces allègements**.

• **Le développement des taxes comportementales**

Les taxes comportementales sont notamment celles qui sont applicables au tabac et à l'alcool, mais également aux boissons sucrées et aux produits alimentaires jugés néfastes pour la santé. Elles ont pour objet de freiner la consommation des produits concernés en raison de leur caractère

nocif en termes de santé publique. Elles visent donc à infléchir des comportements.

Elles ont néanmoins aussi pour intérêt d'apporter des ressources, particulièrement justifiées lorsqu'elles sont attribuées à la sécurité sociale. **Il y a en effet une grande logique à affecter au financement des dépenses de santé la taxation des tabacs et alcools et demain, pourquoi pas, la taxation de certains produits gras ou sucrés.**

- les droits sur le tabac

Comparée aux pays de l'Union européenne, la France a un taux d'imposition du tabac très élevé et une des consommations les plus basses.

Les droits applicables au tabac ont de fait considérablement augmenté dans notre pays au cours des dernières années. Pour 2009, leur rendement est estimé à 9,6 milliards d'euros, soit à un montant quasiment identique par rapport à 2008 qui traduit une stabilité de la consommation.

Ces droits n'ont toutefois pas été relevés depuis août 2007 et il ne serait pas injustifié de prévoir un ajustement dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010. A titre d'exemple, **porter le minimum de perception du droit de consommation sur les cigarettes de 155 euros à 164 euros** (pour mille cigarettes) **permettrait un accroissement des recettes d'un peu plus de 430 millions d'euros.**

- les droits sur l'alcool

Pour l'alcool, la situation est différente : la France applique un taux d'accises moyen faible pour une consommation parmi les plus élevées de l'Union européenne.

Aussi est-il souvent affirmé que **de réelles marges de progression existent**. Aucun consensus ne permet certes d'envisager à court terme une augmentation des droits sur certains produits, en particulier sur le vin, en raison de la crise que traverse actuellement le secteur viticole. A moyen terme toutefois, il faudra réexaminer la question, en prenant en compte notamment les considérations de santé publique, auxquelles la commission des affaires sociales est très attachée, et en ne s'interdisant pas de mettre en regard de l'économie alcoolière le coût des conséquences d'une consommation excessive d'alcool pour l'assurance maladie.

Le rendement des droits sur les boissons alcooliques est estimé à 3,17 milliards d'euros pour 2009, en augmentation de 4,5 % par rapport à 2008. Outre un effet prix, une large partie de cette progression résulte de l'augmentation de la consommation d'alcools forts, dont les droits représentent les deux tiers du rendement total, soit un peu plus de 2 milliards d'euros. Ainsi, malgré un niveau élevé de taxation, on continue à enregistrer une hausse de la consommation d'alcools forts qui touche en particulier la jeunesse. Une telle situation justifie amplement qu'**une augmentation de ces droits sur les alcools soit rapidement décidée.**

- la taxation des produits gras ou sucrés

De la même façon, l'instauration d'une taxe nutritionnelle est une piste qui ne peut plus être éludée, ne serait-ce que pour aider à la prise de conscience de la rapide progression du phénomène de l'obésité dans notre pays, particulièrement chez les enfants.

Certes une telle taxe pourrait avoir un impact sur le pouvoir d'achat des ménages mais il conviendrait de **la cibler sur les produits les plus nocifs sur un plan diététique et ne rentrant pas dans la catégorie des aliments de première nécessité** : boissons et sodas sucrés, barres chocolatées et sucrées, etc. Elle n'aurait pas vocation à être fixée à un taux élevé, mais elle pourrait être calibrée de manière à rapporter environ 500 millions d'euros, ce qui ne représenterait pas plus de quelques centimes sur les canettes ou bouteilles de boissons gazeuses et sucrées.

Elle aurait toute légitimité à venir financer l'assurance maladie en raison du fort accroissement des dépenses assumées par celle-ci au titre du diabète et de toutes les complications liées à l'obésité.

C'était d'ailleurs l'une des conclusions de la mission confiée à Jean-François Chadelat sur le Ffipsa : créer une taxe sur les boissons sucrées au profit du régime de protection sociale agricole pour combler - partiellement - son déficit.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I. AUDITION DES MINISTRES

Audition d'Eric WOERTH, ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat, Xavier DARCOS, ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ministre de la santé et des sports, et Nora BERRA, secrétaire d'Etat chargée des aînés

Réunie le jeudi 15 octobre 2009, sous la présidence conjointe de Muguette Dini, présidente, et de Jean Arthuis, président de la commission des finances, la commission a procédé à l'audition d'Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat, Xavier Darcos, ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, et de Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports, et Nora Berra, secrétaire d'Etat chargée des aînés, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010.

Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat, a tout d'abord souligné l'impact majeur de la crise sur le financement de la sécurité sociale. Le déficit du régime général, qui atteignait 10,2 milliards d'euros en 2008 devrait s'élever à 23,5 milliards en 2009 et à environ 31 milliards en 2010. Ces chiffres traduisent la conséquence de la récession économique actuelle sur les recettes de la sécurité sociale : en deux ans, 21 milliards de recettes n'auront pas été perçues par l'Etat. La crise expliquerait 65 % du déficit du régime général en 2009 et 75 % de celui-ci en 2010.

La stratégie du Gouvernement repose à la fois sur la volonté de gérer la crise et de réformer la sécurité sociale.

Pour ce qui concerne la gestion de la crise, le choix a été fait en 2009 de ne pas contrer la diminution des recettes liées à la dégradation de la conjoncture économique. Dans le cadre d'une politique de sortie de crise, l'augmentation des prélèvements obligatoires aurait constitué en effet « une

erreur considérable » dès lors qu'ils sont déjà parmi les plus élevés d'Europe. Cette position explique la décision de ne pas procéder en 2010 à une reprise de dette par la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), et par conséquent à une augmentation de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) qui aurait pesé sur le pouvoir d'achat des contribuables. Les déficits du régime général seront ainsi supportés en 2010 par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss). Les besoins de trésorerie élevés de celle-ci, de 30 à 60 milliards d'euros, seront couverts notamment par des émissions complémentaires sur les marchés à court terme gérées par l'Agence France Trésor (AFT).

Le choix de laisser jouer à la sécurité sociale son rôle d'amortisseur participe de la stratégie de la gestion de la crise. A ce titre, différentes prestations ont été revalorisées cette année, comme la prime de solidarité active ou la prime pour les familles modestes afin de soutenir le revenu des ménages. De même, une politique de recouvrement adaptée a été mise en place pour les entreprises en difficulté.

***Eric Woerth** a ensuite décliné son action pour sortir de la crise en présentant quatre priorités :*

- contenir la progression des dépenses d'assurance maladie et poursuivre l'effort de respect de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) dont l'objectif d'évolution est fixé pour 2010 à 3 %. Ceci nécessite de réaliser des économies à hauteur de 2,2 milliards d'euros par rapport à la progression tendancielle annuelle de ces dépenses qui est d'environ 7 milliards ;

- élargir le financement de la sécurité sociale en faisant davantage contribuer certains revenus d'activité ou certains revenus non issus du travail. La réduction des niches sociales comprend en particulier la soumission aux prélèvements sociaux des plus-values réalisées lors de la cession de valeurs mobilières et la suppression de l'exonération de prélèvements sociaux pour les contrats d'assurance-vie multi-supports en cas de dénouement par succession. Ces deux mesures pourraient augmenter les recettes de 380 millions d'euros. L'augmentation du forfait social sur les revenus de participation, d'intéressement et d'épargne salariale, qui reste raisonnable par rapport à un assujettissement classique de ces revenus aux prélèvements sociaux, tout comme l'augmentation du taux d'imposition des retraites chapeau à la charge des employeurs, sont également prévues par le projet de loi de financement pour 2010 ;

- lutter contre la fraude dans la continuité des actions menées ces deux dernières années et dont les résultats prouvent l'utilité : entre 2006 et 2008, le montant des fraudes détectées par les caisses de sécurité sociale a été porté de 227 à 365 millions d'euros. Le contrôle des arrêts maladie est une priorité pour les caisses qui ont réalisé 1,8 million de contrôles, contre 700 000 en 2006. La généralisation de la contrevisite de l'employeur en 2010 permettra de mieux lutter contre les arrêts de travail injustifiés ;

- réduire la dette de l'Etat envers la sécurité sociale afin que celle-ci soit inférieure à 3,6 milliards d'euros à la fin de l'année, soit une mesure correctrice présentée lors du prochain projet de loi de finances rectificative de l'ordre de 1,6 milliard d'euros.

Ces quatre actions devraient permettre de stabiliser en 2010 le déficit structurel du régime général à 8 milliards d'euros, soit un effort de 3 milliards par rapport à l'augmentation spontanée du déficit. L'évolution du déficit global du régime général, estimé à 30 milliards d'euros en 2011, devrait par la suite prendre en compte les effets des réformes structurelles concernant l'hôpital ou les retraites.

*A titre liminaire, **Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports**, a souligné que l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) a émis un avis favorable sur le PLFSS pour 2010.*

Elle a ensuite rappelé que la progression des dépenses d'assurance maladie s'est ralentie depuis l'année 2000 pour atteindre aujourd'hui un niveau davantage soutenable. En 2009, le taux de progression de l'Ondam devrait ainsi s'élever à 3,4 %, soit un niveau proche de celui voté l'an dernier en loi de financement. Ce résultat est le fruit de la politique menée depuis 2007, conjointement avec le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat, qui consiste à maîtriser les dépenses sans dégrader la qualité des soins, tout en préservant les principes fondamentaux du système de protection sociale français, à savoir assurer un taux de remboursement d'autant plus élevé que les pathologies sont graves, lourdes et coûteuses et les thérapeutiques chères et efficaces.

Cet objectif a également pu être atteint grâce à la création, dans les dernières lois de financement de la sécurité sociale, de nouveaux instruments de maîtrise médicalisée : les référentiels médico-économiques de la Haute Autorité de santé (HAS), l'extension de la procédure de mise sous entente préalable, les dispositifs relatifs aux médicaments onéreux prescrits à l'hôpital et les contrats d'amélioration des pratiques individuelles (Capi).

*Tout en soulignant l'impact de la crise économique sur les comptes de la sécurité sociale qui joue son rôle d'amortisseur social, **Roselyne Bachelot-Narquin** a indiqué que la dégradation économique doit inviter à davantage d'ambition dans la détermination de l'Ondam. Son taux d'évolution globale sera ainsi fixé à 3 % pour 2010 - contre 3,3 % pour 2009 - et sera équilibré, comme l'année dernière, entre les dépenses de soins de ville et les dépenses hospitalières. Il représente un effort important dans le contexte économique actuel et doit être apprécié au regard de la récession de 2,25 % enregistrée en 2009 et de la prévision de croissance de 0,75 % pour 2010. L'objectif doit être de parvenir à un rythme de progression des dépenses compatible avec la croissance à long terme, soit environ 3 % par an.*

Pour l'atteindre, ainsi que les caisses nationales d'assurance maladie l'ont proposé au Gouvernement au début du mois de juillet dernier, tous les acteurs du système de soins doivent poursuivre les efforts engagés depuis trois

ans. Il faut continuer à adapter l'assurance maladie en prenant en compte les progrès médicaux, les marges d'efficience et les évolutions sociales. La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST), notamment grâce à la mise en place des agences régionales de santé (ARS), constitue une étape importante en la matière.

En ce qui concerne les soins de ville, les économies attendues de la maîtrise médicalisée s'élèvent, en 2010, à 595 millions d'euros, soit un niveau plus ambitieux que celui fixé pour 2009. Un effort particulier sera demandé en matière d'indemnités journalières qui représentent un coût d'environ 8 milliards d'euros en 2009, soit un taux de croissance de 7 % par rapport à 2008. Plusieurs mesures devraient contribuer au ralentissement de ces dépenses : la diffusion des référentiels élaborés par la Cnam, la procédure simplifiée de mise sous entente préalable et la généralisation de la contre-visite de l'employeur.

La maîtrise médicalisée des dépenses passe également par une meilleure maîtrise des dépenses liées aux affections de longue durée (ALD). L'approche proposée dans le PLFSS pour 2010 est exclusivement médicale, conformément aux recommandations de la HAS, et notamment à son avis de décembre 2007. Ainsi, dans le cadre du second plan Cancer, il est proposé de permettre aux personnes guéries du cancer de sortir plus rapidement du régime des ALD, tout en continuant à bénéficier d'une prise en charge à 100 % pour les examens de suivi.

Roselyne Bachelot-Narquin a ensuite indiqué que le deuxième axe de réforme en matière de soins de ville repose sur l'ajustement de certains tarifs et prix. Des secteurs à très haute valeur ajoutée, tout particulièrement la radiologie et la biologie, présentent en effet des marges importantes par rapport aux tarifs de la sécurité sociale. Ils seront donc réduits d'un montant global de 240 millions d'euros.

En ce qui concerne les produits de santé, des diminutions de prix seront opérées comme chaque année. Elles porteront aussi bien sur les génériques que sur les médicaments traditionnels ou sur les dispositifs médicaux. Ces mesures permettront un montant global d'économies de l'ordre de 460 millions d'euros, qui s'ajouteront aux 200 millions attendus de la « générication » du Plavix.

Par ailleurs, le taux K, qui déclenche la clause de sauvegarde, sera fixé à 1 %. Le ralentissement de la croissance économique et l'absence d'arrivée sur le marché de nouveaux médicaments innovants avec un chiffre d'affaires élevé justifient, en effet, de retenir pour 2010 un niveau inférieur de 0,4 point à celui qui avait été déterminé dans une précédente loi de financement de la sécurité sociale pour les années 2009 à 2011.

Enfin, le Gouvernement a souhaité reprendre, mais en la modifiant dans ses modalités, la proposition de la mutualité sociale agricole (MSA) de diminuer le taux de remboursement de certains médicaments. Ainsi est-il prévu de ramener de 35 % à 15 % le taux de remboursement des médicaments

à service médical rendu (SMR) faible, ainsi que des médicaments qui continuent aujourd'hui d'être remboursés à 35 % alors que leur service médical a été jugé insuffisant. Cependant, les personnes actuellement exonérées du ticket modérateur, par exemple lorsqu'elles sont en ALD, ne seront pas concernées par cette mesure. Celle-ci devrait permettre de réaliser 145 millions d'euros d'économies. Quatre taux de remboursement existeraient désormais : 100 % pour les médicaments irremplaçables et très coûteux, 65 % lorsque le service médical rendu est jugé important, 35 % lorsqu'il est jugé modéré et 15 % lorsqu'il est faible. Les analgésiques, tels que l'aspirine ou le paracétamol, resteront remboursés à 65 %.

Roselyne Bachelot-Narquin a insisté sur le fait que toute diminution du taux de remboursement est compensée par l'entrée dans la liste des produits remboursables de médicaments présentant un intérêt thérapeutique très élevé, pour un montant global annuel d'environ 1 milliard d'euros.

S'agissant des établissements de santé, elle a indiqué que le taux de progression de l'Ondam sera également de 2,8 %, comme pour les soins de ville. Il permettra de financer les plans de santé publique, la deuxième tranche du plan « Hôpital 2012 » et la première étape du processus de revalorisation salariale des professionnels paramédicaux. Mais ce taux exigera aussi de poursuivre les efforts d'amélioration de la performance des établissements de santé.

Ainsi, si le PLFSS pour 2010 propose de repousser de 2012 à 2018 la date d'achèvement de la convergence intersectorielle entre les tarifs du secteur public et ceux du secteur privé, il prévoit parallèlement d'expérimenter une nouvelle approche de la convergence, ciblée sur certains types de séjours s'y prêtant plus particulièrement, notamment la chirurgie ambulatoire.

Par ailleurs, cinquante établissements mettront en œuvre des projets de transformation hospitalière qui, coordonnés par la nouvelle agence nationale pour la performance hospitalière (ANPH), porteront sur leurs modalités d'organisation et de fonctionnement.

Enfin, le forfait journalier hospitalier, créé en 1983 pour participer aux frais d'hébergement à l'hôpital, et qui n'a pas augmenté depuis 2007, passera de 16 euros à 18 euros dans les services de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et les services de soins de suite et de réadaptation, et de 12 euros à 13,5 euros dans les services de psychiatrie. Toutefois, les assurés les plus modestes, ainsi que les femmes enceintes et les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, continuent d'être exonérés de ce forfait. Pour les autres patients, le forfait hospitalier pourra être pris en charge par les organismes de complémentaire santé. Cette mesure, qui représente une économie de l'ordre de 160 millions d'euros, ne modifiera donc pas le niveau du reste à charge des ménages pour les frais d'hospitalisation.

En ce qui concerne la pandémie grippale, la ministre a rappelé que le Gouvernement a fait le choix d'une politique de prévention grâce à une large campagne de vaccination qui devrait permettre de limiter le nombre de personnes affectées. Elle a également salué le geste des organismes de complémentaire santé qui se sont engagés à participer au financement de ces vaccins. En raison de leur caractère exceptionnel, les dépenses liées à la grippe ne seront pas comptabilisées dans l'appréciation du respect de l'Ondam par le comité d'alerte.

*Pour conclure, **Roselyne Bachelot-Narquin** s'est engagée à poursuivre en 2010 les efforts menés pour respecter le taux de progression de l'Ondam et ainsi diminuer le déficit de la branche maladie sans modifier les principes fondamentaux sur lesquels repose le système de protection sociale français.*

*Au sujet de la branche vieillesse, **Xavier Darcos, ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville**, a tout d'abord indiqué que le PLFSS pour 2010 propose de maintenir le dispositif de majoration de durée d'assurance (MDA) des mères de famille, tout en le faisant évoluer afin de tenir compte d'un arrêt de la Cour de cassation rendu en février dernier. La durée globale de majoration de la durée d'assurance sera maintenue à deux ans. Elle comprendra deux parts de quatre trimestres chacune : la première au titre de la grossesse et de la maternité, la seconde au titre de l'éducation de l'enfant. Pour les enfants déjà nés, cette seconde part bénéficiera systématiquement à la mère sauf si le père démontre explicitement, avant la fin de l'année 2010, qu'il a élevé seul son enfant. Pour les enfants nés après le vote du PLFSS, cette deuxième part sera accordée, dans le silence observé par le couple, à la mère mais pourra faire l'objet d'une répartition au sein du couple en cas d'accord entre ses membres. Ce dispositif sera, par ailleurs, étendu en cas d'adoption.*

Une deuxième mesure importante du PLFSS pour 2010 concerne les personnes invalides dites « de première catégorie », c'est-à-dire celles dont le niveau d'incapacité permet la poursuite d'une activité. Jusqu'à présent, en effet, en raison de l'interruption de la pension d'invalidité à soixante ans, ces dernières étaient contraintes de cesser leur activité professionnelle à cet âge. Désormais, celles qui le souhaitent pourront percevoir leur pension d'invalidité jusqu'à soixante-cinq ans.

La troisième mesure notable concerne le doublement de la taxation des « retraites chapeau » afin de mettre sur un pied d'égalité l'ensemble des régimes de retraite supplémentaire.

***Xavier Darcos** a ensuite présenté les mesures relatives à la branche accidents du travail - maladies professionnelles (AT-MP). Le PLFSS instaure un système de « bonus-malus » plus efficace en matière de prévention. Il est proposé, d'une part, de simplifier les mécanismes de majoration de cotisations existants en cas de risque avéré ou récurrent d'accident du travail (le malus), d'autre part, de créer une nouvelle incitation financière pour les entreprises*

qui réalisent des investissements en matière de prévention (le bonus). Il s'agit ainsi de transposer les orientations définies avec les partenaires sociaux dans le cadre d'un accord signé au mois de mars 2007.

S'agissant de la branche famille et conformément au souhait du Gouvernement de mieux concilier vie familiale et vie professionnelle, le PLFSS pour 2010 propose l'extension du prêt à l'amélioration de l'habitat aux assistants maternels. Il s'agira d'un prêt à taux zéro de 10 000 euros remboursables sur cent vingt mois. Par ailleurs, le développement des modes de garde d'enfants sera poursuivi. Près de 100 000 places d'accueil seront créées à l'horizon 2012, soit un effort de 5 milliards d'euros.

*Dans le champ médico-social, le PLFSS pour 2010 maintient l'effort en faveur des personnes dépendantes et handicapées. En dépit du contexte économique dégradé, le taux de l'Ondam médico-social sera ainsi fixé à 5,8 % en 2010. **Xavier Darcos** a indiqué que tous les engagements du Gouvernement seront tenus.*

Pour les personnes âgées, la mise en œuvre du plan Alzheimer se traduira par la création de pôles d'activité et de soins Alzheimer (Pasa), d'unités d'hébergement renforcé (UHR) ainsi que par la mise en place d'équipes mobiles pluridisciplinaires. En outre, 7 500 places nouvelles en maisons de retraite - contre 5 000 prévues initialement - seront financées, ainsi que 6 000 places de services de soins infirmiers à domicile (Ssiad).

Pour les personnes handicapées, le plan de création de places annoncé par le Président de la République lors de la conférence nationale du handicap du 10 juin 2008 permettra de financer 50 000 places nouvelles sur sept ans (12 000 places pour les enfants handicapés et 38 000 places pour les adultes handicapés).

Le PLFSS 2010 remédie enfin à une difficulté majeure en proposant de permettre aux établissements de financer sur leurs budgets les frais de transport des adultes handicapés qui se rendent en accueil de jour.

*Puis **Nora Berra, secrétaire d'Etat chargée des aînés**, a affirmé que la solidarité avec les personnes âgées constitue une priorité du Gouvernement comme en témoigne l'objectif d'évolution de l'Ondam médico-social prévu en 2010 à 5,8 %. 550 millions d'euros de moyens nouveaux devraient être ainsi dégagés afin de financer 7 500 places en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), 6 000 places de services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et 3 300 places d'accueil jour et d'hébergement temporaire.*

En 2010, la montée en puissance du plan Alzheimer devrait également se vérifier avec :

- la création de six cents pôles d'activité et de soins ;*

- l'attribution de 100 millions d'euros d'aides à l'investissement pour accompagner la création et la modernisation des établissements qui s'adaptent aux besoins des personnes atteintes par cette maladie ;

- l'augmentation de 7 millions d'euros de l'enveloppe de financement des frais de transports dans les accueils de jour qui le nécessitent pour améliorer l'accès aux services et réduire le reste à charge des familles ;

- la réforme de la tarification des services de soins infirmiers à domicile, afin de mieux rémunérer les soins lourds et de faciliter le maintien à domicile des personnes malades.

Nora Berra a souligné que des réformes structurelles sont engagées grâce à la loi HPST du 21 juillet 2009. Le passage à une logique de projets dans le financement des nouveaux établissements, tout comme le décloisonnement, par les ARS, de la santé de ville, de l'hôpital et du médico-social sont des éléments de la modernisation du secteur médico-social.

Enfin, une expérimentation devrait être engagée concernant la gestion des médicaments par les Ehpad, 20 % des hospitalisations des personnes de plus de quatre-vingts ans étant dues à un mauvais usage du médicament.

Alain Vasselle, rapporteur général, a fait part de la vive préoccupation que lui inspire le niveau de la dette qui devra être portée par l'Acoss en 2010 au titre de sa mission de gestion de la trésorerie du régime général. Il a souhaité obtenir plus de précisions sur la manière dont l'Agence France Trésor interviendra pour procéder à des émissions complémentaires au nom de l'Acoss, sur le coût financier de ces émissions et sur les raisons de l'appel à cet organisme plutôt qu'à la Cades. En tout état de cause, cette solution ne doit pas remettre en cause le principe de séparation de la dette de l'Etat et de la dette de la sécurité sociale, seul à même de permettre la transparence, la lisibilité et le suivi des comptes. Par ailleurs, ne prend-on pas un risque majeur en maintenant un niveau de dette aussi élevé à l'Acoss alors que la situation actuelle, exceptionnellement favorable en matière de taux, pourrait se retourner et rendre la solution choisie par le Gouvernement périlleuse ? Plus on attend pour traiter les déficits sociaux, plus le coût en sera élevé pour les Français. En effet, même un retour de la croissance ne pourra permettre d'absorber ces déficits, surtout si on les place en perspective des prévisions établies pour les quatre prochaines années, c'est-à-dire une stabilisation du déficit annuel à environ 30 milliards d'euros. Il conviendra donc de mobiliser un jour les recettes nécessaires au financement de la protection sociale, sauf à déplacer les curseurs dans la répartition des charges entre les différents acteurs concernés.

Puis, il a souhaité connaître la position du Gouvernement sur la proposition d'exclure la CRDS du bouclier fiscal. Il a ensuite demandé si le report de la convergence intersectorielle à 2018 était accompagné d'un

échancier pour parvenir à cet objectif, regrettant au passage l'inertie et la lenteur de réalisation des études prévues pour mesurer les écarts de coûts : seules deux études ont été en partie menées à bien, sur la précarité et sur la permanence des soins ; il est impératif qu'une réelle volonté du Gouvernement se manifeste pour l'achèvement rapide des quatorze autres études. Il a ensuite demandé des précisions sur l'annonce par la ministre de la santé de la mise en œuvre d'un début de convergence sur certains tarifs.

Enfin, il a fait observer que l'article 29 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 relatif aux affections de longue durée ne reprend pas les recommandations de la Haute Autorité de santé sur le sujet et ne traite que d'un point, déjà en partie pris en compte à travers l'ordonnancier bizonne.

***Jean Arthuis, président de la commission des finances,** a souhaité connaître le montant du déficit du régime agricole pour 2010. Il a par ailleurs demandé si les assistantes maternelles qui se regroupent pour l'exercice de leur activité pourraient également avoir chacune accès au prêt à taux zéro que le PLFSS ouvre aux assistantes maternelles à titre individuel. Sur ce sujet, il s'est vivement élevé contre la convention mise au point pour organiser les regroupements d'assistantes maternelles car elle ne correspond pas à l'inspiration de la réforme engagée dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 et tue les expérimentations en cours.*

***Dominique Leclerc, rapporteur pour la branche vieillesse,** rappelant l'émotion suscitée par la jurisprudence de la Cour de cassation, s'est félicité du choix du Gouvernement de préserver le dispositif de majoration des durées d'assurance pour les mères de famille. Il a jugé très positif d'y ajouter le cas de l'adoption d'enfant. Il a demandé quel serait le calendrier pour le rendez-vous sur les retraites en 2010. Il a estimé courageux d'abaisser le taux K à 1 % en 2010 et s'est interrogé sur les moyens d'équilibrer les transferts de prescription de médicaments entre le secteur public et le secteur privé, la progression des prescriptions étant actuellement très élevée à l'hôpital.*

***André Lardeux, rapporteur pour la branche famille,** a également insisté sur la nécessité de revoir la convention mise au point pour les regroupements d'assistantes maternelles car, en l'état, celle-ci ne répond pas au souhait du législateur. Par ailleurs, la commission des affaires sociales a plusieurs fois fait valoir l'utilité qu'il y aurait à assouplir certaines normes réglementaires d'encadrement dans les crèches collectives : la réflexion a-t-elle progressé sur ce sujet ? En ce qui concerne la situation des comptes, on constate que le déficit de la branche famille s'accroît nettement cette année : ne serait-il pas judicieux d'augmenter un peu la CSG dès 2010 pour y faire face plutôt que d'attendre 2012 ou 2013 et de procéder alors à des augmentations de bien plus grande ampleur ? Enfin, au-delà même des négociations conventionnelles sur les dépassements d'honoraires, ne*

pourrait-on pas prévoir une taxation à un niveau très élevé des dépassements abusifs et non justifiés ?

***Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis de la commission des finances,** s'est interrogé sur la soutenabilité dans le temps de déficits annuels de la sécurité sociale supérieurs à 30 milliards d'euros. Le plafond de trésorerie de l'Acoss pour 2010, fixé à 65 milliards d'euros, soit trois fois le montant de celui voté pour 2009, n'est il pas lui aussi dangereux ? En tant que président du conseil de surveillance de la Cades, il a estimé possible de placer les Français face à leur dette sociale et d'expliquer la nature, en partie structurelle et non seulement conjoncturelle, du déficit social. Tout report de décision en la matière est en effet très coûteux. Par ailleurs, le transfert au FSV de 600 millions d'euros de dépenses nouvelles n'a pour seul objectif que d'amoindrir à la marge le déficit du régime général. Quelle est la position du Gouvernement sur la proposition de la Cour des comptes d'annualiser les allègements généraux dont bénéficient les entreprises et, plus généralement, sur l'idée d'une révision de la politique d'allègements de charges sociales ? Enfin, sur quelle ligne budgétaire est inscrite la dépense de l'Etat au titre des vaccins contre la grippe H1N1 ?*

***Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat,** a d'abord indiqué que l'Agence France Trésor devrait émettre en 2010 entre 10 et 15 milliards d'euros de « euro commercial papers », bons à court terme, pour le compte de l'Acoss ; sa très grande connaissance des marchés financiers et sa signature triple A permettront à l'Acoss de bénéficier du meilleur coût tout en laissant les choix ouverts pour l'avenir. Il est en effet impossible de savoir aujourd'hui quelles seront les recettes de l'Etat et de la sécurité sociale en 2010 et les années suivantes ; après la chute spectaculaire des recettes subie en 2009, il est encore difficile de prévoir quand interviendra le redressement et quelle sera l'élasticité des recettes par rapport à la croissance. 2010 sera une année de transition et les perspectives pluriannuelles pour la sécurité sociale au cours des années suivantes sont préoccupantes car le déficit devrait se stabiliser autour de 30 milliards d'euros, sans prise en compte des mesures structurelles ou des efforts supplémentaires qui pourraient être engagés d'ici là.*

Le Gouvernement ne souhaite pas revenir sur le bouclier fiscal : le principe de ce bouclier, à savoir limiter l'impact des prélèvements à 50 % des revenus, est protecteur pour la France ; il doit rester clair et ne souffrir aucune exception.

Le déficit du régime des exploitants agricoles atteint 1,1 milliard d'euros en 2009 et devrait s'élever à 1,3 milliard en 2010, soit un niveau inférieur à celui des années précédentes : il ne traduit en effet désormais que le déficit de la branche vieillesse du régime du fait de l'intégration de sa branche maladie au régime général.

L'opération, mentionnée par Jean-Jacques Jégou, d'achat par l'Agence France Trésor de 5 milliards d'euros de billets de trésorerie émis par l'Acoss est intervenue dans le cadre de l'optimisation de la gestion de la trésorerie de l'Etat ; les trésoreries d'autres organismes seront, de la même manière, prochainement mutualisées au profit de l'Acoss.

L'essentiel de la dégradation des comptes du FSV est dû à la crise ; la décision de transférer 0,2 point de CSG du FSV à la Cades a été prise à un moment où le FSV était en excédent ; ce transfert ne modifie, quoi qu'il en soit, en rien le montant des déficits globaux.

La dette française n'est pas plus importante que celles de bien d'autres pays, à commencer par l'Allemagne ; elle est nettement inférieure à celles du Japon, des Etats Unis ou de la Grande-Bretagne. La note triple A dont bénéficie la France de façon durable témoigne de la confiance des investisseurs dans notre pays ; peu de nos voisins sont d'ailleurs à ce niveau et l'écart de taux entre l'Allemagne et la France est actuellement très faible.

La proposition d'annualiser le calcul des allègements généraux de charges sociales mérite d'être étudiée car elle permettra sans doute d'éviter quelques abus. Elle fait partie du cadre de la mission récemment confiée à Jean-Luc Tavernier sur le sujet des allègements de charges. Néanmoins, revenir sur ces allègements conduit à augmenter les charges pesant sur les entreprises et donc à accroître le coût du travail.

***Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports,** a justifié le report de l'horizon de la convergence par la nécessité de mener à terme toutes les études permettant de justifier les écarts légitimes de tarifs. Le rapport qui sera remis prochainement au Parlement sur ce sujet montrera les avancées importantes réalisées au cours des deux dernières années, en particulier en 2009 puisque les écarts de tarifs entre le secteur public et le secteur privé seront passés de 40 % en 2007 à 37 % en 2008 puis 27 % en 2009. La convergence est d'ailleurs déjà effective dans certains domaines comme l'hospitalisation à domicile ou la dialyse. En outre, depuis le 1^{er} janvier dernier, toutes les nouvelles prestations d'hospitalisation se voient affecter un tarif identique, quel que soit le secteur. Sur l'ensemble des études prévues, deux ont été réalisées, sur la précarité et sur la permanence des soins, plusieurs autres devraient être prochainement achevées, en particulier les études sur les charges en soins, les activités non programmées, les effets de gamme et de taille, les charges pesant sur le travail.*

La convergence ciblée répond à une nouvelle approche ; elle sera expérimentée en 2010 sur quelques dizaines de groupes homogènes de séjour (GHS), représentant un montant d'environ 150 millions d'euros. Il s'agit d'une mesure d'accompagnement du report de la convergence intersectorielle à 2018 ; elle est subsidiaire à la méthodologie générale d'études objectives sur les écarts de coûts entre les secteurs public et privé. Une mission a été confiée à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) pour

définir les GHS concernés qui se trouveront essentiellement dans les domaines de la chirurgie ambulatoire et de la chirurgie légère.

La disposition du PLFSS sur les ALD reprend une mesure du plan Cancer 2. Elle n'est pas exclusive de l'approche médicalisée et évolutive conduite en parallèle, par exemple en ce qui concerne certaines actions de prévention ou la généralisation des programmes d'éducation et d'accompagnement thérapeutique, comme le programme Sofia de la Cnam. Certaines recommandations de la HAS nécessiteraient d'ailleurs d'être précisées comme l'a souligné la Cour des comptes dans son dernier rapport sur la sécurité sociale.

Les mouvements entre l'hôpital et la ville en matière de prescription médicale sont difficiles à identifier mais ils interviennent probablement dans les deux sens. La baisse du taux K à 1 % en 2010 est justifiée par le ralentissement de la croissance économique et les prévisions effectuées en matière de médicament.

Roselyne Bachelot-Narquin a fait état de sa très forte détermination à sanctionner les dépassements d'honoraires. Il n'est pas acceptable que sur les 2 milliards d'euros qu'ils représentent, deux tiers soient à la charge des patients. De même, il n'est pas tolérable que, après un accouchement, 52 % des parturientes aient à supporter un reste à charge moyen de 118 euros, et 10 % une somme supérieure à 300 euros. Une grande campagne va ainsi être lancée en direction des assurés afin de les informer de leurs droits et des recours existants ; les ordres des médecins se sont engagés à faire des rappels à la déontologie. Par ailleurs, toutes les mesures récemment adoptées pour améliorer la transparence des tarifs - affichage des honoraires dans les salles d'attente, délivrance d'une information écrite préalable - seront contrôlées, de même que sera sanctionné le non-respect du tact et de la mesure. Le décret d'application de l'article 54 de la loi HPST sera d'ailleurs bientôt pris : il fournira une définition de la notion de tact et mesure ainsi que du refus de soins. Enfin, l'avancée vers le secteur optionnel, si la négociation conventionnelle en cours aboutit, constituera un autre élément de réponse.

En ce qui concerne les dépenses liées à la grippe H1N1, la dotation de l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus) figure à l'article 6 du PLFSS, la participation des complémentaires, soit 30 millions d'euros, à son article 10 et la neutralisation de ces dépenses pour l'éventuelle mise en œuvre de la procédure d'alerte à l'article 28.

Xavier Darcos, ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, a confirmé que la disposition du PLFSS ne permet l'extension du prêt à taux zéro que pour le domicile des assistantes maternelles ; il s'est néanmoins montré ouvert à une modification de la mesure au profit des regroupements d'assistantes maternelles. Une concertation a été lancée par Nadine Morano, secrétaire d'Etat chargée de la famille, avec l'ensemble des partenaires sur les normes applicables à l'accueil collectif des enfants. Il n'est pas favorable à une modification des critères

d'encadrement, à savoir un adulte pour cinq bébés et un adulte pour huit enfants qui marchent, mais souhaite que la réflexion sur la formation et la qualification du personnel puisse se poursuivre.

La mesure nouvelle relative au FSV ne conduit pas à l'appauvrir mais seulement à neutraliser les effets du transfert des majorations de pensions. A ce sujet, comme pour l'ensemble de la question des retraites, une audition spécifiquement consacrée à ces questions pourrait être utilement organisée.

***Jean-Pierre Fourcade**, en sa qualité de membre du conseil de surveillance du fonds CMU, a fait observer que l'on assiste actuellement à une forte augmentation du nombre des assurés de base à la CMU : comment sera financé cet accroissement des effectifs pris en charge à ce titre ? Par ailleurs, la négociation sur les dépassements d'honoraires comprend-elle un volet sur les refus de soins ?*

***Paul Blanc** a insisté sur le problème de la démographie médicale en milieu rural et sur l'importance du temps médical accordé par les professionnels de santé à leurs patients. Les mesures incitatives actuelles, comme l'aide à l'installation ou les exonérations fiscales, seront-elles reconduites au-delà de 2010 ? Les ARS qui vont bientôt se mettre en place pourront-elles régler la question du manque de médecins en milieu rural ?*

***François Autain** a d'abord déploré les conditions précipitées dans lesquelles a lieu cette audition commune des différents ministres en charge du PLFSS ; l'organisation d'auditions séparées pour chacune des branches de la sécurité sociale lui paraîtrait mieux à même de permettre l'information des sénateurs.*

Le problème essentiel auquel est confrontée la sécurité sociale est celui de la résorption de sa dette cumulée qui atteindra 300 milliards d'euros à la fin de 2013 et qui ne pourra sans doute se faire qu'à travers une augmentation des prélèvements obligatoires. Il faut en effet rappeler que, sans une augmentation de ces prélèvements, on n'aurait jamais pu augmenter la part des dépenses de santé dans le Pib qui n'était que de 4 % il y a encore une trentaine d'années. En outre, plus on retarde la hausse de ces prélèvements, plus les décisions seront difficiles. Il est en tout état de cause nécessaire de procéder à une modification de l'assiette de ces prélèvements.

Il s'est étonné de la décision de reporter à 2018 la convergence tarifaire au moment même où on semble la mettre effectivement en place dans un certain nombre de domaines. En ce qui concerne les remboursements de médicaments, il serait plus logique de supprimer totalement le remboursement des médicaments à service médical rendu insuffisant plutôt que de baisser leur taux de remboursement. De même, il est surprenant que chaque année environ deux cent cinquante médicaments nouveaux soient mis sur le marché, à un prix parfois très élevé, sans pour autant qu'ils apportent une amélioration thérapeutique par rapport à l'arsenal existant. Pourquoi n'a-t-on pas retenu les propositions du conseil de la Cnam visant à donner un droit de veto au

directeur de l'Uncam pour l'inscription de nouveaux médicaments au remboursement ou pour permettre une mise en concurrence des fabricants de génériques ?

Enfin, globalement, la maîtrise médicalisée des dépenses n'est pas une réussite. Il n'est pas correct de dire que les économies sur les indemnités journalières participent à la maîtrise médicalisée ; il s'agit plutôt de mesures de contrainte, renforcées par le développement des contre-visites commanditées par les entreprises.

Annie David a également contesté les méthodes de travail et l'organisation de cette audition. Puis elle a relevé une contradiction dans l'approche du Gouvernement entre l'analyse des causes de la situation actuelle et les solutions proposées pour y remédier. Ainsi, en matière de recettes, aucune nouvelle taxation des stock-options n'est prévue alors qu'un accroissement de celle-ci permettrait de récupérer 3 milliards d'euros pour la sécurité sociale. Le Gouvernement se félicite de la baisse des dépenses d'arrêts maladie du fait de l'augmentation des contrôles mais, sur ce point, ne serait-il pas plus favorable pour les caisses de protection sociale que l'on améliore les conditions de travail et que l'on engage de vraies négociations sur le stress au travail ? Le plan en faveur des personnes handicapées prévoit 50 000 places supplémentaires à leur profit : combien sont budgétairement programmées en 2010 ? Enfin, le mécanisme des majorations de pensions attribuées aux femmes tire une grande partie de sa légitimité des inégalités professionnelles constatées entre les femmes et les hommes et notamment des écarts de salaires qui sont en moyenne de 20 %. Dans ces conditions, la réforme proposée qui conduit à permettre un choix au sein du couple pour la moitié de la majoration doit être examinée avec prudence.

Jacky Le Menn a rappelé que la convention médicale actuellement en vigueur vient à échéance à la fin du mois de février 2010 ; il a souhaité savoir ce qui est prévu pour son éventuel renouvellement et sur la façon dont cette convention s'articulera avec les négociations que les ARS engageront avec les médecins. A ce sujet, il a demandé des précisions sur les conditions de mise en place des ARS et sur l'état des discussions avec les différentes catégories de personnels concernées. Il a souligné le risque que la mise en place du secteur optionnel pourrait faire apparaître s'il était ouvert aux professionnels du secteur 1. Enfin, est-il prévu d'intégrer le secteur de la psychiatrie à la tarification à l'activité des établissements de santé ?

Michèle André a souhaité que soit organisée une audition du ministre Xavier Darcos spécifiquement consacrée à la question de la retraite des mères de familles car celle-ci nécessite un débat approfondi.

Sur ce point, Xavier Darcos a considéré qu'il serait très exceptionnel que la deuxième part des majorations de pensions revienne au père de famille ; néanmoins, la question est fondée. Des décisions seront d'ailleurs bientôt prises sur le sujet central de l'égalité professionnelle hommes-femmes car il n'est pas acceptable de constater des écarts de salaires de 20 % pour un

même métier. La création de 50 000 places supplémentaires pour les personnes handicapées s'échelonne sur une période de six ans et 5 500 seront réalisées dès 2010.

Roselyne Bachelot-Narquin a reconnu que le débat sur l'augmentation des prélèvements obligatoires affectés à l'assurance maladie peut se poser du fait de l'allongement de la durée de la vie. Toutefois, il faut le mettre en regard du constat selon lequel la France est le deuxième pays au monde pour les dépenses de soins et le premier pour les dépenses consacrées à l'hôpital. Dans ce contexte, tout accroissement des prélèvements conduit d'abord à toucher le pouvoir d'achat des Français. Le dernier rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale montre d'ailleurs qu'il existe de très grandes marges d'efficience à l'hôpital. De la même façon, des efforts supplémentaires peuvent être accomplis en matière de maîtrise médicalisée des dépenses dont les résultats restent, dans certains secteurs, décevants. Pour la mise sur le marché de nouveaux médicaments à un tarif amélioré, il est impératif que ceux-ci apportent une réelle innovation, ce qui peut notamment être le cas de molécules anticancéreuses. La négociation sur les dépassements d'honoraires ne peut intégrer la question du refus de soins car celui-ci est constitutif d'un délit, sanctionné par la loi.

Pour conclure, **Muguette Dini, présidente de la commission des affaires sociales**, s'est engagée à organiser rapidement l'audition complémentaire de certains des ministres pour permettre l'information plus complète des commissaires.

II. AUDITIONS

**Audition de Philippe SÉGUIN, Premier président,
Rolande RUELLAN, présidente de la sixième chambre,
Catherine MAYENOBE, secrétaire générale,
Laurent RABATÉ, conseiller maître, rapporteur général,
et Simon FETET, rapporteur général adjoint, de la Cour des comptes**

Réunie le mercredi 28 octobre 2009, sous la présidence de Muguette Dini, présidente, la commission a procédé à l'audition de Philippe Séguin, Premier président, Rolande Ruellan, présidente de la sixième chambre, Catherine Mayenobe, secrétaire générale, Laurent Rabaté, conseiller maître, rapporteur général, et Simon Fetet, rapporteur général adjoint, de la Cour des comptes, sur le rapport annuel de la Cour consacré à l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

Présentant la partie du rapport consacrée à la situation des comptes 2008 de la sécurité sociale et aux perspectives pour 2009 et 2010, Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes, a rappelé, en préambule, les termes du débat opposant la Cour et l'administration sur les tableaux d'équilibre pour 2008, du fait de certains retraitements, en particulier pour les provisions et reprises de provision. Ceci étant, ces problèmes de consolidation entre régimes et entre branches n'affectent pas le solde, qui s'établit, pour l'ensemble des régimes de base et des fonds de financement, à 11,9 milliards d'euros, soit en légère dégradation par rapport au déficit de 2007 mais dans la ligne de ceux constatés depuis 2003, qui ont toujours été supérieurs à 10 milliards d'euros.

En 2008, l'effet encore limité de la crise sur les recettes a pu être occulté par le rattachement à l'exercice de recettes non récurrentes, pour un montant proche de 3 milliards d'euros. Les cotisations, part essentielle des recettes, ont continué à augmenter en 2008, même si le rythme s'est un peu ralenti du fait d'une moindre croissance de la masse salariale du secteur privé qui en constitue l'assiette : 3,6 % en 2008, au lieu de 4,25 % en 2007.

Du côté des dépenses, le rythme de progression ne s'est que peu infléchi : 5,5 % pour les prestations de retraite du régime général, au lieu de 6,1 % en 2007 ; 3,7 % pour les prestations maladie, contre 4,1 % en 2007. Les

déficits de ces deux branches restent donc importants, à hauteur de 10 milliards d'euros au total, soit 4,4 milliards pour la maladie et 5,6 milliards pour les retraites.

La Cour des comptes a porté son attention cette année aux conditions de financement des découverts et souligné le coût des emprunts et les difficultés croissantes pour organiser le portage de cette dette. Dès la fin 2007, la Caisse des dépôts et consignations a en effet annoncé que sa contribution ne pourrait dépasser 25 milliards d'euros sans majoration de sa rémunération pour les capitaux avancés et, en tout état de cause, a fixé sa limite supérieure à 31 milliards d'euros. Or, dans le projet de loi de financement pour 2010, le plafond d'emprunt autorisé pour l'Acoss est de 65 milliards d'euros. En réalité, cette dette est gérée comme si elle correspondait à des découverts infra-annuels de pure trésorerie, alors qu'elle résulte de déficits accumulés. Il conviendrait qu'elle soit reprise par la Cades, sans attendre que les déficits cumulés atteignent des dizaines de milliards d'euros, et dans les conditions prévues par la loi organique, c'est-à-dire avec transfert de ressources nouvelles, de sorte que la durée d'amortissement reste inchangée.

Pour ce qui concerne l'exercice en cours et l'année à venir, le projet de loi de financement pour 2010 présente une situation des comptes de la sécurité sociale plus grave encore. Pour 2009, le déficit cumulé des régimes obligatoires et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'établirait à 27,7 milliards d'euros et à 36 milliards en 2010. Cela résulte d'un effet de ciseaux entre l'évolution des produits et des charges car les recettes devraient au mieux stagner en 2009 et 2010 alors que l'évolution des dépenses continuera de suivre des rythmes structurels d'augmentation de l'ordre de 5 % à 6 % pour les retraites et de 3 % à 4 % pour la maladie. Enfin, les prévisions pour les années suivantes, détaillées à l'annexe B du projet de loi de financement, font apparaître des prévisions de déficit maintenues à 30 milliards d'euros par an jusqu'en 2013, et ce alors même que les hypothèses macro-économiques peuvent sembler assez optimistes.

Les mesures de correction proposées par le projet de loi de financement, qui rejoignent d'ailleurs certaines des conclusions ou des recommandations faites par la Cour dans ses rapports, vont souvent dans le bon sens mais elles ne sont pas à la hauteur des problèmes. Certes, la perte de recettes due à la crise pouvait difficilement être comblée à due concurrence par des hausses immédiates de prélèvements, afin de ne pas entraver la reprise. Cependant, il aurait au moins fallu majorer la CRDS pour financer l'amortissement de la dette sociale qui devrait, selon la Cour, être transférée à la Cades. De même, pour des raisons financières mais aussi d'équité, une plus large révision des niches sociales aurait dû être proposée, avant d'envisager, le moment venu, une hausse inévitable des prélèvements sociaux. En effet, les réformes portant sur les prestations, même décidées maintenant, ne produiront leurs effets que progressivement. Sur ces deux points, **Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes**, s'est réjoui du

large accord de vues entre la Cour et la commission des affaires sociales, dont la position est exposée dans son récent rapport sur les prélèvements obligatoires.

La crise ne peut donc justifier de différer des réformes structurelles dont l'effet n'est de toute façon pas immédiat. Ces réformes doivent être fondées sur des principes clairs et sur des priorités, en tenant compte des équilibres démographiques et des capacités de financement. Cela nécessite de repenser certaines prestations, fruit d'une sédimentation historique de réformes et qui ne correspondent plus au contexte social et économique actuel. De même, il convient de rechercher une efficience accrue dans tous les organismes gestionnaires des fonds sociaux, caisses ou établissements sanitaires et médicosociaux ; les particularismes catégoriels non justifiés doivent être remis en cause ; économie et équité doivent guider les réformes, particulièrement difficiles dans le domaine social où le concept de droits acquis reçoit une définition extensive, pour ne pas dire excessive.

A défaut d'une réforme de nature à assurer la soutenabilité financière de la sécurité sociale, celle-ci risque de se transformer progressivement en filet de sécurité réservé aux seules personnes les plus vulnérables. Il vaudrait donc mieux revoir, par exemple, les niches sociales plutôt que de réduire les taux de prise en charge des soins hospitaliers.

*Puis **Philippe Séguin** a présenté la deuxième partie du rapport de la Cour des comptes consacrée à l'analyse de certaines politiques sociales.*

Les enquêtes et contrôles portant sur la gestion des organismes sociaux permettent de relever de nombreux progrès dans la gestion du régime général, dans la mise en œuvre du contrôle interne ou dans les performances des différentes branches. Le mouvement de regroupement des organismes, qui permet de leur donner la masse critique nécessaire, est par exemple désormais bien engagé. En revanche, la situation des caisses générales de sécurité sociale dans les départements d'outre mer est moins satisfaisante mais il faut reconnaître que leur mission multibranches et multirégimes est objectivement difficile ; il conviendrait que les caisses nationales les soutiennent davantage.

L'analyse des versements de cotisations sociales par l'Etat employeur montre que celui-ci respecte désormais correctement ses obligations, le ministère de la défense faisant cependant l'objet de nombreuses observations.

Du point de vue, non plus de la gestion courante mais de la mise en œuvre des réformes souhaitables, le constat est beaucoup plus critique : le diagnostic de la Cour est que les réformes engagées souffrent, dans nombre de cas, d'une application trop lente ou trop partielle. Ce constat peut être illustré à travers l'examen de deux réformes d'ampleur : le plan « hôpital 2007 » et la réforme des retraites de 2003. Les difficultés et lenteurs observées résultent, comme pour d'autres réformes de moindre portée, de leur insuffisante préparation, de la précipitation de leur mise en œuvre ou des modifications de dernière minute dont la faisabilité est mal expertisée.

La réforme hospitalière, engagée en 2003, comportait trois volets : la réforme de la gouvernance avec notamment la création des pôles d'activité ; le volet immobilier du plan d'investissement « hôpital 2007 » ; enfin, la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A). Ces trois réformes auraient pu dessiner un cercle vertueux, au service d'un projet d'amélioration de l'efficacité et de restructuration de la carte hospitalière. Or, l'enquête sur l'organisation de l'hôpital, menée avec le concours de plusieurs chambres régionales des comptes, a confirmé l'étonnante disparité des performances, même pour des hôpitaux de taille comparable. Le rapport comporte de nombreux exemples, en particulier celui de la chirurgie orthopédique, secteur où les comparaisons sont les plus aisées à établir : l'encadrement en personnel médical par lit y varie de un à dix selon les établissements considérés ; pour les personnels non médicaux, la variation va de un à trois.

L'enquête a également permis de montrer que les recommandations de la mission d'évaluation et d'audit hospitalier (Meah), par exemple sur l'utilisation des blocs opératoires ou l'organisation des urgences, restent souvent ignorées ou non appliquées.

La T2A, deuxième volet de la réforme, a été introduite avec une rigueur insuffisante, ce qui a conduit à une succession de mesures correctives, le plus souvent prises en cours d'année, peu expliquées aux établissements qui ont subi, plus que compris, les tarifs qui leur étaient notifiés. Plusieurs questions de fond, posées depuis l'origine, n'ont toujours pas véritablement reçu de réponse : quels coûts les tarifs doivent-ils couvrir ? Que peut signifier l'objectif de convergence entre les deux secteurs public et privé ? Quelle part donner aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (les Migac) ?

Sur le volet immobilier du plan « hôpital 2007 », il est évident qu'il fallait aider les établissements à se moderniser, mais les moyens disponibles auraient dû être concentrés sur les projets véritablement structurants, en complément des efforts d'adaptation imposés par le nouveau dispositif tarifaire. L'enveloppe d'origine de 6 milliards d'euros a été portée, dès le démarrage du plan, à 10,6 milliards, puis à plus de 16 milliards. Sur cette somme, environ 10 milliards ont été financés par des emprunts que les établissements ont contractés dans des conditions parfois contestables, alors même que leur situation devenait souvent fragile sur le plan financier.

L'appréciation des effets qualitatifs du plan est difficile en l'absence de recueil de l'information utile et de méthode adaptée. Des cas d'investissement peu efficaces ou de suréquipement manifeste ont été notés ; il est même arrivé qu'avant même la fin des travaux, une agence régionale de l'hospitalisation (ARH) ait annoncé que certaines salles d'opérations neuves ne seraient pas ouvertes.

Au total, aucune de ces réformes n'est critiquable dans son principe. C'est le manque de rigueur dans leur application qui a, au moins en partie, conduit à des résultats jusqu'ici décevants, malgré la difficulté incontestable du chantier de la réforme hospitalière.

Le deuxième sujet d'importance traité par la Cour est celui des retraites, abordé sous l'angle de l'un des paramètres du calcul des retraites, celui de la durée de l'assurance réformée en 1993, puis en 2003. Il en ressort que de nouvelles évolutions sont indispensables. En effet, la générosité relative des régimes de retraite, découlant de réformes mises en place dans les années soixante-dix et quatre-vingt, n'est aujourd'hui plus soutenable, compte tenu de la dégradation des rapports démographiques et de l'accroissement corollaire des déficits des régimes, et cela indépendamment même de la crise économique actuelle.

La loi de 2003, en complexifiant encore un corpus de règles déjà particulièrement dense et peu lisible, a rendu très difficile la prévisibilité des évolutions affectant les retraites. Il apparaît d'ores et déjà que le coût des départs en retraite anticipée pour carrière longue, à savoir 8,3 milliards d'euros pour le seul régime général depuis 2003, a été très largement supérieur aux prévisions, en raison du recours massif à des systèmes de validations de trimestres mal calibrés et mal encadrés ayant favorisé des fraudes assez nombreuses. La Cour n'a pas compris la lenteur mise à réformer le dispositif alors que des alertes ont été lancées depuis 2006. Au total, et c'est paradoxal, l'âge moyen de départ à la retraite a diminué entre 2001 et 2007. Le choix d'une augmentation progressive de la durée d'assurance pour l'obtention du taux plein de liquidation n'a donc pas encore produit les effets attendus, précisément parce que les règles en vigueur, généreuses, en ont neutralisé partiellement l'effet.

En matière de retraites, il ne peut plus être question de multiplier des avantages catégoriels, comme en ont, par exemple, encore bénéficié les assurés du régime des travailleurs indépendants en 2009, sans parler de l'octroi de trimestres pour la retraite, partiellement financé par l'Etat, qui a permis de gratifier les quelque 6 000 volontaires ayant participé à l'organisation de la coupe du monde de rugby en France.

La Cour recommande donc que l'équilibre des règles d'acquisition de trimestres pour la durée d'assurance soit modifié, dans le sens d'une contributivité renforcée, pour toutes les catégories d'assurés et pour toutes les générations. De nombreuses pistes de réformes en ce sens sont proposées dans le rapport. Parmi elles, certaines concernent plus spécifiquement la prise en compte des enfants dans la durée d'assurance pour les retraites. L'analyse de la complexité du dispositif de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) ou celle de la nécessité de réformer la majoration de durée d'assurance (MDA) pour éviter son extension aux pères montrent que ces dispositifs sont aujourd'hui inadaptés et peu compatibles avec l'objectif d'une augmentation du taux d'activité des femmes fixé par la stratégie de Lisbonne. Selon la Cour, il n'appartient pas aux régimes de retraite de compenser l'effet

sur le niveau des pensions des différences de salaires entre hommes et femmes, mais uniquement les interruptions de carrière dues aux jeunes enfants. Les prestations minimales sous condition de ressources sont précisément destinées à compléter les revenus trop faibles de certains retraités. C'est pourquoi la Cour propose une réforme conjointe des deux dispositifs pour mieux cibler leurs effets et améliorer leur articulation : l'AVPF pourrait compenser les interruptions de carrières des parents motivées par l'éducation des jeunes enfants et la MDA serait attribuée aux seules femmes en raison de l'accouchement ou de l'adoption. Cette suggestion est plus restrictive que celle que propose le Gouvernement, à l'article 38 du projet de loi de financement pour 2010, qui vise la seule MDA et maintient le niveau actuel des majorations accordées.

D'autres études de la Cour confirment également le caractère trop partiel ou trop lent des évolutions. C'est le cas pour les centres d'examens de santé, qui offrent aux assurés du régime général, tous les cinq ans, un examen de prévention à l'exclusion de tout soin. Or, le contenu de cet examen est très variable, les liens avec les médecins traitants sont peu rigoureux et les efforts pour réorienter les centres vers les publics précaires n'ont pas atteint leur but. Dans ces conditions, il est difficile de justifier que près de la moitié des crédits de prévention de la Cnam, soit environ 150 millions d'euros par an, aille vers ces structures, où travaillent plus de deux mille personnes. La Cour préconise de les reconverter, partout où c'est utile et possible, en centres de soins et de les supprimer dans les autres cas. Le diagnostic de lenteur des évolutions est ici d'autant plus évident que la Cour avait fait un constat largement identique en 1999.

En ce qui concerne le contrôle médical de la Cnam, la Cour reprend également cette année une partie de ses observations faites il y a près de dix ans, même si, depuis lors, une importante réforme structurelle a été réalisée. En particulier, le basculement vers des missions de contrôle a posteriori, à partir de « profilages », n'a toujours pas été accompli : les quelque neuf mille médecins et personnels administratifs du contrôle restent encore pour l'essentiel accaparés par des tâches d'instruction des autorisations préalables à certains soins, d'autant moins utiles que les taux de rejet sont le plus souvent très faibles. Ainsi, le contrôle des admissions en affection de longue durée (ALD) serait sans doute plus efficace s'il était exercé a posteriori, au moins pour les affections où les taux de rejet sont très faibles. En contrepartie, les moyens rendus disponibles par un allègement des contrôles a priori devraient être affectés au contrôle de la facturation des soins à l'hôpital, encore trop peu développé.

De la même manière, la Cour renouvelle ses observations sur les politiques de maîtrise, très insuffisantes, des dépenses de radiologie et de biologie, qui s'élèvent respectivement à 5,6 et 6,1 milliards d'euros. Dans ces deux secteurs, les évolutions technologiques permettraient des baisses de tarifs très supérieures à celles qui ont été jusqu'ici pratiquées. Les données disponibles, sur le coût comparé des analyses biologiques, montrent ainsi que

les prix en France sont deux à trois fois supérieurs à ceux de pays voisins. Il convient donc de poursuivre les baisses tarifaires et de supprimer les entraves actuelles au regroupement des laboratoires. Le potentiel d'économies est très élevé dans ces deux domaines et il est trop peu ou trop mal mis à profit : au-delà de mesures ponctuelles limitées, il faudrait mettre en place un plan d'ajustement tarifaire à moyen terme.

Une trop grande lenteur caractérise aussi la réforme du régime des mines, qui reste inaboutie. Son système de soins ne s'ouvre qu'à grand peine aux assurés des autres régimes et sa gestion assurantielle devrait être totalement déléguée. Il est paradoxal de constater que les actifs assurés par ce régime, qui étaient 400 000 en 1950, ne sont plus que 10 000 aujourd'hui, dont environ 30 % sont des agents administratifs des caisses minières. Ce régime devrait donc être mis en extinction.

La Cour s'est aussi penchée sur les quatre mille travailleurs sociaux des caisses d'allocations familiales, dont le nombre n'est connu que de manière approximative et dont l'activité est très peu encadrée au niveau national, et encore plus inégalement sur le plan local. Seules quarante caisses d'allocations familiales (Caf) sur cent vingt-trois avaient signé une convention d'action sociale départementale avec les conseils généraux en 2008, alors que ce sont les départements qui ont la responsabilité de droit commun de l'action sociale. Pour les différentes aides financières individuelles, examinées en particulier par la Cour, seules quatre Caf avaient coordonné leur versement avec les différents partenaires. L'enjeu, en l'occurrence le traitement de la précarité et de l'insertion, devrait cependant mobiliser toutes les énergies, au-delà du principe du « chacun chez soi ».

***Philippe Séguin** a terminé sa présentation en indiquant que, pour la Cour, rien n'est pire, surtout dans le contexte actuel, que l'inaction ou l'attentisme. Dans certains domaines, comme la santé, il ne s'agit plus désormais de voter de nouvelles lois mais de mettre en œuvre les textes existants, concrètement, sur le terrain, sans faiblesse ni retard.*

Par ailleurs, s'il ne faut pas prendre le risque de casser la reprise par des hausses massives de prélèvements, si les prestations sociales doivent rester un puissant amortisseur de crise, cela ne doit pas interdire de financer l'amortissement de la dette et de mener activement des réformes de fond porteuses d'économies à terme. Rien ne serait plus dangereux en effet que de tirer prétexte du contexte actuel de crise pour différer les indispensables réformes de la protection sociale et de son financement.

L'apport de recettes nouvelles ne pourra être évité ; la Cour juge en effet éminemment dangereux de laisser filer des déficits sociaux qui pourraient bientôt constituer de l'ordre de 10 % des flux annuels. Ils mettent en danger le socle même de la protection sociale obligatoire, à laquelle les Français sont, à juste titre, attachés. Les pistes esquissées par la Cour montrent qu'il existe des voies pour réduire les dépenses, sans trop pénaliser la cohésion sociale.

Après avoir rappelé que le projet de loi de financement ne prévoit aucune reprise de dette par la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), **Alain Vasselle, rapporteur général**, a indiqué que l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) devra porter ces déficits dans ses comptes, dans la limite d'un plafond historiquement élevé de 65 milliards d'euros. Que pense la Cour du choix ainsi fait par le Gouvernement ? N'est-il pas particulièrement risqué, compte tenu de la possible augmentation brutale des taux d'intérêt ? Faut-il plutôt envisager un allongement de la durée de vie de la Cades ? Par ailleurs, en ce qui concerne les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale, la Cour a constaté la reconstitution de la dette de l'Etat à l'égard des différentes caisses : comment éviter à l'avenir cette situation ?

Il a ensuite concentré ses interrogations sur le secteur médical et hospitalier. La Cour a fait un bilan nuancé de la mise en œuvre de la T2A, en insistant sur l'opacité et le manque de visibilité des choix effectués par le ministère de la santé. Quelles sont les conditions à réunir pour parvenir à une plus grande lisibilité dans le mode de financement des hôpitaux ? Est-il opportun, comme le demande le Gouvernement, de reporter à 2018 la convergence sectorielle, c'est-à-dire la réduction des écarts de tarifs, pratiqués pour le même acte, entre les établissements de santé ? Que penser de l'annonce faite par le Gouvernement d'une expérimentation de convergence ciblée sur quelques dizaines de groupes homogènes de séjours (GHS) ? Par ailleurs, le rapport de la Cour présente les résultats d'une enquête comparative très éclairante sur les différences rencontrées dans l'organisation des hôpitaux. Comment améliorer la diffusion des bonnes pratiques dans le secteur hospitalier ? Relève-t-elle de la responsabilité des directeurs d'hôpitaux, des directeurs régionaux de santé ou de la tutelle ?

Philippe Séguin a rappelé que l'Acos pourrait procéder à des émissions complémentaires sur les marchés afin de couvrir un besoin de trésorerie d'un montant compris entre 30 et 60 milliards d'euros. Ces émissions bénéficieront du soutien technique de l'agence France Trésor, qui agira comme prestataire de service de l'Acos. Ceci étant, le Gouvernement n'ayant pas donné de précisions sur les modalités techniques de ces émissions, la Cour n'est pas en mesure de porter une appréciation sur leur impact financier mais peut simplement constater que le niveau exceptionnellement bas des taux courts favorise aujourd'hui une solution de refinancement à court terme. Mais ces conditions ne peuvent être que transitoires car les taux devraient remonter lorsque la reprise se confirmera et l'accumulation des déficits pèsera alors lourdement sur les charges d'intérêt.

La critique de la Cour vise cependant moins les modalités actuelles de gestion de la dette sociale que les principes : l'accumulation de découverts, laissés à la charge de l'Acos, prive de portée le système de cantonnement de la dette sociale alors que la création de la Cades, en 1996, visait justement à mettre fin à la facilité de déficits accumulés. C'est pourquoi la Cour recommande, comme le rapporteur général de la commission, que ces

découverts soient transférés à la Cades, ce qui implique, pour respecter la loi organique de 2005 selon laquelle tout accroissement de la dette doit s'accompagner d'une augmentation des ressources à due concurrence, une hausse du taux de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS). Enfin, la Cour ne préconise pas une réouverture de la Cades car cela reviendrait à repousser à l'infini une masse croissante de déficits sociaux.

Concernant les relations entre la sécurité sociale et l'Etat, malgré l'effort notable d'apurement des dettes envers le régime général et les autres régimes accompli en 2007 et au début de l'année 2008 par l'Etat, il est frappant de constater que ces dettes se sont largement reconstituées à la fin de l'année dernière : elles atteignaient 7,4 millions d'euros dans les comptes au 31 décembre 2008, et presque 6 millions d'euros encore, après les versements intervenus début janvier, en application de la loi de finances rectificative pour 2008. Dans cet ensemble, les dettes exigibles, qui proviennent d'une insuffisance de crédits budgétaires, représentent 3,6 millions d'euros. L'écart sur ce poste dépasse la marge d'erreur acceptable, même si on doit admettre que la prévision n'est pas toujours aisée, notamment pour les aides au logement. Selon le directeur du budget, auditionné par la Cour cet été, ces écarts récurrents ne traduisent pas une sous-estimation délibérée mais s'expliquent par les aléas de la procédure budgétaire : les montants de crédits inscrits auraient à plusieurs reprises intégré comme acquises des mesures d'économies, par exemple des réductions d'exonérations dans les Dom, qui n'ont finalement pas été engagées.

S'agissant du problème de la T2A, **Philippe Séguin** a indiqué que les tarifs GHS représentaient, en 2007, 76 % de l'enveloppe médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), alors que les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation (Migac) n'en couvraient que 14 % et que le solde de 10 % correspondait aux divers forfaits ou aux médicaments de la liste en sus. L'examen des pratiques de pays comparables à la France semble cependant montrer que tous conservent une part de dotations globales. La France ne fait donc pas exception sur ce point. Ceci étant, il faut veiller à ce que les dotations correspondent à des charges objectivables et chiffrables et ne servent pas à masquer les conséquences financières des lenteurs dans les réformes d'organisation et de fonctionnement. De ce point de vue, l'inquiétude de la Cour provient, d'une part, des retards dans les travaux d'objectivation des missions d'intérêt général (Mig), d'autre part, de la croissance de la composante dite « aide à la contractualisation » et, au sein de cet ensemble, des aides dites « diverses ».

Par ailleurs, la lisibilité du mode de financement des hôpitaux suppose des règles claires qui reposent sur une bonne connaissance des coûts des hôpitaux et qui s'inscrivent dans la durée. Le rapport de la Cour démontre que si les changements importants qui ont marqué la campagne 2009 sont plutôt positifs, leur mise en œuvre a été obscurcie par divers aménagements destinés à en réduire les effets. Il en est résulté une communication tardive des nouveaux tarifs, gênante pour les hôpitaux. La Cour recommande donc la

stabilisation des règles pendant trois ans, qui devront être mis à profit pour finaliser des travaux de fond, telle la clarification des Mig ou du modèle de fixation des tarifs. Enfin, la mise en place de la convergence tarifaire suppose de disposer d'une connaissance comparative des coûts entre hôpitaux et cliniques. Même si la nouvelle échelle nationale de coûts à méthodologie commune, mise en place en 2009 sur la base des données 2006, y contribue, elle comporte encore de nombreuses limites, ce qui la rend impropre à fonder une tarification commune. D'autres difficultés perdurent et c'est pourquoi la Cour, estimant que l'objectif de convergence reste flou, est favorable à une expérimentation de convergence limitée à certains GHS et comprend la décision de report de la mise en place de la convergence intersectorielle.

*Enfin, concernant l'organisation de l'hôpital, **Philippe Séguin** a rappelé que l'enquête de la Cour met en évidence une disparité surprenante des performances des hôpitaux qui ne s'explique que partiellement par les différences de vocations et d'échelle entre les établissements de l'échantillon étudié. Les référentiels de bonne pratique existants sont en effet souvent ignorés ou écartés, faute d'implication suffisante à tous les niveaux : agence régionale de l'hospitalisation, directeurs des établissements, chefs de service ou de pôle. L'intervention croissante des pôles devrait cependant permettre une réflexion sur les moyens et les modes d'organisation les plus efficaces. L'intégration prochaine de modules relatifs à la gestion dans les référentiels de « certification » des établissements qu'organise la Haute Autorité de santé (HAS) devrait également concourir à cet objectif. Enfin, la Cour propose, d'une part, que les contrats d'objectifs et de moyens conclus entre les établissements et la tutelle intègrent un volet relatif aux outils de gestion et à leur diffusion effective dans les pôles, d'autre part, que ces contrats ou leurs avenants soient l'occasion d'une revue des performances comparées des différents pôles et de la définition de plans d'actions, en cas de performances dégradées. Améliorer la situation des hôpitaux ne suppose donc aucun texte nouveau, mais uniquement de la volonté et une constance dans l'effort.*

***Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse,** a rappelé que le Gouvernement a fait le choix, dans le cadre du projet de loi, de réformer la majoration de durée d'assurance (MDA) accordée aux mères de famille sans modifier l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) : n'aurait-il pas été souhaitable de prévoir au contraire une réforme d'ensemble ? Par ailleurs, dans le contexte d'une dégradation rapide de la situation financière des régimes de retraite, la Cour insiste sur la nécessité d'améliorer leur lisibilité et leur contributivité. Parmi les pistes de réforme envisagées, quelles sont celles qui paraissent prioritaires à la Cour ?*

***Philippe Séguin** a indiqué qu'il serait en effet préférable de réformer de concert la MDA et l'AVPF. La Cour propose donc une solution globale et cohérente avec la situation dégradée des régimes de retraites :*

- une AVPF simplifiée destinée à compenser les interruptions de carrière de durée limitée du père ou de la mère pour s'occuper d'un jeune enfant ;

- une MDA limitée à six mois, compensant la maternité et donc réservée aux mères ;

- l'absence de cumul entre les deux dispositifs : la MDA ne serait pas attribuée dès lors que deux trimestres ou plus d'AVPF seraient validés dans l'année.

Le nouveau régime, tel qu'il est défini à l'article 38 du PLFSS pour 2010, prévoit quatre trimestres de MDA attribués à la mère pour la compensation de la maternité, et quatre trimestres de MDA compensant les effets du temps consacré à l'éducation des enfants sur la carrière, attribuables à la mère ou au père, en fonction de la décision du couple. Pour les enfants nés avant la réforme, dont les parents ne sont pas encore partis à la retraite, le principe général est la conservation des droits acquis et l'absence de rétroactivité de la réforme. Le coût de ce nouveau dispositif devrait être nul, alors que les pistes de réforme proposées par la Cour visaient clairement à s'engager sur la voie des économies tout en sauvegardant le régime de retraite par répartition. Les décisions juridictionnelles impliquaient une évolution qui aurait pourtant dû être l'occasion de repenser l'ensemble des avantages de retraite liés aux enfants. Enfin, la solution proposée par le Gouvernement n'est pas totalement sécurisée juridiquement : l'avantage de quatre trimestres accordé aux mères pourrait être considéré comme une discrimination indirecte à l'encontre des hommes par la Cour de justice des Communautés européennes et la solution consistant à offrir le choix aux parents pour la deuxième année devra être encadrée pour ne pas créer des difficultés au sein des couples, par exemple en cas de divorce.

Concernant les pistes de réforme des régimes de retraite, **Philippe Séguin** a souligné que certaines sont aisées, telle l'exclusion de la création de tout nouveau mécanisme de validation de périodes sans cotisations. D'autres réformes, comme l'augmentation de la base des deux cents heures de Smic permettant la validation d'un trimestre, auraient des effets importants en termes de niveau des pensions servies, mais qui pourraient éventuellement être compensés par le minimum vieillesse, dispositif de solidarité prévu à cet effet. De toute façon, quelle que soit la réforme envisagée, certains assurés seront nécessairement amenés à devoir cotiser plus, ou plus longtemps, pour maintenir leurs droits à la retraite.

Guy Fischer a souhaité savoir si la Cour juge efficaces les exonérations de cotisations sociales accordées aux entreprises et opportun le maintien de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la CRDS dans le champ du bouclier fiscal.

Annie David a rappelé que la MDA a été introduite en 1973 non seulement pour dédommager les femmes de l'interruption de carrière qu'implique l'accouchement, mais surtout pour tenter de compenser les inégalités salariales entre les hommes et les femmes. Plus de trente-cinq ans plus tard, ces inégalités ne se sont que faiblement réduites. La réforme de la MDA envisagée par le Gouvernement est donc un mauvais coup porté aux

femmes, qui continueront à subir les inégalités salariales sans bénéficier de compensation automatique au moment de la retraite. Cette situation est particulièrement injuste, notamment pour les femmes dont le salaire est resté modéré et qui ont élevé plusieurs enfants.

***Marc Laménie** a salué l'objectif de simplification des règles des régimes de retraite préconisée par la Cour. Il s'est par ailleurs demandé comment, d'une manière générale, améliorer les contrôles des abus et des fraudes à la sécurité sociale.*

***François Autain** a souhaité savoir quelles sont les mesures que le Premier président range sous la catégorie de « particularismes catégoriels non justifiés ». Il s'est étonné que la Cour approuve l'objectif d'une convergence tarifaire ciblée proposée par le Gouvernement alors qu'elle recommande elle-même de stabiliser les règles et les contraintes qui pèsent sur les établissements de santé. Il s'est enfin interrogé sur la structure de financement de l'assurance-maladie : quelles sont les contributions respectives de l'Etat et des cotisations sociales ?*

***Jacky Le Menn** s'est demandé comment la T2A s'applique dans les hôpitaux militaires lorsque ceux-ci sont autorisés à soigner des patients civils. Cette pratique est-elle à l'origine des dettes du ministère de la défense envers le régime de sécurité sociale ?*

***Claude Jeannerot** a souhaité connaître le coût des dysfonctionnements dans le recouvrement des cotisations par les Urssaf et les pistes que la Cour préconise pour améliorer les procédures.*

***Isabelle Debré** a attiré l'attention sur la faiblesse inacceptable des revenus et des pensions de retraites perçus par certaines femmes, vivant seules, veuves et parfois mères de plusieurs enfants. Comment est-il possible de leur venir en aide ?*

***Philippe Séguin** a alors apporté les éléments de réponse suivants :*

- il est extrêmement difficile d'évaluer l'efficacité des exonérations de charges sociales car, si l'on connaît leur coût et leurs bénéficiaires, leur effet sur l'emploi est beaucoup plus complexe à identifier ;

- dans son dernier rapport, le Conseil des prélèvements obligatoires estime que, dans un souci d'efficacité, une augmentation éventuelle du taux de la CSG ou de la CRDS devrait concerner les revenus de tous les ménages, y compris ceux protégés par le bouclier fiscal ;

- la Cour considère que la compensation des inégalités salariales entre les hommes et les femmes ne relève pas des régimes de retraite, mais de l'intervention de l'Etat, et c'est pourquoi la MDA ne lui semble pas être une solution appropriée à ce problème ;

- les dysfonctionnements dans le recouvrement des cotisations par les Urssaf résident avant tout dans la grande disparité des pratiques sur le

territoire national : le niveau de contrôle est loin d'être le même dans l'ensemble des départements et les bonnes pratiques se diffusent lentement ;

- le régime de retraite des artisans et commerçants, ou encore les régimes spéciaux, constituent bien, aux yeux de la Cour, des « particularismes catégoriels non justifiés » ;

- les critiques opposées au ministère de la défense tiennent principalement à son refus de prendre en compte, dans le calcul des cotisations, un certain nombre d'indemnités, facilités et avantages en nature accordés aux militaires et anciens militaires.

*Répondant à l'interpellation de François Autain, **Rolande Ruellan, présidente de la sixième chambre de la Cour des comptes**, a précisé que la proposition de convergence ciblée a été formulée par le Gouvernement après la parution du rapport de la Cour. Ceci étant, si elle ne concerne que des groupes homogènes de malades, cette proposition ne devrait pas peser lourdement sur les établissements de santé et apparaît donc compatible avec la recommandation de la Cour de ne pas engager de nouvelles réformes de structure à l'hôpital. Par ailleurs, si les cotisations sociales représentent 67 % des recettes du régime général, l'assurance maladie est financée à 56 % par les cotisations, presque exclusivement versées par les employeurs, et les compensations d'exonération de charges, les ressources provenant de la CSG s'élevant à 36 %.*

**Audition de Pierre BURBAN, président du conseil d'administration,
Pierre RICORDEAU, directeur et Alain GUBIAN, directeur financier,
de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos)**

Réunie le mercredi 14 octobre 2009, sous la présidence de Muguette Dini, la commission a procédé à l'audition de Pierre Burban, président du conseil d'administration, Pierre Ricordeau, directeur et Alain Gubian, directeur financier, de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010.

Pierre Burban, président du conseil d'administration de l'Acos, a fait observer que l'agence a vu sa situation financière se détériorer en 2009 et que l'année 2010 sera particulièrement difficile. Grâce aux reprises de dettes opérées par la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) à la fin de 2008 et au début de 2009, l'Acos a connu une situation de trésorerie positive à hauteur de 4 milliards d'euros le 6 mars dernier. Le point bas de trésorerie devrait s'établir en fin d'année à - 26,3 milliards, soit un niveau assez proche du plafond des ressources non permanentes porté à 29 milliards par un décret du 29 juillet 2009, après avoir été fixé à 18,9 milliards par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. Alors que le solde moyen de trésorerie était de - 8,8 milliards sur les huit premiers mois de l'année, il devrait atteindre - 12,5 milliards d'euros pour l'ensemble de l'année 2009.

L'année en cours a été marquée pour l'Acos par :

- un recours accru aux billets de trésorerie ;*
- la signature d'un avenant à la convention passée avec la Caisse des dépôts et consignations (CDC) pour tenir compte, dans la tarification des avances de cette dernière, des conditions de marché difficiles, ce qui s'est traduit par un surcoût pour l'Acos à compter de la fin septembre ;*
- l'ouverture par la CDC d'une facilité exceptionnelle de trésorerie de 2,5 milliards pour assurer le financement de l'ensemble des charges jusqu'à la fin de l'année ;*
- un niveau très faible des taux d'intérêt qui a permis de limiter les charges financières à environ 120 millions d'euros.*

En 2010, l'Acos devrait connaître une variation de trésorerie de 35,3 milliards, supérieure au solde du régime général, compte tenu de la prise en compte du déficit du fonds de solidarité vieillesse (FSV) et de l'augmentation de la dette de l'Etat envers la sécurité sociale. Le solde au

31 décembre 2010 devrait donc atteindre - 61,6 milliards. L'article 27 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 fixe à 65 milliards le plafond des avances de trésorerie de l'Acoss, niveau suffisant pour faire face aux prévisions à condition que la crise économique et ses développements en 2010 n'aient pas un impact trop négatif sur l'évolution de la masse salariale et de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) et qu'une pandémie grippale n'affecte pas trop profondément l'économie du pays. En effet, la marge de 0,75 % des dépenses au-delà de laquelle intervient le comité d'alerte correspond à 1 milliard de dépenses pour la Cnam, tandis qu'une variation de 1 % de la masse salariale correspond à 2 milliards de recettes, en plus ou en moins, pour le régime général.

En fonction des prévisions relatives au niveau des taux d'intérêt, les charges financières de l'Acoss devraient s'établir entre 450 et 750 millions d'euros, sans qu'on puisse cependant écarter le risque d'une augmentation importante du niveau des taux, actuellement très bas.

Puis, **Pierre Burban** a précisé que, pour faire face à son besoin de financement de près de 62 milliards en 2010, l'Acoss recourra, en complément de ses instruments classiques que sont les avances de trésorerie de la CDC et l'émission de billets de trésorerie, à des émissions complémentaires sur les marchés assurés, d'un point de vue technique, par l'agence France trésor (AFT) agissant comme prestataire de services de l'Acoss. Ainsi, la couverture des besoins de trésorerie serait assurée par plusieurs instruments :

- des avances de la CDC à hauteur de 25 milliards dans le cadre de l'avenant à la convention signée en 2006 et dont le montant global pourrait être fixé à 31 milliards à l'occasion de la signature de la nouvelle convention prévue en 2010 ;

- des opérations de mutualisation des trésoreries positives d'organismes sociaux en application de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. A ce titre, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pourrait apporter une contribution d'un milliard d'euros en 2010 ;

- des émissions accrues de billets de trésorerie auprès des investisseurs privés et publics, le montant de ces émissions pouvant passer de 3 à 10 milliards ;

- enfin, des émissions de titres nouveaux au nom de l'Acoss, assurées techniquement par l'AFT.

Pierre Burban a alors évoqué les perspectives pour les années 2011 à 2013, soulignant que, dans l'hypothèse d'une croissance du PIB de 2,5 % et d'une augmentation de la masse salariale privée de 5 %, le déficit du régime général devrait demeurer stable à environ 30 milliards d'euros par an. Si l'augmentation annuelle de la masse salariale devait se limiter à 4 % par an, le déficit continuerait à se dégrader de 2 milliards chaque année.

Par ailleurs, si les relations entre l'Etat et la sécurité sociale ont connu une nette amélioration au cours des dernières années, la dette de l'Etat à l'égard du régime général atteignait encore 2,9 milliards à la fin de l'année 2008 (3,6 milliards pour l'ensemble des régimes de sécurité sociale). A la fin décembre 2009, la dette à l'égard du régime général devrait atteindre 4,4 milliards, mais le ministre des comptes publics s'est engagé à ouvrir des crédits en loi de finances rectificative pour 2009, afin de ramener le montant de la dette à son niveau de la fin 2008. Compte tenu de la situation financière du régime général attendue en 2010, un remboursement intégral de la dette de l'Etat aurait été préférable.

***Alain Vasselle, rapporteur général,** a fait part de sa profonde inquiétude à propos de la situation financière de l'Acoss et a souhaité disposer de précisions sur les émissions qu'assurera l'AFT pour le compte de l'Acoss. Quel sera le coût financier de ces émissions complémentaires ? Quelle sera la crédibilité de ces émissions vis-à-vis des investisseurs, dès lors que l'Acoss, contrairement à la Cades, ne dispose pas d'une ressource financière pérenne ? L'Acoss ne pourra recourir à ce type de solutions de manière durable et l'honnêteté intellectuelle oblige à constater qu'il sera nécessaire d'augmenter les prélèvements obligatoires.*

Par ailleurs, comment s'explique la limitation des avances de la CDC à 25 milliards dans le cadre de l'avenant à la convention de 2006, alors que la caisse acceptait auparavant de porter ce montant d'avances à 31 milliards ? La mutualisation des trésoreries sociales concernera-t-elle d'autres organismes que la CNSA ?

En ce qui concerne la dette de l'Etat envers la sécurité sociale enfin, il est nécessaire d'en connaître la répartition pour comprendre les principaux facteurs de son aggravation.

***Marc Laménie** a souligné la nécessité absolue de réduire la dette de l'Etat tout en s'interrogeant sur le niveau extrêmement élevé du besoin de financement de l'Acoss prévu pour 2010.*

***Isabelle Pasquet** a souhaité des précisions sur les surcoûts qu'aurait supportés la CDC dans le cadre de ses relations avec l'Acoss. Elle a demandé comment le Gouvernement peut affirmer que le déficit de la sécurité sociale est dû pour 65 % à la crise économique en 2009, ce niveau devant même atteindre 75 % en 2010, tout en procédant à des exonérations de cotisations sociales pour des montants considérables. La remise en cause de ces exonérations permettrait de doter l'Acoss de ressources supplémentaires absolument indispensables.*

***André Lardeux** a observé que l'exposé de Pierre Burban conduit à se demander à quelle date la sécurité sociale va déposer le bilan. Dès lors que la reprise de la croissance n'aura qu'un effet limité sur le niveau des déficits et que les économies de dépenses ne trouvent leur plein effet qu'à long terme, n'est-il pas indispensable d'augmenter rapidement les recettes de la sécurité*

sociale, en particulier la CSG, pour ne pas reporter la dette sur les générations futures ?

François Autain a souligné l'inconscience du Gouvernement dans la conduite de sa politique à l'égard de la sécurité sociale, qui sacrifie les générations futures. La politique actuelle risquant de se poursuivre jusqu'à l'élection présidentielle de 2012, l'Acoss devra-t-elle financer des déficits cumulés à hauteur de 160 milliards d'euros en 2013 ?

Jacky Le Menn a souhaité connaître l'avis du conseil d'administration de l'Acoss sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 ainsi que les préconisations de ce conseil pour faire face aux besoins de trésorerie à court terme et au déséquilibre structurel des finances sociales.

Bernard Cazeau s'est demandé si l'Acoss n'a pas vocation à disparaître avec l'apparition d'un secteur optionnel de tarification des actes médicaux, qui conduira à faire financer à terme la quasi-totalité des actes médicaux par les mutuelles et les patients eux-mêmes. Il a souhaité connaître le statut de l'AFT et a voulu savoir pourquoi l'Acoss ne peut émettre des billets de trésorerie à concurrence de ses besoins de financement.

Yves Daudigny a comparé les finances sociales à un manège emballé : alors qu'on parlait jusqu'alors de déficits en milliards d'euros, il est désormais question de dizaines de milliards. La mutualisation des trésoreries sociales ne saurait conduire à prélever les excédents de la CNSA, qui doivent lui permettre de faire face à ses engagements. Seule une forte augmentation des prélèvements obligatoires est susceptible d'assainir la situation de la sécurité sociale.

En réponse aux orateurs, **Pierre Burban** a précisé que le conseil d'administration a émis un avis défavorable sur le PLFSS pour 2010. L'Acoss ne peut demeurer durablement dans la situation qu'elle connaît aujourd'hui, dès lors que sa mission n'est pas de financer des déficits massifs, mais de faire face à des besoins de trésorerie liés au décalage temporel pouvant exister entre recettes et dépenses. Le Gouvernement a décidé que le déficit de la sécurité sociale pour 2009 ne sera pas repris par la Cades, de sorte que l'Acoss devra assurer la gestion des déficits cumulés des années 2009 et 2010. Elle en prend acte, tout en constatant qu'une telle opération ne pourra en aucun cas être renouvelée en 2011 et que des solutions pérennes devront être trouvées avant la fin de l'année 2010. Dans cette attente, l'Acoss complètera ses sources de financement en recourant, par l'intermédiaire de l'AFT, qui est une émanation de l'Etat spécialisée dans le financement de celui-ci, à des émissions sur des marchés sur lesquels elle n'est pas présente jusqu'à présent.

Pierre Ricordeau, directeur de l'Acoss, a fait valoir que les nouvelles émissions seront faites sur le marché de l'« euro commercial paper », l'émetteur demeurant l'Acoss même si l'AFT assurera techniquement la prestation. La signature de l'Acoss est aujourd'hui suffisante pour que des fonds puissent être levés sur ce marché sans recourir à la garantie de l'Etat.

Les coûts des nouvelles émissions devraient être comparables à celui des émissions de billets de trésorerie, très inférieurs à celui des crédits bancaires. Indépendamment de l'intervention de l'AFT, l'Acoss devra renforcer sa capacité opérationnelle pour intervenir davantage sur le marché des billets de trésorerie. Il n'est cependant pas possible d'émettre sans limite sur ce marché, compte tenu du nombre d'investisseurs présents.

Alain Gubian, directeur financier de l'Acoss, a précisé que le marché des billets de trésorerie porte sur un montant total d'environ 45 milliards d'euros actuellement et que l'Acoss, qui dispose d'une signature reconnue et appréciée, y est déjà très présente. Les émissions sur le marché de l'euro commercial paper permettront de dégager des financements nouveaux, les signatures publiques étant particulièrement appréciées sur ce marché.

En ce qui concerne la mutualisation des trésoreries sociales, elle reposera sur une logique de conventionnement avec les organismes concernés et non d'obligation. Concrètement, la CNSA pourra soit acheter des billets de trésorerie soit procéder à un dépôt sur le compte de l'Acoss. La rémunération qu'elle obtiendra sera comparable à celle qu'elle pourrait trouver ailleurs.

Pierre Ricordeau a ensuite indiqué que la convention entre l'Acoss et la CDC prévoit bien la possibilité de concours jusqu'à 31 milliards d'euros, mais qu'elle contient aussi des clauses précisant que les montants apportés dépendent des capacités de la caisse qui font l'objet d'une vérification annuelle. L'avenant récemment signé traite de la question des financements compris entre 0 et 25 milliards d'euros, la question des financements complémentaires jusqu'à 31 milliards d'euros devant faire l'objet de négociations complémentaires. L'une des solutions consisterait à distinguer, au sein des financements de la CDC, entre les avances quotidiennes liées aux fluctuations de la trésorerie et un socle incompressible de financement qui pourrait être traité différemment.

Alain Gubian a évoqué les exonérations de cotisations sociales pour souligner que celles-ci ont atteint 29,8 milliards en 2009, parmi lesquelles 27,2 sont compensées. Les principales exonérations sont celles résultant de l'allègement Fillon et de la loi Tepas. La dette de l'Etat liée aux exonérations de cotisations atteignait 2,3 milliards le 31 janvier 2009 et s'établira à 2,7 milliards le 31 décembre. Le solde concerne notamment l'aide médicalisée d'Etat et l'allocation adulte handicapé (AAH), ainsi que le fonds national d'aide au logement (Fnal).

ANNEXE

RÉPONSES DE LA COUR DES COMPTES AU QUESTIONNAIRE DE M. ALAIN VASSELLE, RAPPORTEUR GÉNÉRAL DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, SUR LE RAPPORT CONSACRÉ À LA SÉCURITÉ SOCIALE

SUR LE TRAITEMENT DE LA DETTE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Question 1

Le PLFSS pour 2010 ne prévoit aucune reprise de dette par la Cades ni aucune autre forme de traitement des déficits sociaux que l'Acoss devra donc porter dans ses comptes dans la limite d'un plafond historiquement élevé de 65 milliards d'euros. Que pense la Cour du choix ainsi fait par le Gouvernement ? Plus précisément :

- quelle est l'opinion de la Cour sur la manière dont il est envisagé de couvrir les besoins de trésorerie de l'Acoss : avances de la CDC, émissions de billets de trésorerie par l'Acoss, émissions de l'Agence France Trésor pour le compte de l'Acoss ?

- en laissant les déficits s'accumuler à l'Acoss, contrairement aux préconisations de la Cour, ne prend-on pas un risque majeur, considérant que rien ne permet aujourd'hui d'exclure que la situation tout à fait exceptionnelle en matière de taux puisse s'inverser brutalement ?

- le cadre organique en vigueur, c'est-à-dire celui d'une durée de vie limitée de la Cades, doit-il être préservé tel quel ou assoupli à l'occasion d'une prochaine réforme, sachant que, dans les conditions actuelles, tout report d'une reprise de dettes entraîne un renchérissement des charges d'intérêt et donc la nécessité de prévoir pour l'avenir des transferts de ressources supérieurs à ceux effectués il y a un an ou qui pourraient être décidés aujourd'hui ?

Réponse

La Caisse des dépôts a signalé dès la fin de 2007 qu'elle ne pourrait financer que 25 milliards d'euros sur les 31 demandés. Les discussions entre la Caisse et l'Acoss se sont poursuivies, sous le regard des tutelles en 2008, jusqu'à l'automne 2009, comme l'indique le rapport.

La limite fixée par la Caisse à ses interventions a incité l'Acoss à diversifier ses modes de financement. D'autres outils ont donc pris le relais, l'émission de billets de trésorerie, souscrits notamment mais pas seulement par France Trésor.

A l'occasion de la présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, le Gouvernement a confirmé que l'Acoss pourrait procéder à des émissions complémentaires sur les marchés, afin de couvrir un besoin de trésorerie au montant compris entre 30 et 60 milliards d'euros. Ces émissions bénéficieront du soutien technique de l'agence France Trésor, qui agira « comme prestataire de service » de l'Acoss.

Le Gouvernement n'ayant pas donné de précisions sur les modalités techniques de ces émissions, nous ne sommes pas en mesure de porter une appréciation sur leur impact financier. Nous pouvons juste constater que le niveau exceptionnellement bas des taux courts favorise aujourd'hui une solution de refinancement à court terme, mais que ces conditions ne peuvent être que transitoires. Si, comme c'est le cas habituellement, les taux remontent lorsque se confirmera la reprise attendue, l'accumulation des déficits pèsera lourdement sur les charges d'intérêt.

La critique de la Cour vise cependant moins les modalités actuelles de gestion de la dette sociale que les principes. Car l'accumulation de découverts, laissés à la charge de l'Acoss, prive de portée le système de cantonnement de la dette sociale. Or, la création de la Cades, en 1996, visait justement à mettre fin à la facilité de déficits accumulés, sans que leur apurement soit organisé et financé. La règle posée en 2005, par l'article 20 de la loi organique, selon laquelle tout nouveau transfert de dette doit s'accompagner de recettes supplémentaires, afin de ne pas reporter la date finale de remboursement, avait pour finalité de renforcer encore cette exigence d'une maîtrise relative des déficits sociaux.

C'est pourquoi la Cour recommande dans le rapport que ces découverts (qui atteindront, selon les prévisions du projet de loi de financement de la sécurité sociale, 150 milliards d'euros de 2010 à 2013) soient transférés à la Cades. Ce qui signifie à l'évidence, pour respecter la loi organique que des ressources nouvelles de CRDS lui soient affectées. C'est également ce que le rapporteur général a préconisé.

S'il est difficile d'envisager dans l'immédiat de majorer les cotisations et la CSG à hauteur des déficits, au moins peut-on prévoir de financer l'amortissement d'un nouveau transfert à la Cades. Pour notre part, nous n'envisageons pas d'assouplir la règle posée par la loi organique, afin d'éviter de pousser devant nous à l'infini une masse croissante de déficits sociaux.

SUR LES RELATIONS FINANCIÈRE ENTRE L'ÉTAT ET LA SÉCURITÉ SOCIALE

Question 2

La Cour constate une nouvelle fois la reconstitution de la dette de l'Etat à l'égard des régimes de sécurité sociale. Malgré les progrès accomplis, elle considère que les procédures budgétaires sont encore insuffisantes.

Quelles sont les préconisations de la Cour pour parvenir à de meilleures prévisions en loi de finances initiale alors même que ces prévisions s'appuient sur les indications de l'Acoss et que, comme le souligne la Cour, elles comportent une réelle marge d'incertitude comme le montrent les variations des dotations affectées aux prestations logement ?

Réponse

A l'automne 2007 et plus récemment fin 2008, l'Etat avait accompli un effort notable d'apurement de ses dettes envers le régime général et les autres régimes, en remboursant 6,5 milliards d'euros. Il est frappant pourtant de constater que les dettes de l'Etat à fin 2008 se sont largement reconstituées : elles atteignaient 7,4 milliards d'euros dans les comptes au 31 décembre 2008, et presque 6 milliards d'euros encore, après les versements intervenus début janvier, en application de la loi de finances rectificative pour 2008. Dans cet ensemble, les dettes exigibles, qui proviennent d'une insuffisance de crédits budgétaires, représentent 3,6 milliards d'euros.

Un tableau dans le rapport détaille les dettes vis-à-vis du seul régime général, pour 3 milliards d'euros, liées à des insuffisances budgétaires. Le poste essentiel est dû au remboursement des exonérations ciblées, qui atteint 2,3 milliards d'euros.

L'écart sur ce poste (l'insuffisance représente plus du quart du coût de ces exonérations) dépasse la marge d'erreur acceptable, même si on doit admettre que la prévision n'est pas toujours aisée (en ce qui concerne le coût des aides au logement, les écarts plus limités constatés peuvent être expliqués par cette difficulté des prévisions).

Selon le directeur du budget, auditionné par la Cour à l'été, ces écarts récurrents ne traduisent pas une sous-estimation délibérée mais s'expliquent par les aléas de la procédure budgétaire. Plus précisément, les montants de crédits inscrits auraient à plusieurs reprises intégré comme acquises des mesures d'économies, en particulier pour les exonérations dans les Dom. De même pour les crédits de l'aide médicale d'Etat. Or les réformes envisagées n'ont pas été adoptées. La logique voudrait que dès lors les crédits devenus insuffisants soient abondés, ce qui n'a pas été le cas.

La réponse écrite des ministres au rapport, très diserte sur ce point des dettes de l'Etat souligne que la Cour a relevé des premiers progrès et que « le Gouvernement entend continuer dans cette voie, tant lors de l'élaboration du projet de loi initiale que lors de celle du projet de loi rectificative ». Nous suivrons donc cet engagement, récemment encore confirmé par le ministre Eric Woerth devant la commission des comptes de la sécurité sociale.

SUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA T2A ET LA CONVERGENCE INTERSECTORIELLE

Question 3

La Cour fait un bilan nuancé de la mise en œuvre de la T2A insistant en particulier sur l'opacité et le manque de lisibilité des choix effectués par la tutelle.

Quelles sont les marges de progression estimées par la Cour pour assurer une répartition plus optimale entre la part de la T2A et la part des Migac dans le financement des établissements de santé ? Quelles sont les conditions nécessaires pour parvenir à une plus grande lisibilité dans le mode de financement des hôpitaux ?

La convergence intersectorielle dont le Gouvernement demande le report à 2018 constitue-t-elle un objectif pertinent pour la Cour ? A quelles conditions apparaît-elle possible ? Quelles contraintes exige-t-elle pour chacun des secteurs hospitaliers ?

Quelle est l'opinion de la Cour sur l'annonce par le Gouvernement d'une expérimentation de convergence ciblée sur quelques dizaines de GHS ? Est-elle compatible avec la démarche plus générale d'analyse objective et complète des écarts de coûts entre les secteurs public et privé ?

Réponse

Les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) représentaient en 2008 14 % de l'enveloppe « médecine-chirurgie-obstétrique » (MCO), les tarifs des groupes homogènes de séjour (GHS) 76 % (le solde, 10 %, correspondant aux divers forfaits ou aux médicaments de la liste en sus). A partir de 2009, parallèlement à l'introduction d'une nouvelle grille tarifaire dite V11, divers postes jusque là rémunérés par les tarifs ont été inclus dans les Migac. C'est en particulier le cas pour les charges liées à la permanence des soins (évaluées à 760 millions d'euros, dans le seul secteur public, ce qui conduit pour ce seul poste à une diminution de 3,3 % des tarifs) et pour celles liées à la prise en charge de la précarité (évaluée à 100 millions d'euros, pour 95 % dans le public).

Cette évolution pose la question de l'équilibre entre tarifs et dotations. Y a-t-il une répartition optimale entre dotations et tarifs, au sein de l'enveloppe dite « MCO » ? L'examen des pratiques de pays comparables à la France, d'ailleurs pas si aisé, semble montrer cependant que dans tous subsiste une part de dotations globales. La France ne fait donc pas exception.

Bien entendu, les avantages attendus d'une tarification à l'activité supposent que la part des dotations reste limitée.

Mais surtout, et c'est là notre propos, que les dotations correspondent à des charges objectivables et chiffrables et ne servent pas à masquer les conséquences financières des lenteurs dans les réformes d'organisation et de fonctionnement.

De ce point de vue, notre inquiétude provient surtout, d'une part des retards dans les travaux d'objectivation des missions d'intérêt général (les Mig), d'autre part de la croissance de la composante dite « aide à la contractualisation », et au sein de cet ensemble, des aides dites « diverses ».

La lisibilité du mode de financement des hôpitaux suppose des règles claires qui reposent sur une bonne connaissance des coûts des hôpitaux et qui s'inscrivent dans la durée. Le rapport démontre que si les changements importants qui ont marqué la campagne 2009 (arrivée de la version V11 de la classification, nouvelle échelle des coûts commune aux secteurs public et privé, évolution de la liste des Mig, etc.) sont plutôt positifs, leur mise en œuvre a été obscurcie par divers aménagements destinés à en réduire les effets et cela dans des conditions mal explicitées. Il en est résulté une communication tardive des nouveaux tarifs, gênante pour les hôpitaux.

La Cour a donc recommandé la stabilisation des règles pendant trois ans, mis à profit pour finaliser des travaux de fond, tels que la clarification des Mig ou du modèle de fixation des tarifs. La contrainte tarifaire, dont les effets potentiels seront de plus en plus sensibles, au fur et à mesure que la période de transition prévue jusqu'à 2012 s'achève, sera mieux acceptée si ses règles sont comprises et identiques pour tous.

Parmi les travaux de fond, signalés dans le rapport, figure le chantier de la « convergence inter-sectorielle ». Dans quelle mesure est-il possible de retenir des tarifs identiques pour les groupes homogènes de séjours, dans les deux secteurs, des établissements publics d'une part, des cliniques privées d'autre part ?

C'est une question devenue polémique, puisqu'elle s'est invitée à grands coups d'encarts publicitaires sur les ondes et dans les journaux. Il n'est pas sûr qu'elle ait gagné en clarté pour autant.

Pour progresser, il convient déjà d'avoir une connaissance comparative des coûts entre hôpitaux et cliniques. La nouvelle échelle nationale de coûts à méthodologie commune, mise en place en 2009 sur la base des données 2006, y contribue. Mais l'outil comporte encore de

nombreuses limites, ce qui le rend encore impropre à fonder une tarification commune qui conditionne un chiffre d'affaires.

Supposons ces difficultés méthodologiques surmontées. Resteront de nombreuses questions : doit-on rendre identiques tous les tarifs, même lorsque certains soins sont pratiqués presque exclusivement dans un secteur, alors que ces mêmes soins ne représentent qu'une activité marginale dans l'autre ? Doit-on alors ne viser l'identité des tarifs que pour les actes les plus courants, que pour ceux qui sont réalisés de manière comparable, en fréquence, dans les deux secteurs ?

Faute d'avoir précisé ces points, l'objectif de convergence reste flou, ce qui explique que la Cour ne se soit pas prononcée sur sa légitimité. Dans ce contexte, une expérimentation de convergence limitée à certains GHS peut être utile.

La décision de report de la mise en place de la convergence intersectorielle est donc apparue justifiée à la Cour en raison de l'importance des questions qui restent à étudier.

SUR L'ORGANISATION DE L'HÔPITAL

Question 4

Le rapport de la Cour présente les résultats d'une enquête comparative très éclairante sur les différences rencontrées dans l'organisation à l'hôpital. La Cour n'hésite pas à qualifier ces résultats d'« étonnamment hétérogènes » et souligne les conséquences financières qu'ils impliquent en termes de dépense hospitalière.

Comment améliorer la diffusion des bonnes pratiques dans le secteur hospitalier et la rendre véritablement efficace ?

Comment, d'une façon plus générale, peut-on réformer en profondeur l'organisation à l'hôpital qui, selon la Cour, semble expliquer nombre de surcoûts et donc receler d'importants gisements d'économies ? Est-ce la responsabilité du directeur de l'hôpital, du directeur général de l'ARS, de la tutelle ? D'où doit partir l'impulsion et qui doit répondre des résultats ?

Réponse

Notre enquête met en effet en évidence une disparité surprenante des modes d'organisation et donc des performances qui s'en suivent, disparité qui ne s'explique que partiellement par les différences de vocations et d'échelle entre les établissements de notre échantillon.

Ce constat traduit notamment la trop faible diffusion des « bonnes pratiques » proposées en particulier par l'ancienne mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (Meah), désormais intégrée dans la nouvelle agence nationale d'appui à la performance. L'organisation du parcours du patient, au sein d'un établissement, l'organisation de l'accueil dans les urgences, la réduction des examens inutiles aux urgences, une meilleure utilisation des blocs opératoires, voilà autant de domaines où des « bonnes pratiques » ont été définies. Mais les référentiels existants sont souvent ignorés ou écartés, faute d'implication suffisante à tous les niveaux : ARH, directeurs des établissements, chefs de service ou de pôle.

Des marges de progrès existent, heureusement, d'abord par l'intervention croissante des pôles, qui devraient progressivement devenir un échelon utile, permettant justement une réflexion sur les moyens et les modes d'organisation plus efficaces.

Deuxième piste, également en cours, l'intégration prochaine de modules relatifs à la gestion dans les référentiels de « certification » des établissements qu'organise la Haute Autorité de santé (la HAS).

Les contrats d'objectifs et de moyens entre ARH et établissements, comme les contrats que passent les directeurs avec les chefs de pôle, devraient être autant de moyens d'imposer des réformes d'organisation et de fonctionnement. Nous proposons dans le rapport que les contrats d'objectifs et de moyens conclus entre les établissements et la tutelle intègrent d'une part un volet relatif aux outils de gestion et à leur diffusion effective dans les pôles, d'autre part que ces contrats ou leurs avenants soient l'occasion d'une revue des performances comparées des différents pôles et de la définition de plans d'actions, en cas de performances dégradées.

Comme vous le constatez, les progrès dépendent d'une chaîne d'interventions : du chef de service au chef de pôle, puis au directeur de l'établissement, enfin aux futures ARS, sans oublier les tutelles nationales, dont nous avons constaté qu'elles avaient trop souvent désavoué les ARH, lorsque celles-ci incitaient à des mesures de maîtrise des dépenses ou de restructuration.

Restructuration du tissu hospitalier et réformes de l'organisation interne des hôpitaux sont en effet très liées, même si la Cour les a traitées successivement dans ses rapports. Mais depuis longtemps, nous sommes persuadés que, une fois éliminés les phénomènes de redondance entre établissements ou services dans un même territoire de santé, le gisement principal d'économies réside dans l'organisation et le fonctionnement interne des établissements.

Améliorer la situation ne suppose aucun texte nouveau, seulement de la volonté et une constance dans l'effort.

SUR LES MAJORATIONS DE DURÉE D'ASSURANCE

Question 5

Dans le cadre du PLFSS pour 2010, le Gouvernement a choisi de réformer la majoration de durée d'assurance (MDA) accordée aux mères de famille, sans modifier l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF).

Sachant que ces deux dispositifs sont complémentaires :

a) quel aurait pu être le schéma d'une réforme d'ensemble ?

b) Comment la Cour juge-t-elle le dispositif prévu à l'article 38 du PLFSS ?

Réponse

a) La Cour estime en effet que les deux dispositifs - la MDA et l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) - doivent être réformés ensemble. Fort complexe, l'AVPF est en outre d'un coût croissant. Bien que créée en 1972, elle n'est pas encore complètement montée en charge et ne trouvera son plein effet qu'à l'horizon 2040.

L'orientation retenue par la Cour consiste à réformer conjointement les deux dispositifs qui ont pour effet d'octroyer des trimestres pour la durée d'assurance en raison de la présence d'enfants. La Cour propose donc une solution globale et cohérente avec la situation dégradée des régimes de retraites :

- une AVPF simplifiée destinée à compenser les interruptions de carrière de durée limitée du père ou de la mère pour s'occuper d'un jeune enfant ;

- une MDA limitée à six mois, compensant la maternité et donc réservée aux mères ;

- l'absence de cumul entre les deux dispositifs : la MDA n'étant pas attribuée dès lors que deux trimestres ou plus d'AVPF sont validés dans l'année.

b) Le nouveau régime, tel qu'il est défini à l'article 38 du PLFSS 2010, prévoit :

- 4 trimestres de MDA attribués à la mère, pour la compensation de la maternité ;

- 4 trimestres de MDA compensant les effets de l'éducation des enfants sur la carrière, attribuables à la mère ou au père, en fonction de la décision du couple ;

- pour les enfants nés avant la réforme, dont les parents ne sont pas encore partis à la retraite, le principe général est la conservation des droits acquis et l'absence de rétroactivité de la réforme.

Ce nouveau dispositif est prévu à coût nul alors que les pistes de réforme proposées par la Cour visaient clairement à s'engager sur la voie des économies tout en sauvegardant notre régime de retraite par répartition.

La Cour regrette donc que le gouvernement se précipite pour réformer la MDA, en raison des décisions juridictionnelles qui certes impliquaient une évolution, sans en profiter pour repenser l'ensemble des avantages de retraite liés aux enfants. Par ailleurs, elle observe que la réforme ne paraît pas de nature à répondre au principe d'égalité homme /femme. En effet, 4 trimestres, c'est trop pour correspondre à un congé de maternité. Il y a donc un risque de requalification de cette solution en discrimination indirecte. D'ailleurs la Commission européenne a récemment saisi la France d'un avis motivé concernant la MDA des fonctionnaires et plus précisément la solution transitoire prévue par la loi de 2003 pour les enfants nés avant 2004.

Par ailleurs, la solution consistant à offrir le choix aux parents pour la deuxième année devra être encadrée pour ne pas créer des difficultés au sein des couples, par exemple en cas de divorce.

SUR LA DURÉE D'ASSURANCE DANS LE CALCUL DES DROITS À LA RETRAITE

Question 6

Dans le contexte d'une dégradation rapide de la situation financière des régimes de retraite, la Cour pose la question de l'aménagement des règles présidant à la constitution de la durée d'assurance. Elle insiste sur la nécessité d'en améliorer la lisibilité et la contributivité.

Parmi les pistes de réforme envisagées, quelles sont celles qui lui paraissent prioritaires pour renforcer le principe de contributivité de la durée d'assurance ?

Réponse

En proposant d'examiner les conditions d'un accroissement du lien entre l'effort contributif des cotisants et les droits à pension, la Cour s'inscrit dans le prolongement de la loi du 21 août 2003. Ce principe de contributivité est consubstantiel à notre système de retraites.

Pendant des décennies, dans un contexte de faible niveau originel des pensions acquises par cotisations et de rapports démographiques favorables, de nombreuses réformes généreuses ont permis d'accorder des trimestres avec un effort contributif nul ou très faible, au moyen d'un ensemble de règles complexes que le rapport détaille. Mais aujourd'hui, la dégradation des

rapports démographiques et son corollaire, l'accroissement continu des déficits des régimes de retraite, justifient que la contributivité du système soit renforcée.

Parmi les pistes évoquées, certaines sont de mise en œuvre aisée, ainsi de l'exclusion de la création de tout nouveau mécanisme de validation de périodes sans cotisations. Mais j'espère que ceci est désormais évident pour tous.

Pour d'autres, dont les effets ont pu être mesurés avec l'appui de la Cnav, il est vrai que les conséquences en termes de redistribution sont importantes, ce que les travaux de la Cour ne cachent pas, dès lors que l'on envisagerait d'augmenter la base des « 200 heures » de Smic permettant la validation d'un trimestre pour la durée d'assurance, ou de substituer à cette référence en termes de rémunérations une durée réelle d'activité. Mais la Cour estime que l'insuffisance éventuelle de revenus de certains retraités doit être compensée, sous condition de ressources, par le dispositif prévu à cet effet : le minimum vieillesse.

D'autres pistes ouvertes par la Cour, s'inscrivant dans une même perspective, n'ont pu être entièrement analysées dans leurs effets. Je pense ici :

- à des mesures simples, telles que l'harmonisation des seuils déclenchant l'attribution d'un trimestre « assimilé » à 90 jours, soit la durée d'un trimestre ;

- à d'autres, plus ambitieuses sans doute, comme l'introduction d'une condition de durée cotisée, pour la validation d'un trimestre, ou à l'échelle de la carrière, pour l'obtention de la liquidation au taux plein avant 65 ans.

Dans la plupart des cas - pour ne pas dire dans tous - certains assurés seraient nécessairement amenés à devoir cotiser plus, ou plus longtemps pour maintenir leurs droits à la retraite. Mais aujourd'hui, aucun doute n'est plus permis, c'est bien dans ce sens que les réformes doivent s'engager, pour répondre au choc démographique et ce au plus vite, dans un souci de justice sociale, afin de faire porter l'effort sur toutes les générations et toutes les catégories sociales.

Certes, il ne revient pas à la Cour d'établir un agenda de réformes. Mais chacun sait qu'en matière de retraites, les réformes ne peuvent monter en charge que progressivement et que tout délai dans leur adoption retarde d'autant leur rendement.

De toute façon, le rendez vous prévu en 2010 sur les retraites sera l'occasion d'une réflexion certainement plus ambitieuse sur l'avenir de notre système. Car les propositions de la Cour restent assez modestes à l'échelle du problème.

ANNEXE

TRAVAUX DE LA MECSS EN 2009

Les comptes de la branche famille pourront-ils être certifiés cette année ?

En 2007 et 2008, dans le cadre de sa mission de certification des comptes sociaux, la Cour des comptes s'est déclarée dans l'impossibilité de se prononcer sur les comptes de la branche famille. Elle a, par deux fois, critiqué l'insuffisance des travaux d'audit interne, l'analyse imprécise des risques, le suivi laxiste des dépenses d'action sociale et, surtout, l'absence de répertoire national des bénéficiaires d'allocations.

Ce jugement répété a conduit la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) du Sénat à étudier de près la situation de la branche famille et le bien-fondé de ces reproches.

Ce rapport a donc pour objet de faire le point sur les mesures prises par la caisse nationale des allocations familiales (Cnaf) et les caisses locales pour tenir compte de ces observations : mise en œuvre d'un répertoire national des bénéficiaires, renforcement des échanges de fichiers entre les branches, amélioration de la cartographie des risques, de la lutte contre la fraude et du contrôle des dépenses d'action sociale. Ces mesures suffiront-elles à permettre la certification des comptes de la branche en 2009 ?

Au-delà de cette question centrale, l'étude de la Mecss tire les leçons de l'expérience de la branche famille pour mieux préparer la construction du futur répertoire national de la protection sociale (RNCPS) : comment répartir les rôles des différentes administrations qui y concourent ? Comment s'assurer de la fiabilité des informations enregistrées ?

Finances sociales : arrêté de péril

Etabli par le rapporteur général de la commission des affaires sociales pour la préparation du débat d'orientation des finances publiques, ce rapport dresse un bilan à mi-parcours de l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. Toutes les prévisions de cette loi de financement ont été balayées par la profonde crise économique qui a frappé la France. En 2009, le déficit du régime général devrait dépasser 20 milliards d'euros, un niveau jamais atteint, et pourrait approcher les 30 milliards d'euros en 2010.

Pour n'avoir pas su résorber son déficit structurel pendant les années de croissance, la sécurité sociale est entrée dans la crise avec un handicap sévère. Il faut dès à présent prendre conscience que le retour - aujourd'hui très hypothétique - de la croissance aux niveaux qu'elle connaissait avant la récession permettra seulement de stabiliser le déficit au montant où la crise l'aura porté. La résorption du déficit et le retour à l'équilibre des comptes ne peuvent passer que par une croissance des recettes durablement supérieure à celle des dépenses. Or, si la sécurité sociale a pu supporter depuis 2003 des déficits annuels voisins de 10 milliards d'euros au prix d'un accroissement important de la dette sociale, elle ne résistera pas à plusieurs années d'un déficit qui se maintiendrait autour de 30 milliards d'euros.

Dans ces conditions, le rétablissement de la situation passe notamment par la préservation et l'accroissement des recettes de la sécurité sociale, qui impliquent de limiter drastiquement les « niches sociales », par la réussite du rendez-vous sur les retraites prévu en 2010, enfin par la maîtrise renforcée des dépenses de l'assurance maladie.

En attendant la convergence tarifaire...

L'idée de parvenir à un rapprochement entre les tarifs pratiqués dans les établissements hospitaliers publics et privés semble, a priori, susceptible de répondre à l'objectif d'un système de soins offert au meilleur coût. Pour autant, depuis son inscription dans la loi en 2004, la convergence tarifaire suscite de nombreuses interrogations. Doit-elle se traduire par la mise en place d'un tarif unique pour tous les établissements ? Quelles sont les charges particulières qui pourraient justifier la persistance d'écarts de tarifs ? Comment prendre en compte les honoraires des médecins dans la constitution des tarifs ? Au moment où le Gouvernement propose simultanément de reporter de 2012 à 2018 l'achèvement du processus de convergence et de mettre en œuvre une convergence ciblée sur quelques tarifs dès 2010, la Mecss, constituée au sein de la commission des affaires sociales, a souhaité faire le point sur toutes ces questions.

La table ronde, qu'elle a organisée le 27 octobre 2009, et dont ce rapport retrace les débats, réunissait dans cette intention les différents acteurs concernés pour mieux comprendre les enjeux et l'évolution d'une réforme dont l'unique objectif doit demeurer le renforcement de l'efficacité du système de santé.