

N° 83

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2008-2009

Annexe au procès-verbal de la séance du 5 novembre 2008

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi de
financement de la sécurité sociale pour 2009, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE
NATIONALE,*

Par M. Alain VASSELLE,
Sénateur.

Tome I :
Équilibres financiers généraux

(1) *Cette commission est composée de* : M. Nicolas About, *président* ; 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. François Autain, Paul Blanc, Mme Muguet Dini, M. Jean-Marc Juilhard, Mmes Gisèle Printz, Patricia Schillinger, *secrétaires* ; Mmes Jacqueline Alquier, Brigitte Bout, M. Jean Boyer, Mme Claire-Lise Champion, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Mme Jacqueline Chevé, M. Yves Daudigny, Mme Christiane Demontès, M. Jean Desessard, Mmes Sylvie Desmarescaux, Bernadette Dupont, M. Guy Fischer, Mme Samia Ghali, MM. Bruno Gilles, Jacques Gillot, 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 Laménie, 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, Alain Vasselle, François Vendasi, René Vestri.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (13^{ème} législ.) : 1157, 1211, 1212 et T.A. 202

Sénat : 80 et 84 (2008-2009)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT-PROPOS	7
I. 2007 - 2009 : SUR LA VOIE DU REDRESSEMENT	9
A. 2007 : LE DÉRAPAGE	9
1. <i>Une croissance soutenue des recettes</i>	9
2. <i>Le creusement du déficit de la branche vieillesse</i>	11
3. <i>Une alerte sur les dépenses d'assurance maladie</i>	11
B. 2008 : LA STABILITÉ	14
1. <i>Des recettes toujours dynamiques</i>	14
2. <i>La vieillesse en grand déficit</i>	15
3. <i>Le redressement de la maladie</i>	15
4. <i>Les branches en convalescence</i>	16
C. 2009 : LES BASES DU REDRESSEMENT	16
1. <i>Une situation assainie</i>	16
2. <i>Des dépenses contenues</i>	18
3. <i>Des recettes préservées</i>	20
II. UN RETOUR À L'ÉQUILIBRE SOUMIS À DE NOMBREUX ALÉAS	22
A. LES PRÉREQUIS	22
1. <i>Préparer le retour de la croissance</i>	22
2. <i>Trois défis à relever</i>	23
B. LE CADRE D'ACTION	28
1. <i>Les pistes ouvertes par la commission</i>	28
2. <i>Les règles de gouvernance du projet de loi de programmation des finances publiques</i>	28
C. LES PROPOSITIONS DE LA COMMISSION.....	29
1. <i>Sur le projet de loi</i>	30
2. <i>Sur la démarche des PQE</i>	30
3. <i>S'appuyer sur les travaux de la Mecss</i>	35
TRAVAUX DE LA COMMISSION	37
• Audition de Mme Roselyne BACHELOT, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, M. Eric WOERTH, ministre du budget des comptes publics et de la fonction publique, Mmes Valérie LÉTARD, secrétaire d'Etat chargée de la solidarité, et Nadine MORANO, secrétaire d'Etat chargée de la famille	37

II. AUDITIONS	50
• Audition de M. Philippe SÉGUIN, Premier président de la Cour des comptes, Mme Rolande RUELLAN, présidente de la 6e chambre, M. Laurent RABATÉ, conseiller maître, rapporteur général, Mme Catherine MAYENOBE, secrétaire générale, et M. Simon FETET, auditeur.....	50
• Audition de MM. Pierre BURBAN, président, et Pierre RICORDEAU, directeur, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss).....	59
 ANNEXE - RÉPONSES DE LA COUR DES COMPTES AU QUESTIONNAIRE DE M. ALAIN VASSELE, RAPPORTEUR DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, SUR LE RAPPORT CONSACRÉ À LA SÉCURITÉ SOCIALE	63

Les observations et propositions de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux en 2009

La commission constate avec satisfaction que trois problèmes qu'elle estimait urgents avant l'été et sur lesquels elle a souvent émis des critiques, reçoivent une solution au moins partielle :

- **le traitement des déficits accumulés**, avec le transfert à la Cades de 27 milliards accompagné d'un prélèvement de 0,2 point de CSG sur les recettes du FSV qui renoue, de ce fait, avec le déficit ; une hausse de la CRDS aurait toutefois été plus simple et plus claire, quitte à la compenser par une baisse équivalente de la CSG ;

- **la suppression du Ffipsa** : sa dette au 31 décembre 2008 (7,5 milliards) est reprise par l'Etat ; sa branche maladie est intégrée financièrement à la Cnam à laquelle est affectée une recette de l'Etat pour financer le déficit de la branche, soit environ 1,2 milliard ; sa branche vieillesse restera gérée par la CCMSA et le traitement de son déficit (1,5 milliard) devrait intervenir en 2010 ;

- **la consolidation de l'amélioration des relations financières entre l'Etat la sécurité sociale**, avec la remise à niveau d'un certain nombre de dotations budgétaires et la compensation des allègements dits Fillon et de ceux liés aux heures supplémentaires de la loi Tepas. Une dette de l'Etat est toutefois reconstituée, évaluée pour les exercices 2007 et 2008 à 3,5 milliards pour le régime général et à 1 milliard pour les autres régimes.

Trois défis majeurs restent à relever :

- **pour l'assurance maladie, aller au-delà du plan d'économies**, en engageant une véritable réforme de l'hôpital et une réflexion approfondie sur la prise en charge des ALD ; rechercher systématiquement des marges d'efficience ;

- **pour la branche vieillesse, prendre les mesures nécessaires à la sauvegarde du régime** ;

- **pour un financement durable de la protection sociale**, préserver les recettes actuelles et mobiliser de nouvelles ressources.

Dans ce cadre, à l'initiative de son rapporteur Alain Vasselle, **les propositions de la commission** s'organisent autour de cinq axes :

- **ouvrir un nouveau débat en matière de financement de la sécurité sociale** avec un ciblage des allègements généraux de charges sociales sur les seules entreprises de moins de cinquante salariés ;

- **sécuriser les recettes de la sécurité sociale** en étendant le forfait social de 2 % à l'ensemble des assiettes exemptées de cotisations sociales et non soumises à un prélèvement spécifique et en augmentant les droits tabacs ;

- **consolider le dispositif applicable aux parachutes dorés** en précisant qu'il est fait masse de toutes les indemnités perçues et en prévoyant l'assujettissement à la CSG et à la CRDS au premier euro ;

- **renforcer l'autonomie financière de la sécurité sociale**, en particulier en refusant la non-compensation de sept mesures d'exonérations de charges sociales ;

- **améliorer le dispositif du recours contre tiers** afin de rendre plus homogène et plus rapide l'indemnisation des victimes.

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 constater que nos finances sociales ont, depuis deux ans, réellement amorcé un processus de redressement.

La crise financière et la crise économique viennent à l'évidence perturber la trajectoire retenue par le Gouvernement alors que, pour la première fois, ses objectifs de moyen terme étaient clairement affichés, mis en perspective et détaillés dans la loi de programmation des finances publiques.

Mais ces circonstances exceptionnelles montrent aussi à quel point il est urgent de poursuivre sur la voie de l'assainissement de nos comptes, de la maîtrise des dépenses, de la réforme et de la modernisation de notre système de sécurité sociale.

Seule une telle démarche permettra en effet de maintenir le haut niveau de protection auquel nos concitoyens sont à juste titre très attachés.

C'est pourquoi, au-delà de l'analyse de la situation actuelle et de l'examen des mesures présentées par le Gouvernement dans le présent projet de loi de financement, votre commission souhaite à la fois 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 de nos déficits et trouver les moyens pour cesser de les reporter sur les générations futures.

I. 2007 - 2009 : SUR LA VOIE DU REDRESSEMENT

Si 2007 a été l'année de la rechute, 2008 se termine avec un déficit stabilisé. L'exercice 2009 poursuit l'effort désormais clairement engagé de redressement des comptes sociaux.

A. 2007 : LE DÉRAPAGE

Après les déficits record du régime général, plus de 11 milliards d'euros, en 2004 et 2005, et la légère décrue de 2006, avec un déficit ramené à 8,7 milliards, **2007 a connu un nouveau dérapage des comptes**, le déficit du régime général s'établissant finalement à **9,5 milliards d'euros**.

Soldes par branche du régime général sur la période 2003-2007

(en milliards d'euros)

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

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale

L'exercice 2007 a pourtant bénéficié d'une progression particulièrement dynamique des recettes. Mais, en sens inverse, on a aussi enregistré simultanément une progression supérieure à 6 % des prestations servies par la branche vieillesse et un dépassement de plus de 3 milliards d'euros de l'Ondam.

1. Une croissance soutenue des recettes

Les recettes du régime général ont **augmenté de 4,4 % en 2007**, soit un rythme inférieur à celui des deux années précédentes, mais qui s'explique par le fait que ces deux derniers exercices avaient été marqués par des hausses de prélèvements et des recettes exceptionnelles. Cette progression est néanmoins significative et supérieure à celle de la croissance du Pib, soit 2,2 % en 2007.

Quatre aspects méritent d'être soulignés :

- le dynamisme de la masse salariale du secteur privé

La masse salariale du secteur privé qui représente l'assiette des trois quarts des recettes assises sur les revenus d'activité, a **augmenté de 4,8 % en 2007**, ce qui constitue un résultat nettement supérieur à celui constaté en moyenne sur longue période. Cette hausse a donc assuré de bonnes rentrées de cotisations sociales (164,3 milliards d'euros) et de CSG (56,3 milliards d'euros).

Toutefois, la croissance importante du volume des exonérations de cotisations a limité mécaniquement la hausse des cotisations dues par les employeurs qui, de ce fait, progressent moins vite que la masse salariale. C'est pourquoi, les recettes assises sur les revenus d'activité n'ont augmenté que de 3,6 % en 2007, soit un peu moins rapidement que la masse salariale.

- la forte augmentation des exonérations de cotisations

L'année 2007 est marquée par une hausse significative des exonérations de cotisations, que ce soit au titre des allègements généraux ou des allègements ciblés, mais aussi du fait de l'entrée en vigueur, le 1^{er} octobre, de la loi Tepas¹ qui exonère de charges sociales les heures supplémentaires.

Au total, les exonérations compensées, sous forme de dotations budgétaires ou de recettes fiscales, se sont élevées à **25,2 milliards d'euros**, en augmentation de 16,7 % par rapport à 2006.

Parmi ces mesures, les exonérations ciblées en direction de publics définis ou de certaines zones du territoire ont particulièrement progressé, à hauteur de 21 % (mesures liées aux contrats d'apprentissage, aux contrats de professionnalisation, à la création de nouvelles zones franches urbaines, au dispositif d'exonération en zone de revitalisation rurale).

La compensation des allègements généraux de charges sociales a été intégralement assurée en 2007, conformément aux engagements du Gouvernement, et ce malgré la disparition du mécanisme d'équilibrage « à l'euro l'euro » qui avait été mis en œuvre en 2006.

- la hausse sensible des prélèvements sociaux sur les revenus du capital

Ces prélèvements, composés d'une ressource CSG pour plus des trois quarts, ont **augmenté de 11,8 %**, principalement grâce au dynamisme des revenus et plus-values sur lesquels ils reposent, mais aussi grâce à l'incidence de mesures législatives comme l'élargissement de l'assiette « revenus fonciers » intervenue dans le cadre de la réforme de l'impôt sur le revenu.

¹ Loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat.

- la baisse des transferts provenant du FSV

Ces transferts sont en grande partie liés à l'évolution de la situation de l'emploi. Le recul du chômage a, très logiquement, permis que le montant des cotisations versées par le FSV à la Cnav au titre des demandeurs d'emploi diminue de 7,9 % pour s'établir à 7,1 milliards d'euros.

Au total, les transferts du FSV ont atteint 12,1 milliards d'euros en 2007, **en baisse de 3,6 %** par rapport à 2006.

2. Le creusement du déficit de la branche vieillesse

Les prestations vieillesse du régime général ont représenté 82,3 milliards d'euros en 2007, en augmentation de **6,1 %** par rapport à 2006. Cette progression soutenue résulte de la conjonction de deux facteurs désormais bien connus :

- **les effets du « baby-boom »** avec l'arrivée à l'âge de la retraite des générations nombreuses de l'après-guerre. Un seul chiffre permet de prendre la mesure de l'ampleur du choc démographique : le flux annuel des personnes atteignant soixante ans dans l'ensemble de la population française est passé de 500 000 environ pour les générations nées pendant la Seconde Guerre mondiale à 800 000 pour celles nées à partir de 1946 ;

- **le succès de la mesure de retraite anticipée pour carrière longue**, dont le nombre de bénéficiaires augmente encore en 2007, à hauteur de 8,4 %, pour atteindre 116 800. Ces départs anticipés représentent 15,4 % de l'ensemble des départs en retraite de 2007.

Ces évolutions se traduisent par la **baisse de l'âge moyen de liquidation d'une pension** à la Cnav qui a diminué de onze mois entre 2001 et 2007, passant de 62 ans à 61,1 ans. Or, cette baisse entraîne automatiquement une charge financière supplémentaire, liée au fait que les pensions sont versées plus tôt et le sont pour une période plus longue. La Cnav a évalué ce **surcoût à 2,8 milliards d'euros** en 2007.

3. Une alerte sur les dépenses d'assurance maladie

L'exécution de l'Ondam pour 2007 s'est caractérisée par le déclenchement, pour la première fois, de la procédure d'alerte, instituée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, et prévue en cas d'évolution défavorable des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'Ondam.

Le 29 mai 2007, le comité d'alerte est intervenu pour signaler **un risque de dépassement évalué à 2 milliards d'euros**, portant sur le seul sous-objectif des dépenses de soins de ville. Cette estimation a été corrigée à

la hausse lors de la réunion de septembre de la commission des comptes de la sécurité sociale, le dérapage des comptes étant alors estimé à 2,9 milliards.

La majeure partie de ce dépassement est imputable à la croissance des prescriptions médicales (honoraires des professionnels paramédicaux, médicaments, indemnités journalières) ainsi qu'à l'évolution des dépenses de transport sanitaire, toujours très dynamiques depuis plusieurs années. Ce phénomène a sans doute été accentué par l'épidémie de grippe de début d'année qui a significativement accru l'activité des médecins.

Conformément aux dispositions législatives, le déclenchement de la procédure d'alerte a entraîné **la définition de mesures de redressement**, présentées par les caisses nationales d'assurance maladie.

Le plan définitif, approuvé par le Gouvernement au mois de juillet 2007, comportait **1 225 millions d'euros d'économies**. Il n'a pu produire que des effets encore limités cette année-là.

Finalement, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a réévalué le montant de l'Ondam pour 2007 à **147,8 milliards, en augmentant de 3,1 milliards le sous-objectif soins de ville** par rapport à son montant initial. L'Ondam a ainsi progressé de 4,2 % et les soins de ville de 4,6 %, soit la plus forte augmentation depuis 2003.

La certification des comptes de la sécurité sociale

La Cour des comptes a accompli, **pour la deuxième fois** en 2008, la mission de certification des comptes du régime général de la sécurité sociale qui lui a été confiée par la loi organique du 2 août 2005.

Rappel des positions de la Cour sur les comptes 2006

En 2006, la Cour des comptes a certifié avec réserves les comptes de l'ensemble des branches et caisses nationales **à l'exception de la branche famille et de la Cnaf**. Pour ces dernières, elle a estimé qu'elle était **dans l'impossibilité d'exprimer une opinion**, en raison de l'ampleur des incertitudes pesant sur les comptes.

Les positions de la Cour sur les comptes 2007

Dans son rapport, la Cour indique, à titre liminaire, qu'elle a constaté des progrès dans l'élaboration des comptes de chacune des caisses et de leurs réseaux. Toutefois elle estime que des efforts sont encore partout indispensables, notamment en matière de contrôle interne.

Au terme de ses vérifications sur l'exercice 2007, la Cour a adopté **trois séries de positions** :

- elle a refusé de certifier les comptes de la « branche » recouvrement et de l'Acoss :

- elle a jugé à nouveau impossible de certifier les comptes de la branche famille et de la Cnaf ;

- elle a certifié avec réserves les comptes des branches maladie, AT-MP et retraite et des caisses nationales correspondantes.

- *Le refus de certifier les comptes du recouvrement et de l'Acoss*

Cette position résulte de « *trois désaccords avec l'Acoss et sa tutelle* » dont l'impact total sur le résultat du régime général est évalué à **980 millions d'euros** par la Cour. Celle-ci estime en effet que 640 millions d'euros (490 millions de CSG sur les revenus de placement et 150 millions de compensation des exonérations de cotisations sur les heures supplémentaires) ont été comptabilisés en 2007 alors qu'ils auraient dû figurer dans les comptes 2008. Par ailleurs, la correction comptable d'erreurs du passé aurait dû entraîner un accroissement du déficit du régime général de 340 millions d'euros.

Par conséquent, la Cour conclut que si les écritures comptables avaient été régulières, **le déficit du régime général aurait dû s'établir à 10,5 milliards d'euros en 2007**, soit un milliard de plus que les 9,5 milliards annoncés par le Gouvernement.

- *L'impossibilité de certifier les comptes de la branche famille*

La Cour déplore que les limitations relevées en 2006 « *demeurent de même ampleur en 2007* ». En particulier, elle souligne à nouveau les déficiences générales du contrôle interne au sein de la branche famille et l'absence de fichier national des bénéficiaires de prestations (doubles paiements, indus, lacunes du contrôle des ressources, insuffisances du contrôle des droits ; quatre auditeurs seulement ont été recrutés pour un objectif de dix).

Elle y a par ailleurs ajouté deux nouveaux éléments cette année :

- une sous-estimation d'au moins 330 millions d'euros des charges à payer et provisions de gestion technique sur lesquelles la Cour observe que « *les recommandations antérieures n'ont pas été suivies d'effet* » ;

- une incertitude globale liée à des « *constats très défavorables* » sur l'ensemble des charges de l'action sociale (qui représentent 3,5 milliards d'euros).

- *Les principales réserves sur les autres branches*

Sur **la branche maladie** et les comptes de la Cnam, la Cour a émis **neuf réserves** concernant en particulier les versements aux hôpitaux pour les derniers mois de l'année 2007 (calculés par le ministère de la santé sur une base qui lui est propre et relativement incertaine), les règlements aux établissements et services médico-sociaux (affectés de grandes insuffisances en matière de contrôle interne) ou le manque de fiabilité des données relatives aux opérations des mutuelles.

Pour **la branche AT-MP**, **cinq réserves** ont été exprimées.

Sur **la branche retraite**, seules **quatre réserves** sont présentées, la principale tenant au fait que certaines erreurs relatives à l'application des règles de droit pour le calcul des prestations légales d'assurance vieillesse ne sont que partiellement évaluées.

*

* *

Afin de lever les désaccords entre la Cour d'une part, l'Acoss et sa tutelle de l'autre, une réflexion a été engagée pour **faire en sorte que les problèmes rencontrés sur les comptes 2007 ne se reproduisent plus lors de la certification des comptes 2008** :

- une mission a été confiée à un inspecteur des finances sur la question de l'enregistrement des produits de CSG et contributions connexes sur les revenus de placements dans les comptes de l'Acoss. Le groupe de travail mis en place a élaboré des conclusions qui ont été adoptées à l'unanimité par le Haut conseil interministériel des comptes des organismes de sécurité sociale dans sa séance du 22 octobre 2008, en présence de représentants de la Cour des comptes et des autorités de tutelle de l'Acoss. La solution retenue en raison de son caractère rigoureux et pragmatique est celle d'**une explicitation de la notion de fait générateur**, accompagnée d'une modification à terme de la « déclaration 2077 » ;

- pour la question de la comptabilisation de la compensation des exonérations de charges applicables aux heures supplémentaires, **un article du projet de loi de finances rectificative pour 2008** devrait permettre de régler la question.

B. 2008 : LA STABILITÉ

En 2008, on revient seulement à la situation de 2006, avec un déficit maintenu au montant initialement prévu l'année précédente de **8,9 milliards d'euros**. Il n'y a donc **pas d'amélioration mais simplement un maintien du déficit** du régime général aux alentours de 9 milliards d'euros, et cela pour la troisième année consécutive, ce qui n'est bien évidemment pas satisfaisant.

1. Des recettes toujours dynamiques

Comme en 2007, les recettes progressent de plus de 4 %, principalement grâce à la poursuite de la croissance soutenue de la masse salariale du secteur privé, ce qui entraîne une hausse des cotisations et de la CSG. Cette bonne tenue des recettes pourrait toutefois ne pas se prolonger au-delà des derniers mois de 2008.

L'année 2008 voit aussi se poursuivre et s'amplifier la tendance à l'augmentation très forte des exonérations de cotisations sociales. Les exonérations compensées devraient ainsi atteindre le montant record de **30,3 milliards d'euros**, soit une progression de près de 17 % par rapport à 2007. De 2005 à 2008, ces exonérations seront donc **passées de près de 20 milliards à un montant supérieur à 30 milliards d'euros**.

Evolution des exonérations de cotisations

(en milliards d'euros)

	2004	2005	2006	2007	2008
Allègements généraux	16,1	16,5	18,5	21,4	22,8
Exonérations heures supplémentaires	-	-	-	0,3	2,9
Rachat de RTT	-	-	-	-	0,1
Exonérations ciblées compensées	2,3	2,5	3,1	4,1	4,4
Total mesures compensées	18,4	19,0	21,6	25,8	30,3
Exonérations non compensées	2,0	2,1	2,4	3,0	2,9
Total exonérations	20,4	21,1	24,0	28,9	33,3

Source : annexe 5 du projet de loi de financement

Du côté **des dépenses**, les évolutions sont contrastées selon les branches : deux sont en déficit, deux sont en excédent.

2. La vieillesse en grand déficit

Pour la première fois depuis quinze ans, **le déficit de la branche retraite** devrait être supérieur à celui de la maladie en 2008 et atteindre **5,7 milliards d'euros**.

Les prestations vieillesse augmentent en effet de plus de 6 % sous l'effet conjoint de l'arrivée à l'âge de la retraite des générations du baby-boom et de la poursuite des départs anticipés pour carrière longue qui continueraient à monter en charge en 2008. Ceux-ci s'élèveront, selon les estimations de la Cnav, à environ 120 000 cette année pour un coût estimé à 2,5 milliards d'euros.

3. Le redressement de la maladie

Pour **la maladie**, les dépenses progressent légèrement moins vite qu'en 2007. Cette hausse plus modérée traduit les effets conjugués du plan d'économie de l'été 2007, dont le rendement est estimé à 950 millions d'euros pour 2008, et de la mise en place des franchises au 1^{er} janvier, qui devraient rapporter 850 millions à l'assurance maladie.

Toutefois, **un nouveau dépassement de l'Ondam** est constaté, à hauteur de **750 millions d'euros**. Le comité d'alerte, dans son avis du 30 mai 2008, l'avait évalué entre 500 et 800 millions d'euros, soit un peu en-deçà du seuil de déclenchement de la procédure d'alerte caractérisé par un dérapage de 0,75 % des dépenses.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 avait fixé le montant de l'Ondam pour 2008 à 152 milliards d'euros, soit une progression de 2,8 % par rapport à 2007. Il devrait finalement s'établir à 152,8 milliards, en augmentation de 3,3 % par rapport à 2007.

Afin de faire face à ces évolutions, dès l'été dernier, le conseil de l'union nationale des caisses d'assurance maladie a mis au point et approuvé **un plan d'économies d'un montant de 3 milliards d'euros**. Applicable à compter de 2009, ce plan devait permettre de ramener les comptes de l'assurance maladie à l'équilibre en 2011.

Saisie de ces propositions, la ministre chargée de la santé a jugé trop bas le rythme tendanciel des dépenses d'assurance maladie retenu par l'Uncam pour établir son scénario d'évolution. En conséquence, il est apparu nécessaire de dégager **1 milliard d'économies supplémentaires** à appliquer dès 2008, afin de permettre un retour à l'équilibre financier de la branche en 2011. Une concertation entre les différents acteurs du système de santé a donc permis d'élaborer des propositions complémentaires.

4. Les branches en convalescence

Pour **la famille**, l'excédent, retrouvé en 2007 après trois années de déficit, est confirmé en 2008. Il devrait atteindre **400 millions d'euros**, notamment grâce à la fin de la montée en charge de la prestation d'accueil du jeune enfant, la Paje, et au léger fléchissement de la natalité en 2007.

La **branche AT-MP** enregistre elle aussi un excédent de 400 millions d'euros.

C. 2009 : LES BASES DU REDRESSEMENT

Votre commission insiste depuis plusieurs mois sur la nécessité de résoudre un certain nombre de questions préalables afin de poser les bases d'un redressement solide des comptes de la sécurité sociale.

Elle se félicite donc que les trois problèmes qu'elle estimait urgents avant l'été et sur lesquels, à plusieurs reprises, elle a émis des critiques, reçoivent enfin une solution, ou du moins un début de solution, dans le cadre du présent projet de loi de financement.

1. Une situation assainie

Les trois sujets mis en avant par votre commission à l'occasion du débat d'orientation des finances publiques du 16 juillet dernier étaient :

- le traitement des déficits sociaux accumulés ;
- le règlement de la situation structurellement déficitaire du Ffipsa ;

- la consolidation de l'amélioration des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale.

Afin de les régler, le présent projet de loi de financement prévoit :

- le transfert à la Cades d'une dette de 27 milliards d'euros correspondant aux déficits accumulés au 31 décembre 2008 des branches maladie et vieillesse, ainsi que du FSV. Conformément à l'obligation organique qui impose de ne pas allonger la durée de vie de la dette sociale actuelle, ce transfert de dette est accompagné de l'attribution d'une nouvelle ressource à la Cades : il s'agit d'un prélèvement de 0,2 point de CSG sur les recettes du FSV.

La recette procurera bien les 2,3 milliards d'euros nécessaires pour assurer le refinancement de cette dette dans le cadre fixé par la loi organique. En effet, la CSG et la CRDS, recette jusque là exclusive de la Cades, ont des assiettes très voisines et une dynamique réellement semblable. Comme cela est indiqué dans le commentaire de l'article 10 du présent projet, votre commission aurait préféré une hausse de la CRDS qui aurait été plus simple et plus claire, quitte à la compenser par une baisse équivalente de la CSG si l'on ne voulait pas accroître le montant global des prélèvements obligatoires.

On peut en outre reprocher à la solution retenue d'entraîner à nouveau le FSV vers le déficit, à hauteur de 800 millions d'euros, en le privant d'une partie de ses ressources.

- la suppression du Ffipsa : l'article 16 du présent projet organise la disparition de ce fonds et l'article 27 du projet de loi de finances prévoit le transfert de sa dette au 31 décembre 2008, soit 7,5 milliards d'euros, à l'Etat.

La branche maladie du régime des exploitants agricoles est intégrée financièrement à la Cnam. Pour financer son déficit, une recette de l'Etat est affectée à la Cnam : la taxe sur les véhicules de société, pour un montant de 1,2 milliard d'euros.

La branche vieillesse restera gérée par la CCMSA et le traitement de son déficit, soit 1,5 milliard d'euros, devrait intervenir en 2010, selon les déclarations du Gouvernement qui, votre commission l'espère vivement, se confirmeront à l'occasion de l'examen du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale.

- la consolidation de l'amélioration des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale, avec, en particulier, la remise à niveau d'un certain nombre de dotations budgétaires, établies désormais sur la base des demandes des caisses de sécurité sociale elles-mêmes, et non sur la simple évaluation des ministères.

Par ailleurs, la compensation des allègements généraux dits Fillon et de ceux liés aux heures supplémentaires de la loi Tépé est correctement effectuée en 2008 et devrait l'être à nouveau en 2009.

Néanmoins, pour que cette consolidation soit parfaite, il aurait fallu qu'aucune dette de l'Etat ne réapparaisse dans les comptes de la sécurité sociale. Or, **une dette s'est reconstituée**. Elle est évaluée pour les exercices 2007 et 2008 à **3,5 milliards pour le régime général** et à **1 milliard pour les autres régimes**.

2. Des dépenses contenues

L'enjeu majeur pour les finances sociales aujourd'hui est de **parvenir à contenir la progression des dépenses**. En effet, les derniers exercices ont fait apparaître une progression toujours dynamique des dépenses, en particulier pour la branche vieillesse, mais également pour la branche maladie. Le respect des déficits rectifié pour 2007 et initial pour 2008 tient plus à la très bonne tenue des recettes qu'à celle des dépenses.

Les mesures mises en place depuis deux ans ont souvent eu pour objet de permettre une maîtrise plus durable des dépenses. Le présent projet de loi de financement comporte à nouveau de telles mesures et affiche un montant d'économies qui n'est pas négligeable.

Le tableau ci-après présente une synthèse des mesures nouvelles pour 2009 en précisant leur impact financier.

Mesures nouvelles 2009 sur les dépenses

(en millions d'euros)

	Régime général	Tous régimes
Mesures d'économies sur les dépenses d'assurance maladie	2 149	2 473
Mesures d'économies intégrées à l'Ondam 2009	1 860	2 168
Majoration de la modulation du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins	129	150
Fixation d'un nombre de séances pour les actes en série sur référentiels HAS	56	65
Maîtrise médicalisée mise en œuvre par l'assurance maladie et économies sur les aides à la télétransmission	450	525
Baisses de tarifs ciblées sur certains actes médicaux et analyses de biologie	215	250
Plan médicament : baisses de prix de médicaments sous brevet et convergence des prix par classe	292	340
Plan médicament : accroissement des baisses de prix des médicaments génériques	34	40
Baisse de prix sur les dispositifs médicaux	43	50
Gestion médicalisée de la liste des produits de santé remboursables et suites des recommandations médico-économique de la HAS	112	130
Marge de distribution des médicaments en ville et en rétrocession	86	100
Développement de l'utilisation des grands conditionnements	26	30
Encadrement des transports sanitaires effectués par les taxis	34	40
Economies sur les établissements de santé	166	193
Lutte contre les fraudes et contrôle des droits	73	85
Ajustement des dotations des fonds surdotés de l'Ondam	146	170
Mesures hors Ondam	289	305
Augmentation du forfait CMU-c	103	112
Prise en charge de l'ACS par le fonds CMU-c	79	92
Affectation à la Cnam des réserves N-1 du fonds CMU-c	138	138
Augmentation de la dotation à l'Oniam	- 57	- 67
Ajustement de la dotation de l'assurance maladie au financement de l'Eprus	26	30
Mesures nouvelles en dépenses pour le risque famille	- 562	- 562
Augmentation de la part des majorations de pensions pour enfants prise en charge par la Cnaf	- 415	- 415
Impact de l'augmentation des cotisations vieillesse sur le transfert au titre de l'AVPF	- 82	- 82
Mesures relatives aux assistants maternels	- 55	- 55
Modulation du CMG en cas d'horaire atypique	- 25	- 25
Amélioration du recouvrement des indus	15	15
Mesures nouvelles en dépenses pour le risque AT-MP	- 65	- 65
Mesures de transposition de l'accord des partenaires sociaux	- 35	- 35
Augmentation de la dotation au Fcaata	- 30	- 30
Mesures nouvelles en dépenses pour le risque vieillesse	- 22	- 140
Rétablissement d'une condition d'âge pour la réversion et conséquence pour l'assurance veuvage	- 20	- 20
Revalorisation des petites pensions agricoles		- 118
Révision du minimum contributif majoré dans le cadre de la reconduction jusqu'en 2012 d'un objectif de taux de remplacement	16	16
Mesures emploi des seniors	- 30	- 30
Amélioration du contrôle des régularisations de cotisations arriérées	12	12

L'analyse de ce tableau montre que l'essentiel des évolutions attendues en termes de dépenses proviendra en 2009, comme les années précédentes, de l'assurance maladie, **les économies atteignant un total d'environ 2,2 milliards d'euros**, dont 700 millions au titre du médicament et 525 millions résultant de la maîtrise médicalisée.

Ces montants sont légèrement supérieurs à ceux qui figuraient dans la loi de financement pour 2008.

Pour la branche famille, apparaît une dépense supplémentaire de 415 millions d'euros liée à l'augmentation de la part des majorations de pensions pour enfants prise en charge par la Cnaf.

3. Des recettes préservées

Le tableau ci-après détaille l'impact sur les recettes attendu par le Gouvernement des mesures nouvelles proposées pour 2009.

Mesures nouvelles 2009 sur les recettes

(en millions d'euros)

	Régime général	Tous régimes
Mesures nouvelles 2009 sur les recettes	3 561	4 876
Augmentation des cotisations vieillesse	1 809	1 880
Transfert à la Cnav de quinze points du prélèvement social de 2 % sur le capital	391	391
Forfait social de 2 %	400	400
Fixation à 1 % du taux de la taxe sur le chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique	100	100
Transfert à la Cnam de recettes en provenance du fonds CMU-c	836	836
Transfert de la taxe sur les véhicules de société à la branche maladie du régime des exploitants agricoles (mesure PLF)		1 190
Indexation sur l'inflation des droits de consommation sur les alcools		15
Assujettissement des dividendes excédentaires des gérants majoritaires de sociétés	25	45
Assujettissement aux cotisations d'assurance maladie des revenus imposables à l'étranger		5
Suppression de l'exonération AT-MP pour les salariés agricoles travailleurs occasionnels		14

Au titre du présent projet de loi de financement, **les mesures nouvelles ayant le plus fort impact** sont :

- la création du forfait social de 2 % dont le produit, évalué à 400 millions pour 2009, sera intégralement affecté à la Cnam ;

- la pérennisation du taux de la taxe pharmaceutique à 1 %, pour un rendement affecté à la Cnam de 100 millions d'euros ;

- la clarification juridique de certaines règles d'assujettissement pour un produit total de 45 millions d'euros.

Ceci étant, l'essentiel des recettes nouvelles attendues pour 2009 résulte en réalité de **redéploiements au sein de la sphère sociale** :

- une fraction de 0,2 point de CSG est transférée du FSV à la Cades, afin de financer la reprise de dette, pour un montant évalué à 2,3 milliards ;

- 15 % du produit du prélèvement social de 2 %, soit 390 millions, seront réalloués du FSV à la Cnav ;

- la Cnam récupérera 836 millions de recettes en provenance du fonds CMU-c ;

- les cotisations vieillesse sont augmentées de 0,3 point pour un rendement attendu de 1,8 milliard, en contrepartie d'une baisse de la cotisation d'assurance chômage ;

- l'augmentation de la contribution de la Cnaf au financement des majorations de pensions pour enfants, soit 415 millions d'euros au profit de la Cnav par l'intermédiaire du FSV.

Il y a donc un équilibre entre, d'une part, les recettes redéployées, pour un total de 1,7 milliard d'euros, d'autre part, les recettes nouvelles estimées à 1,4 milliard.

II. UN RETOUR À L'ÉQUILIBRE SOUMIS À DE NOMBREUX ALÉAS

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

A. LES PRÉREQUIS

Comme l'indique le rapport annexé au projet de loi de programmation des finances publiques, l'une des conditions essentielles au redressement est le retour de la croissance.

Votre commission estime également indispensable la poursuite de réformes à caractère plus structurel.

1. Préparer le retour de la croissance

Le cadrage macroéconomique du présent projet de loi, identique à celui qui figurait dans le texte initial du projet de loi de programmation des finances publiques, était établi sur les hypothèses d'évolution économique suivantes :

Hypothèses d'évolution en moyenne annuelle sur la période 2009-2012

	2009	2010-2012
Pib (en volume)	+ 1 %	+ 2,5 %
Masse salariale du secteur privé	+ 3,5 %	+ 4,6 %
Ondam (en valeur)	+ 3,3 %	+ 3,3 %
Inflation hors tabac	+ 2 %	+ 1,75 %

Ces hypothèses, que votre commission qualifiait de plutôt volontaristes il y a un mois, semblent aujourd'hui clairement dépassées, compte tenu de l'aggravation de la conjoncture mondiale.

Le Gouvernement a donc choisi, en toute transparence et dans un souci d'objectivité, de réviser à la baisse trois des hypothèses envisagées pour 2009 :

- la croissance du Pib serait comprise entre 0,2 % et 0,5 % ;
- l'inflation serait limitée à 1,5 % ;
- la masse salariale du secteur privé serait estimée à 2,75 %.

En revanche, le Gouvernement a décidé de maintenir la prévision de progression de l'Ondam à 3,3 %.

Ce cadrage est sans aucun doute plus réaliste. Mais il entraîne des conséquences très lourdes en termes de perte de recettes et, par voie de conséquence, d'aggravation des déficits. En effet, **un point de masse salariale en moins représente environ 2 milliards de moindres recettes pour le régime général.**

Une telle situation justifie que les efforts soient amplifiés pour réformer structurellement notre système.

2. Trois défis à relever

Comme votre commission l'a indiqué à plusieurs reprises, seules des réformes en profondeur permettront de sauvegarder notre protection sociale.

Trois défis majeurs doivent en particulier être relevés :

- pour l'assurance maladie, aller au-delà des plans d'économies

Cette exigence doit s'appuyer sur une démarche constante de recherche des marges d'efficience qui sont nombreuses dans tous les secteurs, que ce soit les soins de ville, le médicament ou l'hôpital.

Dans ce but, votre commission souhaite qu'une véritable réforme de l'hôpital, sous tous ses aspects, qu'elle estime urgente et qu'elle appelle depuis longtemps de ses vœux soit engagée sans plus attendre. A cet égard, elle attend beaucoup du projet de loi « Hôpital, Santé, Patients, Territoires » qui devrait être examiné par le Parlement au début de 2009, mais plus encore de la mise en œuvre effective sur le terrain de l'ensemble des mesures adoptées au cours des dernières années.

De la même façon, une réflexion approfondie sur la prise en charge des ALD devra être menée rapidement, compte tenu de leur taux de progression actuel et des conséquences que cela implique, par exemple dans la répartition des charges entre les trois acteurs du système, l'assurance maladie obligatoire, les assurances complémentaires et les assurés.

- pour la branche vieillesse, prendre les mesures nécessaires à la sauvegarde du régime

Le tome 5 du présent rapport propose un grand nombre d'orientations pour essayer de faire évoluer notre système de retraite.

Sans les détailler ici, il importe de souligner l'urgence de prendre des mesures à caractère durable de façon à la fois à sauvegarder le système actuel par répartition et à assurer, dans ce cadre, un taux de remplacement correct et à cesser de reporter les déficits très élevés actuels sur les générations qui viennent.

- pour un financement durable de la protection sociale, préserver les recettes actuelles et mobiliser de nouvelles ressources

En matière de recettes, deux priorités doivent être retenues : éviter un trop grand effritement des recettes actuelles et imaginer le moyen de mobiliser de nouvelles ressources.

Pour respecter le premier objectif, il convient, d'une part, d'analyser les caractéristiques et les assiettes des ressources actuelles pour notamment empêcher leur « mitage », d'autre part, de se fixer un corpus de règles pour ne pas céder à la tentation facile de l'adoption de dispositifs d'exonérations. Ces deux aspects sont abordés dans la suite du rapport.

En ce qui concerne le deuxième objectif, votre commission rappelle qu'elle a lancé plusieurs débats, l'un sur la taxe nutritionnelle sur lequel elle avait d'ailleurs été suivie par le Sénat en loi de financement pour 2008, l'autre sur une orientation, au moins partielle, de la fiscalité écologique vers la sécurité sociale.

Le débat sur l'instauration d'une taxe nutritionnelle

I. Rappel de la position de la commission des affaires sociales sur la « fat tax »

L'analyse faite il y a un an par la commission des affaires sociales et par la Mecss est partie d'un **double constat** :

- **la nécessité de lutter contre l'obésité**, en réelle progression dans notre pays, et de renforcer les moyens actuels destinés à modifier les comportements alimentaires et à favoriser un meilleur équilibre alimentaire ;

- l'obligation de trouver et de diversifier les ressources nécessaires au **rééquilibrage des comptes de la sécurité sociale**.

La mise en place d'une taxe nutritionnelle permet de répondre à cette double préoccupation.

C'est au départ une idée américaine. A partir du début des années quatre-vingt, dans certains Etats américains, on décide de faire financer des campagnes promotionnelles en faveur d'une meilleure alimentation, alors inexistantes et pourtant jugées indispensables compte tenu de la progression de l'obésité, par la taxation des produits considérés comme les plus néfastes sur le plan alimentaire : sodas et boissons sucrées, bonbons et barres chocolatées, chips et autres snacks gras et salés.

Puis, la constatation d'un écart de coût de plus en plus important entre les produits sains, notamment les fruits et légumes, et les produits « malsains » conduit à l'idée qu'on pourrait taxer les « mauvais » produits et, à l'inverse, favoriser une baisse du prix des produits bons pour la santé, de façon à réduire cet écart.

Le principe est donc simple : taxer les produits non satisfaisants sur le plan nutritionnel.

Plusieurs modalités peuvent a priori être retenues :

- **la taxation de certaines catégories de produits** avec l'application d'un taux ou d'un montant par unité de produit ; exemple : 1 % du prix de vente hors taxe des confiseries, un centime par canette de boisson sucrée ou gazéifiée ;

- **la taxation des composants** jugés mauvais sur le plan nutritionnel (graisses, sel, sucre) et qui entrent dans la composition des produits alimentaires ;

- **l'augmentation du taux de la TVA** applicable à certains produits ; par exemple en France, on pourrait augmenter de 5,5 à 19,6 % le taux de TVA applicable aux barres chocolatées, sodas, chips, confiseries.

La commission des affaires sociales a retenu **la première option**. En effet, il ne lui a pas paru opportun d'augmenter la TVA, dont il pourrait être difficile de récupérer le produit supplémentaire pour l'affecter à la sécurité sociale. De même, la taxation des composants est extrêmement complexe à mettre au point et n'a d'ailleurs jamais encore été mise en œuvre à ce jour.

L'amendement adopté par le Sénat dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 visait donc simplement à taxer les boissons sucrées (à l'exception des jus de fruits et des eaux minérales aromatisées) en appliquant un taux de 1 % au prix de vente hors taxe de ces produits.

Le **choix des boissons sucrées** visait à éviter de toucher des produits de première nécessité tout en ciblant la taxe sur des produits réellement néfastes sur le plan nutritionnel. Il s'agissait, pour le Sénat, de **donner un signe...** qui a d'ailleurs été entendu, tant par le Gouvernement qui s'est engagé au dépôt d'un rapport, que par les professionnels concernés, et, naturellement aussi, les médias.

Quels sont les principaux arguments en faveur de la taxe ?

- elle permettrait de **donner un signe** à la population, d'imposer une prise de conscience sur les conséquences sanitaires des choix alimentaires. Le monde de la médecine, de même que l'OMS, se prononcent aujourd'hui sans équivoque sur la nécessité de donner cette alerte ;

- elle pourrait **contribuer à financer le coût** en augmentation rapide des problèmes de santé liés à l'obésité et aux mauvais comportements alimentaires.

L'élément fiscal ne peut toutefois, à l'évidence, être le seul moyen de lutter contre l'obésité. Il doit être associé à des campagnes promotionnelles, à de l'éducation et de la pédagogie, à l'incitation au développement des activités physiques et sportives, à une négociation active avec les industries alimentaires (réduction des teneurs en graisses, en sucre et en sel, diminution des portions, étiquetage des produits, contrôle du marketing et de la publicité), etc.

Quelle réponse apporter aux arguments avancés contre la taxe ?

- la taxe serait une **atteinte à la liberté** et à la vie privée, une intrusion du Gouvernement dans les choix nutritionnels qui sont éminemment personnels : argument toujours avancé dans les pays anglo-saxons. Mais ne taxe-t-on pas déjà le tabac ou l'alcool, pour des raisons précisément liées à la santé de la population ?

- la taxe aurait un **impact disproportionné sur les populations pauvres** ou à faible revenu ; mais ce sont aussi celles qui souffrent le plus des problèmes de santé liés à cette mauvaise alimentation et qu'il convient donc d'accompagner sur un meilleur chemin nutritionnel ;

- la **difficulté du choix des aliments taxables**, par exemple dans notre pays le problème des fromages qui ont un taux élevé de matière grasse ; cet argument existe bien sûr mais il ne paraît pas insurmontable : il est possible de mettre en place des taxes simples et claires, comme l'ont fait plusieurs Etats américains sur les sodas et boissons sucrées.

Pourquoi affecter la « fat tax » au financement de l'assurance maladie ?

- les mauvais régimes alimentaires et le manque d'exercice sont responsables de nombreux problèmes de santé : diabète, problèmes cardiaques, cancer, opérations du genou et de la hanche. **Le coût de l'obésité est donc réel pour l'assurance maladie**, sans parler des indemnités journalières ou même des allocations invalidité qui doivent parfois être versées.

Une étude de la Cnam démontre que, par rapport au reste de la population, les personnes obèses dépensent en moyenne 27 % de plus en soins de ville et 39 % en pharmacie. La Commission européenne estime que les dépenses liées à l'obésité coûtent chaque année entre 75 et 130 milliards d'euros à l'Europe des 15 ;

- **le rendement d'une telle taxe n'est pas négligeable** : même fixée à un taux modique, une taxe sur les aliments malsains peut générer des recettes importantes. Plusieurs Etats américains ont mis en place de telles taxes, à des taux faibles, essentiellement sur les sodas et boissons sucrées. Elles rapportent en général plusieurs centaines de millions de dollars par an aux budgets des Etats concernés. En France, on pourrait sans difficulté concevoir la mise en place une taxe qui rapporterait 500 millions d'euros par an ;

- dans la plupart des pays où une telle taxe a été instituée, son produit a été affecté au budget général, l'idée étant toutefois affirmée que ces sommes supplémentaires doivent permettre de renforcer les programmes de promotion de la santé, notamment à l'école, ou de subventionner des aliments tels que les fruits et légumes ou la pratique d'activités sportives et de mise en forme.

En France, ce serait une erreur d'affecter ces sommes au budget de l'Etat. En effet, ce n'est pas l'Etat qui prend en charge les dépenses supplémentaires liées aux problèmes nutritionnels.

Par ailleurs, on a déjà mis en place un système pour le financement de campagnes nutritionnelles par l'institut national de prévention et d'éducation à la santé (Inpes) à partir d'un prélèvement sur les publicités télévisées qui, d'ailleurs, ne fonctionne pas parfaitement et devra sans doute être revu.

C'est donc à l'assurance maladie qu'il faudra affecter le produit d'une éventuelle « fat tax » car c'est elle qui supporte l'essentiel des coûts dus aux problèmes nutritionnels et d'obésité, de la même façon que les droits tabacs ou alcools sont désormais, en très large partie, affectés à la sécurité sociale.

C'est d'ailleurs pour la même raison que la commission des affaires sociales suggère aussi, dans un autre ordre d'idée, qu'une partie de la future **fiscalité écologique** soit affectée à la sécurité sociale.

II. Le rapport de la mission IGF/Igas sur l'intérêt de mettre en place une taxe nutritionnelle

Cette mission est intervenue à la suite de la promesse faite en séance au Sénat par Eric Woerth, au nom du Gouvernement, à propos de l'amendement de la commission des affaires sociales instaurant une taxe sur les boissons sucrées.

Le 7 janvier 2008, les ministres de l'économie, des comptes publics et de la santé ont donc confié conjointement à l'Inspection générale des finances et à l'Inspection générale des affaires sociales la mission d'évaluer l'intérêt de la mise en place d'une contribution sur les produits trop gras, trop sucrés ou trop salés.

Le rapport qui devait être remis le 1^{er} juin au plus tard devait comporter :

- une évaluation précise des **coûts pour l'assurance maladie** liés à la consommation excessive de produits trop gras, trop sucrés ou trop salés ;
- une analyse de **l'efficacité de la mise en place d'une contribution** sur ces produits pour répondre à la progression de l'obésité au sein de la population française ;
- en lien avec les travaux de la revue générale des prélèvements obligatoires, une présentation des **options** qui pourraient être retenues dans la mise en œuvre d'une telle contribution.

La lettre de mission précisait en outre que la mission devra veiller à intégrer les résultats des travaux scientifiques les plus récents dans le domaine de la santé et prendre en compte **l'impact de ses propositions sur le pouvoir d'achat** des ménages, au regard notamment des produits de substitution existants.

Remis à la fin du mois de juillet, ce rapport a abouti aux conclusions suivantes :

- il est vrai que les habitudes alimentaires des Français ont évolué au cours des années récentes avec notamment un accroissement de la consommation des boissons sucrées, des biscuits apéritifs, des biscuits sucrés, des plats cuisinés à emporter ou de la restauration à emporter ;
- le sujet est **délicat** : l'alimentation est un domaine symbolique en France, les industries alimentaires ont un poids économique majeur ;
- la création d'une taxe nutritionnelle devra clairement se situer comme une mesure destinée au **financement** de l'assurance maladie et comme une **mesure-signal** en faveur du changement des comportements alimentaires ; elle devra donc être accompagnée de dispositifs en matière d'information et de pédagogie ;
- la création d'une taxe *sui generis* rencontrerait un certain nombre d'obstacles juridiques, pratiques et techniques ; en revanche, le recours aux outils fiscaux disponibles devrait être privilégié et en particulier **la TVA** ; les mesures fiscales devront surtout privilégier les produits de snacking ;
- une actualisation des **droits d'accises** sur les alcools apparaît aussi tout à fait fondée.

III. Le rapport de l'Assemblée nationale

Le rapport d'information de l'Assemblée nationale sur la prévention de l'obésité, présenté à la commission des affaires culturelles et sociales de cette assemblée par la députée Valérie Boyer, propose de faire de l'équilibre nutritionnel et de la lutte contre l'obésité une **grande cause nationale pour 2009**.

Parmi les (nombreuses) propositions qu'il contient, il suggère :

- de faire passer le taux de Tva applicable aux produits de grignotage et de snacking de 5,5 % à 19,6 % ;

- en contrepartie, d'engager une procédure au niveau européen pour pouvoir assujettir certains produits comme les fruits et légumes à un taux super-réduit dérogatoire de 2 % ;
- renchérir la taxe sur la publicité pour les produits avec ajout de sucre, en la portant à 5 % (au lieu de 1,5 % actuellement), en supprimant parallèlement les exonérations possibles ;
- afficher le contenu en calories sur les publicités et les tickets de caisse des fast-foods ;
- étudier la question de l'utilisation des chèques restaurant pour l'achat de fruits et légumes.

B. LE CADRE D'ACTION

1. Les pistes ouvertes par la commission

Votre commission est persuadée depuis longtemps de la nécessité de fixer un cadre juridique strict destiné à empêcher la prolifération de dispositifs dérogatoires. Elle avait d'ailleurs tenté, mais en vain, d'inscrire une disposition de cette nature dans la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

Par la suite, à l'initiative de son président et de votre rapporteur, elle a fait voter **une proposition de loi organique** par le Sénat¹ pour tenter de limiter le développement des niches sociales, en raison de leur impact de plus en plus lourd sur les comptes sociaux. Là encore, malgré un vote favorable du Sénat le 22 janvier 2008, l'initiative prise n'a pas été suivie d'effet, ce que nous continuons à déplorer.

2. Les règles de gouvernance du projet de loi de programmation des finances publiques

Le projet de loi de programmation des finances publiques comporte, outre une trajectoire chiffrée des recettes, des dépenses et des soldes, plusieurs articles destinés à favoriser une plus grande discipline tant en matière budgétaire que pour les finances de la sécurité sociale.

¹ Proposition de loi organique n° 140 (2007-2008) d'Alain Vasselle et Nicolas About tendant à prévoir l'approbation par les lois de financement de la sécurité sociale des mesures de réduction et d'exonération de cotisations et de contributions de sécurité sociale adoptées en cours d'exercice.

Sur les recettes, plusieurs articles édictent des règles nouvelles qui devraient encadrer plus strictement les modalités de création de nouvelles « niches » au sein des ressources publiques. **Votre commission se félicite de l'inscription de ces règles de bonne gouvernance dans le projet de loi** actuellement en cours de discussion devant le Parlement. Il importera maintenant de veiller à leur entière application.

Les mesures du projet de loi de programmation des finances publiques destinées à encadrer les dispositifs d'exonération de charges sociales

Afin de respecter les principes énoncés dans la programmation, le projet de loi définit plusieurs règles de bonne gouvernance et d'encadrement des dépenses fiscales et des niches sociales. Ces règles sont inscrites aux articles 9 à 11 du projet de loi.

L'article 9 fixe le principe de l'interdiction de l'adoption de mesures nouvelles qui auraient pour conséquence la diminution des ressources affectées au budget de l'Etat ou à la sécurité sociale.

Cette contrainte s'apprécie sur l'ensemble de la période de programmation afin d'éviter les effets amplificateurs liés au cycle économique mais sous réserve d'un suivi attentif dans le cadre du bilan annuel de mise en œuvre de la loi de programmation.

L'article 10 pose une règle de gage : toute création ou extension d'une niche fiscale ou sociale devra être compensée par la suppression ou la diminution d'une autre de ces niches pour un montant équivalent.

Cette règle s'apprécie pour l'ensemble des changements législatifs intervenus en cours d'année, dans le domaine fiscal, d'une part, dans le champ social, d'autre part.

L'article 11 prévoit que, chaque année, avant le 15 octobre, le Gouvernement présente au Parlement un objectif annuel de coût des « niches » fiscales et sociales, ainsi qu'un bilan des dispositifs créés, modifiés ou supprimés au cours de l'année qui précède. Par ailleurs, dans les trois années suivant l'entrée en vigueur d'une nouvelle mesure, le Gouvernement devra présenter au Parlement un rapport d'évaluation de l'efficacité et du coût de la mesure considérée. Enfin, avant le 1^{er} janvier 2012 - date ramenée par l'Assemblée nationale au 30 juin 2011 -, tous les dispositifs actuellement en vigueur devront avoir été évalués.

C. LES PROPOSITIONS DE LA COMMISSION

Votre commission a choisi de poursuivre dans la voie qui est la sienne depuis plusieurs Plfss et qui consiste non seulement à faire un certain nombre de propositions de modifications ponctuelles mais aussi d'ouvrir des débats et de lancer des pistes de réflexion.

Dans un deuxième temps, elle va amplifier son travail de contrôle, en utilisant la démarche des programmes de qualité et d'efficacité qui commence à porter des fruits et en s'appuyant bien évidemment aussi sur les travaux lancés au sein de sa Meccs.

1. Sur le projet de loi

Dans ce cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, les propositions de la commission s'organisent autour de plusieurs axes :

- ouvrir un nouveau débat en matière de financement de la sécurité sociale avec un **ciblage des allègements généraux de charges sociales sur les seules entreprises de moins de cinquante salariés**, objet d'un article additionnel après l'article 22 ;

- sécuriser les recettes de la sécurité sociale en **étendant le forfait social de 2 % à l'ensemble des assiettes exemptées** de cotisations sociales et non soumises à un prélèvement spécifique et en **augmentant les droits tabacs** ;

- **consolider le dispositif applicable aux parachutes dorés** introduit dans le texte par l'Assemblée nationale, en précisant qu'il est fait masse de toutes les indemnités perçues et en prévoyant l'assujettissement à la CSG et à la CRDS au premier euro ;

- renforcer l'autonomie financière de la sécurité sociale, en particulier en **refusant la non-compensation de sept mesures d'exonérations** de charges sociales.

2. Sur la démarche des PQE

Les délais extrêmement brefs dans lesquels le Parlement doit examiner le projet de loi de financement de la sécurité sociale rendent difficile une exploitation exhaustive des annexes consacrées aux programmes de qualité et d'efficience (PQE) au cours du dernier trimestre de l'année.

Votre commission est néanmoins décidée à utiliser plus largement ces documents et les indicateurs de performance qu'ils contiennent pour, en cours d'année, effectuer un meilleur contrôle de la sphère sociale qui entre dans le champ des lois de financement.

Les programmes de qualité et d'efficience

1. Une démarche « objectifs-résultats » appliquée aux politiques de sécurité sociale s'inspirant de la Lolf

Dans la mesure où elles engagent chaque année des dépenses publiques atteignant près d'un quart de la richesse nationale, les politiques de sécurité sociale requièrent que soit portée une attention particulière à leur efficience. Les six « programmes de qualité et d'efficience », portant sur les grandes politiques de sécurité sociale - assurance maladie, réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, retraites, politique familiale, financement de la sécurité sociale, prise en charge de l'invalidité, du handicap et de la dépendance - qui composent l'annexe 1 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 ambitionnent de répondre à cet objectif.

Ces programmes transposent à la sphère sociale la logique « objectifs-résultats » à l'œuvre dans les projets annuels de performance associés aux projets de loi de finances. Cette démarche n'est cependant pas nouvelle pour la sécurité sociale, car elle complète le dispositif d'objectifs, d'indicateurs et de résultats mis en œuvre depuis 1996 en matière de gestion et de service rendu aux usagers à travers les conventions d'objectifs et de gestion conclues entre l'Etat et les principales caisses de Sécurité sociale.

C'est pourquoi les programmes de qualité et d'efficience s'efforcent d'appréhender de façon globale l'impact final des politiques de sécurité sociale sur les conditions de vie des Français. Une telle approche est respectueuse des particularités des politiques de sécurité sociale, dont les dépenses revêtent par essence un caractère évaluatif, et qui sont mises en œuvre par une pluralité d'acteurs, rendant délicate l'identification des contributions de chacun d'entre eux aux résultats finaux de ces politiques.

2. Un outil structurant pour déterminer les objectifs et analyser les performances des politiques de sécurité sociale

Les programmes de qualité et d'efficience comportent une présentation stratégique qui rappelle les 26 objectifs assignés aux politiques de sécurité sociale dans les six domaines couverts (*cf.* le tableau ci-dessous), résume les principaux résultats obtenus, et précise les actions mises en œuvre par le Gouvernement et les acteurs du système de sécurité sociale afin de poursuivre ou d'infléchir ces résultats. Les progrès réalisés au regard de chacun des objectifs sont ensuite détaillés au moyen d'un ensemble de 165 indicateurs, dont le choix est justifié sur le plan méthodologique. 60 indicateurs de cadrage permettent d'apprécier la nécessité des mesures mises en œuvre dans les lois de financement de la sécurité sociale passées ou dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 au regard du contexte économique, sanitaire, social et financier. Parmi les 105 indicateurs « objectifs/résultats », 93 sont assortis d'une cible quantifiée à une échéance donnée ou d'une simple trajectoire d'évolution jugée souhaitable.

Les objectifs suivis par les programmes de qualité et d'efficience du PLFSS 2009

Programme maladie	Programme AT-MP	Programme retraites	Programme famille	Programme financement	Programme invalidité et dispositifs gérés par la CNSA
1 - Assurer un égal accès aux soins 2 - Développer la prévention 3 - Améliorer la qualité de prise en charge des patients par le système de soins 4 - Renforcer l'efficience du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses 5 - Garantir la viabilité financière de la branche maladie	1 - Réduire la fréquence et la gravité des accidents du travail, des accidents du trajet et des maladies professionnelles grâce à la prévention 2 - Améliorer la reconnaissance des AT-MP et l'équité de la prévention 3 - Garantir la viabilité financière de la branche AT-MP	1 - Assurer un niveau de vie adapté aux retraités 2 - Offrir une plus grande liberté de choix quant à l'âge de départ en retraite 3 - Garantir la solidarité entre retraités 4 - Accroître l'emploi des salariés âgés 5 - Garantir la viabilité financière des régimes de retraite	1 - Contribuer à la compensation financière des charges de famille 2 - Aider les familles vulnérables 3 - Concilier vie familiale et vie professionnelle 4 - Garantir la viabilité financière de la branche famille	1 - Garantir la viabilité financière des régimes de base 2 - Veiller à l'équité du prélèvement social 3 - Concilier le financement de la sécurité sociale et la politique de l'emploi 4 - Simplifier les procédures de financement 5 - Améliorer l'efficience de la gestion financière et du recouvrement	1 - Assurer un niveau de vie adapté aux personnes invalides 2 - Répondre au besoin d'autonomie des personnes handicapées 3 - Répondre au besoin d'autonomie des personnes âgées 4 - Garantir la viabilité financière de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie - CNSA

Les objectifs retenus réalisent un équilibre entre des considérations d'accessibilité des Français aux divers dispositifs de sécurité sociale, d'adéquation de la couverture aux besoins de protection sociale, d'efficience de la fourniture de prestations, et de viabilité du financement. Par exemple, le programme de qualité et d'efficience « Maladie » examine successivement les performances du système français de santé et d'assurance maladie à l'aune de cinq objectifs : l'accès aux soins, la promotion de la prévention et de la santé publique, l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients par le système de soins, le renforcement de l'efficience du système de soins et le développement de la maîtrise médicalisée, la viabilité financière de la branche maladie.

3. De premiers résultats

Le tableau suivant présente, programme par programme, le nombre d'indicateurs auxquels une cible quantifiée ou une trajectoire d'évolution ont été assignées selon que leur évolution est, respectivement, conforme à cette cible ou trajectoire, contraire à elles, ou ambiguë.

Evolution des indicateurs des programmes de qualité et d'efficience

	Indicateurs suivant une évolution conforme à la trajectoire assignée	Indicateurs suivant une évolution contraire à la trajectoire assignée	Indicateurs suivant une évolution ambiguë	Indicateurs auxquels une trajectoire d'évolution a été assignée
Maladie	21	3	5	29
AT-MP	4	2	3	9
Retraites	14	3	3	20
Famille	11	0	1	12
Financement	11	4	1	16
Invalité et dispositifs gérés par la CNSA	5	1	1	7
Ensemble des programmes	66	13	14	93

Au total, 71 % des indicateurs sélectionnés présentent une évolution conforme à la trajectoire qui leur a été assignée, 14 % évoluent en sens contraire à cette trajectoire, et 15 % font état d'une tendance dont le sens est difficile à interpréter. Ces statistiques témoignent de façon globale d'une amélioration de la couverture sociale garantie aux Français, d'une gestion toujours plus efficiente des dispositifs de sécurité sociale, et d'un retour progressif à l'équilibre des comptes sociaux. Elles permettent également d'identifier certains axes de progrès.

Les réussites les plus notables décrites par les indicateurs des programmes de qualité et d'efficience annexés au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 concernent :

- **en matière d'assurance maladie**, la stabilisation de la part des dépenses de santé prise en charge par l'Etat et la sécurité sociale, une réduction du déficit des comptes de la branche maladie qui contribue au redressement progressif de la situation financière de la sécurité sociale dans son ensemble, l'augmentation des économies réalisées dans le cadre de la lutte contre les fraudes ;
- en matière de retraites, le maintien à un bas niveau du risque de pauvreté des personnes âgées, et une amorce de relèvement du taux d'emploi des travailleurs âgés de 55 à 64 ans ;

- **en matière de politique familiale**, une légère diminution du nombre d'enfants pauvres, et une proportion d'enfants âgés de moins de trois ans accueillis au sein d'une structure formelle de garde parmi les plus élevées d'Europe ;

- **en matière de financement de la sécurité sociale**, une nouvelle évaluation des « niches sociales » - assiettes exemptées de cotisations sociales -, qui a rendu possible la création du forfait social sur certaines de ces assiettes (intéressement, participation, retraite supplémentaire) ;

- **en matière de prise en charge de la dépendance des personnes âgées**, une augmentation des services dans l'offre de structures, qui est de nature à favoriser leur maintien à domicile.

Cependant, les progrès restent à confirmer dans d'autres domaines, tels que :

- l'évolution du montant moyen des dépassements des tarifs des soins ambulatoires ;

- le respect des objectifs conventionnels de maîtrise médicalisée des soins ambulatoires ;

- la fréquence et la gravité des accidents du travail qui, bien qu'en baisse depuis une dizaine d'années, ont connu une légère hausse en 2006 et 2007 ;

- l'âge moyen à la liquidation de la retraite dans le régime général, qui a légèrement diminué depuis 2005 ;

- le financement de la prestation du handicap, qui est encore déséquilibré en défaveur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

4. Des potentialités pour l'évaluation des politiques de sécurité sociale

Grâce à la qualité des informations qu'ils contiennent, les programmes de qualité et d'efficacité permettent d'enrichir les échanges entre les différents acteurs qui contribuent à la définition et à la mise en œuvre des politiques de protection sociale. Le Gouvernement, le Parlement et les partenaires sociaux pourront s'appuyer sur les programmes pour identifier les axes de progrès de notre système de sécurité sociale et les leviers d'action susceptibles de réaliser ces progrès. Les responsables administratifs, qu'il s'agisse des administrations de l'Etat ou des organismes nationaux de sécurité sociale, y trouveront une aide pour améliorer l'efficacité de leurs interventions.

Sur la base des résultats mesurés par les indicateurs des programmes de qualité et d'efficacité annexés au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, il pourrait être envisagé d'introduire en 2009 des exigences portant sur le maintien ou l'amélioration des performances des différentes branches de la sécurité sociale parmi les objectifs individuels adressés aux dirigeants des administrations et des organismes chargés de la mise en œuvre des politiques de sécurité sociale. Le respect de ces exigences déterminerait la part variable de leur rémunération. Les commissions compétentes des deux Assemblées ainsi que les missions d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale pourraient par ailleurs auditer les politiques de sécurité sociale dont les résultats paraissent insuffisamment conformes aux attentes.

Par ailleurs, la mise en place prévue en 2009 d'un dispositif ministériel d'évaluation des politiques sanitaires et sociales, piloté conjointement par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques et l'Inspection générale des affaires sociales, permettra de mettre en œuvre des moyens supplémentaires d'analyse des politiques pour lesquels les indicateurs des programmes de qualité et d'efficacité témoignent de l'existence de gisements d'efficacité, fondés sur des méthodologies d'évaluation permettant de mesurer avec une plus grande exactitude l'impact propre de ces politiques.

3. S'appuyer sur les travaux de la Mecss

Comme en 2006, 2007 et 2008, votre commission s'appuiera sur les travaux approfondis menés par la Mecss pour éclairer ses positions.

Trois rapports ont été produits depuis un an. Une dernière étude consacrée aux conséquences tirées par la caisse nationale des allocations familiales de la non-certification des comptes de la branche famille par la Cour des comptes, devrait faire l'objet d'un quatrième rapport avant la fin de l'année.

L'encadré ci-après retrace les grandes lignes et les principales conclusions des rapports publiés.

Santé : qui doit payer ? Une contribution au débat sur les transferts de charges entre l'assurance maladie, les complémentaires et les ménages

La commission des affaires sociales a demandé à la Cour des comptes de procéder à une enquête sur la répartition du financement des dépenses de maladie depuis 1996 et les transferts opérés entre assurance maladie obligatoire, assurances complémentaires et ménages.

Au moment où s'ouvre le débat sur la redéfinition nécessaire du partage des efforts en matière de prise en charge du coût de la santé dans notre pays, ce travail offre un éclairage utile sur l'un des principaux enjeux de l'avenir de notre protection sociale.

La mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) en tire trois constats :

- l'aide publique à l'accès aux complémentaires (plus du tiers des prestations servies) est particulièrement élevée ;
- les frais de gestion sont en moyenne cinq fois plus importants chez les assureurs complémentaires que pour l'assurance maladie obligatoire ;
- la santé financière de l'assurance complémentaire apparaît globalement bonne, dans un contexte où les cotisations ont augmenté plus vite que les prestations.

Ces constats semblent légitimer a priori de nouveaux transferts de charge en direction des complémentaires. Plusieurs facteurs incitent cependant à la prudence, tels la faiblesse des informations statistiques et les lacunes importantes dans la couverture de la population (7 % à 8 % de nos concitoyens ne disposant pas d'une complémentaire). Autant d'éléments à prendre en compte dans le débat en cours...

Pour une gestion responsable de l'hôpital

Parce qu'il mobilise près de la moitié des dépenses de l'Ondam, l'hôpital ne peut être absent de l'indispensable processus de réforme de l'assurance maladie. C'est pourquoi, avant d'aller plus avant dans cette démarche et à la veille de l'examen du futur projet de loi « Santé, patients, territoires », la commission des affaires sociales a souhaité apporter son propre éclairage sur la situation actuelle des établissements de santé.

Elle a porté son regard sur certains aspects essentiels, mais moins souvent mis en lumière, des évolutions en cours : la fixation des tarifs, l'équilibre financier des structures et la question de l'emploi hospitalier. Elle est en effet convaincue qu'aucune réforme ne pourra faire l'économie d'une avancée sensible sur chacun de ces sujets.

Or, l'analyse montre de façon manifeste des défaillances dans le pilotage de la politique hospitalière, tant au niveau national qu'au niveau régional, et cela depuis trop longtemps.

L'hôpital est un élément central pour garantir et préserver la santé de nos concitoyens. Proposant un service performant dans un cadre accessible et humain, il est un point d'ancrage sur le territoire. Il doit le rester.

Les constats faits par les rapporteurs de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) sont sévères mais ils se veulent aussi objectifs et surtout constructifs pour permettre à l'hôpital de continuer à progresser sur le chemin de l'excellence.

Ouvrir la couverture maladie au secteur privé : l'expérience néerlandaise

Voici quelques années, les Pays-Bas étaient confrontés à un phénomène de listes d'attente de plus en plus longues pour l'accès aux soins, dans un contexte de hausse non maîtrisée des dépenses, de surcroît. Pour répondre à cette situation, un nouveau régime est entré en vigueur le 1er janvier 2006, qui accorde une place prépondérante aux sociétés d'assurance dans la gestion du risque santé, alors que le système était jusque là à dominante publique.

Pour autant, l'obligation faite à tous les Néerlandais de souscrire une assurance privée ne saurait être interprétée comme une privatisation pure et simple. La loi a prévu en réalité une véritable délégation de service publique, qui impose des contraintes fortes aux assureurs.

Les Pays-Bas ont finalement fait un pari, celui de mettre en place des mécanismes plus efficaces de régulation des dépenses de soins en recourant aux méthodes du privé, tout en essayant de conserver au système la dimension solidaire qui est la marque des régimes publics de couverture contre le risque maladie.

Ce pari a-t-il été remporté ? Est-il possible de dresser un bilan de la réforme, deux ans seulement après son entrée en vigueur ? Les deux rapporteurs désignés par la Mecss, l'un issu de la majorité, l'autre de l'opposition, s'y sont essayés, dans un esprit de totale impartialité, et avec la volonté de comprendre une forme d'organisation qui ne constitue ni un modèle à suivre à la lettre, ni un « repoussoir ».

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Audition de Mme Roselyne BACHELOT,
ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative,
M. Eric WOERTH,
ministre du budget des comptes publics et de la fonction publique,
Mmes Valérie LÉTARD,
secrétaire d'Etat chargée de la solidarité,
et Nadine MORANO,
secrétaire d'Etat chargée de la famille

Réunie le mardi 28 octobre 2008, sous la présidence de M. Nicolas About, président, la commission, dans le cadre de la préparation de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, a procédé à l'audition de Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, M. Eric Woerth, ministre du budget des comptes publics et de la fonction publique, Mmes Valérie Létard, secrétaire d'Etat chargée de la solidarité, et Nadine Morano, secrétaire d'Etat chargée de la famille.

M. Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, a indiqué que, dans un contexte économique difficile, le projet de loi de financement persévère dans son objectif de réduction des déficits sociaux, sans peser sur les ménages ni l'activité économique, en maîtrisant les dépenses et en optimisant les ressources. Malgré une progression moins forte de la masse salariale qui s'établira autour de 4,5 % en 2008, le déficit du régime général continuera de baisser. Il sera de 8,9 milliards d'euros, contre 9,5 en 2007. Par ailleurs, le dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) ne devrait être que de 750 millions, contre 3 milliards en 2007.

En se fondant sur des hypothèses de croissance prudentes, l'impact de la dégradation de la conjoncture en 2009 devrait s'élever à plus de 3 milliards d'euros sur le régime général. Si l'évolution de la conjoncture et des marchés le justifie, ces hypothèses pourront être revues en cours d'exécution. L'effet attendu des mesures proposées est de ramener le déficit de 2009 à 8,6 milliards d'euros alors qu'il devrait être de 15 milliards si rien n'avait été fait pour enrayer la tendance actuelle.

Trois points essentiels structurent le texte :

- tout d'abord, la dette du fonds de financement de la protection sociale (Ffipsa) et celle de la sécurité sociale sont reprises par l'Etat et la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) ;

- ensuite, la maîtrise des dépenses reste l'objectif premier. L'Ondam progressera de 3,3 % en 2009 et les années suivantes afin de faire revenir l'assurance maladie à un point très proche de l'équilibre dès 2011 si les recettes sont suffisantes. Le projet de loi de financement apporte d'ailleurs, dès cette année, 1,4 milliard de recettes nouvelles à l'assurance maladie ;

- enfin, certaines sources de financement évoluent. D'ici à 2011, la branche famille financera l'intégralité des majorations de pension pour enfant et les cotisations vieillesse augmenteront de 0,3 point en 2009.

La maîtrise des dépenses est complétée par un renforcement de la lutte contre la fraude avec l'instauration de pénalités plancher en cas de fraude à l'assurance maladie, le développement des échanges de données et l'encadrement des droits de retraite ouverts sur la base d'attestations sur l'honneur. Les caisses d'allocations familiales pourront également récupérer les indus au titre de prestations familiales sur les allocations logement et réciproquement. En dépit des circonstances, la stratégie de moyen terme est plus que jamais le retour à l'équilibre.

Puis Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, a expliqué que le projet de loi de financement de la sécurité sociale doit être apprécié au regard des mesures envisagées par le projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoires » qui constitue l'autre versant de la modernisation de l'organisation du système de santé, qui doit être plus performant pour tous et soigner mieux au meilleur coût. Conformément aux orientations du Président de la République, l'objectif est de redresser les comptes de l'assurance maladie pour revenir progressivement à l'équilibre d'ici à 2011. Ainsi, le déficit pour 2009 devrait être de 3,4 milliards d'euros, contre 4 en 2008. Après concertation avec les partenaires sociaux, l'Ondam a été fixé à 157,6 milliards, soit 5 milliards de plus que les dépenses de 2008. Ces sommes supplémentaires permettront de financer l'effort de modernisation qui s'inscrit notamment dans le cadre du « plan Hôpital 2012 ».

L'effort de redressement ne portera pas sur les assurés, puisque seuls ceux qui ne respectent pas le parcours de soins verront leur ticket modérateur augmenter, mais il repose sur deux piliers : 1,4 milliard de ressources nouvelles pour l'assurance maladie et une amplification des efforts d'économies à hauteur de 2,2 milliards dans une logique de recherche de l'efficacité et de la performance afin de soigner mieux au moindre coût.

Ces économies seront dégagées grâce à deux moyens principaux : la convention médicale liant l'assurance maladie aux syndicats de médecins et les recommandations médico-économiques de la Haute Autorité de santé

(HAS). Les organismes complémentaires seront mieux associés à la régulation des tarifs des secteurs de l'optique et du dentaire afin d'étendre l'effort d'optimisation des dépenses.

Après avoir excusé l'absence de M. Xavier Bertrand, ministre du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité, **Mme Valérie Létard, secrétaire d'Etat chargée de la solidarité**, a présenté les principales mesures du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 pour les branches retraite et accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP). L'objectif est de maintenir le cap des réformes et de renforcer la cohésion sociale pour limiter les effets de la dégradation de la conjoncture économique.

Pour la branche retraite, cette ambition se concrétise par la mise en œuvre des mesures décidées dans le cadre du rendez-vous de 2008 :

- les principes posés par la réforme des retraites du 21 août 2003 en faveur de l'emploi des seniors sont réaffirmés ;

- le financement du système de retraite par répartition est conforté grâce à des redéploiements au sein de la protection sociale qui répondent à l'évolution des besoins sociaux et clarifient les responsabilités des différentes entités de la sécurité sociale.

Par ailleurs, le projet de loi de financement renforce la solidarité envers les pensionnés aux revenus les plus modestes avec :

- l'augmentation de 25 % d'ici à 2012 du minimum vieillesse, qui atteindra 677 euros dès avril 2009 et 777 euros en 2012 ;

- la revalorisation des petites retraites agricoles, grâce à la mise en place d'une pension minimum pour plus de 200 000 assurés (veuves, conjoints, carrières incomplètes) ;

- la majoration de 11 % de la pension de réversion des veuves et veufs aux revenus les plus faibles, qui permettra à plus de 600 000 personnes d'obtenir un taux de réversion porté de 54 % à 60 % ;

- enfin, la garantie d'une retraite au moins égale à 85 % du Smic pour les assurés disposant de faibles revenus mais ayant eu une carrière complète.

Le projet complète également les mesures déjà prises en faveur de l'emploi des seniors :

- en libéralisant le cumul emploi-retraite à partir de soixante-cinq ans, et à partir de soixante ans pour ceux qui ont effectué une carrière complète ;

- en encourageant les assurés à prolonger leur activité tout en améliorant leur future retraite grâce à une surcote portée de 3 % à 5 % ;

- en incitant les partenaires sociaux à négocier des accords et à mettre en place des actions en faveur de l'emploi des seniors avant la fin de l'année 2009, une pénalité de 1 % des rémunérations devant être appliquée en 2010 aux entreprises de plus de cinquante salariés qui ne se seraient pas engagées dans cette voie ;

- enfin, en supprimant les mises à la retraite d'office dans le secteur privé et les limites d'âge inférieures à soixante-cinq ans dans la fonction publique, à compter de 2010.

Mme Valérie Létard, secrétaire d'Etat chargée de la solidarité, a également indiqué que les rencontres avec les partenaires sociaux devraient permettre de faire le point sur la question de la pénibilité et d'identifier les points de blocage et les pistes envisageables.

Puis elle a présenté les principales mesures concernant la branche AT-MP. Celles-ci traduisent l'accord des partenaires sociaux du 12 mars 2007 et donnent la priorité aux victimes, en prévoyant l'amélioration de la prise en charge des dispositifs médicaux et la mise en place d'une indemnisation temporaire des salariés devenus inaptes, qui ne touchent actuellement ni indemnités journalières, ni indemnité chômage.

Par ailleurs, pour mettre fin aux difficultés de transmission ou de reprise des entreprises inscrites sur les listes du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata), le projet de loi de financement propose de mutualiser la contribution spéciale des employeurs, qui n'a rapporté que 30 millions d'euros au lieu des 10 millions initialement escomptés. Toutefois, la branche étant en léger excédent, cette mutualisation sera sans incidence sur le taux de tarification des AT-MP.

Pour achever la réforme du Fcaata, certaines préconisations de Jean Le Garrec sont actuellement à l'étude, et notamment les listes des métiers susceptibles d'être éligibles à ce fonds sans entraîner de dérive financière.

En outre, pour tenir compte des difficultés financières qui résultent de la suppression des exonérations de cotisations AT-MP votée dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, notamment pour les personnes âgées dépendantes qui emploient des salariés à domicile, la tarification AT-MP des particuliers employeurs devrait être ramenée de 3,7 % à 2 %.

Mme Valérie Létard, secrétaire d'Etat chargée de la solidarité, a ensuite émis le vœu que les directeurs de caisses de sécurité sociale locales soient désormais nommés par le directeur de la caisse nationale, après concertation avec le président du conseil d'administration de la caisse locale concernée, afin de mieux gérer les carrières des cadres dirigeants et de renforcer la cohérence et l'efficacité des différents réseaux.

Puis elle a présenté les crédits du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 en faveur des personnes âgées et handicapées.

Les moyens consacrés au secteur médico-social devraient progresser de 6,3 % portant ainsi l'effort de la collectivité à plus de 15,3 milliards d'euros, soit une augmentation de 920 millions par rapport à 2008. Cette hausse permet de répondre à l'urgence sociale et démographique et de mettre en œuvre les mesures préconisées par le Président de la République en faveur des personnes âgées et handicapées.

Pour les personnes âgées, 16 700 places supplémentaires à domicile et en établissements seront financées pour un coût de 171 millions d'euros, parmi lesquelles 2 400 places en établissements et 3 250 places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire seront réservées aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Pour accompagner la création de ces places nouvelles, 300 millions seront consacrés au financement de 10 000 emplois soignants supplémentaires.

Pour les personnes handicapées, et à la suite de la conférence nationale du handicap de juin dernier, 50 000 places seront créées dans les cinq prochaines années au profit des personnes les plus lourdement touchées, leur ouverture effective devant intervenir avant 2015. Pour 2009, la mise en œuvre de ce plan pluriannuel mobilisera près de 350 millions d'euros de mesures nouvelles, soit une progression de 4,6 % des moyens consacrés au financement des établissements et services pour personnes handicapées. Au total, 5 500 places nouvelles seront financées en 2009 sur le champ couvert par l'Ondam médico-social, auxquelles s'ajoutent 1 400 places inscrites au budget de l'Etat au titre des établissements et services d'aide par le travail (Esat).

***Mme Valérie Létard, secrétaire d'Etat chargée de la solidarité,** a également mentionné l'existence de mesures structurelles pour améliorer l'efficacité des dépenses réalisées, l'objectif étant désormais d'attribuer les moyens en fonction du service rendu par les établissements et non par rapport aux coûts antérieurs. Les mesures relatives à la convergence tarifaire des établissements pour personnes âgées relèvent de cette logique, les écarts de ressources pouvant aller de 1 à 3 pour un même service rendu. Si plus de 80 % des établissements médico-sociaux pour personnes âgées verront leurs moyens progresser grâce à ces nouvelles mesures, les autres devront augmenter le service rendu à hauteur des moyens qui leur seront accordés. Dans le même esprit, la tarification sera simplifiée à l'horizon 2010 de façon à laisser plus de liberté et de responsabilités aux gestionnaires.*

*Enfin, pour lutter contre la surconsommation médicamenteuse, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pose le principe de l'intégration des médicaments dans les forfaits des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) dès 2010. Sur cette disposition qui suscite un débat, **Mme Valérie Létard, secrétaire d'Etat chargée de la solidarité,** a indiqué que le Gouvernement reste ouvert au dialogue mais que sa suppression risquerait de retarder davantage une évolution nécessaire.*

Mme Nadine Morano, secrétaire d'Etat chargée de la famille, a ensuite présenté les principales mesures du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 en faveur de la branche famille.

Elle a tout d'abord rappelé que la France peut s'enorgueillir d'avoir le taux de natalité le plus élevé de l'Union européenne, puisqu'il dépasse le chiffre de deux enfants par femme. Ce bon résultat peut s'expliquer par l'importance des crédits consacrés à la politique familiale, qui s'élèveront, en 2009, à 78 milliards d'euros. Les principales actions mises en œuvre concernent le développement des modes de garde afin de permettre une augmentation du taux d'activité féminine, qui atteint déjà 82 % en 2008.

Afin de répondre à la demande des parents exerçant des activités professionnelles avec des horaires atypiques, le projet de loi de financement comporte trois mesures :

- l'augmentation de 10 % du complément de mode de garde qui concernera 469 000 familles ayant de jeunes enfants et dont les horaires professionnels nécessitent des solutions individualisées ;

- la faculté ouverte pour les assistantes maternelles d'accueillir simultanément quatre enfants au lieu de trois, ce qui permettra de dégager 50 000 places supplémentaires pour un coût qui ne devrait pas excéder 50 millions d'euros ;

- la possibilité pour les assistantes maternelles de se regrouper dans un local commun afin d'offrir aux familles des horaires d'ouverture élargis, sur le modèle du dispositif expérimenté dans le département de la Mayenne. Les parents peuvent ainsi confier leurs enfants de 4 heures et demie du matin à 21 heures tous les jours de la semaine, ainsi que le samedi matin. La mesure, dont le coût est estimé à 5 millions d'euros, a été accueillie très favorablement par les élus locaux, les assistantes maternelles et les parents qui ont expérimenté ce nouveau système.

Ces mesures, à la fois simples et pragmatiques, qui permettront de dégager 200 000 à 400 000 offres de garde supplémentaires, répondent aux objectifs fixés dans ce domaine par le Président de la République.

Par ailleurs, **Mme Nadine Morano, secrétaire d'Etat chargée de la famille**, a évoqué le développement des crèches d'entreprise ou interentreprises qui donnent lieu à la signature de conventions entre les caisses d'allocations familiales, les entreprises concernées et la fédération française des crèches privées. L'objectif est de permettre aux collectivités territoriales d'offrir aux familles des réponses diversifiées et souples.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a salué l'objectif d'équilibre des comptes en 2012 mais a regretté que, cette année encore, l'annexe B du projet de loi de financement de la sécurité sociale reprenant les projections et les prévisions qui sous-tendent le texte reste insuffisante. Il a souhaité connaître la part des recettes permanentes et des recettes non pérennes dans le financement ainsi

que le chiffrage détaillé des économies prévues par le ministère de la santé pour parvenir au respect de l'Ondam. Il a souligné que l'affectation d'une partie des recettes du fonds de solidarité vieillesse (FSV) à la Cades est de nature à fragiliser les comptes de cet organisme.

M. Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, a indiqué que l'équilibre du régime général est prévu pour 2012, et dès 2011 en ce qui concerne l'assurance maladie. Cet objectif se fonde en particulier sur une hypothèse de croissance moyenne de la masse salariale de 3,5 % en 2009 et de 4,6 % les années suivantes. Ces hypothèses sont transparentes et pourront être modifiées si le besoin s'en fait sentir, car le système de sécurité sociale est vivant et nécessite une adaptation constante des prévisions budgétaires en fonction des acteurs et des conjonctures. Le projet de loi de financement pour 2009 ne comporte pas de recettes non pérennes.

Sur la question de la sincérité des comptes, il a précisé que la dette reconstituée de l'Etat envers la sécurité sociale s'élève à 3,5 milliards d'euros pour le régime général. Une somme de 1 milliard d'euros devrait être affectée à son remboursement d'ici à la fin 2008. Les dotations budgétaires ont, cette année, pour la première fois été évaluées sur la base des chiffres donnés par les caisses, ce qui devrait permettre une appréciation beaucoup plus juste des sommes dues par l'Etat en 2009 que les années précédentes.

En ce qui concerne le financement, il a souligné la nécessité de la compensation des exonérations de charges sociales. Le crédit d'impôt prévu par le projet de loi actuellement en discussion en faveur de l'intéressement ne doit pas s'analyser comme une perte de recettes pour la sécurité sociale mais plutôt comme une perte d'impôt sur les sociétés. La réduction des niches sociales est incluse dans les règles de gouvernance de la loi de programmation des finances publiques et répond à la même préoccupation que le plafonnement des niches fiscales.

Le Gouvernement ne fait que respecter ses engagements en reprenant à son compte la dette du Ffipsa. En ce qui concerne le FSV, il est vrai que le prélèvement d'une partie de ses recettes au profit de la Cades produira un déficit d'exploitation qui pourrait être encore aggravé par l'augmentation du chômage.

Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, a insisté sur la sincérité des moyens de financement du projet de loi, fondé sur une hypothèse réaliste de croissance de la masse salariale qui constitue 55 % des recettes de l'assurance maladie.

Mme Bernadette Dupont, ayant signalé des cas de pratiques abusives de la part de certains kinésithérapeutes consistant à facturer des actes alors que les patients partent en vacances, a souhaité savoir comment il est possible de lutter contre ce genre d'abus. Par ailleurs, elle s'est inquiétée de l'insuffisance des effectifs des personnels travaillant dans les établissements sociaux et médico-sociaux, craignant que cela ne se traduise par des actes de

maltraitance à l'égard des personnes qui y sont hébergées. La création de places supplémentaires appellera de nouveaux recrutements rendus difficiles par la pénurie de personnels, leur insuffisant niveau de formation et la faiblesse des salaires versés.

M. Alain Milon a précisé que l'unification de la tarification des Ehpad ne concerne que le forfait soins, leur principale source de financement provenant du forfait hébergement acquitté par les personnes accueillies. Il s'est inquiété des difficultés financières que rencontrent certains établissements et du problème qui résulte des départs en retraite et des personnels vieillissants.

M. Gilbert Barbier s'est demandé dans quelle mesure l'intégralité des dépenses de santé doit peser sur la dépense publique alors que leur évolution est plus rapide que celle du Pib. Une réflexion doit être engagée sur la pertinence du périmètre des prises en charge actuelles, par exemple dans le cas des cures thermales. Par ailleurs, il a émis des réserves sur l'efficacité de la gestion paritaire, faisant référence en particulier aux arrêts de travail.

Rappelant que la branche maladie doit être à l'équilibre en 2011, il a souhaité connaître les étapes qui permettraient d'atteindre cet objectif. Il a regretté que les établissements hospitaliers déficitaires bénéficient de crédits destinés à éponger leurs dettes, sans qu'il leur soit demandé de faire les efforts nécessaires pour assainir leur situation financière. Enfin, il s'est étonné de l'absence de concertation avec la fédération des hôpitaux français (FHF) qui est, semble-t-il, très hostile aux mesures proposées par le Gouvernement.

Mme Isabelle Debré a déploré le manque de cohérence des décisions prises par le Gouvernement, prenant l'exemple des exonérations de charges pour heures supplémentaires et du crédit d'impôt sur l'intéressement qui s'inscrivent dans une logique contraire à celle du forfait social de 2 % qui figure à l'article 13 du projet de loi de financement.

Par ailleurs, elle s'est dite préoccupée par le manque de personnel dans les crèches et les exigences de niveau de qualification, rappelant que l'ouverture d'une nouvelle structure nécessite la présence d'au moins 50 % d'assistantes maternelles diplômées. Elle a suggéré un assouplissement de ces critères et le développement de la validation des acquis de l'expérience (VAE) pour faciliter l'ouverture de nouvelles crèches.

En réponse à Mme Bernadette Dupont, Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, a indiqué que les comportements qu'elle a dénoncés peuvent être signalés à la CPAM et au conseil de l'ordre de la profession concernée, à qui il revient de sanctionner le praticien. Sans parler de fraude, on observe une grande disparité entre les actes prescrits pour une même affection, ce qui justifie la mise en place de référentiels des actes médicalisés.

Concernant les cures thermales, elle a rappelé que le Gouvernement ne souhaite pas augmenter les dépenses à la charge des assurés même si une réflexion est en cours sur ce sujet. En réponse à **M. Nicolas About, président**, qui souhaitait savoir si la Haute Autorité de santé rendra un avis sur le service rendu par les cures thermales, elle a répondu par l'affirmative.

Elle a ensuite relativisé l'idée selon laquelle les aides accordées aux hôpitaux déficitaires pourraient les installer dans une culture de l'irresponsabilité et de l'inefficacité. L'objectif est au contraire de susciter un changement de comportement et d'engager ces établissements dans une démarche de responsabilité. 70 % des déficits des trente et un CHU sont concentrés sur quatre établissements, ce qui illustre la disparité des situations. Les aides financières accordées à ces établissements sont dans tous les cas accompagnées d'une formation pour améliorer l'efficacité de leur gestion. Enfin, sur les 800 millions d'euros de crédits mobilisés pour le « Plan hôpital 2012 », 93 % seront destinés aux hôpitaux publics, ce qui devrait satisfaire la FHF.

MM. Nicolas About, président, et Alain Milon, ont demandé si le fait d'autoriser les assistantes maternelles à accueillir quatre enfants au lieu de trois entraînera davantage de contrôles de la qualité des locaux où ils seront gardés et sur la formation des professionnelles.

Mme Nadine Morano, secrétaire d'Etat chargée de la famille, est convenue de la nécessité d'intensifier les efforts de formation en direction des personnels assurant la garde des enfants et a annoncé des mesures en ce sens pour le mois de novembre dans le cadre du « Plan métiers ». En outre, l'assouplissement des critères d'ouverture de crèches et le développement de la VAE sont actuellement à l'étude, afin de permettre, par exemple, qu'un titulaire d'un « CAP petite enfance » puisse exercer plus rapidement et que les personnels reçoivent une formation en gestion.

Par ailleurs, les actions conduites par le ministère permettent de diffuser, en direction des centres de protection maternelle et infantile (PMI) et des assistantes maternelles, les pratiques de bonne conduite et les règles à respecter concernant l'espace nécessaire qui doit être réservé à chaque enfant accueilli.

En réponse à **M. Nicolas About, président**, qui s'interrogeait sur le mode de financement des locaux affectés par les collectivités territoriales à l'accueil des enfants selon des tranches horaires plus larges, **Mme Nadine Morano, secrétaire d'Etat chargée de la famille**, a indiqué que 5 millions d'euros y seront consacrés.

En réponse à **Mme Bernadette Dupont, Mme Valérie Létard, secrétaire d'Etat chargée de la solidarité**, a rappelé que le projet de loi de financement accroît les crédits en faveur du secteur social et médico-social de 6,3 %. Le financement des créations de places en maisons d'accueil spécialisées et en foyer d'accueil médicalisé est fondé sur un ratio

d'encadrement égal à 1,5 équivalent temps plein par personne accueillie ; ceci étant, pour les Ehpad, ce ratio n'est que de 0,6.

Elle est convenue de la nécessité d'améliorer la formation des personnels en charge des personnes handicapées. Cette préoccupation se traduit par la publication prochaine d'un rapport sur les métiers du handicap et par le lancement du « Plan métiers » du secteur social et médico-social expérimenté actuellement dans trois régions pilotes. Près de 2,5 millions d'euros sont consacrés à cette expérimentation et permettent de financer 50 % du poste de remplacement lors d'un départ en formation. Des comités de pilotage locaux ont été mis en place pour identifier les besoins de chaque région, réunissant les ministères de l'éducation nationale, de la santé et de l'emploi, les conseils régionaux et les partenaires du secteur social et médico-social.

Parallèlement, plusieurs mesures sont prévues pour lutter contre la maltraitance : outre le numéro d'appel d'urgence, 132 millions d'euros y seront consacrés en trois ans pour accompagner les personnels et les former à des techniques de prise en charge « bientraitantes » des personnes âgées et handicapées, avec des modules de formation spécifiques, notamment pour la maladie d'Alzheimer.

Enfin, elle s'est dite également favorable à la revalorisation du statut des personnels du secteur social et médico-social, évoquant en particulier le cas des personnes intervenant à domicile dont les indemnités kilométriques devraient faire l'objet d'un traitement distinct des salaires.

*En réponse à M. Gilbert Barbier, **M. Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique**, a estimé que la réflexion sur le partage des responsabilités dans le financement de l'assurance maladie est encore prématurée. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 comporte de nombreuses mesures en faveur de l'amélioration de la qualité des soins et de l'équilibre financier, qui concilient les objectifs de maîtrise comptable et de maîtrise médicalisée.*

Il a également fait valoir les efforts réalisés depuis 2007 en faveur de la lutte contre la fraude et les abus et a rappelé qu'un transfert de 300 millions d'euros de la branche AT-MP, correspondant aux sous-déclarations des accidents du travail, permettra de réduire le déficit de la branche maladie.

En réponse à Mme Isabelle Debré, il a indiqué que la création du forfait social vise à élargir l'assiette de cotisations au régime général à certains revenus qui n'étaient jusqu'alors pas concernés.

***M. François Autain** a critiqué le transfert de 0,2 % de CSG, précédemment affecté au FSV, à la Cades puisque les éventuels excédents du FSV devaient abonder le fonds de réserve des retraites. Par ailleurs, il ne lui paraît pas légitime d'attribuer le déficit des hôpitaux à un problème de direction. En effet, l'ensemble du secteur hospitalier souffre d'un déficit*

global qui s'explique par la progression de l'Ondam, entre 3,5 % et 3,8 %, plus lente que celle des dépenses de santé, de l'ordre de 4 % par an. Sur la question du médicament, il a noté qu'en 2007, 50 % de l'augmentation des dépenses étaient liés au remboursement de nouveaux médicaments ne présentant pas un effet thérapeutique supérieur à ceux déjà sur le marché : c'est le cas, par exemple, d'un nouvel anti épileptique dont le coût est trois fois supérieur à l'ancien médicament sans bénéfice médical prouvé. Or, cette situation est contraire à la législation et pose la question du dysfonctionnement des instances régulatrices.

Enfin, il a souhaité connaître les actions entreprises dans le cadre des plans Alzheimer, soins palliatifs et cancer puisque la franchise par boîte de médicaments avait été instituée l'an dernier pour garantir leur financement.

M. Jacky Le Menn a attiré l'attention sur la redéfinition de nombreuses unités de soins de longue durée. En Ille-et-Vilaine, 1 100 des 1 515 unités ont ainsi été redéfinies, ce qui aura à terme un effet sur les coûts qui resteront à la charge des familles. Ceci est d'autant plus regrettable que la transformation du statut juridique n'entraîne aucun changement dans les unités : en définitive, ce sont bien toujours les mêmes lits dont on parle. Les nouvelles obligations en matière d'encadrement, qui imposent de passer à un garde par lit, sont trop contraignantes et posent des problèmes de financement importants. A l'heure actuelle, le taux officiel d'encadrement serait de 0,6 encadrant pour un malade, mais il se situe dans les faits plutôt autour de 0,55, selon lui. Enfin, parler de mauvaise gestion hospitalière pour expliquer l'ensemble du déficit des établissements constitue, à son sens, un jugement trop lapidaire.

M. Guy Fischer a contesté les hypothèses économiques qui sous-tendent le projet de loi de financement de la sécurité sociale, qui sont irréalistes dans le contexte de crise actuel. La facture sera payée par les assurés sociaux qui souffriront de surcroît du coup de frein donné aux salaires en raison de la récession. Une nouvelle fois, les victimes paieront pour les coupables puisque les exonérations sociales s'élèvent entre 42 et 46 milliards d'euros et les niches fiscales sont de l'ordre de 73 milliards. Par ailleurs, malgré une augmentation incontestable du nombre de places disponibles, la transformation des unités de soins de longue durée se traduit, comme l'a indiqué Jacky Le Menn, par une explosion du reste à charge pour les familles.

Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, a souligné qu'il n'y avait pas de stigmatisation des directions hospitalières. Plusieurs des directeurs actuels ont hérité une situation déficitaire. Néanmoins, afficher les chiffres permet de mettre en lumière une disparité frappante entre établissements. Le déficit total des hôpitaux s'élève à 745 millions d'euros, dont 396 pour les CHU. Sur les trente et un CHU, deux établissements sont en léger excédent budgétaire, dix-sept ont un déficit inférieur à 1 million d'euros et six ont un déficit compris entre 10 et 20 millions d'euros. Vingt-cinq des CHU sont donc proches de

l'équilibre et seuls quelques établissements concentrent l'essentiel du déficit. Le déficit n'est d'ailleurs pas lié à la taille puisque l'assistance publique des hôpitaux de Paris (AP HP) a un chiffre d'affaires de 6,8 milliards d'euros et un déficit de 40 millions, tandis qu'un autre CHU, avec un chiffre de 1 milliard d'euros, cumule 100 millions de déficit. La raison fondamentale des déséquilibres budgétaires est souvent une politique d'investissement mal calibrée au regard des progrès de la médecine. Dans le cadre du plan « Hôpital 2012 », certains établissements vont ainsi devoir revoir leur politique en matière d'investissement et de séjours courts. Une autre source d'économie concernant l'hôpital réside dans l'unification du coût des procédures médicales, qui varie sans raison de plus de 6 % d'un établissement à l'autre.

Pour ce qui concerne le médicament, la Haute Autorité de santé est vigilante sur le service médical rendu par les nouveaux médicaments. Un rapport apportera prochainement les précisions nécessaires.

Le montant des économies attendues du fait des franchises est de l'ordre de 800 millions d'euros, dont 86 % au titre des boîtes de médicaments, 11,5 % sur les actes des auxiliaires médicaux et 2,5 % pour la franchise transport. La mise en place des franchises médicales n'entraîne pas de phénomène de renoncement aux soins. Celle portant sur les boîtes de médicaments a eu pour effet d'accroître la vente en grands conditionnements qui ont augmenté de 8 % cette année.

M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a estimé trop timide l'article 63 du projet de loi de financement de la sécurité sociale, inspiré par la proposition de loi qu'il a cosignée sur la suppression des suspensions versées outre-mer. En effet, l'extinction du dispositif ne sera complète qu'en 2028. Or, son maintien est coûteux et il encourage la fraude car il n'y a pas de contrôle de résidence des bénéficiaires alors même que sa mise en œuvre n'est désormais plus justifiée.

Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur pour le secteur médico-social, a souhaité connaître le calendrier de discussion au Parlement de la création du cinquième risque de sécurité sociale sur la dépendance ainsi que l'état d'avancement des concertations.

*Après avoir déploré l'inexistence d'un ministère dédié aux droits des femmes, **Mme Gisèle Printz** a interrogé les ministres sur la disponibilité du document de politique transversal concernant les dispositions relatives aux femmes, dont la présentation avait été promise l'an dernier.*

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a jugé regrettable que la prestation vieillesse agricole soit fixée à 750 euros alors que le minimum vieillesse est de 800 euros.

Mme Valérie Létard, secrétaire d'Etat chargée de la solidarité, a précisé que la transformation des unités de soins de longue durée n'entraînera pas d'augmentation des coûts pour les départements car la même tarification s'applique et doit évidemment prendre en compte les soins requis. Le chiffre de 0,6 encadrant par malade a été fermement établi à partir de la situation nationale par les services d'étude du ministère et ne peut être sérieusement contesté. Le reste à charge est un problème particulièrement important, dont la solution passe par la création du cinquième risque. Sur ce point, le calendrier de présentation du texte relatif au risque dépendance se présente ainsi : les concertations ont commencé en avril dernier et cinq groupes de travail ont été constitués qui présenteront leurs propositions d'ici à la fin 2008. Le texte sera soumis au Parlement au premier semestre 2009.

En réponse à M. Dominique Leclerc, elle a souligné que la réforme prévue par l'article 63 du projet de loi de financement de la sécurité sociale se veut progressive et équilibrée entre ceux qui souhaitent la fin du dispositif et ceux qui souhaitent son maintien.

A Mme Gisèle Printz, elle a indiqué que le document de politique transversal concernant les mesures relatives aux femmes a malheureusement pris du retard. Néanmoins, les réflexions se poursuivent sur ce thème dans le cadre de la révision générale des politiques publiques. Il est envisagé de créer une délégation interministérielle aux droits des femmes, dotée d'antennes départementales. Le sujet de l'égalité professionnelle doit également être traité et la conférence nationale réunie sur cette question pourra susciter le dépôt d'un projet de loi.

II. AUDITIONS

**Audition de M. Philippe SÉGUIN,
Premier président de la Cour des comptes,
Mme Rolande RUELLAN, présidente de la 6^e chambre,
M. Laurent RABATÉ, conseiller maître, rapporteur général,
Mme Catherine MAYENOBE, secrétaire générale,
et M. Simon FETET, auditeur**

Réunie le mercredi 29 octobre 2008, sous la présidence de M. Nicolas About, président, la commission, a entendu M. Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes, Mme Rolande Ruellan, présidente de la 6^e chambre, M. Laurent Rabaté, conseiller maître, rapporteur général, Mme Catherine Mayenobe, secrétaire générale, et M. Simon Fetet, auditeur, sur le rapport annuel de la Cour consacré à l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

M. Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes, a rappelé que la Cour doit, dans son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, rendre son avis sur les tableaux d'équilibre de l'exercice clos. Le rapport pour l'année 2007 confirme certaines remarques déjà faites l'an passé : les contrôles effectués par les organismes de sécurité sociale, en amont, sur les comptes agrégés dans les tableaux restent lacunaires ; en aval, leur construction donne lieu à des contractions d'écritures parfois non justifiées sur le plan comptable. Celles-ci ont conduit cette année à diminuer les montants des charges et produits d'environ 20 milliards d'euros sans que les soldes soient modifiés.

Par ailleurs, dans sa mission de certification des comptes du régime général, la Cour avait refusé en juin 2008 de certifier les comptes de la branche recouvrement, en raison de plusieurs désaccords qui l'ont conduite à réviser à la baisse d'environ 1 milliard d'euros les produits de l'exercice 2007 et donc à dégrader le solde du même montant.

Les tableaux d'équilibre inclus dans le projet de loi de financement pour 2009 sont cependant fondés sur les chiffres non révisés. La Cour ne fait pas grief à l'administration de n'avoir pas tiré les conséquences de ces désaccords dans la présentation des tableaux d'équilibre relatifs à 2007. En effet, ces tableaux sont fondés sur les comptes définitifs des régimes : l'Etat n'étant ni le producteur de ces comptes, ni l'autorité chargée de les approuver, il n'a pas le pouvoir de les rectifier. Il reste que cette situation

n'est pas satisfaisante. Il conviendra donc de poursuivre la réflexion afin de donner sa pleine portée à la certification.

*Puis **M. Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes**, a développé les analyses de la Cour sur la situation des comptes de la sécurité sociale en 2007. Celle-ci montre la persistance d'une situation financière dégradée, avec un déficit cumulé, pour l'ensemble des régimes et des fonds de financement, de 11 milliards d'euros, contre 10,2 milliards en 2006. 2007 est ainsi la cinquième année consécutive où les déficits dépassent 10 milliards d'euros, alors même que la conjoncture économique était encore favorable.*

Il est vraisemblable que la Cour émette des observations similaires sur les déficits pour 2008, et sans doute même pour 2009, dans ses prochains rapports.

La branche maladie, qui a vu ses produits progresser de 5 % de 2006 à 2007, a pu réduire son déficit, malgré une hausse des prestations de plus de 4 % sur la même période. Mais le déficit de la branche reste important, soit 4,6 milliards d'euros.

Le dynamisme des recettes a été moindre pour la branche retraite. En outre, la progression des prestations a été particulièrement marquée, de plus de 6 %, conduisant à une très forte dégradation du solde, passé de - 1,9 à - 4,6 milliards d'euros. C'est pour l'essentiel l'effet du « papy-boom », ainsi que des départs anticipés en retraite beaucoup plus nombreux que prévu.

La branche accidents du travail connaît également une dégradation de son résultat. Seule la branche famille est à l'équilibre et présente même un léger excédent.

En ce qui concerne les fonds, la Cour se félicite de la suppression annoncée du fonds de financement des prestations sociales agricoles (Ffipsa), qu'elle avait recommandée dans ses rapports pour 2006 et 2007. Elle exprime, en revanche, ses doutes sur l'intention du Gouvernement de prélever, au profit de la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), des recettes de contribution sociale généralisée (CSG) aujourd'hui attribuées au fonds de solidarité vieillesse (FSV). En effet, l'excédent constaté sur le FSV pourrait n'être que passager si la situation de l'emploi devait à nouveau se dégrader.

***M. Philippe Séguin** a ensuite fait part des interrogations de la Cour des comptes sur les instruments de contrôle mis en place par la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.*

En ce qui concerne les programmes de qualité et d'efficacité (PQE), la Cour estime qu'ils devraient être plus opérationnels, afin de constituer de vrais outils de pilotage et d'amélioration de la performance.

Pour ce qui est de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam), son dépassement a été important en 2007, puisqu'il a atteint 3 milliards d'euros pour un montant voté de 145 milliards. Ce mauvais résultat est la conséquence du caractère manifestement irréaliste de l'objectif

de soins de ville fixé pour 2007. La Cour souligne notamment que, sur le poste médicament, une économie, particulièrement irréaliste, de 2,5 % était prévue, alors que la progression effective des dépenses a été de 5 %. L'ampleur du dépassement de l'Ondam a d'ailleurs justifié, pour la première fois, la mise en œuvre de la procédure d'alerte prévue par la loi du 13 août 2004.

La Cour a procédé à deux analyses thématiques pour essayer de comprendre les évolutions de l'Ondam « soins de ville ».

Elle a constaté tout d'abord une envolée des dépenses de soins des infirmiers libéraux, de plus de 9 % entre 2006 et 2007, progression symptomatique de la difficulté à mettre en place des outils de régulation du nombre d'actes et de la démographie de la profession. Ainsi les disparités de densité en infirmiers varient-elles encore aujourd'hui de 1 à 7 entre les départements.

La deuxième analyse a porté sur le lien entre l'Ondam et les négociations conventionnelles. Les discussions avec les professions de santé, largement déléguées à l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), sont menées sans articulation suffisante avec l'enveloppe fixée par le Parlement. L'Etat approuve les accords sans toujours en connaître l'impact financier et intervient même parfois pour inciter les caisses à accorder des majorations d'honoraires.

*Puis **M. Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes**, a présenté les travaux thématiques de la Cour sur la gestion des risques.*

En ce qui concerne les restructurations hospitalières, l'analyse menée dans trois régions (Centre, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Nord-Pas-de-Calais) et dans trois filières (obstétrique, chirurgie et soins de suite) confirme que, malgré les efforts des agences régionales de l'hospitalisation (ARH), les réalisations sont restées en deçà des objectifs souhaitables.

Ce constat se vérifie tout particulièrement pour la chirurgie : de nombreux petits établissements se maintiennent au détriment de la sécurité des patients. De même, dans certains centres hospitaliers universitaires (CHU), les restructurations restent à la fois trop lentes et trop coûteuses. Cette situation tient certes à l'insuffisance des outils mis à disposition des ARH mais aussi et surtout à la trop grande résignation des pouvoirs publics face aux protestations locales.

Le projet de loi « hôpital, patients, santé, territoires » devrait permettre de donner aux futures agences régionales de santé (ARS) les moyens d'une réorganisation vigoureuse de l'offre de soins, allant au-delà du simple regroupement juridique des établissements.

En ce qui concerne les systèmes d'information hospitaliers, l'enquête menée par la Cour et par quatorze chambres régionales des comptes a mis en évidence l'usage variable, mais le plus souvent décevant, des outils informatiques nouveaux, que ce soit pour le dossier patient informatisé ou pour la gestion des établissements. Le pilotage national des plans

d'investissements successivement engagés n'a pas été assez rigoureux, ce qui a conduit à un gaspillage de crédits. Pour éviter la reproduction de tels errements, la Cour préconise de mieux préparer les hôpitaux et donc de retarder la distribution des 1,5 milliard d'euros de crédits prévus pour les systèmes d'information dans le cadre du « plan hôpital 2012 ».

*Puis **M. Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes**, a abordé la question du coût de la distribution des médicaments par les pharmaciens. La Cour estime qu'il y a trop de pharmacies en France, ce qui a notamment pour effet indirect un système de rémunérations élevées destiné à garantir un revenu suffisant aux petites officines. Aussi les marges sur les produits remboursés ont-elles, dans l'ensemble, progressé depuis une dizaine d'années, alors même que la croissance des ventes, l'élévation du prix des médicaments et le maintien à un niveau élevé des remises et marges arrières auraient dû permettre de les réduire. Par ailleurs, la marge sur les médicaments génériques est très avantageuse pour les pharmacies et peut atteindre plus de 100 % du prix de fabrication hors taxes.*

Les mesures prévues par la loi de financement pour 2008, pour engager la restructuration du réseau officinal, ne paraissent pas suffisantes. La Cour recommande donc de réduire les marges des officines pour accélérer ce mouvement.

***M. Philippe Séguin** a ensuite développé les analyses de la Cour sur la répartition des dépenses de santé entre les financeurs : assurances obligatoires, assurances complémentaires et usagers.*

Le transfert de certaines prises en charge à des complémentaires, qui vise en première intention à réduire les dépenses pour l'assurance de base sans augmenter les prélèvements obligatoires, entraîne en fait des coûts non négligeables pour les assurés et pour la collectivité. Son effet anti-redistributif est en outre patent. Ce sujet a été développé dans le rapport thématique que la Cour a remis à la commission des affaires sociales au printemps dernier.

Toujours dans le champ de l'assurance maladie, un autre sujet concerne les dossiers médicaux accessibles en ligne, qu'il s'agisse du dossier médical personnel (DMP), de l'historique des remboursements développé par la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) ou du dossier pharmaceutique mis en œuvre par l'Ordre des pharmaciens. Des perspectives exagérément optimistes avaient en particulier été annoncées pour le DMP en 2004, aussi bien pour son calendrier de réalisation que pour les économies qui pourraient en résulter, chiffrées en milliards d'euros. En 2008, la Cour estime que l'échec est évident.

Les travaux de la Cour ont porté également sur les branches famille et retraites.

L'examen des aides à la petite enfance montre en premier lieu une situation insatisfaisante. Fondée sur des prévisions peu réalistes, la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje) a représenté une charge beaucoup plus élevée

que prévu : entre 2003 et 2005, le coût moyen d'un enfant gardé a augmenté de 60 %. Pour autant, les résultats sont décevants : le nombre de places en crèche ou chez les assistantes maternelles n'a que peu progressé sur la période. Parallèlement, le taux de scolarisation des 2-3 ans a fortement chuté. Ainsi, l'objectif qui était de donner aux familles la possibilité de choisir le mode de garde n'a pas été atteint et nombre de parents restent contraints d'interrompre leur activité professionnelle pour garder leurs jeunes enfants.

Le rapport constate également l'absence de corrélation entre le taux d'effort financier des familles et leurs revenus, ce qui soulève une question d'équité. Les aides devraient être mieux ciblées sur les familles aux ressources les plus modestes. La Cour considère surtout que l'importance des fonds consacrés à la garde des jeunes enfants doit permettre d'accroître l'offre à coût constant. Cela implique notamment que les acteurs de la politique familiale coordonnent mieux leur action.

En ce qui concerne les retraites, **M. Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes**, a souhaité développer la question du minimum de pension, également appelé « minimum contributif » ou Mico.

Le Mico, créé en 1983 et modifié en 2003, est perçu désormais par plus de 40 % des nouveaux retraités du régime général et même 70 % des anciens salariés agricoles. Il paraît dès lors évident que son ciblage dépasse les seules petites retraites : ainsi, 30 % de retraités polypensionnés à carrière complète ayant une pension supérieure à 1 400 euros bénéficient du Mico. Le coût pour la collectivité approche les 5 milliards d'euros. La Cour propose de recentrer cette prestation sur les plus petites retraites.

Evoquant ensuite le débat sur les « niches sociales » lancé par la Cour dans son rapport de l'an dernier, **M. Philippe Séguin** s'est félicité de la taxation des « stock-options » et des perspectives, inscrites dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, de taxation à un taux réduit d'autres niches. Il a cependant regretté que ne soient pas visées les indemnités de licenciement.

La Cour préconise également de réduire le champ d'application des exonérations générales et de revoir de manière plus sélective les mécanismes d'exonérations ciblées.

En conclusion, il a esquissé un bilan du suivi des recommandations exprimées par la Cour dans ses rapports annuels sur l'exécution des lois de financement. Ce bilan est loin d'être négligeable puisque plus d'un tiers des recommandations est rapidement pris en considération et un autre tiers l'est à moyen terme, au bout de deux ou trois ans.

M. Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes, a également souligné l'importance des liens tissés entre les commissions du Parlement et la Cour. La récente loi constitutionnelle du 23 juillet dernier a confirmé sa mission d'assistance auprès du Gouvernement et du Parlement dans le contrôle de l'application des lois de financement. Plus généralement,

la loi constitutionnelle a renforcé la mission de contrôle du Parlement en instaurant des séances publiques dédiées au contrôle de l'action du Gouvernement et à l'évaluation des politiques publiques et en confirmant que la Cour des comptes assiste le Parlement dans le contrôle du Gouvernement.

Ces dispositions sont de nature à renforcer des liens de travail qui existent déjà. Dans le choix des thèmes d'enquêtes comme dans l'appui donné aux travaux de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss), la Cour a constamment cherché à apporter un concours aussi efficace que possible aux travaux de la commission des affaires sociales. En retour, c'est souvent grâce aux travaux des commissions parlementaires que nombre des recommandations de la Cour se trouvent reprises ou approfondies et mises en œuvre.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux, *a souhaité connaître la position de la Cour sur le principe du transfert à la Cades, en charges, des dettes de l'assurance maladie, de l'assurance vieillesse et du FSV et, en recettes, d'une partie des recettes du FSV, ce qui entraînera, à terme, une nouvelle dégradation du solde de ce fonds.*

Par ailleurs, le retour à l'équilibre des comptes sociaux étant prévu pour 2012, de nouveaux déficits devraient s'accumuler au cours des trois prochaines années. Sera-t-il possible de respecter, dans ces conditions, la recommandation de la Cour visant à ce que les plafonds de ressources non permanentes votés chaque année ne correspondent qu'aux seuls besoins de trésorerie courants ?

Puis il a demandé si la Cour a procédé à une évaluation de l'impact qu'aurait, sur la compétitivité des entreprises, la mise en œuvre de ses préconisations visant à réduire sensiblement le champ des exonérations générales de charges sociales. Il a aussi voulu connaître l'appréciation portée par le Premier président sur l'efficacité de l'action conduite par les autorités de tutelle chargées du pilotage de la politique hospitalière. Les défaillances constatées sont-elles imputables à un manque de moyens humains et peut-on parler d'un sous-financement des établissements publics de santé ?

En ce qui concerne le Ffipsa, il s'est enquis du point de vue de la Cour sur la solution retenue par le Gouvernement dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Il a également interrogé le Premier président sur le contenu du projet de loi de programmation des finances publiques, indiquant qu'il regrette, pour sa part, l'absence d'un article spécifiquement consacré à l'évolution des dépenses de la branche vieillesse.

Enfin, il a demandé l'avis de la Cour sur la pertinence de la distinction effectuée par le Gouvernement entre les salaires et les éléments de revenus déductibles de l'assiette des charges sociales.

M. Guy Fischer a estimé que les problèmes rencontrés par l'hôpital public résultent de son sous-financement. Il a déploré le transfert du poids des dettes accumulées par la sécurité sociale sur les générations futures.

M. François Autain a souhaité savoir si la Cour des comptes a procédé à une évaluation du volet aide à l'investissement du « plan hôpital 2007 ». Il s'est interrogé sur le risque de diminution du volume de médicaments génériques vendus si les marges bénéficiaires des pharmaciens sont réduites. Enfin, il a souligné l'écart structurel existant entre le rythme de progression annuelle des moyens consacrés à l'Ondam hospitalier, qui dépasse à peine 3 %, et celui des dépenses incompressibles de l'hôpital, supérieur à 4 %.

M. Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes, a indiqué à M. François Autain que le volet aide à l'investissement du « plan hôpital 2007 » fera l'objet d'une insertion dans le rapport de septembre 2009 sur l'exécution de la loi de financement pour 2008. En ce qui concerne les propositions de la Cour sur la réduction des marges accordées à la vente de génériques, les médicaments visés ne comprennent pas les spécialités pharmaceutiques nouvellement génériques, mais uniquement les produits les mieux installés sur le marché pour lesquels le risque évoqué par M. Autain est le plus faible.

Sur la dette sociale, tant que le régime général restera en déficit, la dette sociale ressemblera, selon lui, au « tonneau des Danaïdes ». Dans un contexte économique dégradé, la dette se reconstituera dès 2009. Il existe donc un risque que, dès 2010, le plafond des ressources non permanentes serve à nouveau à financer des besoins permanents.

L'opération de reprise de dette prévue dans le projet de loi de financement pour 2009 nécessite que la Cades perçoive une nouvelle ressource de l'ordre de 2,4 milliards d'euros. Il conviendra de vérifier que les 0,2 point de CSG prévus permettront bien de dégager ce montant. Parallèlement, la perte de cette ressource fait courir un risque au FSV. La remontée du chômage et la récession qui s'annonce sont de mauvais augure. On peut craindre que les prévisions optimistes de retour à l'équilibre des comptes du régime général en 2012 soient d'ores et déjà dépassées.

Au sujet des exonérations de charges sociales, il faut rappeler que les entreprises entrant dans le champ des « allègements Fillon » se trouvent essentiellement dans le secteur tertiaire et très peu dans l'industrie. A titre d'exemple, dans l'automobile, le montant des exonérations représente environ 2 % de la masse salariale, alors que dans le commerce de détail, le ratio est proche de 10 %, et même de 11 % dans l'hôtellerie-restauration. Le principal bénéficiaire est la grande distribution qui mobilise à elle seule environ 40 % du coût des allègements dans le commerce de détail. Or, ce secteur n'est pas soumis à un risque de délocalisation. Par ailleurs, on constate une forte concentration des exonérations sur les entreprises de moins de vingt salariés et sur la tranche salariale allant de 1 à 1,3 Smic. En conséquence, la Cour

recommande de réserver le « dispositif Fillon » aux petites entreprises de moins de vingt salariés ou de réduire la mesure aux salaires inférieurs à 1,3 ou 1,4 Smic, la seconde de ces deux mesures étant la plus facile des deux à mettre en œuvre.

*En ce qui concerne le pilotage de la politique hospitalière, **M. Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes**, a porté un jugement nuancé sur les autorités de tutelle - direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos) et ARH. Celles-ci ont eu la charge d'un grand nombre de réformes menées en parallèle depuis 2003. Si des progrès doivent encore être accomplis, une étape significative devrait être franchie avec le regroupement, au sein de la nouvelle agence nationale d'appui à la performance, de plusieurs missions nationales jusqu'ici distinctes.*

Les différentes réformes menées dans le champ sanitaire ne sont pas encore suffisamment visibles : il reste encore trop de petits services, notamment de chirurgie, et trop de services d'urgence que les hôpitaux maintiennent pour justifier leurs services de chirurgie. La conviction de la Cour est que les restructurations à venir doivent être assumées en faisant valoir non seulement des motifs de coûts, mais aussi de qualité et de sécurité des soins.

*Puis **M. Philippe Séguin** a contesté l'analyse selon laquelle les défaillances constatées pourraient être imputables à un manque de moyens humains à l'échelon central. Les effectifs et la structure de qualification des emplois se sont accrus ces dernières années. La Cour constate, en revanche, la persistance de lacunes dans le pilotage des ressources humaines et des systèmes d'information à l'hôpital. L'administration centrale a parfois manqué de volonté face à des établissements habitués à une grande autonomie.*

Au niveau régional, les ARH ont pâti de l'absence de personnel propre et du caractère trop limité des équipes qui leur sont affectées. La mise en place des ARS devrait permettre de renforcer les moyens humains alloués à l'échelon régional de la tutelle.

Abordant la question du sous-financement éventuel des établissements de santé, il a reconnu la dégradation de la situation budgétaire des hôpitaux publics. Celle-ci est cependant moins le reflet d'un problème de sous-financement que d'un retard dans les adaptations structurelles nécessaires. La part des dépenses hospitalières est, en France, supérieure à celle des pays comparables. Ces derniers ont su mieux tirer les conséquences des évolutions techniques par des durées d'hospitalisation plus courtes et un plus fort développement du secteur ambulatoire. L'absence de prise en charge globale et permanente des patients en soins de ville les incite également à choisir l'hôpital.

***M. Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes**, a ensuite évoqué l'évolution du Ffipsa. En ce qui concerne la branche maladie, l'adossement au régime général implique l'apport d'une compensation*

financière appropriée. Il conviendra, en particulier, d'être attentif à l'évolution des cotisations des exploitants agricoles. La Cour des comptes avait émis, en 2005, de vives critiques sur l'évasion sociale constatée dans ce secteur.

Le déficit prévisionnel de la branche vieillesse n'est pas financé en l'état, la question étant renvoyée au projet de loi de financement pour 2010, qui devra donc dégager des ressources correspondant à deux exercices.

Mme Rolande Ruellan, présidente de la sixième chambre, a développé le sujet du cadrage pluriannuel des comptes sociaux. Après l'institution de l'annexe B au projet de loi de financement de la sécurité sociale, un pas supplémentaire est aujourd'hui franchi avec l'instauration de lois de programmation des finances publiques. La Cour a identifié plusieurs prérequis pour que ces lois soient des outils efficaces de maîtrise des dépenses : un engagement politique au plus haut niveau, des objectifs crédibles, fixés à partir d'hypothèses macroéconomiques prudentes, un lien clair entre la programmation pluriannuelle et la procédure budgétaire annuelle.

Elle a estimé que l'annexe au projet de loi de programmation est suffisante. On ne peut guère afficher, en matière d'évolution des retraites, qu'un taux tendanciel alors qu'il est possible, en matière d'Ondam, de faire des prévisions incluant des mesures de correction si ces prévisions ne se réalisent pas.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux, a précisé que son souhait est que la loi de programmation contienne une évaluation précise de la progression des charges de retraite, prenant notamment en compte les conséquences des adossements de régimes particuliers au régime général.

Mme Rolande Ruellan a souligné le fait que la loi de 2003 a rendu très difficile la prévisibilité des évolutions affectant les retraites.

En réponse à M. Guy Fischer, M. Nicolas About, président, a indiqué que les objectifs de dépenses retenus pour la branche vieillesse dans le projet de loi de financement pour 2009 correspondent à des taux de progression de 5 % pour l'ensemble des régimes et pour le régime général par rapport à 2008.

**Audition de MM. Pierre BURBAN, président,
et Pierre RICORDEAU, directeur,
de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos)**

Réunie le mercredi 22 octobre 2008, sous la présidence de M. Nicolas About, président, la commission, dans le cadre de la préparation de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, a procédé à l'audition de MM. Pierre Burban, président, et Pierre Ricordeau, directeur, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos).

M. Pierre Burban, président de l'Acos, a d'abord indiqué que le conseil d'administration de l'Acos a donné un avis négatif au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. Dès la fin de l'année dernière, le conseil s'est montré très inquiet du niveau extrêmement élevé du plafond d'avance fixé par la loi de financement pour 2008, soit 35 milliards d'euros, et des difficultés qui peuvent en résulter pour l'Acos au regard de la situation des marchés financiers. En décembre 2007, la Caisse des dépôts et consignations a d'ailleurs remis en cause les accords passés en 2006 avec l'Acos pour le financement de ses avances de trésorerie, en prévoyant de renchérir ses conditions au-delà de 25 milliards d'euros et en indiquant qu'elle ne pourrait plus assurer ce financement au-delà de 30 milliards d'euros. De ce point de vue, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 présente un caractère positif pour l'Acos puisqu'il prévoit une reprise des déficits sociaux par la Cades à hauteur de 27 milliards d'euros.

Il en est de même des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale qui se sont nettement améliorées. Toutefois, quelques dettes de l'Etat se sont récemment reconstituées, évaluées par l'Acos à 1,7 milliard d'euros pour 2007 et à 1,8 milliard d'euros pour 2008. Le dernier conseil d'administration de l'Acos a d'ailleurs décidé d'intervenir auprès du Premier ministre pour qu'une solution soit trouvée dès 2008 au règlement de cette question.

Puis M. Pierre Burban est revenu sur la non-certification des comptes 2007 de la branche recouvrement et de l'Acos par la Cour des comptes. Les sommes contestées par celle-ci sont d'un montant peu élevé : elles représentent moins de 1 milliard d'euros sur plus de 300 milliards gérés par l'agence. Le conseil d'administration de l'Acos a jugé particulièrement regrettable que l'interprétation faite par la Cour conduise à remettre en cause les décisions du Parlement sur la compensation intégrale des exonérations de charges sociales. Le ministre des comptes publics s'est engagé à clarifier les points critiqués par la Cour afin que les mêmes difficultés ne se reproduisent

pas en 2008. Il semble que cette clarification juridique devra comporter un volet législatif ; il est très important que celui-ci soit rapidement adopté afin que l'Acoss puisse afficher des comptes aussi clairs et transparents que possible lors du prochain exercice de certification. Toutefois, il faut constater que la non-certification des comptes de la branche recouvrement n'a aucunement remis en cause la signature de l'Acoss sur les marchés financiers.

Sur les perspectives de recettes, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 avait été construit sur l'hypothèse d'une progression de la masse salariale de 4,5 %. Or, actuellement, les évaluations faites par l'Acoss conduisent à prévoir une augmentation plutôt proche de 4,2 %. Pour 2009, le Gouvernement table sur un accroissement de la masse salariale de 3,5 %. L'Acoss estime qu'au début de l'année ce chiffre ne devrait pas dépasser 3 %, ce qui exigera une reprise sensible de la croissance au deuxième semestre 2009 pour atteindre l'objectif fixé.

En ce qui concerne la compensation budgétaire des exonérations de charges sociales ciblées, les crédits inscrits dans le budget de l'Etat pour 2009, soit 3,4 milliards d'euros, semblent correctement évalués, ce qui va incontestablement dans le sens de l'amélioration des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale. Le plafond d'avance de trésorerie de l'Acoss pour 2009, fixé à 17 milliards d'euros, est, en l'état des prévisions actuelles, suffisant puisqu'il laisse une marge de 1,7 milliard au-delà du point bas de trésorerie évalué pour 2009 à 15,3 milliards. Néanmoins, tout dépendra de l'évolution de la situation économique au cours des prochains mois.

Les allègements généraux de charges sociales, dits « Fillon », devraient atteindre 21,5 milliards d'euros en 2008 et 22,2 milliards d'euros en 2009. Leur compensation par le panier fiscal est pour l'instant correcte, sous réserve d'une incertitude liée à la dynamique de la taxe sur les salaires en 2009. Les allègements de charges au titre des heures supplémentaires représenteront 2,9 milliards d'euros pour le régime général en 2008.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, *a souhaité savoir si le décalage probable dans les perspectives de recettes de la sécurité sociale pour 2009 aura un impact important sur les prévisions du Gouvernement pour les années 2010 à 2012. Il s'est interrogé sur la nécessité de revoir ces prévisions dans le cadre de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale afin d'éviter que l'Acoss ne connaisse un problème de trésorerie. Il a demandé des précisions sur la perte de recettes qu'entraîneraient les moindres progressions déjà évaluées de la masse salariale pour 2008 et 2009. Sur la dette de l'Etat à l'égard de la sécurité sociale, il a souhaité connaître le détail de l'origine des montants concernés. Enfin, il a demandé quel peut être le manque à gagner d'une diminution du produit de la taxe sur les salaires en 2009.*

M. Pierre Burban *a constaté que la révision des indicateurs et hypothèses qui sous-tendent le projet de loi de finances et le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 n'est pas à l'ordre du jour. Le*

respect du plafond de trésorerie de l'Acoss dépendra essentiellement de ce que le Gouvernement décidera pour la reprise de la dette reconstituée de l'Etat en 2007 et 2008 à l'égard de la sécurité sociale. C'est pourquoi le conseil d'administration de l'Acoss a instamment demandé au Gouvernement que les 3,5 milliards d'euros de dettes de l'Etat soient pris en compte dans le cadre du collectif budgétaire de fin d'année, ce qui permettrait de diminuer les incertitudes existantes pour le financement de l'Acoss en 2009.

***M. Pierre Ricordeau, directeur de l'Acoss,** a précisé qu'une perte de 0,5 point de masse salariale se traduit par 800 à 900 millions d'euros de moindres recettes. La masse salariale ne constitue toutefois pas la totalité de l'assiette des recettes de la sécurité sociale mais seulement plus deux tiers de celle-ci. En 2008, les moindres rentrées au titre de la masse salariale pourraient atteindre 500 à 600 millions d'euros mais seraient compensées par d'autres recettes encore dynamiques comme le produit de la CSG, ce qui, au total, éviterait un trop fort impact sur les comptes du régime général en 2008. Pour 2009, les prévisions sont plus difficiles. En l'état actuel, l'Acoss évalue les moindres recettes probables de cotisations à 800 ou 900 millions d'euros mais le résultat dépendra, pour l'essentiel, de la croissance de l'économie au deuxième semestre de l'année.*

S'agissant de la dette de l'Etat à l'égard de la sécurité sociale, qui s'élève à 1,8 milliard d'euros en 2008, une partie, soit 1,1 milliard, est liée à des sous-dotations budgétaires au titre des exonérations ciblées et le reste, soit 700 millions, résulte de la non prise en compte dans les évaluations initiales des revalorisations de prestations intervenues en cours d'année. Pour les allègements généraux de sécurité sociale, le panier fiscal affecté à leur compensation devrait afficher en 2008 un léger excédent ; pour 2009, il devrait être équilibré, sauf si les rentrées de taxe sur les salaires sont inférieures aux prévisions.

***M. Guy Fischer** a jugé très contestables les hypothèses de croissance retenues pour la construction des projets de lois de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2009 et dénoncé la non-rectification de celles-ci par le Gouvernement en dépit de la crise financière et boursière. De ce fait, la sécurité sociale pourrait ne pas disposer des ressources nécessaires en 2009. Il a demandé des précisions sur les conséquences de la loi Tepas au titre des exonérations des heures supplémentaires. Il a déclaré s'interroger encore sur le financement du déficit de l'Acoss par l'émission de billets de trésorerie. Il a dénoncé la reconstitution de la dette de l'Etat envers la sécurité sociale, qui fait craindre une dégradation du déficit de l'Acoss en 2009 en raison de l'incertitude qui pèse sur son règlement dans le cadre du collectif budgétaire de fin d'année. Le montant élevé des plafonds d'avance définis pour l'Acoss conduit en fait à transférer sur les générations futures une dette sociale de plus en plus importante.*

***M. Pierre Burban** a reconnu le caractère incertain de la situation économique actuelle et la fragilité de la prévision sur la progression de 3,5 % de la masse salariale en 2009. C'est pourquoi l'Acoss souhaite que la dette de*

l'Etat de 3,5 milliards d'euros soit réglée dans le cadre du collectif de fin d'année afin de diminuer ces incertitudes. En ce qui concerne l'émission de billets de trésorerie par l'Acoss, celle-ci est très encadrée et attentivement contrôlée par une commission financière et statistique, dont sont membres les partenaires sociaux, et qui suit chaque mois l'évolution de la situation. L'aspect positif de cette nouvelle compétence de l'Acoss est qu'elle a permis de rendre les relations entre l'agence et la Caisse des dépôts et consignations plus partenariales. Par ailleurs, cette possibilité offre des conditions d'emprunt extrêmement attractives dans la conjoncture actuelle. L'encours de ces billets de trésorerie atteint aujourd'hui 3 milliards d'euros ; il ne peut dépasser 5 milliards d'euros.

Ceci étant, il existe un consensus très fort au sein du conseil d'administration de l'Acoss sur l'impérieuse nécessité de trouver un autre mode de financement des déficits structurels actuels de la sécurité sociale car le recours à des ressources non permanentes n'est pas satisfaisant.

***Mme Colette Giudicelli** a souligné la complexité du sujet du financement de la sécurité sociale et des relations entre celle-ci et l'Etat.*

***M. Yves Daudigny** a souhaité savoir quelles sont les recettes qui conservent un caractère dynamique et qui permettront à l'Acoss de ne pas enregistrer de trop fortes diminutions de ses ressources en 2008.*

***M. Pierre Ricordeau** a indiqué que les recettes provenant du secteur public et les rentrées de CSG, y compris la CSG sur les revenus de placements, se maintiennent à un bon niveau cette année. Dans le cadre de la crise bancaire actuelle, il existe des institutions qui détiennent des liquidités et qui recherchent des emprunteurs offrant un haut degré de sécurité ; l'Etat ou l'Acoss présentent à cet égard une très bonne signature.*

***M. Pierre Burban** a considéré que la gestion actuelle de la sécurité sociale par les partenaires sociaux est une nécessité et qu'elle est, en tout état de cause, le moins mauvais des systèmes envisageables. Par ailleurs, sachant que la sécurité sociale est gérée dans le cadre des lois votées chaque année par le Parlement, trouver de bonnes solutions à ses difficultés actuelles et futures suppose que toutes les parties prenantes s'investissent dans la réalisation de cet objectif.*

***M. Nicolas About, président**, a demandé la transmission du compte rendu du dernier conseil d'administration de l'Acoss afin que les commissaires puissent prendre connaissance des arguments des différents membres du conseil dans leur avis sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.*

ANNEXE

RÉPONSES DE LA COUR DES COMPTES AU QUESTIONNAIRE DE M. ALAIN VASSELLE, RAPPORTEUR 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 projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 prévoit le transfert à la Cades des dettes constituées au titre des branches maladie et vieillesse ainsi qu'au titre du FSV jusqu'à la fin 2008, soit au total 27 milliards d'euros. Afin de respecter l'obligation organique d'un transfert parallèle de ressources à la Cades, une partie des recettes du FSV est donc transférée à celle-ci. Que pense la Cour de la solution retenue par le Gouvernement et de la nouvelle dégradation du solde du FSV qu'elle implique ?

Le retour à l'équilibre des comptes sociaux étant prévu pour 2012, de nouveaux déficits devraient s'accumuler au cours des trois prochaines années. Comment, dans ces conditions, respecter la recommandation de la Cour visant à ce que les plafonds de ressources non permanentes votés chaque année ne correspondent qu'aux seuls besoins de trésorerie courants ?

Réponse

Depuis plusieurs années, la Cour attire l'attention du Parlement sur le problème de la dette sociale. Avant même de s'interroger sur son financement, la première priorité soulignée par la Cour consiste à éviter qu'elle ne s'aggrave du fait de la répétition des déficits annuels. Tant que le régime général restera en déficit, la dette sociale ressemblera au tonneau des Danaïdes. Or, malgré la bonne tenue des recettes ces dernières années, les mesures prises n'ont pas suffi à rétablir l'équilibre. Dès lors que la conjoncture économique va se dégrader, la perspective d'une disparition des déficits recule encore.

Cela veut dire que la dette se reconstituera dès 2009. Il y a donc un risque que dès 2010 le plafond des ressources non permanentes serve à nouveau à financer des besoins permanents. La recherche de l'équilibre des comptes sociaux reste donc pour la Cour une priorité, même si nous sommes conscients des difficultés de l'exercice.

Le PLFSS pour 2009 prévoit une reprise des dettes des branches maladie et retraite ainsi que de celle du FSV. Cette reprise respecte le principe organique voté par le Parlement qui n'interdit pas de nouvelles reprises de dettes par la Cades mais fait obligation de les accompagner d'une ressource destinée à en assurer le financement sans allongement du terme de la Cades.

Comme le rapport le souligne, si on est fidèle à l'intention du Parlement, cette ressource doit avoir à notre sens deux caractéristiques :

- elle doit être à la hauteur des besoins créés par le montant de la reprise : la Cour n'a pas eu à se prononcer sur le besoin de ressources engendré par les transferts prévus, dans la limite de 27 Md€, ce qu'elle fera dans un prochain rapport. Dans le rapport nous avons indiqué qu'un transfert supplémentaire de 30 Md€ nécessitait un besoin de ressources annuelles de 2,4 Md€. Il y aura lieu de vérifier s'ils seront au rendez-vous avec les 0,2 points de CSG prévus ;

- elle doit être pérenne, puisque la dette transférée va évidemment peser sur la Cades pendant toute la durée de son amortissement : c'est bien le cas de l'affectation d'un pourcentage de CSG.

Il est évident cependant que la diminution de 0,2 point de CSG fait courir un risque au FSV. Compte tenu de l'impact de la crise financière sur la situation économique du pays, l'amélioration de l'emploi observé depuis 18 mois pourrait ne pas se poursuivre. La remontée du chômage en août est à cet égard un signe inquiétant. La récession qui s'annonce en est un autre. L'annexe B du PLFSS pour 2009 ne prévoyait un retour à l'équilibre qu'en 2012, les exercices 2009, 2010 et 2011 étant déficitaires. On peut d'ores et déjà craindre que ces prévisions optimistes soient dépassées.

SUR LA QUESTION DES EXONÉRATIONS DE CHARGES SOCIALES

Question 2

La Cour rappelle ses conclusions sur l'évaluation insuffisante et l'efficacité parfois incertaine des diverses mesures d'exonérations de charges sociales en vigueur. Elle insiste également sur la complexité des dispositifs, notamment ceux issus de la loi Tepe, et sur le manque de lisibilité du mode de financement de la compensation de ces exonérations.

Pour les exonérations générales, la Cour préconise une réduction sensible de leur champ actuel, en proposant soit un ciblage sur les entreprises de moins de 20 salariés, soit un resserrement de la plage de 1,6 à 1,3 Smic, et en suggérant une déconnection du seuil de sortie des évolutions du Smic. Est-ce que la Cour a procédé à une évaluation de l'impact que pourraient avoir de telles mesures sur l'emploi et sur la compétitivité des entreprises ? L'importance de l'enjeu pour les finances publiques justifie-t-il à lui seul que des décisions aussi « radicales » soient prises ?

Réponse

Votre question est importante. La Cour ne peut se contenter de suggérer des pistes de recettes nouvelles, sans se soucier de l'incidence sur l'économie. Il faut donc examiner les finalités de ces mesures, à la lumière des quelques évaluations qui ont pu être faites et compte tenu de la situation des finances publiques.

Quelques éléments, sans doute trop brièvement, pour éclairer ce débat complexe. Nous savons que ce sont les PME qui créent des emplois et qu'il faut encourager la recherche, l'innovation et accroître les capacités en industries de qualité.

Or, dans le rapport remis au Parlement en 2006, la Cour avait étudié, en lien avec l'Insee et l'Acoss, quels étaient les bénéficiaires principaux des exonérations sur les bas salaires. Nous avons constaté que les entreprises bénéficiaires sont dans le secteur tertiaire et très peu dans l'industrie (l'industrie manufacturière représente 15 % seulement du coût total des exonérations).

Pour donner un exemple, dans l'automobile, le montant des exonérations représente de l'ordre de 2 % de la masse salariale, alors que dans le commerce de détail, le ratio est de près de 10 % et même de 11 % dans les hôtels-restaurants. J'ajoute, et ceci est moins connu, que dans le commerce de détail, le principal bénéficiaire est la grande distribution : à elle seule elle représente environ 40 % du coût des allègements dont bénéficie le commerce de détail. Le commerce de détail, les hôtels-restaurants, la construction, l'intérim, pour prendre les principaux secteurs bénéficiaires, ne sont pas, que je sache, soumis à un risque de délocalisation.

Nous avons également constaté une forte concentration des exonérations sur les entreprises de moins de 20 salariés (qui représentent 40 % du coût) et sur la tranche de 1 à 1,3 Smic.

C'est la raison pour laquelle la Cour avait recommandé de réserver les exonérations aux petites entreprises de moins de 20 salariés ou de réduire la plage à 1,3 ou 1,4 Smic, ces deux mesures étant relativement équivalentes - la seconde étant de mise en œuvre plus facile.

Il ne s'agit nullement d'une mesure « radicale » mais de la recherche d'une meilleure efficacité : d'une part, cette mesure réduirait les effets d'aubaine, si souvent dénoncés, sans pénaliser les petites entreprises, d'autre part, les économies dégagées sur les fonds publics (et vous savez combien la situation budgétaire est aujourd'hui tendue) pourraient trouver une utilisation plus porteuse d'avenir.

SUR LE PILOTAGE DE LA POLITIQUE HOSPITALIÈRE

Question 3

A/ Au cours des trois dernières années, la Cour a consacré de nombreux travaux au contrôle de la politique hospitalière. Le constat est sévère quel que soit le sujet examiné - mise en œuvre de la T2A, restructurations hospitalières, mise en œuvre de la comptabilité analytique, modernisation du système d'information hospitalier - et la Cour pointe des insuffisances tant en matière de conception que de réalisation ou d'évaluation de ces actions.

Le caractère récurrent de ces observations conduit à s'interroger sur l'efficacité de l'action conduite par les autorités de tutelle en charge du pilotage de la politique hospitalière.

- a) Quelles appréciations la Cour porte-t-elle en la matière ?*
- b) Les défaillances constatées sont-elles imputables à un manque de moyens humains ?*
- c) Peut-on parler d'un sous-financement des établissements de santé publics ?*

Réponse

Vos questions sont complexes et appellent une appréciation nuancée. Je les prendrai dans l'ordre.

a) Tout d'abord en ce qui concerne l'efficacité de l'action conduite par les autorités de tutelle.

La Cour s'est efforcée de porter un jugement équilibré, en relevant d'abord que les autorités de tutelle, c'est-à-dire la DHOS sur le plan national et les ARH au plan local, ont eu la charge d'un grand nombre de réformes, menées en parallèle depuis 2003 :

- l'introduction d'une tarification à l'activité (la T2A) ;
- la conduite d'une politique de restructuration de l'offre hospitalière ;

- la réforme de la gouvernance interne des établissements ; avec les pôles ;

- la mise en œuvre à l'hôpital de plusieurs plans de santé publique et de deux plans d'investissement.

Parallèlement, elles ont piloté l'évolution des outils de gestion de l'hôpital, notamment les systèmes d'information et la réforme budgétaire et comptable.

Bien entendu, des progrès doivent encore être accomplis dans l'organisation des tutelles, et d'ailleurs les choses avancent, à notre sens. Le PLFSS pour 2009 devrait ainsi permettre le regroupement au sein d'une nouvelle agence nationale d'appui à la performance de plusieurs missions nationales jusqu'ici distinctes, et dont l'éclatement avait pu porter préjudice à la cohérence de l'action de l'administration centrale.

Mais l'essentiel est que ces évolutions ont sans doute permis de faire émerger **un nouveau modèle de pilotage**, s'appuyant sur des objectifs fixés par l'administration centrale, accompagnés par des indicateurs de performance. Voilà pour la partie positive du constat.

La partie moins positive, c'est que les résultats de ces diverses réformes ne sont pas encore suffisamment visibles. C'est ce que nous montrons dans nos différents travaux, cette année encore. Peut-être parce que ces réformes sont en grande partie au milieu du gué. Plus probablement parce que leur plein effet dépend désormais aussi de décisions plus difficiles, sur le plan de l'organisation : on sait qu'il y a trop de petits services, notamment de chirurgie, trop de services d'urgence, surtout de nuit, dont l'activité est faible et que les hôpitaux maintiennent pour justifier leurs services de chirurgie.

C'est ce type de questions que la Cour essaie de poser, dans le travail relatif aux restructurations hospitalières. Derrière, nous en sommes bien conscients, il y a des conséquences en termes d'emploi ou d'aménagement du territoire. Nous disons qu'il faut désormais les assumer, pour des raisons de coût mais aussi et d'abord de qualité et de sécurité des soins.

b) Les défaillances constatées sont-elles imputables à un manque de moyens humains ?

Au niveau central, il ne semble pas que les ressources humaines soient notablement insuffisantes, ni en nombre, ni en qualité. Au contraire, la Cour avait constaté que depuis 2003, la stabilité des effectifs de la DHOS n'était qu'apparente, puisque certaines de ses missions avaient été transférées à des structures nouvelles : la mission T2A, la Meah et l'Atih, le CNG (centre national de gestion des personnels). Les effectifs et la structure de qualification des emplois se sont accrus, ce qui allait dans le bon sens.

Mais la Cour constate encore des lacunes dans le pilotage des ressources humaines et des systèmes d'information de l'hôpital, l'insuffisance des moyens d'études spécialisés pouvant parfois provenir d'un manque de

volonté de l'administration centrale face à des établissements habitués à une grande autonomie. De ce fait, l'insuffisance d'outils de connaissance constitue un frein à l'action. Il faut enfin observer que le ministère de la santé, toujours mal doté comparé à d'autres et par rapport à l'ampleur de ses missions, n'a pu progresser qu'en faisant payer par l'assurance maladie des dépenses qui incombaient à l'Etat. Ce fut une des grandes causes de la multiplication des agences.

Au niveau régional, il est certain que la situation n'était jusqu'ici pas satisfaisante. L'absence de personnel propre aux ARH et les difficultés résultant de la mise à disposition de personnels de l'Etat et de l'assurance maladie étaient connues. De plus, il était généralement convenu du caractère trop limité des équipes affectées aux ARH. L'institution d'agences régionales de santé (ARS) devrait permettre de renforcer les moyens humains alloués à l'échelon régional de la tutelle, ce qui est une évolution nécessaire.

c) Peut-on parler d'un sous-financement des établissements de santé publics ?

Il est indéniable que l'on constate une situation financière dégradée pour les hôpitaux publics. Les charges d'exploitation des hôpitaux augmentent plus vite que leurs produits, ce qui se traduit par une augmentation rapide et régulière de leur endettement.

Peut-on pour autant parler de « sous-financement » ? Ne s'agit-il pas plutôt d'un retard dans les adaptations structurelles nécessaires ? La réforme du financement a été conçue comme un puissant aiguillon à la restructuration et à la recherche d'économies de fonctionnement. Encore faut-il que les établissements aient les moyens d'agir et qu'ils soient dirigés par des gestionnaires expérimentés

Si l'on examine la part des dépenses hospitalières en France, qui représentait 44 % des dépenses de l'assurance maladie en 2007, on voit qu'elle est supérieure à celle des pays comparables. Cela peut tenir à un recours de la population trop fréquent ou trop intensif à l'hospitalisation et à des coûts de fonctionnement excessifs. Même si les comparaisons entre pays européens sont délicates en raison de modes d'organisation des soins très différents, il reste que certains ont mieux su tirer les conséquences des évolutions techniques par des durées d'hospitalisation plus courtes et un plus fort développement de l'ambulatoire. Par ailleurs, une organisation des soins de ville fondée sur des « maisons médicales » et des équipes pluridisciplinaires « en ville » est de nature à réduire le recours à l'hôpital. Il faut savoir que si beaucoup de personnes choisissent l'hôpital, c'est parce qu'il n'y a pas en ville de prise en charge globale et permanente.

Menées à leur terme, ces évolutions impliqueront un retrait relatif des financements de l'assurance maladie vers l'hôpital, et c'est, je crois, tout l'enjeu des projets de loi, notamment celui dit « hôpital, santé, patients, territoires », que d'y préparer.

B/ Si sur certains aspects, par exemple la définition des modalités de mise en œuvre de la T2A ou la création d'une agence nationale d'appui à la performance, le législateur peut intervenir pour faire évoluer la situation, ce n'est pas le cas dans beaucoup d'autres domaines. Or, les rapports de la Cour soulignent de nombreuses défaillances, notamment dans l'utilisation d'outils et de moyens de gestion (comptabilité, systèmes informatiques, gestion des ressources humaines) dont le bon usage relève de l'administration des établissements de santé.

Comment, dès lors, et avec quels moyens, les pouvoirs publics peuvent-ils, ainsi que l'a récemment déclaré le ministre des comptes publics, « mobiliser toutes les marges de productivité qui existent » dans les établissements ?

Les travaux menés en 2006 par la Cour, portant d'une part sur le pilotage de la politique hospitalière et d'autre part sur les personnels des établissements publics de santé, avaient établi l'existence de différentiels de productivité parfois importants entre établissements de dimensions similaires et à l'activité comparable. Ces différences étaient constatées entre secteur privé et secteur public, mais aussi au sein du secteur public.

Le rapport de cette année en fournit des exemples actualisés, à propos des restructurations hospitalières. Il met en évidence de très fortes disparités d'activité et d'organisation dans les maternités, ou en ce qui concerne la chirurgie. Il faut donc souligner qu'il existe bel et bien des marges de productivité dans les établissements, sans doute en particulier dans le secteur public. Les analyses les plus récentes, menées notamment par la Meah, avec des outils de plus en plus pertinents, le confirment, en procédant à des analyses comparées entre établissements. Il n'est que de voir les résultats de leur récente étude sur le taux d'utilisation de quelque 800 plateaux chirurgicaux, dont nombre d'entre eux sont notoirement sous-utilisés.

Comment agir, dès lors? C'est avant tout l'affaire des gestionnaires des établissements, qui peuvent modifier **l'organisation des soins**. La tutelle peut, quant à elle, agir doublement, en aidant, par exemple à diffuser les meilleures pratiques, mais aussi en sanctionnant et, par exemple, en faisant de l'efficacité une condition des autorisations données aux différentes activités par les ARH ou demain encore plus les ARS.

La Cour vient de faire une enquête de suivi des recommandations qu'elle avait formulées dans le rapport public particulier de mai 2006 sur les personnels hospitaliers. Tout en notant d'indéniables progrès, elle observe que les préoccupations de productivité et de performance sont encore très absentes - en moyenne car il ne faut pas généraliser - de la gestion des ressources humaines et inspirent peu les réorganisations internes.

Une enquête commune entre la Cour et les CRC portant sur l'organisation des soins à l'hôpital est en cours et apportera d'autres éléments sur ce qui apparaît à la Cour depuis longtemps comme une source majeure d'économies : l'organisation interne optimale des hôpitaux. Une autre enquête fera un bilan de la T2A. Une troisième portera sur l'investissement dans l'hôpital public. Comme vous le constatez, la Cour a bien compris l'intérêt exprimé par votre commission pour la dépense hospitalière. Elle sera donc à nouveau abordée dans le prochain rapport.

SUR L'ÉVOLUTION DU FFIPSA

Question 4

Comme les années précédentes, la Cour constate une nouvelle fois la dégradation de la situation financière du Ffipsa et elle réitère sa recommandation de suppression du fonds tout en dotant le régime des exploitants agricoles des ressources nécessaires.

Que pense la Cour de la solution adoptée par le Gouvernement dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 ?

Réponse

Qu'une recommandation de la Cour soit suivie nous paraît, de manière générale, satisfaisant, pour des raisons de fond et non d'amour propre, vous vous en doutez bien.

Le Ffipsa en effet n'avait pas fait la preuve de son utilité, et était plus un écran qu'un outil de transparence. Son déficit cumulé (7,5 Md€) va être repris par l'Etat.

Il est un peu tôt pour analyser de manière suffisante le schéma proposé pour l'avenir par le Gouvernement dans le PLFSS. Je me limiterai donc à quelques observations.

En ce qui concerne la branche maladie, l'adossement au régime général devrait impliquer qu'une compensation financière appropriée de la charge ainsi mise sur le régime général soit apportée, au moment de l'adossement, puis au cours des années suivantes. Les recettes transférées devraient correspondre à la charge globale, selon les déclarations du ministre chargé des comptes publics, devant la commission des comptes.

Pour les années suivantes, il conviendra d'être attentif notamment à l'évolution des recettes attendues des exploitants agricoles et donc de l'évolution de leurs cotisations. Je vous rappelle les vives critiques faites par la Cour en 2005 à ce sujet, notamment sur l'évasion sociale, pour l'essentiel d'ailleurs légale, constatée dans ce secteur

Le financement de la branche vieillesse sera à nouveau assuré directement par la Caisse centrale de mutualité sociale agricole. Mais son déficit prévisionnel n'est pas financé, en l'état, la question étant renvoyée au PLFSS pour 2010, qui devra donc trouver des ressources correspondant à deux exercices.

SUR LES NOUVELLES OPÉRATIONS D'ADOSSEMENT

Question 5

La Cour indique que « l'adossement apparaît actuellement exclu des perspectives du régime de retraite de la SNCF ». Or, elle constate aussi que la situation de la SNCF « s'apparente à celle de la RATP », ce qui devrait justifier une identité de traitement et donc la préparation d'un schéma d'adossement.

Un décret du 7 mai 2007 a certes créé une Caisse de retraite et de prévoyance pour le personnel de la SNCF. Cette disposition est-elle suffisante pour que la SNCF se conforme aux nouvelles normes comptables internationales IFRS qui obligent, depuis 2005, les entreprises disposant de leurs propres régimes de retraite à faire apparaître le montant de leurs engagements en cette matière ?

Réponse

Vous aviez souhaité, monsieur le Président, que la Cour procède à l'examen de la seule procédure d'adossement réalisée à ce jour, celle visant le régime des industries électriques et gazières, afin d'en tirer le cas échéant quelques leçons pour l'avenir.

Cela nous a conduits à évoquer les projets en cours - le régime de la RATP - ou évoqués - le régime des fonctionnaires de la Poste.

Pour le régime SNCF, nous n'avons pu avoir d'explication sur la raison pour laquelle l'adossement, qui a été jugé indispensable pour la RATP, ne l'est pas pour la SNCF. Une caisse a été créée, sortant ainsi le régime de l'entreprise SNCF et dispensant celle-ci de devoir provisionner les engagements du régime. Mais il y a toujours une forte subvention de l'Etat.

A supposer que la question ne se pose plus en termes de respect des normes comptables, ce que la Cour n'a pas expertisé, elle continue de se poser au regard de la réglementation européenne sur la concurrence et les aides d'Etat. A cet égard, la réponse attendue de la Commission européenne pour la RATP sera intéressante, l'Etat continuant d'assumer pour son régime de retraite le coût des avantages spécifiques pour le passé mais aussi pour l'avenir.

Vous comprendrez que la Cour soit restée prudente sur ces sujets qui font l'objet de procédures ou de questions à Bruxelles.

SUR LE CADRAGE PLURIANNUEL DES COMPTES SOCIAUX

Question 6

Parmi ses recommandations, la Cour relève la nécessité d'améliorer le cadrage pluriannuel annexé à la loi de financement de la sécurité sociale et notamment de renforcer la sincérité de l'Ondam pluriannuel en documentant l'évolution tendancielle des dépenses d'assurance maladie et les économies sous-jacentes.

Dans ce contexte :

a) que pense la Cour du premier projet de loi de programmation des finances publiques déposé par le Gouvernement ? Le dispositif législatif est-il suffisant ?

b) Ne faudrait-il pas qu'un article soit consacré à l'évolution des dépenses de la branche vieillesse par exemple ?

c) La partie du rapport annexé consacrée aux finances sociales est-elle suffisante ?

Réponse

a) Au cours de la période récente, divers outils de programmation pluriannuelle ont été introduits dans le domaine des finances publiques, à la suite notamment des programmes de stabilité développés dans le cadre de l'Union européenne. Le PLFSS comporte désormais lui-même chaque année une annexe B, comportant des prévisions pour les quatre années au-delà de l'exercice de la LFSS.

Un pas supplémentaire a été franchi cette année, avec l'inscription dans la Constitution d'un objectif d'équilibre des comptes publics et l'instauration de lois de programmation des finances publiques (elles sont prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article 34). Le projet de loi de programmation des finances publiques pour la période 2009-2012, dont vous aurez à débattre, constitue le premier du genre. Vous comprendrez que la loi n'étant pas encore votée, et encore moins mise en œuvre, il est bien tôt pour risquer des jugements définitifs.

Je peux cependant rappeler ce que la Cour avait écrit en juin dernier dans son rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques. Nous avons alors identifié plusieurs prérequis pour faire de la loi de programmation un outil efficace de maîtrise des dépenses : un engagement politique au plus haut niveau, des objectifs crédibles, fixés sur des hypothèses macroéconomiques prudentes, enfin un lien clair entre la programmation pluriannuelle et la procédure budgétaire annuelle. C'est désormais au

Parlement d'apprécier dans quelle mesure ces différentes conditions sont remplies.

c) L'annexe est-elle suffisante ? J'aurais tendance à dire que oui, s'agissant d'un document qui n'est pas consacré au seul secteur social. En ce qui concerne plus particulièrement la sécurité sociale, cette annexe duplique, dans un format plus grand (10 pages), le contenu de l'annexe B du PLFSS pour 2009 (4 pages). J'ai pour ma part une préférence pour des messages aussi concis que possible : trop d'information tue l'information, c'est bien connu.

b) Je finis par la question la plus difficile. Dans le domaine des comptes sociaux, la loi de programmation (à son article 7) définit un objectif à moyen terme de progression des dépenses pour la seule branche maladie. Il s'agit de la reprise du cadrage annexé au projet de loi de financement. Devrait-on aller plus loin dans cette loi, en particulier pour ce qui concerne la branche retraite ?

L'intérêt des projections pluriannuelles, dont les périodes retenues par le pacte de stabilité européen, le PLFSS et la loi de programmation des finances publiques devraient d'ailleurs être harmonisées, réside dans la nécessité de programmer sur plusieurs années les mesures nécessaires au retour de l'équilibre. Encore faut-il savoir si l'on fait des projections tendanciennes ou des prévisions incluant des mesures de correction de la tendance.

Il faut également se demander si on fait un pilotage par les soldes, c'est-à-dire en équilibrant ou réduisant les déficits à la faveur d'hypothèses optimistes de croissance et donc de recettes, ou si on s'efforce de contenir les dépenses quelle que soit l'évolution des recettes.

Jusqu'à maintenant, pour la seule maladie, les prévisions ont été bâties autour de scénarii économiques et d'Ondam volontaristes. La Cour a écrit que ce n'est crédible que si des plans de mesures accompagnent ces scénarii.

Pour la retraite, c'est à la fois plus simple et plus complexe. Plus simple, car la dépense est inéluctable à court terme et plus prévisible, même si la prévisibilité des comportements a été réduite par la loi de 2003. Plus complexe, car pour infléchir la dépense à moyen terme, horizon de la prévision, le seul instrument d'action est le taux de revalorisation. On sait bien que la réforme des paramètres de calcul ne peut avoir d'effets qu'à plus long terme.

Le taux affiché dans le projet de loi de programmation des finances publiques pour l'Ondam est un taux volontariste, même s'il est plus réaliste que les années passées. Pour la retraite, on ne peut guère afficher qu'un taux tendanciel, qu'il soit dans la LFSS et dans la loi de programmation des finances publiques ou seulement dans la LFSS.

Une nuance, pour finir : l'intérêt de ces prévisions, même tendanciennes, devrait être cependant de rendre prudent à l'égard de toute réforme dépensière non compensée.

SUR LES CONSÉQUENCES PRÉVISIBLES POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE DE LA CRISE FINANCIÈRE ET LES MESURES PRÉCONISÉES

Question 7

Quelles sont, selon vous, les conséquences prévisibles pour la sécurité sociale de la crise financière ? Et quelles mesures préconiserez-vous ?

Réponse

A ce stade, il est bien difficile de prévoir l'ampleur ou la durée pour l'économie « réelle », comme on dit, de la crise financière actuelle. Les dernières prévisions macroéconomiques, notamment la plus récente, du FMI, laissent cependant craindre que notre pays, comme d'ailleurs nombre de pays voisins, connaisse une courte période de récession, puis une période de croissance ralentie.

Le PLFSS 2009 a certes pris en compte la détérioration prévisible de la situation économique en fondant les prévisions de recettes sur une masse salariale à + 3,5 % au lieu de 4,5 % et en intégrant des dépenses de rattrapage de prestations sur l'inflation constatée en 2008.

Il en résulte un déficit, avant mesures, de 15 Md€. Le projet prévoit de le ramener à 8,6 Md€ par des mesures de recettes et d'économies.

Mais ces mesures sont-elles crédibles et la prévision même de 15 Md€ l'est-elle ?

Sur la prévision de 1Md€

- La première conséquence de la crise pour l'équilibre financier de la sécurité sociale est un effet de ciseaux bien connu : les dépenses de retraite, continuent à augmenter à vive allure, notamment sous l'effet du « papy-boom », et certaines prestations soumises à conditions de ressources peuvent progresser sous l'effet des difficultés accrues des retraités et des familles, même si ce sera avec un effet plus ou moins différé.

- Du côté des recettes de cotisations et de CSG (dont la part assise sur les revenus d'activité représente les trois quarts), nul ne peut dire actuellement si le taux de 3,5 % prévu est optimiste ou réaliste. En outre, la chute des revenus de placement et, de façon générale, de presque toutes les assiettes d'impositions, aura un effet à la baisse sur les recettes de la sécurité sociale.

- Le coût de la dette va être fortement réduit pour la sécurité sociale par la reprise de 27 Md€ de déficits par la Cades et de 7,5 Md€ du Ffipsa par l'Etat. Mais les avances de trésorerie qui resteront nécessaires verront leur

coût augmenter, le PLFSS autorisant ces avances à hauteur de 17 Md€ pour le régime général. J'ajoute que les mesures d'aide accordées aux entreprises sous la forme de différé de paiement de cotisations auront un coût en trésorerie pour la sécurité sociale.

Sur les mesures prévues pour réduire le déficit prévu de 6 Md€

Parmi ces mesures, certaines sont directement liées à la conjoncture : ainsi l'augmentation du chômage permettra-t-elle de compenser la hausse des cotisations retraite par la baisse à due concurrence des cotisations chômage, opération prévue par le Gouvernement ?

De même, si le chômage augmente, le FSV pourra t-il supporter le prélèvement envisagé sur ses recettes de CSG au profit de la Cades ?

Au total, la question qui se pose pour tous les budgets publics est la pertinence des hypothèses économiques sur lesquelles ils sont actuellement prévus.

L'inévitable dérive des déficits en vue de relancer l'économie ne doit cependant pas autoriser un laisser-aller général. Ainsi, certaines causes du déficit de la sécurité sociale, sous forme de dépenses non essentielles ou d'abattements d'assiette et d'exonérations injustifiées de cotisations, devraient faire l'objet d'une remise en cause plus rapide que prévu dès lors qu'elles ne sont en rien utiles à la relance de l'économie.