

N° 74

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2011-2012

Enregistré à la Présidence du Sénat le 2 novembre 2011

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi de
financement de la sécurité sociale pour 2012, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE
NATIONALE,*

Par M. Yves DAUDIGNY,
Sénateur,
Rapporteur général.

Tome I :
Équilibres financiers généraux

(1) Cette commission est composée de : Mme Annie David, *présidente* ; M. Jacky Le Menn, Mme Catherine Génisson, MM. Jean-Pierre Godefroy, Claude Jeannerot, Alain Milon, Mme Isabelle Debré, MM. Jean-Louis Lorrain, Jean-Marie Vanlerenberghe, Gilbert Barbier, *vice-présidents* ; Mmes Claire-Lise Champion, Aline Archimbaud, M. Alain Gournac, Mme Catherine Deroche, M. Marc Laménie, *secrétaires* ; Mmes Jacqueline Alquier, Natacha Bouchart, Marie-Thérèse Bruguière, MM. Jean-Noël Cardoux, Luc Carvounas, Mme Caroline Cayeux, M. Bernard Cazeau, Mmes Karine Claireaux, Laurence Cohen, M. Yves Daudigny, Mme Christiane Demontès, MM. Gérard Dériot, Jean Desessard, Mme Muguette Dini, M. Jean-Léonce Dupont, Mmes Odette Duriez, Anne-Marie Escoffier, MM. Guy Fischer, Michel Fontaine, Mme Samia Ghali, M. Bruno Gilles, Mmes Colette Giudicelli, Christiane Hummel, M. Jean-François Husson, Mmes Chantal Jouanno, Christiane Kammermann, MM. Ronan Kerdraon, Georges Labazée, Jean-Claude Leroy, Hervé Marseille, Mmes Michelle Meunier, Isabelle Pasquet, M. Louis Pinton, Mmes Gisèle Printz, Catherine Procaccia, MM. Gérard Roche, René-Paul Savary, Mme Patricia Schillinger, MM. René Teulade, Michel Vergoz, André Villiers, Dominique Watrin.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (13^{ème} législ.) : 3790, 3865, 3869 et T.A. 752

Sénat : 73 (2011-2012)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT-PROPOS	7
I. 2010 – 2011 : DES DÉFICITS DE SÉCURITÉ SOCIALE D'AMPLEUR INÉDITE	9
A. 2010 : UN DÉFICIT RECORD.....	9
1. Une reprise des recettes	9
2. Des dépenses contenues	10
3. Des branches largement déficitaires	11
B. 2011 : UN DÉFICIT SIMPLEMENT STABILISÉ.....	11
1. Des recettes en progression	12
2. Une évolution plus modérée des dépenses	12
II. 2012 : UN PLFSS QUI N'APPORTE PAS LES SOLUTIONS NÉCESSAIRES À LA SAUVEGARDE DU SYSTÈME	16
A. UN CADRAGE MACRO-ÉCONOMIQUE INSUFFISAMMENT PRUDENT	19
1. Des hypothèses dépassées	19
2. Des conséquences non mesurées	21
B. LE REFUS DE METTRE À NIVEAU LES RECETTES	25
1. Une politique d'ajustements ponctuels	25
2. La nécessité d'une mobilisation accrue des recettes.....	26
C. LA POURSUITE DE L'ACCUMULATION D'UNE DETTE SOCIALE	27
1. Une dette doublée en cinq ans.....	27
2. Une absence de volonté pour traiter les nouvelles dettes	30
TRAVAUX DE LA COMMISSION	31
I. AUDITIONS DES MINISTRES	31
• Audition de Valérie PÉCRESSE, ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat	31
• Audition de Xavier BERTRAND, ministre du travail, de l'emploi et de la santé	43
• Audition de Marie-Anne MONTCHAMP, secrétaire d'Etat auprès de la ministre des solidarités et de la cohésion sociale	60
II. AUDITIONS DE LA COUR DES COMPTES ET DE L'ACOSS	68
• Audition de Didier MIGAUD, Premier président, Antoine DURLEMAN, président de la sixième chambre de la Cour, Jean-Pierre LABOUREIX, rapporteur général, Simon BERTOUX, rapporteur général adjoint, et Jean-Marie BERTRAND, président de chambre, rapporteur général du comité du rapport public et des programmes, de la Cour des Comptes	68
• Audition de Pierre RICORDEAU, directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos)	86

Les observations et propositions de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux en 2012

Par la voix de son rapporteur général, Yves Daudigny, la commission fait un triple constat :

- **le cadrage macro-économique, excessivement optimiste, est dépassé** : les mesures d'ajustement à venir devront être justes et crédibles ;

- **les prévisions à moyen terme restent inquiétantes** : les déficits cumulés du régime général et du FSV seront encore supérieurs à 10 milliards d'euros en 2015 ; en renonçant à tout objectif de retour à l'équilibre des comptes sociaux, le Gouvernement fait le choix du financement à crédit, de la spirale de l'endettement ;

- **les limites du report des difficultés actuelles sur les générations futures sont atteintes** : 70 milliards de déficits accumulés en trois ans, un doublement de la dette depuis 2007, 15 milliards de recettes consacrés cette année au seul remboursement de la dette ; est-il admissible d'aller au-delà ?

Sans un retour rapide à l'équilibre, la pérennité de notre modèle de protection sociale est condamnée. Face à ce constat, la commission présente trois séries d'observations :

• Le PLFSS n'apporte pas les solutions nécessaires à la sauvegarde du système

Aucun des problèmes structurels, notamment mis en exergue par la Cour des comptes, n'est réglé et, lorsqu'elles existent, les solutions mises en œuvre sont incomplètes :

- **la dette de la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles n'est que partiellement reprise** ; son déficit, par un jeu de bonneteau, reçoit un financement qui ne couvre qu'un tiers de son déficit ;

- rien n'est prévu pour **la couverture des déficits des branches maladie et famille** pour 2012, soit 8,2 milliards d'euros.

• Le Gouvernement persiste dans sa politique de réajustements ponctuels des recettes

L'inventaire des mesures prises par le Gouvernement depuis quatre ans montre qu'elles ne répondent à aucune stratégie d'ensemble et ne sont clairement pas à la hauteur des enjeux. Elles s'attaquent même parfois à des publics déjà sous tension :

- **la politique des petits pas sur le forfait social** n'a plus lieu d'être : la Cour des comptes, le rapport Guillaume de juin 2011 et d'autres encore montrent qu'il est possible d'aller beaucoup plus loin dans cette voie ;

- **l'assujettissement à la CSG du complément de libre choix d'activité** est une mesure très pénalisante pour les foyers avec jeunes enfants qui se trouvent dans des situations difficiles.

• La définition d'une vraie stratégie de mobilisation des recettes destinées à la sauvegarde de notre modèle de protection sociale est une priorité

Cette stratégie est indispensable car la seule maîtrise des dépenses ne suffira pas à résorber les déficits. Elle devra reposer sur trois piliers :

- **la suppression de mesures coûteuses et inefficaces**, comme les exonérations sur les heures supplémentaires de la loi Tepas ;

- **la poursuite de la révision des niches sociales** car il reste de vraies marges : relèvement du forfait social, taxation des retraites chapeau, des stock-options, des attributions gratuites d'actions, des indemnités de rupture ;

- **la mobilisation de nouvelles ressources**, par exemple par un meilleur ciblage des allègements généraux de charges sociales.

« La sécurité sociale est un trésor plus fragile que jamais : préserver cet inappréciable acquis, issu de l'élan porté par le Conseil national de la résistance, suppose des choix collectifs forts. »

Didier Migaud, premier président de la Cour des comptes devant la commission des affaires sociales, mercredi 12 octobre 2012

Mesdames, Messieurs,

L'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale et du projet de loi de finances constitue un rendez-vous annuel dont l'importance politique est majeure.

Cette année, il intervient à la veille d'échéances électorales déterminantes pour notre pays. Il a également lieu dans un contexte économique tendu, marqué par la hausse du chômage et la crise des dettes européennes.

La nouvelle majorité de la commission des affaires sociales a souhaité imprimer sa marque sur un projet qu'elle juge irréaliste, en raison de son cadrage macro-économique insuffisamment prudent, indigent, du fait de l'absence totale de solutions structurelles aux graves problèmes que connaît notre système de protection sociale, irresponsable car il continue à reporter notre impéritie actuelle sur les générations futures.

Des contraintes constitutionnelles et organiques rendent quasiment impossible la mise au point d'un contre-projet : l'article 40 de la Constitution interdit toute création ou hausse de dépenses, la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale du 2 août 2005 enserme la loi de financement dans un cadre rigide.

La brièveté des délais, depuis le renouvellement des instances sénatoriales, a également rendu difficile la construction d'une alternative complète au texte du Gouvernement. En outre, le Sénat ne dispose pas de tous les moyens techniques permettant, par exemple, de proposer de manière certaine de nouveaux tableaux d'équilibre pour les différentes branches de la sécurité sociale avec un cadrage macro-économique remanié.

Aussi, la commission a décidé d'analyser le projet de loi de financement à partir de quelques constats : un cadrage macro-économique excessivement optimiste, la fuite en avant des déficits, le refus dogmatique d'affecter les recettes nécessaires à la sécurité sociale, l'emballlement de la dette et, au total, la mise en péril du système de protection sociale.

Par ailleurs, elle a estimé indispensable de proposer dès à présent quelques mesures additionnelles fortes ou symboliques, par exemple, en matière de recettes, l'abrogation des exonérations de la loi Tepas sur les heures supplémentaires, la suppression de la taxe sur les complémentaires, l'augmentation du forfait social, le relèvement des contributions sur les retraites chapeau, les *stock-options*, les attributions gratuites d'actions ou les parachutes dorés, un meilleur ciblage des allègements généraux de cotisations sociales.

Sans un retour rapide à l'équilibre, la pérennité de notre modèle de protection sociale est irrémédiablement condamnée. L'histoire jugera sévèrement ceux qui ont renoncé à engager les efforts nécessaires à la préservation de l'héritage unique que nous ont laissé nos prédécesseurs. La solidarité nationale et la sécurité sociale sont des valeurs qu'il nous faut porter haut, même en temps de crise.

I. 2010 – 2011 : DES DÉFICITS DE SÉCURITÉ SOCIALE D'AMPLEUR INÉDITE

Après l'épisode récessif sans précédent de 2008-2009, l'exercice 2010 a connu une dégradation historique des comptes. 2011 amorce un début de réduction des déficits.

A. 2010 : UN DÉFICIT RECORD

En 2010, le déficit de l'ensemble régime général-fonds de solidarité vieillesse (FSV) atteint 28 milliards d'euros, soit un montant encore jamais atteint, en progression de 4,5 milliards par rapport à 2009. Toutes les branches voient leur situation se dégrader.

Ce solde a triplé en deux ans, comptabilisant au total une aggravation de 18,6 milliards entre 2008 et 2010, dont 13,7 milliards pour le régime général et 4,9 milliards pour le FSV.

Le tableau ci-après en retrace l'évolution.

Soldes par branche du régime général et du FSV
(en milliards d'euros)

	2007	2008	2009	2010
Maladie	- 4,6	- 4,4	- 10,6	- 11,6
Vieillesse	- 4,6	- 5,6	- 7,2	- 8,9
Famille	0,2	- 0,3	- 1,8	- 2,7
Accidents du travail	- 0,5	0,2	- 0,7	- 0,7
Total régime général	- 9,5	- 10,2	- 20,3	- 23,9
FSV	0,2	0,8	- 3,2	- 4,1
Total régime général + FSV	- 9,3	- 9,4	- 23,5	- 28,0

1. Une reprise des recettes

Les produits du régime général ont **augmenté de 2,3 %** en 2010 après s'être contractés de 0,3 % en 2009.

Le début de reprise économique s'est traduit par **une croissance de la masse salariale du secteur privé de 2 %**, malgré une évolution de l'emploi encore à la baisse (- 0,2 %).

Les cotisations sociales nettes ont en conséquence connu une évolution rapide et même supérieure à celle de la masse salariale, de + 2,6 %, du fait notamment d'une progression beaucoup moins marquée des

exonérations de cotisations sociales. La dynamique de ces allègements de cotisations en faveur des bas salaires est en effet très sensible à la situation du marché de l'emploi.

Les produits de CSG ont en revanche connu une croissance moins rapide, de 1,2 %, en particulier liée au recul de la CSG prélevée sur les revenus du capital (- 2,4 %).

Les autres impôts et taxes affectés au régime général ainsi que les transferts ont été très dynamiques, à hauteur respectivement de 7,8 % et 9,5 %. Les premiers ont bénéficié en 2010 de la hausse des prix du tabac intervenue en novembre 2009. Les transferts du FSV à la Cnav ont augmenté de 9,6 % en raison de l'accroissement des cotisations prises en charge au titre du chômage et de l'instauration en juillet 2010 d'une prise en charge des périodes d'arrêt maladie qui a entraîné un transfert supplémentaire de 0,6 milliard d'euros.

2. Des dépenses contenues

Les charges du régime général ont **progressé de 3,3 %** en 2010, soit au même rythme qu'en 2009 mais moins que les années précédentes : sur la période 2004-2008, les charges nettes du régime général avaient en effet augmenté de 4,5 % par an.

La croissance des dépenses dans le champ de l'**Ondam** s'est établie à **2,7 % en 2010**, ce qui représente une inflexion notable par rapport à 2009 (3,5 %) et les années antérieures.

L'ensemble des composantes de l'Ondam ont ralenti en 2010, notamment les soins de ville, à 2,8 %, au lieu de 3,2 % en 2009, et les établissements de santé, à 2 %, après 3,6 %. Toutefois, le taux optiquement plus bas obtenu sur ce dernier champ - en dépit d'une progression toujours soutenue du volume des séjours hospitaliers - s'explique par la conjonction de deux facteurs : d'une part, une base de dépense plus élevée que prévu sur ce poste en 2009, d'autre part, l'impact modérateur des mises en réserve de crédits décidées courant 2010, pour un montant de 400 millions d'euros au seul titre des établissements de santé.

Au total, l'objectif de dépenses a été respecté pour la première fois depuis 1997, le constat provisoire de l'Ondam 2010 se soldant même par une sous-consommation globale de 500 millions d'euros, dont 300 millions sur les soins de ville, 100 millions sur l'enveloppe médico-sociale et près de 100 millions pour les établissements de santé.

3. Des branches largement déficitaires

Comme en 2009, toutes les branches sont déficitaires ; s'y ajoute le déficit du FSV.

- **Le déficit le plus important reste celui de la branche maladie, à 11,6 milliards d'euros.** Ses recettes ont augmenté de 2,6 %, soit plus fortement que celles des autres branches, grâce, d'une part, au doublement du forfait social, passé de 2 % à 4 %, d'autre part, à la contribution exceptionnelle des organismes complémentaires. Ses charges ont certes été contenues, du fait de la bonne tenue de l'Ondam, mais elles progressent encore d'un peu plus de 3 % en 2010 (3,1 %).

- **La branche vieillesse enregistre un déficit de 8,9 milliards,** en augmentation de 1,7 milliard par rapport à 2009. Il résulte à la fois d'une croissance des recettes très modérée, de 2,2 %, et d'une progression des charges, certes plus faible que les années antérieures, mais encore soutenue, de 3,7 %. La moindre revalorisation des pensions et la diminution du coût des départs en retraite anticipée expliquent pour l'essentiel cette plus faible augmentation des dépenses.

- **La branche famille voit à nouveau son déficit s'accroître à 2,7 milliards d'euros.** Ses recettes n'ont progressé que de 1,3 %, soit moins rapidement que la masse salariale. Si les prestations en faveur de la famille diminuent de 1 %, principalement sous l'effet de la réduction tendancielle de la taille des familles, les prestations légales à destination de la petite enfance continuent de croître, de 2,3 % ; les dépenses de transfert ont augmenté fortement du fait du passage de 70 % à 85 % du taux de compensation des majorations pour enfants au titre du financement du FSV.

- **La branche AT-MP est également déficitaire** avec un solde négatif d'un peu plus de 700 millions d'euros.

B. 2011 : UN DÉFICIT SIMPLEMENT STABILISÉ

Le projet de loi de financement de l'an dernier prévoyait un déficit du régime général **de 20,9 milliards d'euros**. Fort heureusement, la reprise de la progression de la masse salariale, qui devrait être de 3,7 % cette année, permet d'espérer une légère réduction de ce montant, qui pourrait s'élever à **18,2 milliards**, soit **un moindre déficit de 2,7 milliards**.

Si le déficit du régime général commence à se réduire, c'est à la fois grâce à l'apport de nouvelles recettes, à la reprise de la masse salariale et à une modération des dépenses.

Au total, le déficit du régime général revient sous le seuil de 20 milliards, seuil symbolique et historique, jamais encore même imaginé avant la crise de 2008-2009.

Si l'on y ajoute le solde du FSV, le déficit de l'ensemble régime général-FSV pour 2011 s'élève tout de même à **22 milliards d'euros**.

1. Des recettes en progression

En 2011, les recettes du régime général bénéficient du renforcement de **la croissance de la masse salariale** qui pourrait augmenter de **3,7 %** après 2 % en 2010. Au total, les produits du régime général progresseraient de 4,9 %.

Les cotisations sociales devraient enregistrer une forte hausse, d'environ 5 %, liée à la réduction des exonérations, en conséquence de l'annualisation des allègements généraux, et au relèvement de la cotisation accidents du travail.

La CSG affectée au régime général diminuerait de 2,4 % en raison du transfert de 0,28 point de cette contribution de la Cnaf à la Cades, afin de financer la nouvelle reprise de dette par celle-ci.

Enfin, les impôts et taxes affectés au régime général ainsi que les transferts en provenance du FSV connaîtraient de fortes augmentations.

En effet, dans le cadre de la réforme des retraites, plusieurs augmentations de recettes ont été adoptées : la hausse des prélèvements sociaux sur les *stock-options*, les retraites chapeau et les revenus du capital, toutes affectées au FSV, de même que la contrepartie de l'affectation à la Cnam de la TVA brute collectée sur les professionnels de santé, sous forme de C3S additionnelle et de fraction du forfait social.

Au total, 3,85 milliards de recettes supplémentaires sont apportés au FSV avec lesquels celui-ci prend en charge, à hauteur de 3,5 milliards, les dépenses engagées au titre du minimum contributif par la Cnav et les régimes alignés.

2. Une évolution plus modérée des dépenses

L'année 2011 marque **une rupture** avec, pour la première fois depuis plusieurs années, une progression moins rapide des dépenses par rapport à celle des recettes.

La hausse des charges du régime général serait en effet contenue à **3,3 %**, soit un montant proche de celui observé en 2009 et 2010 et sensiblement inférieur à celui des années antérieures.

• **L'augmentation des prestations de retraite servies par la Cnav**, qui s'était nettement infléchie en 2010, à 4,2 %, serait plus soutenue en 2011, avec **4,9 %**, tout en restant nettement inférieure à la tendance moyenne des années 2005-2008, voisine de 6 % par an.

Le rebond de 2011 est essentiellement dû à la revalorisation des pensions, de 2,1 % au 1^{er} avril 2011, en conséquence de la hausse de l'inflation. Hors revalorisation, la croissance des prestations de droits propres, estimée à 3,3 % en 2011, tend à ralentir. Le nombre de départs en retraite au régime général, qui avoisinait ou dépassait 700 000 par an depuis 2007, diminuerait d'environ 10 % en 2011 pour se situer autour de 642 000. **L'entrée en vigueur de la réforme de 2010**, qui se traduit par le relèvement de l'âge légal de la retraite de quatre mois pour les assurés nés après le 1^{er} juillet 1951, **entraîne une réduction de 100 000 départs** par rapport à une situation sans réforme.

Par ailleurs, le nombre de départs anticipés pour carrière longue, qui a fortement diminué depuis 2009, se maintiendrait à un niveau bas, autour de 40 000. En conséquence, le nombre de retraités du régime général qui était de 12,9 millions en 2010 et dont l'évolution explique l'essentiel de la croissance des dépenses de prestations, augmenterait moins rapidement en 2011 qu'au cours des trois années précédentes, à savoir de 3 % au lieu de 3,5 % en moyenne sur la période 2008-2010. Ce ralentissement devrait se poursuivre jusqu'en 2018 au fur et à mesure de la montée en charge de la réforme.

- **L'évolution des prestations familiales** connaît depuis 2008 un profil heurté lié aux fortes variations du taux de revalorisation de la base mensuelle des allocations familiales d'une année à l'autre, en fonction des fluctuations de l'inflation. Cette revalorisation, qui avait été de 3 % au 1^{er} janvier 2009, a ensuite été nulle en 2010, puis de 1,5 % en 2011.

En volume, hors revalorisations, la tendance d'ensemble des prestations est une faible croissance, comprise entre 0 et 0,5 %. Elle recouvre des évolutions très différentes : baisse des allocations familiales mais progression toujours soutenue des aides à la petite enfance. Au total, **la masse des prestations familiales augmenterait de 1,7 % en 2011** après 0,4 % en 2010.

- **Les dépenses d'assurance maladie** qui ont connu un ralentissement marqué en 2010, à 2,7 % au lieu de 3,7 % en 2009, devraient progresser presque au même rythme en 2011, à **2,9 %**.

Pour 2011, la loi de financement de la sécurité sociale a fixé l'Ondam à 167,1 milliards d'euros. Les dépenses de soins de ville sont en augmentation assez forte sur les quatre premiers mois de l'année (3,5 % par rapport aux mêmes mois de 2010). Se sont en effet conjugués sur cette période les effets de la revalorisation de la consultation à 23 euros, d'un épisode épidémique et de reports de soins de la fin de l'année 2010.

Dans son avis publié fin mai, le comité d'alerte estime que des risques de dépassement modérés existent en 2011 aussi bien pour les soins de ville que pour les établissements de santé dont l'activité semble continuer de croître à un rythme soutenu. Cependant, **les mises de réserve de crédits opérées dès le début de l'année pour un montant total de 530 millions doivent permettre de couvrir ces dépassements s'ils se confirmaient.**

Avis du Comité d'alerte n° 2011-2
sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie
(30 mai 2011)

Après avoir analysé les informations disponibles et entendu les experts de l'administration et de la Cnam, le comité d'alerte estime que les tendances à l'œuvre et les mises en réserve de crédits opérées en début d'année doivent permettre de respecter l'objectif national de dépenses d'assurance maladie fixé pour 2011 à 167,1 Md€.

Cette prévision prend en compte le constat de l'année 2010 désormais disponible à travers les comptes des régimes. Elle repose sur une analyse des « effets de base » résultant de ce constat, ainsi que des évolutions du début de l'année 2011. Elle intègre une évaluation des taux de réalisation des économies prévues et des provisions constituées.

Le constat comptable de l'année 2010 confirme que l'Ondam a été respecté en 2010. Les dépenses se sont élevées à 162,0 Md€, soit 0,4 Md€ de moins que l'objectif fixé par la loi de financement pour 2010. L'écart à l'objectif de - 280 M€ pour les soins de ville tient pour partie à des facteurs exceptionnels (absence d'épidémie de grippe, faible consommation en décembre) et à des reports de dépenses sur le début de 2011. Pour les établissements de santé, la sous-exécution est de - 70 M€ : l'activité hospitalière sensiblement plus forte que prévu a été compensée par des annulations de crédits.

Dans le domaine des soins de ville, la répercussion partielle sur l'année 2011 de la sous-consommation de 2010 (l'effet-base), estimée à 100 M€, et l'inflexion de tendance de certains postes de dépenses, devraient faciliter le respect de l'objectif en 2011. En sens inverse, et comme les années précédentes, les économies nettes intégrées dans la construction de l'objectif ne seraient pas intégralement réalisées (mise en œuvre décalée de certaines mesures, rendement moindre prévu de la maîtrise médicalisée). Au total, le sous-objectif « soins de ville » pourrait être légèrement dépassé en 2011.

Dans les établissements de santé, l'activité pourrait à nouveau être plus forte que prévu en 2011, même si l'hypothèse de croissance en volume retenue pour la campagne tarifaire est plus élevée que les années précédentes. Les mises en réserve de crédits hospitaliers paraissent toutefois sécuriser la prévision d'un respect de l'objectif.

Au total, avant toute mise en réserve, des risques de dépassement modéré existent en 2011 aussi bien pour les soins de ville que pour les établissements. Les mises en réserve de dotations opérées dès le début de l'année (530 M€ au total) devraient permettre de couvrir ces surconsommations, si elles se confirmaient, et donc de respecter l'objectif.

Il n'y a donc pas lieu de mettre en œuvre la procédure d'alerte définie par l'article L. 144-4-1 du code de la sécurité sociale.

Le comité d'alerte
Jean-Philippe Cotis, Michel Didier, François Monier

Au total, même si la situation a commencé à s'améliorer en 2011, les comptes sociaux restent toujours très dégradés, ce qui rend absolument nécessaire une politique ambitieuse et résolue de retour à l'équilibre, comme le répète de plus en plus vigoureusement la Cour des comptes.

Or, le présent projet de loi de financement ne prévoit aucune solution ambitieuse pour amorcer le redressement de nos comptes et ainsi préserver notre modèle social.

II. 2012 : UN PLFSS QUI N'APPORTE PAS LES SOLUTIONS NÉCESSAIRES À LA SAUVEGARDE DU SYSTÈME

2012 s'inscrit dans la trajectoire générale de réduction des déficits publics à 4,5 % du PIB, après 5,7 % en 2011 et dans la perspective d'atteindre 3 % en 2013.

Le déficit du régime général serait de **13,9 milliards**, en diminution de 4,3 milliards par rapport à 2011.

Les **ressources progressent de 4,9 %**, sous l'effet d'une prévision de masse salariale dynamique, mais également du fait de **5,3 milliards d'euros de mesures nouvelles**.

Plusieurs d'entre elles ont déjà été adoptées, dans le cadre de la loi de finances rectificative du 19 septembre dernier, à hauteur de 2,9 milliards, avec notamment la hausse du taux de la taxe sur les contrats responsables et la majoration du taux du prélèvement social sur les revenus du capital. D'autres figurent dans ce projet de loi de financement : la hausse du forfait social, des réaménagements d'assiette pour la CSG, la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) et la taxe sur les véhicules de société, l'intégration des heures supplémentaires dans le calcul des allègements généraux, l'augmentation de la fiscalité sur les alcools. D'autres, enfin, sont inscrites dans le projet de loi de finances pour 2012, en particulier la taxe sur les boissons sucrées.

Une fois de plus, les mesures proposées se trouvent éparpillées entre les textes, ce qui rend **peu lisible**, sans doute à dessein, la politique du Gouvernement et très difficile une approche d'ensemble des comptes sociaux.

Mesures nouvelles sur les recettes

(en millions d'euros)

	Régime général	Tous régimes
Mesures nouvelles sur les recettes	5 580	6 173
Mesures de la LFR 2011	2 933	2 933
Passage de 12,3 % à 13,5 % du taux des prélèvements sociaux sur les revenus du capital	1 330	1 330
Réforme du régime d'imposition des plus-values immobilières	553	553
Passage à 7 % du taux réduit de taxe sur les conventions d'assurance dont bénéficient les contrats solidaires et responsables	1 050	1 050
Mesures du PLFSS 2012	1 853	2 330
Réintégration des heures supplémentaires dans le calcul des exonérations générales	600	600
Modification des règles d'abattement pour frais professionnels sur les assiettes CSG et CRDS	453	453
Augmentation de 2 % du taux du forfait social	410	410
Assujettissement à la CSG à 6,2 % du complément de libre choix activité	140	140
Harmonisation de l'assiette de la C3S et de la C3S additionnelle pour le secteur financier		38
Hausse des droits sur les boissons alcoolisées		340
Révision du barème de la taxe sur les véhicules de société		100
Renforcement de l'efficacité des recours contre tiers	100	100
Hausse de la taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires	150	150
Mesures du PLF 2012	120	120
Cotisation sur les boissons à sucre ajouté	120	120
Autres mesures	674	790
Hausse des prix du tabac	464	580
Alignement des assiettes et taux de cotisation des industries électriques et gazières sur le droit commun	210	210
Transferts	- 18	- 300
Plafonnement des compensations bilatérales maladie	100	
Intégration financière au régime général du régime spécial d'assurance maladie et invalidité de la CCIP (pas d'impact en 2012)		
Affectation au panier de compensation Tepas de la moitié du rendement de la mesure de réintégration des heures supplémentaires dans le calcul des exonérations générales	- 300	- 300
Impact des mesures sur les subventions d'équilibre du régime général aux autres régimes intégrés	182	
Economies de frais financiers	63	100
Dont économies pour la CCMSA du fait de la reprise par la Cades des déficits 2009-2010 de la branche vieillesse du régime des exploitants		37

Source : annexe 9 du PLFSS pour 2012

Les **dépenses augmentent de 3,3 %**. Le tableau ci-après présente une synthèse des mesures nouvelles pour 2012 en précisant leur impact financier. Il s'agit essentiellement de mesures d'économies, et pour leur majeure partie au titre de l'assurance maladie.

Mesures nouvelles 2012 sur les dépenses

(en millions d'euros)

	Régime général	Tous régimes
Mesures sur les dépenses d'assurance maladie	1 701	2 013
Mesures d'économies intégrées à l'Ondam 2012	1 851	2 163
Baisse de tarifs en biologie et en radiologie	145	170
Maîtrise médicalisée	469	550
Baisses de prix de produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux)	572	670
Mesures diverses sur le médicament (marges des grossistes répartiteurs, tarifs forfaitaires de responsabilité, déremboursement des médicaments à service médical rendu insuffisant)	85	100
Harmonisation du mode de calcul des indemnités journalières	196	223
Contrats de performance à l'hôpital	128	150
Convergence tarifaire ciblée	85	100
Optimisation des achats à l'hôpital	124	145
Mesure de lutte contre la fraude à l'hôpital et baisses de tarifs de la liste en sus	47	55
Mesures hors Ondam	- 150	- 150
Formation continue des professionnels de santé	- 150	- 150
Mesures nouvelles en dépenses pour le risque famille	- 10	- 10
Amélioration des aides à la garde pour les familles monoparentales ainsi que pour les parents handicapés	- 10	- 10
Réforme de l'allocation de soutien familial différentielle	0	0
Mesures nouvelles en dépenses pour le risque AT-MP	25	25
Majoration du transfert à la Cnam au titre de la sous-déclaration des accidents du travail	0	0
Réduction de 25 millions d'euros de la dotation au Fiva	25	25
Mesures nouvelles en dépenses pour le risque vieillesse	0	0

Le delta entre les progressions respectives des recettes et des dépenses permet la réduction du déficit de 4,3 milliards par rapport à 2011 et, selon la commission des comptes de la sécurité sociale, de plus de 6 milliards par rapport au tendanciel de dépenses.

A. UN CADRAGE MACRO-ÉCONOMIQUE INSUFFISAMMENT PRUDENT

1. Des hypothèses dépassées

L'annexe B du projet de loi de financement est bâtie sur des hypothèses macro-économiques identiques à celles du rapport économique social et financier annexé au projet de loi de finances pour 2012. En termes de croissance, elle retient une évolution du PIB de 1,75 % en 2012 et de 2 % par an à partir de 2013.

Elle s'appuie sur les hypothèses d'évolution économique (PIB, masse salariale et inflation) qui figurent dans ces documents et retient donc le scénario économique suivant :

Hypothèses d'évolution en moyenne annuelle sur la période 2011-2015

	2011	2012	2013-2015
Pib (en volume)	1,75 %	1,75 %	2 %
Masse salariale du secteur privé	3,7 %	3,7 %	4 %
Ondam (en valeur)	2,9 %	2,8 %	2,8 %
Inflation hors tabac	2,1 %	1,7 %	1,75 %

Comme lors des dernières années, la prévision ne comporte qu'un seul scénario. Elle distingue l'année 2012 des trois années suivantes et est établie, selon le texte de l'annexe, « *sur la base d'hypothèses macro-économiques prudentes* ».

Le scénario retenu s'inscrit dans le cadre de **la trajectoire de redressement des finances publiques** du programme de stabilité transmis à la Commission européenne au premier semestre 2011. Cette trajectoire fait passer les déficits de 5,7 % du PIB en 2011 à **4,5 % en 2012**, 3 % en 2013 et 2 % en 2014.

Pour les comptes sociaux, cela signifie une diminution par deux du déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base qui passeraient de 20,2 milliards en 2011 à 11 milliards en 2015.

Pour y parvenir, le Gouvernement mise sur **une croissance annuelle de 2 % du PIB à partir de 2013**. L'annexe ne justifie pas cette hypothèse cette année, soulignant seulement que « *la période quadriennale qui s'ouvre est marquée par des incertitudes sur l'environnement macro-économique international* ».

Pour **la masse salariale**, la prévision arrête une augmentation annuelle de 4 % à partir de 2013. Ce taux est moins ambitieux que celui inscrit dans l'annexe B d'il y a un an, qui tablait sur 4,5 % par an en moyenne de

2012 à 2014. Il est en phase avec les montants enregistrés au cours des dix années qui ont précédé la crise, c'est-à-dire de 1998 à 2007, où la progression moyenne de la masse salariale était alors de 4,1 % par an. Là encore, la prévision est justifiée par un effet de rattrapage des pertes considérables de croissance enregistrées en 2009-2010. Il est néanmoins précisé qu'elle suppose une bonne tenue de l'emploi et des salaires car la progression de la masse salariale envisagée sera supérieure à celle du PIB en valeur.

La dernière hypothèse, dont le respect promet d'être exigeant compte tenu des réalisations antérieures, est celle de **l'Ondam**. Celui-ci serait contenu à 2,8 % à partir de 2012 et jusqu'en 2015, ce qui impliquera obligatoirement des efforts très substantiels de maîtrise des dépenses. En effet, le taux de progression naturelle des dépenses est plutôt de l'ordre de 4 % ; il faudra donc réaliser au minimum **2 milliards d'économies par an** pour pouvoir atteindre ce but.

A partir de ce cadre général, **le rapport prévoit une décroissance progressive et encore modeste, entre 2012 et 2015**, du solde global négatif du régime général ainsi que de celui de l'ensemble des régimes obligatoires de base. Ceux-ci **diminueraient de 10 milliards d'euros** environ, pour atteindre **8,5 milliards** pour le régime général en 2015 et 11 milliards pour l'ensemble des régimes obligatoires de base. La branche maladie verrait sa situation s'améliorer, son déficit passant de 5,9 milliards à 2,5 milliards d'euros, soit un niveau pour la première fois inférieur à celui d'avant la crise où il s'établissait à 4,4 milliards en 2008. La branche vieillesse verrait sa situation s'améliorer progressivement, son déficit atteignant 4,6 milliards en 2015 au lieu de 6 milliards en 2012. La branche famille connaîtrait une amélioration légère de son déficit qui reviendrait à 2 milliards en fin de période.

Les tableaux ci-après fournissent le détail des évolutions prévues, à la fois pour le régime général et pour l'ensemble des régimes obligatoires de base.

**Prévisions d'équilibre par branche pour le régime général
au cours de la période 2009-2015**

(en milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Maladie	-10,6	- 11,6	- 9,6	- 5,9	- 5,1	- 3,9	- 2,5
AT-MP	- 0,7	- 0,7	0,0	0,1	0,2	0,3	0,6
Famille	- 1,8	- 2,7	- 2,6	- 2,3	- 2,6	- 2,3	- 2,0
Vieillesse	- 7,2	- 8,9	- 6,0	- 5,8	- 5,9	- 5,6	- 4,6
Toutes branches consolidées	- 20,3	- 23,9	- 18,2	- 13,9	- 13,3	- 11,5	- 8,5

**Prévisions d'équilibre par branche pour les régimes obligatoires de base
au cours de la période 2009-2015**

(en milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Maladie	- 10,4	- 11,4	- 9,6	- 5,9	- 5,0	- 3,8	- 2,3
AT-MP	- 0,6	- 0,7	0,1	0,2	0,2	0,4	0,6
Famille	- 1,8	- 2,7	- 2,6	- 2,3	- 2,6	- 2,3	- 1,9
Vieillesse	- 8,9	- 10,8	- 8,1	- 7,7	- 8,3	- 8,3	- 7,4
Toutes branches consolidées	- 21,7	- 25,5	- 20,2	- 15,7	- 15,5	- 13,9	- 11,0

L'annexe B présente également des prévisions sur la situation des organismes concourant au financement de la sécurité sociale.

A ce titre, le **FSV** verrait son déficit persister tout au long de la période, à plus de 2,8 milliards d'euros encore en 2015.

Selon le Gouvernement, cette trajectoire n'est qu'une étape vers l'atteinte de l'objectif plus général de l'équilibre financier des comptes de la sécurité sociale, dont le terme n'est cependant pas fixé.

2. Des conséquences non mesurées

Dans le cadre économique - particulièrement optimiste - posé à l'annexe B, les comptes du régime général restent déficitaires jusqu'au terme de la projection, en 2015, même si le déficit total se réduit, passant de 13,9 milliards en 2012 à 8,5 milliards en 2015. Pour y parvenir, un effort de maîtrise des dépenses est prévu afin de compenser la croissance tendancielle élevée des branches vieillesse et maladie. Mais cet effort ne sera à l'évidence pas suffisant au regard de l'ampleur des déficits programmés.

Bien entendu, ces projections sont très volatiles : il suffit de modifier l'une des hypothèses pour que les soldes présentés soient caducs. Par exemple, une progression de la masse salariale inférieure d'un point aux projections représente environ 2 milliards de déficits supplémentaires.

Sensibilité des résultats du régime général aux hypothèses de prévision
(valeur 2009)

(en millions d'euros)

	Cnam maladie	Cnam AT-MP	Cnaf	Cnav	Régime général
Masse salariale du secteur privé : impact d'une hausse de 1 % du taux de croissance	910	100	680	300	1 990
Dépenses maladie : impact d'une hausse de 1 % dans le champ de l'Ondam	1 340	40			1 380
Inflation : impact d'une hausse de 1 % de la revalorisation des prestations retraites et famille			270	910	1 180

Source : direction de la sécurité sociale

La sincérité des prévisions est pourtant devenue une priorité. **Il est donc urgent de revoir l'annexe B.**

Cette nouvelle rigueur s'applique d'ailleurs dans l'élaboration de l'Ondam : pour la première fois, le comité d'alerte a rendu un avis sur sa sincérité.

**Avis du Comité d'alerte n° 2011-3
sur l'élaboration de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie**

La loi de financement pour 2011 a modifié les textes relatifs au comité d'alerte en prévoyant qu'il rende désormais un avis, au plus tard le 15 octobre, sur l'objectif national d'assurance maladie proposé par le gouvernement dans le projet de loi de financement pour l'année suivante.

Le PLFSS propose de fixer l'Ondam pour 2012 à **171,7 Md€** (article 48 du projet), soit une progression de 2,8 % par rapport au montant prévisionnel des dépenses pour l'année 2011. Les sous-objectifs envisagés correspondent à un taux d'augmentation de 2,7 % pour les soins de ville et les établissements de santé et de 4,2 % pour les établissements médico-sociaux.

Il est utile de rappeler que, même si l'on est souvent amené à raisonner en termes de taux d'évolution, notamment dans la construction de l'objectif, l'Ondam et ses six sous-objectifs sont votés par le Parlement en montants (en milliards d'euros). La réalisation ou non de l'objectif ne peut s'apprécier que par rapport aux montants votés. Les taux d'évolution sont quant à eux dépendants de la réalisation de l'Ondam de l'année, mais aussi des dépenses de l'année précédente, dont le montant est encore incertain au moment de la fixation de l'objectif.

Le comité a examiné les évolutions en cours et les modalités d'élaboration de l'Ondam pour 2012.

La construction de l'objectif pour l'année à venir comporte trois étapes :

- d'abord l'estimation la plus précise possible des dépenses de l'année en cours (2011 en l'occurrence) qui constituent la « base » de l'élaboration de l'objectif pour l'année à venir ;

le montant de ces dépenses est corrigé de changements de périmètre éventuels ;

- ensuite la projection « tendancielle » des dépenses pour l'année suivante (2012) c'est-à-dire l'estimation des évolutions prévisibles avant toute mesure nouvelle d'économie ; elle intègre la progression estimée des volumes, les évolutions des tarifs et les effets reports des mesures antérieures ;

- enfin la détermination et l'explicitation des économies permettant de passer de cette évolution tendancielle au taux d'évolution cible proposé par le Gouvernement, c'est-à-dire en l'occurrence une augmentation des dépenses limitée à 2,8 % en 2012.

1/ Les dépenses de 2011

La construction de l'Ondam pour 2012 repose sur la prévision d'un strict respect de l'objectif en 2011, conforme aux analyses présentées dans le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale du 22 septembre.

Le comité n'a pas noté de risque significatif de dépassement de cet objectif. L'évolution des soins de ville constatée depuis le début de l'année est en ligne avec l'objectif ; pour les établissements de santé, une activité sensiblement plus forte que prévu pourrait se traduire par un dépassement de l'ordre de 300 M€ des dépenses financées par la T2A, mais celui-ci serait compensé par les mises en réserve de dotations faites en début d'année pour un montant total de 530 M€.

Les informations désormais disponibles jusqu'à fin août pour les remboursements de la Cnam et jusqu'à fin juillet pour l'activité des hôpitaux (source Atih) ne remettent pas en cause ces prévisions.

Les dépenses prévues pour 2011 et retenues comme base pour la construction de l'Ondam 2012 sont donc strictement égales en montant à celles qui ont été fixées il y a un an pour l'objectif d'ensemble (167,1 Md€) et les sous-objectifs.

Il convient toutefois de rappeler que l'Ondam ne peut être prévu à l'euro près. Les constats des années précédentes montrent que les estimations de septembre pour l'année en cours sont susceptibles d'être révisées significativement à la hausse comme en 2006 (+ 450 M€), en 2008 (environ 200 M€) et en 2009 (+ 100 M€), ou à la baisse comme en 2010 (- 600 M€), quand sont connues les dépenses définitives. La réalisation de l'Ondam pour l'année suivante est rendue plus difficile en cas de révision à la hausse de la base, et facilitée dans le cas contraire. S'agissant de l'année 2011, la prévision d'un montant de dépenses très proche de l'objectif voté est aujourd'hui la plus vraisemblable, mais elle peut encore être mise à mal, dans un sens ou dans l'autre, par divers événements (inflexions de comportement, épidémie, ...).

2/ La projection tendancielle

En 2012, l'évolution des dépenses avant mesures nouvelles d'économies - incluant les effets report sur 2012 de mesures 2011 mais aussi une provision pour des dépenses nouvelles - est globalement estimée à 4,1 % (contre 4,4 % dans la construction de l'objectif 2011).

Pour **les soins de ville**, la croissance spontanée des dépenses est estimée, à partir d'une analyse économétrique, à 4,3 %. La prise en compte des effets reports de 2011, ainsi que de provisions pour revalorisation des tarifs et risques, porte à 4,9 % la progression prévisionnelle pour 2012 des dépenses de soins de ville avant économies nouvelles. Ces évolutions marquent une légère inflexion par rapport à l'an dernier : elles étaient respectivement de 4,4 et 5,1 % dans la construction de l'Ondam 2011.

Pour **les établissements de santé**, le taux d'évolution des dépenses « avant mesures » est estimé à 3,3 %. Cette hypothèse s'inscrit dans le prolongement de l'évolution des années précédentes.

Enfin, le taux d'augmentation serait de 4,2 % pour **les dépenses médico-sociales**. Cette progression est supérieure à l'évolution prévue pour 2011.

L'estimation des évolutions tendancielle, avant mesures d'économies, est une opération délicate qui comporte une marge d'incertitude non négligeable pour certains postes. Un risque serait de sous-estimer ces évolutions dans la construction de l'Ondam : le montant d'économies nécessaire pour atteindre l'objectif serait alors lui-même sous-estimé ce qui induirait des risques de dépassement. Il ne semble pas que ce soit le cas pour 2012. Les évolutions tendancielle des dernières années sont crédibilisées par la reconstitution qui en a été faite a posteriori à partir des évolutions constatées et de l'estimation des économies. Le léger ralentissement retenu pour les soins de ville semble bien correspondre à une tendance de fond, portant notamment sur les dépenses de médicaments.

3/ Les économies

Ramener la progression des dépenses de 4,1 %, considérée comme étant leur augmentation tendancielle avant économies, à 2,8 %, taux retenu comme objectif, suppose la réalisation de 2,2 Md€ d'économies.

1,7 Md€ d'économies sont envisagées sur les dépenses de soins de ville, qui limiteraient leur croissance à 2,7 % en 2012.

Ces économies porteraient pour 1 070 M€ sur les produits de santé, se répartissant entre des baisses de prix (620 M€ sur les médicaments et 50 M€ sur les dispositifs médicaux), la maîtrise médicalisée (290 M€ sur les médicaments et 10 M€ sur les dispositifs) et des mesures diverses (marges des grossistes, tarifs forfaitaires de responsabilité, déremboursement de médicaments à SMR insuffisant) pour 100 M€.

Hors produits de santé, des économies sont prévues pour un total de 640 M€ avec des baisses de tarifs des professionnels de santé (170 M€), des efforts de maîtrise médicalisée (250 M€) et l'harmonisation des règles de calcul des indemnités journalières (220 M€) Quant aux établissements de santé, la fixation de leur sous-objectif à 2,7 % suppose 450 M€ d'économies.

Parmi ces économies, les baisses de prix comme la modification des règles de calcul des IJ ont une incidence assez mécanique sur les dépenses. Leur « rendement » devrait donc être assez proche de ce qui est annoncé, à condition bien sûr qu'elles soient mises en œuvre aux dates prévues. La marge d'incertitude est plus grande pour les mesures de maîtrise médicalisée, qui représentent environ 550 M€ soit le quart du plan d'économies envisagé pour 2012. Leur taux de réalisation a été variable selon les années, le plus souvent compris entre 60 et 80 %, avec toutefois une amélioration au cours des trois dernières années (85 % en 2010). Même si ces mesures, qui visent des changements de comportement, ont traditionnellement un rendement plus élevé dans le domaine du médicament, il est prudent de ne pas parier sur une réalisation à 100 % de ces économies.

Outre ce risque sur les soins de ville existe celui que l'activité hospitalière soit à nouveau plus forte que prévu en 2012, comme cela a été le cas chaque année depuis 2009. Son augmentation en volume (3,1 % sur les sept premiers mois de 2011) reste supérieure à l'hypothèse retenue pour la campagne tarifaire (2,4 %). Ce dépassement, s'il se poursuivait, pourrait toutefois être compensé jusqu'à un certain point par les mises en réserve de dotations qui devraient s'élever à au moins 515 M€ en 2012. Ces mises en réserve ont profondément modifié les conditions de réalisation de l'objectif et de prévision. Désormais, un dépassement de quelques centaines de millions d'euros peut être compensé par l'annulation de dotations et donc n'avoir pas d'incidence sur le dépassement de l'objectif d'ensemble. Ce pourrait être à nouveau le cas en 2012, comme les deux années précédentes, si les risques évoqués sur le taux de réalisation des économies et le volume de l'activité hospitalière se concrétisaient.

En conclusion le contrôle des éléments ayant permis l'élaboration de l'objectif national d'assurance maladie envisagé dans le PLFSS pour 2012 n'appelle pas de réserves du comité d'alerte sur la possibilité de respecter cet objectif.

Le Comité d'alerte

Jean-Philippe Cotis, Michel Didier, François Monier

B. LE REFUS DE METTRE À NIVEAU LES RECETTES

Si la commission insiste sur la nécessité de mettre à niveau les recettes, c'est d'abord parce que la Cour des comptes en a maintes fois souligné l'urgence, invoquant le caractère structurel des déficits notamment dû à une insuffisance de recettes.

Cela étant, la commission ne remet pas en cause l'impératif de la **maîtrise des dépenses**. Ce ne serait pas responsable, en particulier dans un contexte général de fortes tensions financières et dans le cadre d'un niveau de prélèvements obligatoires déjà élevé, pénalisant pour la compétitivité pour notre économie.

Toutefois, cette maîtrise doit être mise en œuvre de façon juste et équitable et avoir comme objectif une meilleure efficacité du système au profit de nos concitoyens.

1. Une politique d'ajustements ponctuels

Le Gouvernement persiste, cette année encore, dans sa politique de réajustements ponctuels des recettes.

L'inventaire rapide des mesures figurant dans le PLFSS en matière de recettes fait apparaître clairement qu'elles ne répondent à aucune stratégie d'ensemble et ne sont véritablement pas à la hauteur des enjeux.

Deux exemples peuvent être mis en exergue :

- **la hausse du forfait social**, qui augmente de deux points dans ce PLFSS, comme l'année dernière et comme l'année d'avant, ce qui le porte à 8 %, pour un gain de 410 millions. Or, cette politique des petits pas n'a plus lieu d'être. On ne compte plus les instances, l'inspection générale des finances par exemple, dans le rapport Guillaume de juin dernier, qui ont indiqué que ce forfait pouvait être relevé plus nettement ;

- **l'assujettissement à la CSG du complément de libre choix d'activité** versé aux foyers avec jeunes enfants, mesure censée rapporter 140 millions à la sécurité sociale. L'Assemblée nationale, unanime, l'a supprimé et la commission proposera de maintenir cette suppression. En effet, il ne lui paraît pas admissible de s'attaquer aux revenus des personnes en situation souvent difficile dans le contexte de crise actuel.

2. La nécessité d'une mobilisation accrue des recettes

Continuer à traquer les niches sociales et les diverses exemptions qui réduisent l'assiette sociale est une nécessité.

Cela étant, comme le dit avec force la Cour des comptes, ce ne sera pas suffisant et il conviendra inévitablement, à échéance rapprochée, de mobiliser de nouvelles recettes.

• Poursuivre la réduction des niches sociales

Ainsi que l'indique la Cour des comptes dans son rapport de juin 2011 sur les perspectives des finances publiques, plusieurs mesures peuvent être envisagées et elle suggère même de **réduire de 10 milliards** le coût des niches sociales en retenant notamment les mesures suivantes :

- la révision du seuil d'exonération des indemnités de rupture des contrats de travail qui pourrait se traduire par un gain de l'ordre de milliards et une hausse complémentaire des prélèvements sociaux sur les retraites chapeau pour un gain d'environ un milliard ;

- la mobilisation des aides publiques au financement de la couverture maladie complémentaire qui représentent 4, milliards en y incluant les dépenses fiscales des contrats collectifs, qui sont coûteuses et posent des problèmes d'équité.

• Mobiliser de nouvelles recettes

Dans son rapport, la Cour des comptes évoque deux pistes d'augmentation de recettes :

- le relèvement du forfait social à 19 % qui accroîtrait d'environ 4 milliards les ressources du régime général. L'extension de son assiette pourrait en outre rapporter un milliard supplémentaire ;

- l'alignement du taux maximal de la CSG sur les retraites, qui est de 6,6 % actuellement, sur le taux de droit commun, soit 7,5 %, qui rapporterait de l'ordre d'un milliard.

- Les trois priorités de la commission

La stratégie qu'il conviendra de définir pour mettre à niveau les recettes de la protection sociale pourrait reposer sur **trois piliers** :

- la suppression de mesures coûteuses et inefficaces, telles que les exonérations sur les heures supplémentaires de la loi Tepas ;

- la poursuite de la révision des niches sociales car il reste de vraies marges : hausse du forfait social, *stock-options*, attributions gratuites d'actions, retraites chapeau, indemnités de rupture ;

- la mobilisation de nouvelles recettes, par exemple en recherchant un meilleur ciblage des allègements généraux de cotisations sociales.

Pour chacun de ces axes, la commission propose, par la voie d'amendements, des mesures destinées à amorcer un vrai redressement des comptes sociaux.

C. LA POURSUITE DE L'ACCUMULATION D'UNE DETTE SOCIALE

1. Une dette doublée en cinq ans

En 2011, la Cades aura financé un transfert de dettes de près de 65 milliards d'euros.

Au 31 décembre 2011, la dette qu'elle aura amortie par la Cades depuis sa création atteindra 59,3 milliards. La dette restant à amortir à cette date s'élèvera alors à 140,6 milliards, étant entendu que ce chiffre ne tient pas compte les dettes à reprendre au titre de la branche vieillesse au cours des années 2012 à 2018.

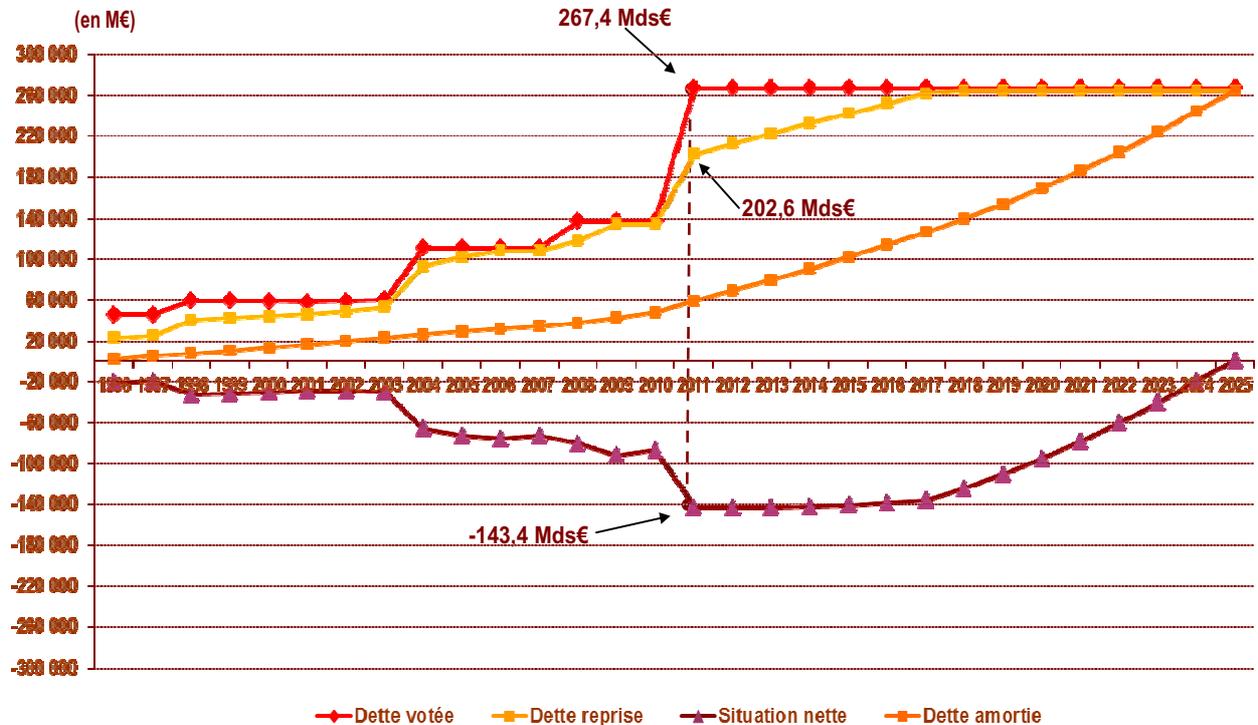
Amortissement de la dette reprise par la Cades

(en millions d'euros)

Année de reprise de la dette	Dette reprise cumulée	Estimation amortissement de l'année	Estimation amortissement cumulé	Situation nette (dette restant à rembourser au 31 décembre de l'année)
1996	23 249	2 184	2 184	21 065
1997	25 154	2 907	5 091	20 063
1998	40 323	2 444	7 535	32 788
1999	42 228	2 980	10 515	31 713
2000	44 134	3 226	13 741	30 393
2001	45 986	3 021	16 762	29 224
2002	48 986	3 227	19 989	28 997
2003	53 269	3 296	23 285	29 984
2004	92 366	3 345	26 630	65 736
2005	101 976	2 633	29 263	72 713
2006	107 676	2 815	32 078	75 598
2007	107 611	2 578	34 656	72 955
2008	117 611	2 885	37 541	80 070
2009	134 611	5 260	42 801	91 810
2010	134 611	5 135	47 936	86 675
2011 (p)	199 911	11 372	59 308	140 603
2012 (p)	212 378	11 091	70 399	141 979

Le graphique suivant retrace l'évolution de la dette sociale depuis la création de la Cades en 1996.

La dette votée, reprise et amortie après la reprise de dette



*

L'opération de reprise de dette était sans doute indispensable car il n'était naturellement plus possible de la maintenir dans les comptes de l'Acoss dont ce n'est pas la mission. Toutefois, il n'était pas obligatoire de régler cette question par un allongement de la durée de vie de la Cades. Celui-ci a en effet eu pour effet de remettre en cause une règle que le législateur organique avait fixée pour éviter de reporter sur les générations futures le poids des dettes actuelles.

La commission des affaires sociales du Sénat avait alors plaidé, lors de l'examen du projet de loi de financement pour 2011, en faveur d'une hausse de la CRDS pour financer la reprise de dette. Cet impôt présente en effet l'avantage d'être lisible et de reposer sur une assiette large couvrant l'ensemble des revenus.

Ce débat n'est cependant pas clos. En effet, d'autres reprises de dettes seront nécessaires pour prendre en charge les déficits qui interviendront à partir de 2012, seuls les déficits de la branche vieillesse jusqu'en 2018 étant en effet couverts par la reprise votée en 2010.

Le Parlement sera donc amené à débattre à nouveau des ressources à affecter à la Cades pour faire face à ces reprises. **Il devra faire preuve de responsabilité pour s'interdire de reporter encore et toujours la dette sur les générations futures.**

2. Une absence de volonté pour traiter les nouvelles dettes

En dépit des débats tenus voici un an, le Gouvernement ne semble toujours pas prêt à traiter la question des dettes accumulées.

Deux exemples peuvent être pris dans le cadre du projet de loi de financement pour 2012 :

- **la dette de la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles.** Celle-ci atteindra 3,8 milliards d'euros à la fin de 2011. Seuls 2,5 milliards, soit une partie seulement, seront transférés à la Cades, sans doute pour profiter de la hausse mécanique des recettes de CSG et de CRDS affectées à la Cades, résultant des aménagements d'assiette.

La logique est difficile à comprendre d'autant plus que le Gouvernement prévoit aussi d'affecter un peu plus de droits alcools au régime agricole, ce qui lui permettrait de couvrir un tiers de son déficit. Mais, ce faisant, d'une part, il n'apporte qu'une solution très partielle au déficit de ce régime, d'autre part, il ponctionne des recettes de la Cnam, arguant du fait que celle-ci disposera de nouvelles recettes par ailleurs, grâce au PLFSS... Comment peut-on, en toute responsabilité, se livrer à un tel jeu de bonneteau ?

- **la couverture des déficits des branches maladie et famille pour 2012.** Là encore, rien n'est prévu et si les prévisions sont respectées, l'année s'achèvera avec 8,2 milliards d'euros de déficits à financer. Le Gouvernement n'a-t-il pas encore déterminé s'il les transférera vers la Cades, mais cela exigera l'affectation à la caisse d'une recette pour en assurer le remboursement, ou s'il les laissera dans les comptes de l'Acoss en attendant de trouver une solution.

Pour votre commission, cette politique de court terme n'est plus acceptable. Les enjeux sont trop graves. **Il n'est plus possible de continuer à fabriquer de la dette à partir de dépenses courantes.**

Avec la crise, les déficits sociaux ont atteint des sommets : plus de 70 milliards, en trois ans, pour le régime général et le FSV. La dette sociale a doublé depuis 2007 et elle est transférée, sans états d'âme, à nos enfants et petits-enfants. Comment nous jugeront-ils ?

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I. AUDITIONS DES MINISTRES

Audition de Valérie PÉCRESSE, ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat

Réunie le mardi 18 octobre 2011, sous la présidence d'Annie David, présidente, la commission procède à l'audition de Valérie Pécresse, ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

Valérie Pécresse, ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat. - Je salue votre nouvelle commission et félicite les nouveaux élus. J'adresse mes félicitations les plus vives à votre nouvelle présidente, Annie David, qui connaît parfaitement les questions que vous abordez. Je salue Muguette Dini, qui a assumé avec talent cette lourde charge, avec le soutien d'Alain Vasselle, et me réjouis de voir une femme lui succéder : la Haute assemblée demeure exemplaire dans ce domaine. Je suis sûre que ce point de continuité ne sera pas le seul. Car le Sénat, c'est un autre ton, une autre manière de légiférer, faite de recul, de respect et de responsabilité. Sans doute nos positions ne seront elles pas toujours convergentes, mais je suis certaine que le Sénat continuera à apporter sa marque au travail parlementaire, quelle que soit la couleur du Gouvernement. Je souhaite également beaucoup de succès à votre nouveau rapporteur général, Yves Daudigny.

Le 24 août dernier, le Gouvernement a réaffirmé un choix clair : celui de tenir le cap de notre trajectoire de réduction des déficits publics, malgré la conjoncture, pour atteindre 5,7 % en 2011, 4,5 % en 2012 et 3 % en 2013, conformément à nos engagements européens.

Notre stratégie constante repose sur trois piliers : d'abord, la maîtrise des dépenses publiques par des réformes de fond ; ensuite, le soutien de la croissance, avec un investissement sans précédent dans l'innovation ; enfin, l'augmentation des recettes, par la réduction de niches fiscales et sociales, et des prélèvements ciblés.

Cette stratégie vaut aussi pour les administrations de sécurité sociale. Il faut mettre fin à la hausse incontrôlée des dépenses dont on prétend parfois, contre toute évidence, qu'elle serait le prix à payer pour préserver notre modèle social. Or un Etat qui protège, c'est d'abord un Etat solide, un Etat dont les bases financières sont saines. Notre système de protection sociale ne peut reposer sur un déficit permanent qui finira pas n'être plus tenable.

Nous agissons donc, en suivant une stratégie qui porte ses fruits. Ce PLFSS, c'est le budget du rétablissement : nous aurons deux ans d'avance sur nos objectifs de réduction des déficits. Il s'inscrit dans la continuité de l'effort historique de maîtrise des dépenses engagé depuis quatre ans, à commencer par la réforme des retraites, qui se traduit dès 2012 par 5,6 milliards d'économies.

Cet effort, nous allons le poursuivre et l'amplifier. Pour la deuxième année consécutive, nous respecterons l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), ce qui n'avait jamais été fait depuis sa création en 1997. Ces résultats, nous les devons à des réformes structurelles : rénovation de la gouvernance des hôpitaux, création des agences régionales de santé (ARS), nouveaux modes de régulation des soins de ville, politique du médicament. Elles nous ont par exemple permis de réduire le déficit des hôpitaux de 475 millions d'euros en 2007 à 185 en 2010. Aujourd'hui, dix centres hospitalo-universitaires présentent des comptes à l'équilibre, contre deux en 2007.

Nous poursuivons cette politique de maîtrise des dépenses en limitant à nouveau l'Ondam à 2,8 % pour 2012. Cela suppose de réaliser 2,2 milliards d'euros d'économies par rapport à la tendance spontanée de progression des dépenses. Le comité d'alerte a jugé la construction de l'Ondam pour 2012 crédible. Nos efforts porteront en priorité sur les produits de santé et sur l'amélioration du fonctionnement de notre système de soins.

Nous avons démontré que l'on pouvait contenir la progression des dépenses de santé en maintenant un très haut niveau de soins et de protection. Nos médecins, nos hôpitaux font notre fierté. En France, toute personne, quels que soient ses moyens ou son origine, peut recevoir les soins les plus avancés, aussi coûteux soient-ils. C'est cette exception française que nous voulons préserver.

Le PLFSS transcrit une partie du plan anti-déficit annoncé le 24 août. Preuve de notre réactivité, nous avons immédiatement adapté les recettes aux nouvelles prévisions de croissance, afin de tenir nos objectifs. Les mesures annoncées par le Premier ministre se traduiront par 6 milliards d'euros supplémentaires pour la sécurité sociale. Après le collectif de septembre, PLF et PLFSS porteront la deuxième moitié de l'effort, à l'exception de l'augmentation des prix du tabac, qui est de niveau réglementaire.

En matière de recettes, nous restons fidèles à trois principes. Tout d'abord, la réduction des niches fiscales et sociales, pour 4 milliards environ. Nous mettons fin à des dérogations qui n'ont plus lieu d'être : à la suppression de l'exonération partielle sur la taxe sur les conventions d'assurance (TSCA), déjà adoptée, s'ajoutent des mesures relatives à la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), au forfait social, aux cotisations dans les industries électriques et gazières ou bien encore à la CSG.

Deuxième principe : le recours, dans un esprit d'équité, à des prélèvements ciblés. Les grands groupes et les ménages aisés supporteront 82 % de l'effort prévu par le plan du 24 août. Nous demandons plus aux plus aisés, avec l'augmentation des prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine ou la réforme de l'abattement sur les plus-values immobilières. Ces mesures rééquilibrent les contributions respectives des revenus du patrimoine et du travail au financement de notre protection sociale, conformément à l'exigence de solidarité sur laquelle repose notre système. Depuis quatre ans, nous avons pu joindre les actes à la parole : pour preuve, la création du forfait social. Cette exigence d'équité est au cœur du PLFSS. La rétrospective sur cinq ans à laquelle j'ai procédé montre que grâce à vingt-cinq mesures, les plus gros revenus paieront 2 milliards de plus en 2012, réforme de l'ISF incluse.

Troisième principe, la fiscalité comportementale, avec l'augmentation des prix du tabac, la hausse de la fiscalité sur les alcools forts ou encore la taxe sur les boissons à sucre ajouté, qui figure dans le projet de loi de finances. C'est un choix que nous assumons pleinement. Les taxes sur les comportements à risque sont un outil efficace de prévention et de responsabilisation, y compris quand leur montant est faible. C'est en changeant les comportements que nous contribuerons, sur le long terme, à la maîtrise des dépenses de santé.

Cette politique produit des résultats. La réforme des retraites, le respect de l'Ondam et le dynamisme des recettes nous ont permis de ramener le déficit prévisionnel du régime général pour 2011 à 18,2 milliards, soit 5,7 milliards de moins qu'en 2010, 2,7 milliards de moins que les prévisions de la LFSS initiale. Nous ferons mieux encore en 2012. La loi de programmation des finances publiques fixait un objectif de 16,3 milliards en 2014 : nous le dépasserons dès 2012, en ramenant le déficit du régime général à 13,9 milliards. Le déficit de l'assurance maladie sera légèrement inférieur à 6 milliards, contre 11,6 milliards en 2010. Entre 2010 et 2012, nous serons parvenus à réduire de 40 % le déficit du régime général et à diviser par deux celui de la branche maladie.

La constance et le courage paient : ils nous ont permis de rompre avec la progression incontrôlée des dépenses. Il n'y a, à mes yeux, aucune autre stratégie crédible. Les recettes sont un complément, elles ne peuvent être le point de départ de la lutte contre les déficits. Le redressement des comptes sociaux que nous avons engagé est durable. Plutôt que d'augmenter massivement les recettes ou de dégrader la qualité des soins ou le niveau des

prestations, nous avons préféré réformer en profondeur, pour assainir les fondations financières d'un système dont la qualité exceptionnelle bénéficie à tous. Le reste à charge pour les ménages a encore diminué, passant de 9,7 % en 2008 à 9,4 % en 2010. C'est l'un des taux les plus bas au monde, pour une qualité de soins parmi les plus élevées. C'est ce modèle que nous préservons, avec le PLFSS pour 2012.

Annie David, présidente. - *Vous avez évoqué trois piliers. Le recours à des recettes supplémentaires ? D'accord. La croissance ? A voir... La maîtrise des dépenses publiques ? Pas au détriment des patients !*

Yves Daudigny, rapporteur général. - *Le Gouvernement a revu à la baisse l'hypothèse de croissance qui sous-tend les projets de loi de financement et de finances pour 2012, la ramenant de 2,25 % à 1,75 %. Or, la dégradation de la conjoncture mondiale et les difficultés de la zone euro conduisent nombre d'économistes à tabler plutôt sur une hypothèse de 1,4 % ou 1,2 %, voire 1 %. Dans ces conditions, comment respecter les objectifs du PLFSS ? Allez-vous proposer de nouvelles mesures de recettes ou d'économies d'ici la fin de la discussion du PLFSS ? Les autres hypothèses retenues pour 2012 - progression de la masse salariale de 3,7 %, inflation de 1,7 % - sont également contestées. Le Gouvernement pourrait-il présenter des scénarios alternatifs, afin d'éclairer le Parlement sur les conditions du respect de la trajectoire du retour à l'équilibre ?*

La loi de financement pour 2011 a organisé un transfert de dette sans précédent à la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) : avec 130 milliards, celle-ci a vu doubler la somme à rembourser. Mais les déficits continuent de s'accumuler. Pour la Cnav et le fonds de solidarité vieillesse (FSV), la question a été traitée l'année dernière, par une reprise organisée jusqu'en 2018. En revanche, rien n'a été prévu pour les branches maladie et famille. Qu'envisage le Gouvernement ?

Aucune solution pérenne n'est apportée au déficit structurel de la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles. Une reprise de dette est certes envisagée pour 2009 et 2010, mais quid de 2011 et 2012 ? La nouvelle recette affectée au régime ne couvrira qu'un tiers du déficit prévu. Pourquoi n'a-t-on plus recours à la solidarité nationale qui assurait l'équilibre des comptes via une subvention budgétaire ?

Plusieurs études récentes, ainsi que le rapport de la Cour des comptes, témoignent de la difficulté qu'ont nombre de nos concitoyens à accéder à la couverture complémentaire. Le collectif de septembre a doublé le taux de la taxe sur les conventions d'assurance applicable aux contrats responsables. Les mutuelles assurent qu'elles devront augmenter leurs tarifs, reportant la charge sur les assurés. Or, selon le Gouvernement, il n'y a pas lieu d'augmenter les cotisations, les mutuelles disposant de réserves importantes... Avez-vous des éléments plus précis sur l'état des comptes des mutuelles ?

Le Gouvernement a annoncé une amélioration de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire. En quoi consistera-t-elle ? La Cour des comptes fait valoir que cette aide profite à peu d'assurés alors que certains salariés de grandes entreprises bénéficient d'effets d'aubaine grâce aux exonérations de charges dont sont assortis les contrats collectifs négociés par les entreprises. Ne faudrait-il pas revoir ces aides, à la fois coûteuses - 4,3 milliards - et insuffisamment ciblées sur les assurés qui en ont le plus besoin ?

Valérie Pécresse, ministre. - *Le Gouvernement a pris l'engagement intangible de réduire les déficits publics : il en va de la crédibilité de la France. Nous devons prouver que nous sommes sur le chemin du désendettement. Or on ne commence à se désendetter qu'en deçà de 3 % de déficit. Vu les chiffres alarmants du deuxième trimestre, le Premier ministre a décidé en août de ramener la perspective de croissance à 1,75 %. Il ne paraît pas nécessaire de la revoir à nouveau à la baisse. Quoique nous traversions une zone de turbulences, nous espérons que les questions de la Grèce et de la solidité de la zone euro trouveront leur solution lors du Conseil européen du 23 octobre, et que celui-ci sera suivi d'un rebond de croissance. Le PLF et le PLFSS tiennent toutefois avec une croissance de 1,5 %. Si celle-ci était moindre, nous prendrions toutes les mesures nécessaires pour tenir les soldes que nous vous présentons, et qui nous engagent.*

La Cades a en effet repris la dette de la Cnav et du FSV jusqu'en 2018. Pour les branches maladie et famille, nous privilégions la réduction des déficits plutôt que leur reprise.

Le Gouvernement a beaucoup fait pour favoriser l'accès des ménages défavorisés à une couverture complémentaire. La CMU-c couvre désormais 4,3 millions de personnes. L'aide à la souscription d'une mutuelle complémentaire a été étendue aux ménages modestes au-dessus du seuil de la CMU-c, et concerne 680 000 personnes. Le plafond de ressources pour en bénéficier a été augmenté de 12 % entre 2010 et 2012. Il a doublé pour les seize à vingt-quatre ans, et augmenté de 100 euros par an pour les cinquante à cinquante-neuf ans. En tout, le nombre de bénéficiaires a augmenté de 70 % depuis 2005 !

Les Français seraient moins bien remboursés ? C'est faux ! La commission des comptes de la santé indique que le reste à charge a diminué entre 2008 et 2009, et encore en 2010.

Les mutuelles peuvent faire face à la suppression de l'avantage fiscal sur les contrats solidaires et responsables. La défiscalisation visait à encourager la souscription de tels contrats, qui ne tiennent pas compte de l'état de santé et ne remboursent pas la franchise d'un euro. Ils représentent aujourd'hui 90 % des contrats des assurances complémentaires : la défiscalisation n'est donc plus justifiée.

Quand l'Etat tient l'Ondam en deçà des 3 %, les mutuelles réalisent des économies substantielles. Entre 1997 et 2002, l'Ondam était fixé à un taux bas mais systématiquement dépassé, pour atteindre 5,5 %, ce qui entraînait une augmentation des dépenses des mutuelles. Aujourd'hui, nous faisons économiser 11 milliards d'euros à l'assurance maladie. En outre, l'augmentation des dépenses de l'assurance maladie est constituée à 80 % par les affections de longue durée (ALD), qui sont prises en charge à 100 % par la sécurité sociale : ce ne sont donc pas les mutuelles qui payent. Le ministre de la santé vous le redira : les mutuelles ont les moyens d'absorber le réaligement de la fiscalité. La GMF a d'ailleurs annoncé qu'elle n'augmenterait pas ses tarifs. L'esprit mutualiste, c'est de restituer les bénéfices, or certaines mutuelles les ont mis en réserve, bien au-delà des exigences prudentielles. Elles ne doivent pas répercuter la hausse de la TSCA sur leurs assurés.

Nous ne supprimons pas les aides fiscales à la signature par les entreprises de contrats de complémentaire-santé pour leurs salariés, car la plupart de ces contrats sont issus du dialogue social et s'inscrivent dans une politique salariale et professionnelle d'ensemble que nous ne voulons pas remettre en cause. Nous faisons porter l'effort sur l'acquisition de l'aide à la complémentaire pour les ménages modestes. Nous ferons un geste supplémentaire en la matière, que Xavier Bertrand vous détaillera.

Pour soulager la trésorerie de la MSA, nous reprenons la dette pour 2009-2010, et lui affectons 400 millions d'euros de recettes nouvelles dans le PLFSS. Cela doit lui permettre de se financer normalement pour les trois années à venir.

Ronan Kerdraon, rapporteur pour le secteur médico-social. - *Votre optimisme, proche de l'autosatisfaction, n'est-il pas excessif, sachant que les économistes tablent sur une croissance de 1,4 % au plus ? Des économies, pourquoi pas, mais cela ne constitue pas une politique ! Vous ne proposez pas de réforme structurelle. Taxer les sodas - Coca-Cola ou, dans ma région, Breizh Cola -, ce n'est pas une politique contre l'obésité !*

Votre politique en matière d'indemnités journalières ? Vous semblez considérer les malades comme des fraudeurs potentiels et stigmatisez les patients.

Le PLFSS consacre l'abandon de la grande réforme de la dépendance, pourtant promise par Nicolas Sarkozy, qui devait être l'alpha et l'oméga de la politique du médico-social ! Ce PLFSS se traduit par un recul des droits des patients et de l'accès aux soins : on se contente de faire des économies aux dépens des malades.

Enfin, j'ai interrogé les mutuelles de mon département : elles n'ont nullement les moyens de faire face à la hausse de la fiscalité et ce sont les mutualistes qui paieront !

Laurence Cohen. - *Il faut faire des économies, dites-vous, mais vous les faites sur le dos des malades ! Vous dites réaliser des efforts en direction des plus fragiles, or de plus en plus de personnes renoncent aux soins. En tant qu'orthophoniste, je parle en connaissance de cause. Avez-vous des chiffres précis sur ces renoncements aux soins ?*

Le Gouvernement prône la convergence entre hôpital public et privé, sur la base de comparatifs de coûts. Or l'Igas démontre, dans un rapport de 2006, que ces comparatifs ne sont pas valables : on ne prend pas en compte le coût des urgences hospitalières, les tarifs des cliniques n'incluent pas les honoraires des médecins... Le rapport 2009 du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie évalue à 400 millions les dépassements d'honoraires dans les cliniques privées en 2007, contre 100 millions à l'hôpital public, et les cliniques n'intègrent pas le reste à charge supporté par les patients. La convergence, prévue pour 2018, ne vise-t-elle pas surtout à justifier la réduction des budgets des établissements publics de santé ? S'agit-il, comme le prétend la fédération hospitalière privée (FHP), qui intente une action contre l'Etat, d'un financement discriminatoire portant atteinte aux conditions d'un marché concurrentiel ?

Enfin, prévoir un Ondam de 2,8 %, n'est-ce pas obliger les établissements publics de santé à creuser leurs déficits ?

Christiane Demontès, rapporteure pour l'assurance vieillesse. - *Je souscris aux analyses de mes collègues. Nombre de nos concitoyens accèdent difficilement aux soins. Dans ma commune, de plus en plus de personnes n'ont pas de mutuelle.*

Pour réduire les déficits, il faut réduire les dépenses, assurez-vous. C'est votre choix. Quant à nous, nous pensons qu'il faut aussi agir sur les recettes, via l'ISF et les niches fiscales et sociales. Vos mesures sont purement cosmétiques !

Le cadrage financier de la réforme des retraites reposait sur l'hypothèse d'une baisse du chômage, qui ne s'est pas vérifiée. Les déficits de la Cnav et du FSV ont été repris par la Cades, mais qu'en est-il de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) ? Son déficit s'élèvera à 650 millions en 2012 alors qu'elle reverse 600 millions d'euros par an à l'Etat au titre des cotisations des fonctionnaires de l'Etat transférés aux collectivités. Comment financer ce déséquilibre ?

Les différents dispositifs d'épargne-retraite, qui coûtent 2,4 milliards aux finances publiques, créent un effet d'aubaine pour les foyers à revenus élevés. La Cour des comptes suggère de réduire l'incitation à l'épargne-retraite individuelle pour les hauts revenus et de la réorienter sur les plus modestes. Allez-vous suivre ses préconisations ?

Alain Milon. - *La FHP dit clairement que la T2A a permis de réduire les déficits des hôpitaux sans toucher à la qualité des soins, et d'avoir une meilleure vision de l'équilibre budgétaire. Les déficits cumulés des hôpitaux*

ont été ramenés à 130 millions d'euros. Ce que craint la FHF, c'est la convergence intersectorielle, qui doit être mise en place d'ici 2018. Cette convergence vous semble-t-elle envisageable ?

Les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) servent souvent à combler les déficits des hôpitaux, au lieu d'être sanctuarisées.

Selon Yves Bur, rapporteur du PLFSS à l'Assemblée nationale, le coût des fraudes à la sécurité sociale et des doublons dans les hôpitaux s'élèverait à plusieurs milliards d'euros. Confirmez-vous ces chiffres ?

Enfin, si le projet de loi sur la dépendance a été abandonné, je rappelle que l'Ondam médico-social personnes âgées est élevé : 6,3 %.

Michel Vergoz. - *A l'heure où l'on recherche des recettes nouvelles, le Gouvernement se montre pourtant fort dispendieux. L'exonération des heures supplémentaires, étendard du « travailler plus pour gagner plus », se révèle aussi coûteuse qu'inefficace. Allez-vous persévérer dans l'erreur ?*

Isabelle Pasquet, rapporteure pour la famille. - *Madame la ministre, je m'interroge : la réduction du déficit, qui inspire ce PLFSS pour 2012 dans la droite ligne des déclarations du Premier ministre du 24 août dernier, doit-elle être un objectif en soi ? Je crains que l'on ne réponde plus aux besoins de nos concitoyens. Ensuite, pourquoi retenir des prévisions de croissance différentes de celles de la plupart des experts ? Vos explications ne m'ont pas convaincue. Enfin, permettez-moi de croire qu'il existe d'autres stratégies valables pour financer notre protection sociale. Vous ne proposez aucune mesure structurelle dans ce projet de loi quand il faudrait faire preuve de moins de timidité dans la recherche de recettes nouvelles. L'augmentation du forfait social, porté de 6 % à 8 %, est insuffisante. Nous proposerons, comme Marie-Anne Montchamp l'avait fait à l'Assemblée nationale il y a deux ans, qu'il soit mis au niveau des cotisations sur les salaires.*

Isabelle Debré. - *Je reviens sur les doublons. En préparant mon rapport sur les mineurs étrangers isolés, j'avais constaté qu'une même personne pouvait faire l'objet de plusieurs tests d'âge par radiographies dans différents départements. La question n'est pas de dépenser plus ou de dépenser moins, mais de dépenser mieux. Il y va d'ailleurs de la santé publique : pourquoi multiplier les examens pour une même pathologie ? Peut-être le dossier médical personnel permettra-t-il de rationaliser les soins.*

Valérie Pécresse, ministre. - *D'abord, les taxes comportementales, que M. Kerdraon a fortement critiquées : elles sont tout à fait cohérentes dans une logique de prévention. D'après les études de l'OMS, le lien entre tabac, alcool fort et cancer, de même qu'entre consommation régulière de sodas et diabète est avéré. Pour être à l'origine du plan recherche sur l'obésité, je veux rappeler que ces boissons viennent en « plus » du régime de base et qu'elles favorisent l'obésité, notamment chez l'enfant. Certes, ce n'est pas le seul produit dans ce cas. La taxe peut être élargie, travaillons-y ensemble.*

Cette taxe préventive n'a rien d'un gadget quand les pays du Nord et les Etats-Unis, pays qui voit son espérance de vie reculer pour la première fois du fait de l'obésité, l'ont adoptée. Au contraire, elle constitue un signal fort aux familles comme aux fabricants. Dans les années 2000, nous avons augmenté les prix du tabac et supprimé les produits sucrés dans les distributeurs automatiques des lycées. Continuons à prendre nos responsabilités ! J'y insiste car la commission des affaires sociales devrait être sensible à cet argument de santé publique.

Aucune réforme structurelle ? Faux ! Prenons la politique du médicament. La baisse de tarifs - 670 millions dans ce texte - est indispensable dans un pays où les médicaments sont trop chers et prescrits en trop grand nombre. Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles permet de contrôler la pertinence des prescriptions des généralistes au regard des pathologies. Autres éléments structurels de la réforme, la convergence tarifaire et la réforme des hôpitaux.

L'harmonisation des indemnités journalières est une mesure de clarification qui pèsera essentiellement sur les entreprises. Quatre ou cinq modes de calculs selon qu'il s'agit de la maternité, d'une maladie ou d'un accident du travail, n'était-ce pas aberrant ?

Le report de la réforme de la dépendance ? Avec 1 700 milliards de dette, notre priorité est la réduction du déficit. Je veux le dire clairement à Mme Pasquet. Inutile de se renvoyer la responsabilité de la dette : d'après la Cour des comptes, 50 % sont liés à l'héritage de 2007, dont nous sommes tous comptables, 40 % à la crise, au plan de relance et aux stabilisateurs sociaux. Je l'affirme avec solennité devant vous : pas une maille du filet de protection sociale n'a été distendue durant la crise. Au contraire ! Depuis le début du quinquennat, nous avons augmenté les dépenses sociales de 37 % avec la création du RSA, la revalorisation de l'allocation pour adulte handicapé (AAH) et du minimum vieillesse de 25 % en cinq ans. Grâce à ces stabilisateurs sociaux, les Français ont moins souffert que les autres. Il faut le porter au crédit du Gouvernement qui a su faire des réformes courageuses, telle celle des retraites, pour sauvegarder notre système de protection sociale. Autre raison pour laquelle nous n'aurons pas de plan dépendance dès cette année : nous devons mener une réflexion en amont avec tous les acteurs - vous y reviendrez avec Roselyne Bachelot et Marie-Anne Montchamp. Pour autant, nous réalisons un effort considérable sur le secteur médico-social : son Ondam progresse de 4,2 % avec, entre autres, 600 millions supplémentaires pour le plan handicap, 50 millions pour l'aide à l'investissement et 140 millions pour la médicalisation des établissements accueillant les personnes âgées et handicapées, sans parler des ressources dégagées pour la création de cent nouvelles maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (Maia).

J'en viens à la population renonçant à des soins. Désolée, madame Cohen, les chiffres de la commission des comptes de la santé sont différents des vôtres. Pour la troisième année consécutive, le reste-à-charge, qui est de

9,4 %, diminue pour la consommation de soins et de biens médicaux. Certes, il demeure élevé pour les soins optiques et dentaires, mais il est l'un des plus faibles au monde pour le transport sanitaire et les soins hospitaliers : 3 % seulement. Toujours d'après la même commission, le renoncement aux soins, qui touche 15,4 % de la population adulte, s'explique par un cumul des vulnérabilités : emploi précaire, logement précaire. La réponse n'est donc pas à chercher dans le seul champ sanitaire ; elle passe également par les politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion et d'insertion par l'emploi. A cet égard, le RSA, que nous avons créé, permet aux personnes fragiles d'envisager plus sereinement des soins. Gardons à l'esprit que notre protection sociale est un filet, dont toutes les mailles sont importantes.

S'agissant de la convergence tarifaire, nous sommes totalement conscients que l'hôpital public, parce qu'il accueille des malades plus défavorisés et des pathologies plus lourdes, subit un surcoût. Néanmoins, celui-ci peut être corrigé. L'écart entre public et privé se réduit si l'on réintègre la rémunération des médecins libéraux. Nous le chiffrons à 20 %. S'il faut laisser le temps aux acteurs, notamment publics, de s'adapter à cette politique, nous devons continuer de nous interroger : pourquoi certains actes coûtent-ils plus chers à l'hôpital ? La convergence tarifaire reste et doit rester un objectif fort de maîtrise des dépenses de santé.

La population couverte par une mutuelle, n'en déplaie à Mme Demontès, a progressé grâce aux aides développées depuis 2000 : d'après la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), 94 % de la population souscrivait une assurance complémentaire en 2008, contre 92 % en 2006. J'ajoute que le Gouvernement négocie actuellement sur le secteur optionnel pour limiter les dépassements d'honoraires.

Un Ondam de 2,8 % seulement pour l'hôpital ? On ne peut pas à la fois déplorer l'insuffisant effort de réduction des déficits et un Ondam trop bas. Ce chiffre correspond surtout à 2 milliards de ressources supplémentaires. Les moyens de l'hôpital ne sont donc pas réduits. Même logique concernant le personnel : la fonction publique hospitalière n'est pas touchée par le non-remplacement d'un départ sur deux en retraite. Le personnel soignant à l'hôpital a progressé de 6 %.

Mme Demontès m'a posé une question technique sur la CNRACL : l'organisme reverse certes une cotisation à l'Etat pour les personnels transférés aux collectivités territoriales, mais en contrepartie, l'Etat acquitte les pensions de ces personnels. Ce régime bénéficie des mêmes mesures que les autres, notamment d'âge, qui amélioreront ses comptes en 2012.

Beaucoup s'interrogent sur les recettes. D'abord, la réforme de l'ISF est entièrement financée, à partir de l'an prochain, par les plus hauts patrimoines avec l'augmentation des droits sur les donations et les successions et du taux des tranches supérieures. Ensuite, les niches. Nous avons supprimé 11 milliards de niches l'an dernier, 10 milliards cette année.

Il n'y pas de trésor caché dans la République, sinon nous l'aurions débusqué ! On ne peut pas aller plus loin sans que cela soit indolore pour l'emploi et le pouvoir d'achat.

Prenez les exonérations des heures supplémentaires qu'a évoquées M. Vergoz. Elles correspondent à 400 euros de plus pour neuf millions de Français dont le revenu moyen est de 1 500 euros par mois. Un plus qui n'est pas négligeable en temps de forte crise économique ! Dans la fonction publique, les exonérations d'heures supplémentaires bénéficient à 90 % aux enseignants, qui ne font pas précisément partie des plus aisés. Par parenthèse, ce dispositif ne concerne pas les cadres, qui sont au forfait jour. Enfin, la suppression de ce dispositif ne créera pas d'emplois. Au contraire, elle pourrait en détruire, expliquent les PME et les TPE, car les commandes ne pourront pas être honorées. Ne négligeons pas l'impact croissance ! Cependant, conscients de l'effet d'aubaine que ces exonérations peuvent représenter pour certains employeurs, nous les avons réintégrées dans les allègements Fillon.

Les niches restantes, d'après l'Inspection générale des finances, servent d'abord la cohésion sociale. Prime pour l'emploi, défiscalisation de l'AAH et allocations familiales, exonération de la taxe d'habitation pour les personnes âgées et handicapées, toutes ces mesures ont une justification sociale très forte. Autre cas de figure, les niches à fort impact sur l'emploi. Je pense aux mesures sur l'emploi à domicile, les travaux de rénovation dans la résidence principale, créée par Dominique Strauss-Kahn, à la baisse de la TVA dans la restauration qui a entraîné la création de 40 000 emplois ou encore à l'allègement de charges Fillon pour compenser les trente-cinq heures. Délocalisations assurées si nous supprimons cette dernière mesure !

La lutte contre tous les types de fraude, monsieur Milon, est une priorité depuis 2007. Celle-ci ne cesse de progresser : elle a atteint un volume de 272 millions en 2010, soit une hausse de 29 % par rapport à 2007. Et le travail dissimulé est la cause de 60 % des redressements opérés. La mise en place d'un répertoire commun entre les organismes de la sécurité sociale permettra de repérer les incohérences et les doublons.

A propos des doublons hospitaliers, nous ne disposons pas d'un chiffre précis. Si la T2A est un outil formidable de gestion, elle ne nous exonère pas de la lutte contre les actes inutiles, en lien avec les fédérations hospitalières. Celle-ci passe par un contrôle accru. D'où le décret publié en septembre pour renforcer les compétences de l'Observatoire économique des établissements de santé.

La réduction du déficit, un objectif en soi ? Pour nous, madame Pasquet, c'est la seule solution pour préserver notre système de protection sociale. Précisons que l'effort porte sur la réduction, non des soins, mais du tarif des soins. Les compléments de recettes sont un point d'arrivée, non un point de départ. De fait, je ne crois pas au choc fiscal dans un pays qui est l'un des plus fiscalisés au monde. Celui-ci nous plongerait dans la récession

et c'en serait terminé de notre modèle social. Il suffit de regarder la situation en Grèce, en Espagne et en Grande-Bretagne, pour comprendre ce qu'est un vrai plan de rigueur.

Dominique Watrin. - *Si la mesure dite d'harmonisation des indemnités journalières représente une économie de 220 millions pour la sécurité sociale, elle entraîne forcément une perte de pouvoir d'achat pour les salariés. Les syndicats la chiffrent à 3 euros environ par jour pour un salaire mensuel d'environ 2 000 euros. Ce n'est pas négligeable !*

Puisqu'il est question d'harmonisation, mieux vaudrait réfléchir à celle du prix des génériques qui est très élevé en France. Si nous les portions au niveau de la Grande-Bretagne, l'économie serait d'un milliard par an. L'Allemagne et les Pays-Bas confient à leur sécurité sociale le soin de passer directement des appels d'offres. Pourquoi ne pas adopter ce système ?

Valérie Pécresse, ministre. - *Les chiffres des syndicats sont comparables aux miens : 1,2 euro par jour pour un Smic, 2 euros pour 1,5 Smic et 2,62 euros pour un salaire mensuel de 3 000 euros. Néanmoins, 77 % des salariés sont couverts par des accords d'entreprise qui compensent le différentiel. Autrement dit, l'effort, qui n'est pas considérable, repose à 77 % sur les entreprises. Quant au prix des génériques, vous avez été entendu : Yves Bur a déposé un amendement à l'Assemblée nationale sur ce thème dont nous pourrions reparler au Sénat. D'emblée, rappelons que le PLFSS prévoit une baisse de 670 millions sur le prix des médicaments.*

Gilbert Barbier. - *Un chiffre circule sur les doublons hospitaliers : on parle de 10 milliards, voire 13. Ce n'est pas rien ! Comment a-t-il été calculé ?*

Valérie Pécresse, ministre. - *Je vais poser directement la question à Yves Bur. Plutôt que des estimations à la louche, je préfère m'en remettre à l'Observatoire économique des établissements de santé. Le phénomène est difficile à cerner : le flou règne sur la notion d'acte inutile. En tout cas, ce chiffre a également touché la ministre du budget au cœur...*

**Audition de Xavier BERTRAND,
ministre du travail, de l'emploi et de la santé**

*Réunie le **mardi 18 octobre 2011**, sous la présidence d'**Annie David, présidente**, la commission procède à l'**audition de Xavier Bertrand, ministre du travail, de l'emploi et de la santé**, sur le **projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012**.*

***Xavier Bertrand, ministre du travail, de l'emploi et de la santé.** - C'est notre système de protection sociale qui a permis à la France de mieux résister que d'autres pays à la crise. Dans le cadre actuel de maîtrise de nos finances publiques, nous devons en préserver la pérennité, par une maîtrise responsable des dépenses, tout en maintenant un haut niveau de prise en charge. Avec le PLFSS 2012, le Gouvernement répond à une double exigence de maintien de la solidarité au sein de notre système de protection sociale et de garantie de sa pérennité à travers une gestion responsable de son financement. Cela concerne d'abord notre système de santé et l'assurance maladie. Je parlerai d'abord de la maîtrise des dépenses de santé avant d'évoquer les mesures de recettes.*

En 2012, la croissance de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) a été fixée à 2,8 %, ce qui représente 2,2 milliards d'économies par rapport à l'évolution tendancielle des dépenses. Cela nécessite un effort dans tous les champs de l'offre de soins.

Tout d'abord, dans le champ des soins de ville, les actions des caisses d'assurance maladie en matière de maîtrise médicalisée vont se poursuivre, pour produire 550 millions d'euros d'économies.

Concernant le médicament, dont j'assume qu'il s'agit du premier poste auquel des efforts sont demandés, la contribution de l'industrie des produits de santé sera renforcée pour 2012 à hauteur de 770 millions d'euros d'économies : outre le relèvement de certains prélèvements sur lesquels je reviendrai, nous allons en particulier accroître les baisses de prix à hauteur de 670 millions d'euros et favoriser la substitution des génériques pour 40 millions d'euros. Je l'ai dit, nous avons trop de médicaments, trop peu efficaces et trop chers. Une fois n'est pas coutume, je rejoins sur ce point le titre d'un quotidien, Le Parisien - Aujourd'hui en France, sur ce sujet.

Concernant les indemnités journalières (IJ), le PLFSS 2012 harmonisera leurs méthodes de calcul dans toutes les branches - maladie, AT-MP et maternité - en partant systématiquement du salaire net. Cette

mesure simplifiera le travail des caisses et des entreprises et elle prépare aussi la déclaration sociale nominative (OSN) qui regroupera l'ensemble des données exigées d'un employeur par les caisses de sécurité sociale. Mais cela va également permettre de réaliser une économie d'environ 220 millions d'euros sur ce poste de dépenses. Depuis 1970, le rapport entre les IJ nettes et le salaire net a fortement augmenté car les prélèvements ont évolué plus rapidement sur les salaires. Je précise que la mesure proposée sera neutre sur les IJ maternité et AT-MP. Il s'agit en fait d'un effort partagé qui, j'en suis bien conscient, se traduira par un relèvement des cotisations pour certaines entreprises.

Pour l'hôpital, la maîtrise des dépenses passe par les contrats de performance conclus avec l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap). Ils se poursuivront en 2012 et devraient permettre 150 millions d'euros d'économies. Cela passe aussi par la rationalisation des achats qui représentent, avec 18 milliards d'euros, le deuxième poste de dépenses après le personnel. Les efforts de mutualisation et d'optimisation des achats engagés en 2011 devraient permettre de gagner encore 145 millions d'euros en 2012.

Par ailleurs, le PLFSS 2012 instaurera un mécanisme d'incitation à la performance dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Cpom) sur la base de certains indicateurs de performance, comme le taux d'occupation des salles d'intervention, des salles de scanner ou d'IRM ou le taux de chirurgie ambulatoire.

Enfin, la convergence des tarifs des établissements publics et des établissements privés vers le niveau le plus bas se poursuivra pour la troisième année consécutive, pour un montant de 100 millions d'euros.

Nous maîtrisons les dépenses et, en même temps, l'augmentation de l'Ondam nous permet d'investir pour faire évoluer au mieux l'offre de soins.

Tout d'abord, le PLFSS 2012 propose la création du fonds d'intervention régionale, qui mutualise les crédits sanitaires dans la main des ARS pour les responsabiliser pleinement.

Les cycles conventionnels contribuent à renforcer la relation de confiance avec les professionnels de santé. La convention signée le 21 juillet dernier avec les médecins a généralisé la rémunération à la performance, ce qui consolidera l'amélioration des pratiques et nos objectifs de maîtrise médicalisée. En outre, les expérimentations des nouveaux modes de rémunération seront prolongées de deux ans dans ce PLFSS. Ceux-ci permettent de créer une rémunération adaptée aux maisons de santé pluridisciplinaires.

Les négociations conventionnelles avec les pharmaciens libéraux vont débiter. Le PLFSS 2012 propose un cadre conventionnel qui permettra aux pharmaciens d'assumer pleinement leur rôle de professionnels de santé et de restructurer le réseau des officines.

Nous apportons aussi des recettes nouvelles. Les mesures de recettes présentées par le Premier ministre apporteront plus de 4 milliards d'euros à la branche maladie du régime général, dont 1,7 milliard via des mesures inscrites en PLFSS 2012, le reste ayant été adopté dans la loi de finances rectificative pour 2011. Ces mesures amélioreront le solde de la branche maladie du régime général : le déficit s'élèvera à 5,9 milliards d'euros en 2012, contre 12 milliards en tendanciel, soit deux fois moins, ce qui, malgré tout, est une bonne nouvelle pour notre système de santé. Comme l'a montré la commission des comptes de la santé, nous parvenons à maîtriser les dépenses de santé tout en maintenant un haut niveau de prise en charge.

Le reste à charge des ménages a diminué en 2010 pour la troisième année consécutive et représente 9,4 % de la consommation de soins et de biens médicaux. D'après l'OCDE, la France se trouve ainsi à la deuxième place derrière les Pays-Bas. Ce ne sont pas mes chiffres, je ne m'en glorifie pas : c'est simplement la réalité.

Par ailleurs, nous continuons à garantir l'accès aux soins pour les plus modestes. La CMU-c, qui bénéficie à plus de 4,2 millions de personnes, et l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé (ACS) ont prouvé qu'elles étaient des réponses pertinentes. Pour les assurés dont les ressources sont situées juste au-dessus du plafond, le Gouvernement s'est déjà engagé, dans la LFSS 2011, à faciliter l'accès aux plus modestes, en portant le plafond de ressources ouvrant droit à l'ACS à 130 % du plafond de la CMU-c au 1^{er} janvier 2012. Cela permettra de passer de 532 000 à 760 000 bénéficiaires. Je suis d'ailleurs prêt à aller plus loin dans le débat parlementaire.

S'agissant des dépassements d'honoraires qui préoccupent légitimement nombre de patients et d'élus, j'ai toujours dit que, conformément aux engagements pris en 2009 par l'assurance maladie et les représentants de médecins libéraux, et réitérés par la convention médicale signée le 21 juillet dernier, je souhaite que le secteur optionnel soit mis en place dans les meilleurs délais. Je n'ai pas changé de position et je reste déterminé à ce que l'on trouve une solution. Le secteur optionnel constituera un outil d'encadrement des dépassements. Je privilégierai toujours le dialogue, qui est à mon sens la meilleure des voies. Mais si cela n'aboutissait pas, nous agirons. Je préfère la concertation mais je prendrai mes responsabilités.

A la suite des assises du médicament, le taux de la contribution sur le chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique passera de 1 % à 1,6 %, pour un rendement supplémentaire de 150 millions qui ira au financement de la formation médicale continue de tous les médecins hospitaliers et libéraux.

Enfin, le financement de l'Assaps sera augmenté de 40 millions d'euros et ne proviendra plus directement de l'industrie pharmaceutique mais de l'assurance maladie. La transparence est, à mon avis, le gage d'un maximum de qualité.

Cette exigence de responsabilité vaut également pour la branche vieillesse, dans la continuité de la réforme de 2010. Dix mois après la publication de la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites et plus de deux mois après son entrée en vigueur effective le 1^{er} juillet dernier, les trois quarts des textes d'application ont été publiés. Le Gouvernement confirme l'objectif de retour à l'équilibre de l'ensemble des régimes de retraite de la branche vieillesse à l'horizon 2018. En 2012, le solde de la branche vieillesse du régime général sera nettement amélioré par rapport au solde tendanciel, soit un déficit prévisionnel de 5,8 milliards. Nous tiendrons l'engagement du Président de la République de revaloriser de 25 % le minimum vieillesse pour les personnes seules au cours du quinquennat. Par ailleurs, la réforme des retraites sera prolongée par des mesures du PLFSS 2012, la principale étant l'amélioration du solde du régime des exploitants agricoles, qui connaîtra un déficit cumulé de 3,8 milliards fin 2011. Pour réduire ce déficit, le Gouvernement prévoit deux volets : une reprise de dette par la Cades, sans allongement de son calendrier d'amortissement, et l'affectation de recettes nouvelles provenant du relèvement prévu du prix des boissons alcoolisées pour 2012 et d'une affectation de droits sur les bières et boissons non alcoolisées.

Quant à la branche AT-MP, si elle reste à l'équilibre c'est, vous le savez, parce que le taux de cotisation a été relevé de 0,1 % à partir de 2011. Cette branche assure le financement des dépenses des fonds spécialisés pour l'indemnisation des victimes de l'amiante dont le montant est reconduit à leur niveau des années précédentes. Vous savez aussi que cette branche contribue à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles. Cette contribution sera légèrement revalorisée dans la LFSS 2012, pour tenir compte du dernier rapport de la commission présidée par Noël Diricq. Nous voulons en même temps travailler sur la prévention des risques professionnels et prévenir la pénibilité.

Je terminerai en rappelant que pérenniser notre système de protection sociale, c'est aussi lutter contre la fraude aux prestations sociales et poursuivre les efforts engagés les années précédentes. Le PLFFS 2012 prévoit que les informations déclarées à Tracfin seront désormais transmises aux organismes de sécurité sociale lorsqu'elles ont trait au travail dissimulé. Par ailleurs, nous mettons en œuvre le répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) - que l'on peut aussi appeler fichier des allocataires sociaux - qui comprend à la fois les données d'affiliation et les prestations servies aux assurés. Il sera pleinement opérationnel à la fin de l'année. Cela permettra d'avoir une photographie complète de la situation d'un assuré social : son régime, sa caisse d'affiliation et l'ensemble des prestations qui lui sont servies. Ce sera donc un outil très efficace pour lutter contre la fraude en repérant les incohérences et les doublons. Nous aurons ainsi une vision complète des prestations versées à l'ensemble des assurés sociaux.

Le dernier point concerne le contrôle des arrêts de travail des fonctionnaires ; l'expérimentation commencée l'an dernier sera prolongée de deux ans.

Telles sont les mesures que propose le Gouvernement pour préserver notre système de protection sociale. Je suis bien entendu à votre entière disposition pour répondre à vos questions.

Yves Daudigny, rapporteur général. - *Le système de santé va mal et fait face à des difficultés croissantes. J'en veux pour preuve les chiffres de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) qui, sans qu'il soit même besoin d'utiliser d'autres sources fournissant des chiffres encore plus élevés, font ressortir que 15 % des Français renoncent à des soins pour des raisons financières et que 60 % des médecins spécialistes appartiennent au secteur 2, c'est-à-dire qu'ils pratiquent des dépassements d'honoraires qui constituent, à eux seuls, 17 % de leur revenu. Certes, il existe des mutuelles mais 6 % de nos concitoyens n'en ont pas et seulement 40 % des assurés sont remboursés de tout ou partie de ces dépassements. Enfin, et c'est un paradoxe, alors que nous n'avons jamais eu autant de médecins, certains territoires en manquent cruellement.*

Dans l'attente du débat en séance publique sur le PLFSS, au cours duquel nous reviendrons sur toutes ces questions, je souhaite d'ores et déjà vous soumettre quatre questions.

Quand les ARS auront-elles élaboré le zonage prévu par la loi HPST, tant pour les zones sous-dotées que pour celles qui sont sur-dotées ?

La Cour des comptes n'exclut pas l'hypothèse de mesures plus contraignantes pour la répartition territoriale des médecins libéraux. Elle évoque notamment l'idée de moduler la participation de l'assurance maladie aux cotisations sociales des médecins selon leur lieu d'exercice. Que pensez-vous de cette proposition ? Depuis 2005, les infirmières ont elles-mêmes accepté, dans leur convention, des mesures plus contraignantes consistant à conditionner tout nouveau conventionnement dans une zone sur-dotée au départ d'un professionnel de cette zone. Pourquoi ne pas transposer cette idée aux médecins ?

En ce qui concerne les dépassements d'honoraires, vous avez indiqué que vous misiez sur la création d'un secteur optionnel qui ne concernera que les chirurgiens, les anesthésistes et les gynécologues. Qu'en sera-t-il des autres spécialités telles que la cardiologie, la rhumatologie ou la pédiatrie ?

Vous prévoyez que les médecins s'engagent à pratiquer 30 % d'actes au tarif opposable, dont ceux au bénéfice des assurés CMU-c pour lesquels les dépassements sont de toute façon interdits, ce qui limite la portée de ces 30 %. Il est aussi prévu que les médecins devront limiter le niveau des dépassements sur les autres actes. Or, la formulation retenue par la convention est peu claire. Peut-on savoir comment sera calculé le plafond du dépassement ?

Enfin, je ne peux pas ignorer la question centrale de l'hôpital. La Cour des comptes interpelle, là aussi, le Gouvernement. Si - ce que personne ne peut contester - les modes de gestion doivent constamment s'améliorer, il est indéniable que la situation sociale et financière des hôpitaux est sous tension. Dans ce contexte, le Gouvernement propose, dans ce PLFSS, d'imposer des sanctions financières si les hôpitaux ne respectent pas certains « indicateurs de performance ». Est-ce vraiment utile à un moment où le monde hospitalier est en plein mouvement ?

Plus généralement, il me semble indispensable de prendre le temps de la réflexion sur les modes de financement de l'hôpital et d'arrêter le processus de convergence qui est par ailleurs sérieusement critiqué par la Cour des comptes.

Xavier Bertrand, ministre. - *Quand les zonages seront-ils établis ? Pour ce qui est des schémas régionaux d'organisation des soins (Sros), ce sera à la fin de l'année. Mais j'ai dit aux directeurs généraux des ARS que s'ils avaient besoin de quelques semaines supplémentaires, ils pourraient en disposer, l'essentiel étant de ne pas se limiter à des raisonnements trop administratifs. Lorsque l'on regarde les précédents zonages, on se dit parfois que si l'on avait voulu que cela échoue, on ne s'y serait pas pris autrement. A l'approche administrative qui consiste à coller aux limites territoriales, comme par exemple à celles des cantons, je préfère la prise en compte de la logique des bassins de vie.*

Concernant les conditions d'installation, j'estime que le système des infirmières n'est pas transposable aux médecins. Le débat important du choix entre liberté ou coercition est récurrent. Ma réponse est simple : je suis pour la liberté. Je suis en effet intimement convaincu que l'on ne doit pas oublier que dans l'exercice libéral, il y a le mot « libéral ». Si tel n'était pas le cas, nous pourrions augmenter le numerus clausus autant que l'on voudrait, il n'y aurait de toutes façons plus de médecins. Ils se diraient en effet qu'après la liberté d'établissement, c'est à la liberté de prescription puis aux conditions de rémunération que l'on risquerait de s'attaquer. Si j'en suis intimement convaincu, c'est que j'en ai parlé non seulement à des médecins mais à des étudiants en médecine. En revanche, rien n'empêche que des contrats librement conclus entre les médecins et la région ou l'Etat ne leur permettent de bénéficier de conditions d'hébergement, d'installation et de rémunération optimales dans certains territoires. Monsieur le rapporteur général, vous connaissez bien la région qui comprend le moins de généralistes par habitant, c'est la nôtre, la région Picardie, et ceci est particulièrement sensible dans la Somme et dans l'Aisne. Or, l'ensemble des actions incitatives qui ont été engagées dans ces territoires commencent à porter leurs fruits même si, c'est vrai, ce n'est pas un revirement brutal. D'après les chiffres, qui ne sont pas les miens mais ceux du conseil national de l'Ordre des médecins, l'an dernier, pour la première fois, le nombre des installations de médecins en milieu rural a été supérieur à celui des départs. D'ailleurs, je crois que l'on assiste aussi à des évolutions politiques sur ce sujet. Par exemple, j'ai cru comprendre que le

candidat socialiste était contre la coercition, ce qui ne semblait pas être le cas lors des primaires. On a un peu de mal à s'y retrouver, mais peu importe.

Sur le fond, je crois que l'on n'a jamais donné toutes ses chances à l'incitation en matière d'installation des médecins. C'est ce que je veux faire.

Les trois spécialités concernées par le secteur optionnel sont en fait celles qui contribuent à l'essentiel des dépassements.

Je constate que sur ces sujets, pendant des années, droite et gauche confondues n'osaient pas, par hypocrisie, toucher aux honoraires, laissaient glisser les dépassements et détournaient le regard. C'est le résultat de tout cela que nous avons à payer aujourd'hui. En tout cas, je crois au secteur optionnel et je souhaite vraiment qu'il soit mis en œuvre.

On me dit que les mutuelles sont de mauvaise humeur. Elles pourraient l'être si nous avions retenu l'option, qui était sur la table, d'une baisse du ticket modérateur afin de diminuer les remboursements. Or, nous avons choisi de procéder à une augmentation des contributions sur les contrats d'assurance responsables. Pourquoi la GMF n'augmente-t-elle pas ses cotisations alors que d'autres mutuelles pratiquent des hausses allant jusqu'à plus de 8 % ? Si j'étais mutualiste, je m'intéresserais aux coûts de gestion de ma mutuelle. Le cliché des « gentilles mutuelles » victimes du méchant Gouvernement est dépassé. J'ai du mal à comprendre que des mutuelles répercutent systématiquement les augmentations sans que leurs assemblées générales ne les interrogent. En tout cas, entre l'intérêt des patients que je porte très haut et la mauvaise humeur des mutuelles, mon choix est fait. Je suis à la recherche de bonnes idées ; celle-là en était une et c'est un sujet sur lequel j'aurai avancé avant la fin de l'année.

Sur l'hôpital, j'entends beaucoup de choses. En fait, l'hôpital est en train de diminuer ses déficits, même si le mouvement est progressif. Je vous rassure, je ne parlerai pas des trente-cinq heures à l'hôpital !

Il faut poursuivre les réformes. L'hôpital doit faire face à des enjeux de modernisation et de restructuration visant notamment à éviter les doublons. Pendant longtemps, on a laissé prospérer les activités sans se demander qui faisait quoi. Aujourd'hui nous disposons d'outils, tels que les communautés hospitalières de territoires ou les groupements de coopération sanitaires, qu'il faut utiliser lorsque cela a du sens. N'est-ce pas la moindre des choses que les hôpitaux soit soumis à des critères de performance quant à leur gestion, comme le sont par exemple les collectivités territoriales ? Au sein des conseils de surveillance des établissements, nul n'échappe à cette nécessité, que son président soit de droite, de gauche, du centre ou d'ailleurs. Plus qu'autre chose, ce sont les déficits qui sont menaçants. Bien entendu, ces critères doivent être adaptés aux spécificités de l'hôpital public et en particulier au fait que l'on y accueille tout le monde. Mais il existe d'importantes marges de progression s'agissant de la réalisation d'économies et ce, non pas sur le dos des patients, mais en faisant l'effort d'organiser les choses autrement. Si

l'hôpital n'est pas un navire en perdition, il n'est non plus un hors-bord qui se manœuvre facilement lorsque l'on cherche à le réorienter.

Quant aux relations entre le secteur public et le secteur privé, elles doivent être fondées sur la complémentarité et non sur la concurrence. Il faut laisser les guerres de religions derrière nous : la logique d'organisation n'est ni de gauche, ni de droite.

La parution d'un sondage sur le renoncement aux soins a fait couler beaucoup d'encre. En fait, les chiffres cités par ce sondage concernaient les soins dentaires et l'optique, domaines dans lesquels on diffère parfois certaines dépenses spécifiques comme la pause d'un bridge ou l'achat d'une monture de lunettes. Mais cela a toujours été le cas ! Et personne n'a jamais entendu quelqu'un refuser d'aller à l'hôpital pour des raisons financières ! Ce n'est pas ça, la France.

Bernard Cazeau. - *Ça le devient.*

Xavier Bertrand, ministre. - *Je ne suis pas de ceux qui croient qu'il faille ouvrir un dispensaire tous les cinquante mètres.*

Le fameux sondage ne traduit pas une dégradation mais il est certain qu'à force d'entendre répéter le contraire, nos concitoyens ont une réaction que je comprends. Je ne dis pas que tout va bien, mais on ne peut pas dire que tout va mal !

Annie David, présidente. - *Je souhaite la bienvenue dans notre commission à Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis de la commission des finances.*

Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis de la commission des finances. - *Le Gouvernement a annoncé que le déficit de la branche maladie serait ramené à l'équilibre en 2015, alors le PLFSS prévoit que celle-ci afficherait toujours, à cette date, un déficit de 2,5 milliards d'euros. Comment s'explique cette différence ? Ma seconde question concerne le dossier médical personnel (DMP). Serait-il possible de faire le point sur sa mise en place ? Dispose-t-on de suffisamment d'éléments pour envisager sa généralisation ? Concernera-t-il tous les médecins ou seulement certains ? Quant aux informations qu'il contient, sont-elles adaptées ?*

Xavier Bertrand, ministre. - *Concernant le retour à l'équilibre, il faudra continuer à tenir les dépenses, ce que nous faisons pour la deuxième année depuis la fixation d'un Ondam. Cela signifie aussi qu'il faudra, dans les années qui viennent, procéder à des mesures d'ajustements des dépenses et des recettes afin de tenir compte des effets tendancielles liés aux évolutions démographiques et au progrès technologique qui renchérit le coût de certains soins. La croissance économique n'est pas non plus sans incidence comme le montre l'effet de l'augmentation de la masse salariale sur la réduction du déficit. Par ailleurs, les efforts réalisés en matière de maîtrise médicalisée doivent continuer de porter leurs fruits car, de même qu'un traitement ne peut*

réussir sans les patients, on ne peut réussir de réforme sans les professionnels de santé.

Catherine Génisson. - *A propos du DMP, n'était-ce pas vous qui étiez ministre lors de sa mise en place ?*

Xavier Bertrand, ministre. - *Non, je n'étais pas ministre avant 2004.*

Bernard Cazeau. - *C'était Philippe Douste-Blazy.*

Xavier Bertrand, ministre. - *En tous cas, si l'on joue sur la qualité, on a une chance de faire des économies mais si, à l'inverse, on part de l'objectif d'économies, il y a peu de chance pour que l'on améliore la qualité. Le nombre de DMP aujourd'hui ouverts est de 30 000 et je suis en mesure de vous communiquer des informations précises région par région. Je ne vais pas tout ramener à la Picardie mais cette région a, par exemple, connu des développements intéressants. Quant aux informations qu'il contient, je vous confirme qu'elles sont bien adaptées, et ce grâce aux nombreuses expérimentations qui ont permis de préparer la mise en place du DMP.*

Cela dit, j'ai le souvenir que les experts que j'ai consultés à l'époque, lorsque j'étais jeune secrétaire d'Etat, militaient pour la mise en place d'un système très complexe. On a voulu bâtir une cathédrale. Mon idée première plaidait en faveur de quelque chose de beaucoup plus simple, par exemple une clé USB cryptée remise au patient. Je regrette de ne pas avoir suivi cette voie : nous aurions peut-être aujourd'hui trois, voire trente, millions de DMP opérationnels au lieu de 30 000.

Catherine Génisson. - *Je vais me concentrer sur quelques questions car nous aurons le temps de poursuivre le débat dans l'hémicycle.*

Vous nous avez fait plaisir sur le DMP, permettez de vous rendre la pareille en vous rappelant que Martine Aubry a reconnu que les trente-cinq heures à l'hôpital n'avaient pas été une réussite car elles avaient été mal appliquées. Mais j'insiste sur le fait que toute réforme doit intégrer le fait que l'hôpital public se trouve au centre de notre système de santé et qu'il est contraint d'assurer des urgences non programmées. L'hôpital ne fonctionnera bien que lorsque l'ensemble du système, en amont et en aval, sera bien organisé.

La convergence tarifaire - notre rapporteur général a rappelé ce que la Cour des comptes en pensait - consiste à comparer des choses qui ne sont pas comparables. Ce n'est pas cohérent ! Je note d'ailleurs que la Cour ne peut pas contrôler les établissements privés comme elle le fait pour les établissements publics puisqu'il semble que c'est inconstitutionnel. La loi HPST permettra-t-elle de résoudre cette difficulté dans la mesure où elle énonce qu'entre les secteurs public et privé, les missions de service public sont partagées ? Vous avez annoncé que 100 millions d'euros d'économies pourraient être attendus de la convergence tarifaire. Dans quel secteur cela est-il envisagé ? Il est en effet important de ne pas perdre de vue l'existence d'effets de gamme, c'est à dire de la différence qui existe entre les

établissements privés qui soignent très bien quelques affections et l'hôpital public qui est tenu de traiter tous les types de pathologies.

Concernant le fonds d'intervention régional, peut-on avoir plus de détails sur son mode d'intervention précisément ?

A propos de l'attractivité médicale des territoires, nous n'avons visiblement pas recueilli les mêmes informations de la part des jeunes médecins. Outre le fait qu'ils sont très attirés - trop peut-être - par la médecine salariée, certains veulent choisir leur lieu d'implantation. Mais les choses ont évolué grâce à l'accompagnement à l'installation qui a été proposé par certains conseils régionaux ou généraux. Alors que cela ne relevait pas de leurs compétences, ces collectivités ont offert aux médecins des maisons pluridisciplinaires dotées d'un environnement technique adapté, ce qui a permis une légère amélioration de la démographie médicale.

Enfin, à propos du reste à charge, j'ai bien entendu les chiffres que vous citez et qui placent la France en deuxième position derrière les Pays-Bas. Mais sincèrement, dans les régions telles que la Picardie et le Nord-Pas-de-Calais, on rencontre, vous le savez bien, des situations difficiles et ça ne s'arrange pas. Je pense notamment aux personnes qui, bien que présentant certains symptômes, diffèrent leur consultation d'un médecin et laissent donc les choses s'aggraver. On diagnostique ainsi des cancers à un stade avancé, alors qu'ils auraient pu être pris en charge de façon plus précoce.

Jean-Pierre Godefroy, rapporteur pour la branche accidents du travail-maladies professionnelles. - *A propos de la situation de la branche AT-MP, je rappelle que pour la première fois, la Cour des comptes a refusé, en juin dernier, de certifier ses comptes en raison des insuffisances du contrôle interne sur un certain nombre de points tels que les ressources tirées des cotisations des employeurs, la définition des bases assujetties et le taux de cotisation. De plus, en matière d'organisation, les difficultés sont multiples et portent sur la méconnaissance, par les victimes, de leurs droits et de l'origine professionnelle des affections, les pressions des employeurs pour éviter les déclarations, les problèmes d'enregistrement de ces dossiers par les professionnels de santé ou leur non-imputation par les établissements. Qu'envisagez-vous de faire pour réagir à cette situation, sachant qu'il existe vraisemblablement un phénomène de sous-évaluation et qu'une réforme permettrait donc de dégager des recettes nouvelles ?*

Je ne reviendrai pas sur le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva) et le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata) puisque nous en reparlerons en séance publique, mais je voudrais juste noter que, sur ces sujets, aucune réforme structurelle n'est prévue. Qu'en est-il de la création d'une possibilité de voie d'accès individuelle à la préretraite amiante et d'une harmonisation qui permettrait d'améliorer la cohérence entre les régimes ?

Alain Milon. - *S'agissant de la nouvelle agence nationale de sécurité du médicament appelée à se substituer à l'Afssaps dans le cadre de la réforme que vous avez annoncée, vous envisagez une augmentation de ses ressources. Tiendrez-vous compte des propositions de notre commission portant sur une taxation des produits cosmétiques ? Pour l'avenir, le financement de cette agence sera-t-il pérennisé malgré le contexte de restrictions budgétaires ?*

Dans le cadre de cette même réforme, vous prévoyez le renforcement des missions d'évaluation médico-économique de la Haute Autorité de santé. Ne pensez-vous pas qu'il serait aussi utile de renforcer la coopération entre la commission de transparence de la HAS et le comité économique des produits de santé (Ceps) ?

Quant à l'activité constatée des hôpitaux, elle est conforme aux prévisions de l'exercice tarifaire 2011 qui prévoyait une hausse de 2,7 %. Dans ces conditions, le gel de l'enveloppe Migac qui pèse sur les établissements publics est-il toujours justifié ?

La baisse des tarifs 2011 met en difficulté les établissements qui ne peuvent pas compenser son effet sur leur chiffre d'affaires par une hausse de leur activité, d'où un risque d'aggravation des déficits. La T2A a donc des effets contraires à l'intérêt de la santé publique. Ne faudrait-il pas diminuer la part de financement par les ressources tarifaires et peut-être augmenter une ressource de type dotation globale ?

J'attire aussi votre attention sur la situation des cinq mille médecins retraités qui exercent encore, notamment dans des zones sous-dotées, et qui paient des cotisations sociales à fonds perdus.

Enfin, dans la mesure où les hôpitaux ont de plus de plus de difficultés à souscrire des crédits auprès des banques, ne faudrait-il pas envisager la création d'un fonds de mutualisation des financements comme cela est évoqué pour les collectivités territoriales ?

Jacky Le Menn. - *Les travaux de la fédération hospitalière de France (FHF) réalisés encore récemment sous l'autorité de Jean Leonetti, et auparavant sous celle de l'actuel directeur général de l'ARS d'Ile-de-France, évaluaient l'augmentation des dépenses de l'Ondam hospitalier à 3,4 %, soit un niveau sensiblement supérieur à votre prévision de 2,7 %. Je pense que la différence s'explique notamment par la sous-évaluation des dépenses de personnel ou de celles liées aux transports et à l'énergie, pour lesquelles vous semblez prévoir une baisse. Or, je pense qu'il n'y pas d'économies à attendre sur ces postes. Tout cela est un mystère que vous allez sans doute élucider.*

L'ensemble des hôpitaux publics est parfaitement conscient de l'exigence que vous résumez à travers le triptyque qualité-performance-efficienc. Mais ce qui pose problème, c'est que celui-ci revient toujours à proposer des ajustements portant sur les seules dépenses de personnel. Or, je crois que nous arrivons maintenant à un point dur. L'« industrie » de santé présente une particularité essentielle, celle d'exiger, par définition, que le

malade soit encadré par un minimum de personnes. Ces personnels constituent le facteur humain, le supplément d'âme indispensable au soin. Je vous rappelle cela au moment où l'on assiste à des mouvements dans nos hôpitaux, pas seulement à l'AP-HP, mais aussi en province. Il y a des limites aux efforts que l'on demande à l'hôpital public.

Par ailleurs, je pense que la convergence tarifaire ne parviendra pas à résoudre ces problèmes mais qu'elle risque au contraire de les aggraver. Certes, la loi HPST prévoit la création de nouvelles structures telles que le groupement de coopération sanitaire mais une difficulté demeure, tenant à la différence de logique qui subsiste entre les hôpitaux publics et les établissements privés. Les uns reçoivent tous les malades alors qu'on ne pourra pas empêcher les autres de raisonner en termes de profit pour leurs actionnaires, sans que cela soit péjoratif dans mes propos. Enfin, comme l'a évoqué Alain Milon, je confirme que le gel de l'enveloppe Migac s'avère de plus en plus pénalisant, notamment pour l'accomplissement des missions d'intérêt général. Comme j'ai pu le constater il y a quelques jours en tant que patient de base à l'hôpital, la colère gronde parmi les personnels qui se sentent de plus en plus coincés entre les différentes contraintes et ce au détriment de ces missions d'intérêt général. Et quand la colère gronde, les patients sont moins bien pris en charge. J'ai pu le constater aussi bien dans des services d'urgence, de radiologie que de chirurgie.

Gilbert Barbier. - *Monsieur le ministre, avez-vous une idée prospective de l'évolution du numerus clausus dans les années à venir ? Nous avons entendu un certain nombre de propos sur un éventuel excès de médecins formés. Est-ce que vous les partagez ?*

Xavier Bertrand, ministre. - *Non, et je vais augmenter le numerus clausus.*

Gilbert Barbier. - *Le problème n'est-il pas surtout celui de la pénurie de médecins dans certaines spécialités telles que la gynécologie ? Comment rendre les perspectives plus attractives pour les jeunes dans ces spécialités ?*

Vous avez parlé du secteur optionnel, ne concernera-t-il que les spécialistes du plateau technique ou s'étendra-t-il à d'autres ?

Xavier Bertrand, ministre. - *Nous appliquerons tout l'accord de 2009, rien que l'accord de 2009.*

Gilbert Barbier. - *Par ailleurs, je m'inquiète de la paupérisation des personnels médicaux, notamment dans les hôpitaux généraux. Dans le cadre de la mission d'évaluation qui est aujourd'hui en sommeil, nous avons en effet constaté que dans un certain nombre de départements, il existe une vraie différence d'attractivité des établissements privés par rapport à ces hôpitaux publics. Compte tenu du petit nombre de spécialistes formés, il est vrai qu'il n'y a aucune comparaison possible pour apprécier les perspectives que leur offrent les cliniques privées par rapport à l'hôpital dans plusieurs spécialités,*

comme la chirurgie. Cela vaut pour les hôpitaux généraux mais aussi pour certains CHU. Quelles mesures envisagez-vous pour remédier à ce problème ?

Concernant les hôpitaux d'une façon générale, les établissements en déficit disposaient d'un plan de retour à l'équilibre (PRE). Est-il possible de savoir quels sont les hôpitaux qui ont respecté ce plan et lorsque ce n'est pas le cas, quelles sont les raisons qui ont conduit à ce non-respect ?

Sur le médicament, qui constitue bien entendu cette année une cible particulière, nous attendons les mesures concernant les génériques et je pense qu'il y aurait aussi une action particulière à mener à propos des conditionnements. Devra aussi être examinée la question des exportations de médicaments effectuées à partir des ordonnances nationales. Ne pourrait-on étudier les moyens d'éviter les pénuries que l'on a vu se produire de ce fait et qui ont affecté certaines spécialités ?

Dans le prolongement de l'intervention d'Alain Milon, je me demande si des produits de santé tels que les pace-makers participeront au financement de la future agence de sécurité du médicament, sachant que ces produits posent des problèmes de facturation particuliers qui se traduisent notamment par des prix exorbitants dès lors qu'ils offrent certaines fonctionnalités.

Enfin, comment allez-vous chiffrer la prise en charge par l'office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam) de l'indemnisation des victimes du Mediator ?

Isabelle Debré. - *Je trouve regrettable de n'avoir prévu qu'une heure pour l'audition du principal ministre concerné par le PLFSS.*

Annie David, présidente. - *Ma chère collègue, nous procédons à des auditions de membres du Gouvernement sur le PLFSS depuis ce matin et nous les poursuivons après cette audition. Il me semble en outre que le calendrier a été fixé en fonction des contraintes horaires du ministre.*

Xavier Bertrand, ministre. - *Je peux rester plus longtemps si vous le souhaitez.*

Isabelle Debré. - *Je serai brève. Ma question portera sur le conditionnement des médicaments. Il n'est par exemple pas normal qu'une prescription pour vingt jours donne lieu à l'achat d'une boîte de médicaments valable pour un traitement de trente ou quarante jours.*

Ronan Kerdraon, rapporteur pour le secteur médico-social. - *Nous avons bien compris que limiter les dépenses publiques était la priorité du PLFSS. Il est certes nécessaire de juguler les déficits mais cela ne réduit pas les inégalités. Ainsi, la part des dépenses de santé prise en charge par l'assurance-maladie régresse au détriment des organismes complémentaires et des assurés, aujourd'hui remboursés à 55 %, voire à 50 %. Un tiers des Français renoncent à des soins, les étudiants étant particulièrement touchés. Que faites-vous pour eux ?*

Réduire les déficits suppose de prévenir les risques. La taxe sur les sodas ne fait pas à elle seule une politique de prévention.

Xavier Bertrand, ministre. - *Elle ne figure pas dans ce texte mais en loi de finances rectificative.*

Ronan Kerdraon. - *Que prévoyez-vous pour la médecine scolaire et la médecine du travail ? Quelle politique menez-vous contre la pauvreté et pour l'emploi ?*

Christiane Demontès, rapporteure pour la branche vieillesse. - *Mes questions portent sur le départ à la retraite dès soixante ans pour les salariés dont l'emploi est pénible.*

La loi impose des négociations, dont le décret d'application a limité le caractère obligatoire aux seules entreprises comptant plus de cinquante salariés, dont au moins la moitié est exposée à la pénibilité. Peut-on admettre des inégalités de traitement entre personnes soumises à un même risque selon qu'elles constituent, ou non, la majorité de l'effectif ? Quelles sont les perspectives d'accord ouvertes par les négociations, sachant que celles-ci devraient aboutir courant 2012 ?

Combien de salariés sont-ils concernés par la retraite à soixante ans, sachant que ceux atteints par une incapacité de 10 % à 20 % par exemple devront avoir subi un risque spécifique pendant au moins dix-sept ans ?

Sur proposition de notre commission des affaires sociales, le Sénat avait créé un comité scientifique chargé d'étudier les conséquences de la pénibilité sur l'espérance de vie, avec ou sans incapacité de travail. Pourquoi le décret d'application n'est-il pas encore paru ?

Enfin, le Gouvernement a voulu créer un comité de pilotage des régimes de retraites (Copilor), chargé de formuler un avis sur les conditions du retour des régimes à l'équilibre. Cette instance a été mise en place mais elle ne s'est pas encore prononcée. Va-t-elle valider les perspectives économiques et financières ?

Samia Ghali. - *Monsieur le ministre, il semble que nous n'habitons pas le même pays car sur le territoire que je connais, femmes et enfants se soignent de moins en moins. C'est un phénomène général, nullement spécifique à l'optique et aux soins dentaires, deux domaines où les difficultés sont hélas chroniques. Résultat : on régresse dans le dépistage du cancer. En outre, la malnutrition croissante des enfants provoque des carences alimentaires et les expose à des fragilités ultérieures.*

Tout comme Mme Debré, je m'interroge sur le conditionnement des médicaments, qui permet aux laboratoires de s'en mettre plein les poches.

Isabelle Debré. - *Ce n'est pas ce que j'ai dit !*

Samia Ghali. - *Peut-être veut-on épargner certains...*

Isabelle Debré. - *Ne me faites pas dire ce que je n'ai pas dit !*

Jean-Marie Vanlerenberghe. - *La Cour des comptes a suggéré de moduler la participation de l'assurance-maladie au paiement des cotisations sociales des médecins en fonction de leur lieu d'exercice...*

Xavier Bertrand, ministre. - *Je n'y suis pas favorable, la situation des infirmières n'étant pas transposable aux médecins libéraux.*

Jean-Marie Vanlerenberghe. - *Un petit événement a eu lieu récemment : une collectivité territoriale a embauché, comme salarié, un médecin pour travailler dans une maison de santé, où l'on n'avait aucun praticien depuis trop longtemps. Qu'en pensez-vous ?*

Enfin, où en sont les coopérations hospitalières de territoire ?

Xavier Bertrand, ministre. - *Madame Génisson, le problème des urgences se pose en amont et en aval de l'hôpital ; on ne peut le régler en se focalisant sur le seul hôpital ! Le « plan urgences » a amélioré la situation dans les hôpitaux ; les urgentistes ne demandent pas de personnel en plus, mais une infirmière chargée de trouver une solution en aval.*

Catherine Génisson. - *Elle n'est pas là !*

Xavier Bertrand, ministre. - *Le métier n'existe pas. Il faut aussi mettre en place des liaisons informatisées avec les autres services hospitaliers, ne serait-ce que pour connaître les lits disponibles.*

Au moment de la canicule, certaines personnes se trouvaient installées dans un couloir après avoir été vues par un médecin, faute de solution d'aval. J'observe à ce propos que la HAS s'oppose, pour des raisons de sécurité, à la séparation des patients par un rideau, alors que ce serait heureux pour leur dignité. On m'accuse déjà d'être interventionniste, je n'irai pas contre la HAS.

J'en viens à la convergence tarifaire. Nous poussons les feux pour les trente-cinq groupes homogènes déjà déterminés. Le secteur privé juge que nous n'en faisons pas assez, le secteur public estime que nous en faisons trop. Nous ne sommes donc pas loin d'une solution équilibrée...

Quant à l'intervention des collectivités territoriales, ce n'est pas la première fois qu'elles agissent en-dehors de leur domaine de compétence, même s'il est vrai que la région est le niveau légitime pour la formation. Certaines collectivités modifient leur plan local d'urbanisme pour lui donner une dimension sanitaire.

Des contrats d'engagement de service public sont déjà signés pour que les étudiants s'installent plus tard en zone sous-dotée, mais je souhaite vivement que les ARS en fassent plus.

Le renoncement aux soins n'a pas toujours une cause financière : il s'agit souvent d'une simple accessibilité. Il faut ainsi souvent plus de six mois pour obtenir un rendez-vous en ophtalmologie dans le Nord-Pas-de-Calais. Certains patients se rendent en Belgique. J'observe à ce propos que les

personnes affiliées à la CMU-c sont mieux remboursées pour les soins dentaires que les autres assurés.

Samia Ghali. - *La situation la plus difficile concerne les assurés juste au-dessus du plafond de la CMU et de la CMU-c.*

Xavier Bertrand, ministre. - *Pour améliorer la situation, votez mon amendement sur les complémentaires santé !*

Le dépistage insuffisant du cancer du sein n'est pas une question de financement.

Jean-Marie Vanlerenberghe. - *C'est avant tout une question de culture.*

Xavier Bertrand, ministre. - *En effet !*

Monsieur Godefroy, vous connaissez mon engagement à propos de l'amiante. Nous prendrons des dispositions à la hauteur des responsabilités de l'Etat. J'ai beau être un homme politique à la peau tannée par l'expérience, personne n'aime être traité d'assassin.

Le financement de l'agence du médicament par l'assurance-maladie est sans doute préférable sur le plan des principes, mais je ne serai peut-être pas ministre de la santé jusqu'à la fin de mes jours : pour éviter qu'elle ne soit pénalisée lors des arbitrages entre Ségur et Bercy, j'ai proposé une évaluation de la loi sur le médicament.

Au sujet de l'endettement hospitalier, nous voulons qu'un accord-cadre aide les hôpitaux à sortir des emprunts à risque. Une mission sera conduite pour y voir plus clair.

A propos du cumul emploi-retraite, il est exact que les médecins en retraite qui poursuivent leur activité cotisent sans acquérir de droits supplémentaires, ce qui est la règle générale.

La tarification à l'activité (T2A) serait déséquilibrée sans les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac). Malgré le caractère inflationniste de la T2A, je ne suis pas nostalgique du budget global.

Un rapport au Parlement sur la T2A répondra aux questions posées sur les plans de retour à l'équilibre (PRE).

J'ai réuni des représentants de toute la chaîne du médicament pour examiner les questions liées à l'exportation et l'approvisionnement. Nous sommes sortis du déni, nous ne pouvons accepter la répétition de certaines pénuries. La France est un pays attractif mais lorsqu'on y vient, c'est aussi avec des devoirs.

J'ignore pour l'instant combien de personnes, et pour quel montant, seront indemnisées par les laboratoires Servier.

Monsieur Le Menn, on peut réaliser des économies sur les achats hospitaliers.

Jacky Le Menn. - *C'est déjà fait !*

Xavier Bertrand, ministre. - *Ne prétendez pas qu'il serait impossible d'économiser 150 millions sur 1 milliard !*

Le non-remplacement d'un fonctionnaire sur deux partant à la retraite ne concerne pas la fonction publique hospitalière.

A propos des étudiants, le sujet des remises de gestion aboutira bientôt.

Sur la pénibilité, le premier accord vient d'être signé dans une entreprise comptant plus de cinquante salariés. Plusieurs milliers d'autres sont attendus pour 2012 car la montée en puissance est exponentielle, comme ce fut le cas au sujet des carrières longues après 2003.

Le Copilor a été mis en place courant juin ; des groupes de travail ont été formés en octobre pour élaborer des indicateurs de suivi.

Les maisons de santé et les communautés hospitalières de territoire se mettent en place. Il importe que les structures plus petites ne se sentent pas écrasées.

A propos des médicaments, je crois aux grands conditionnements. La dispensation à l'unité n'est pas une solution. Aujourd'hui, les efforts demandés concernent plus les officines que les laboratoires, alors que ceux qui délivrent les produits ne doivent pas se sentir pénalisés. La taille des boîtes est un sujet compliqué, car le marché est international, mais il est exact que nous n'avancions pas assez. Je suis heureux de constater que je ne suis pas le seul à m'intéresser au sujet.

Enfin, rien n'interdit à une collectivité territoriale d'embaucher un médecin pour faire fonctionner une maison de santé mais je suis persuadé que les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (Sisa) et les nouveaux modes de rémunération suffiront à rendre ces structures attractives. Grâce aux maisons de santé pluridisciplinaires, le flux de médecins s'installant en zone rurale dépassera celui des départements. Comme un pétrolier, la démographie médicale ne change que lentement de cap.

**Audition de Marie-Anne MONTCHAMP,
secrétaire d'Etat auprès de la ministre des solidarités
et de la cohésion sociale**

Réunie le mardi 18 octobre 2011, sous la présidence d'Annie David, présidente, la commission procède à l'audition de Marie-Anne Montchamp, secrétaire d'Etat auprès de la ministre des solidarités et de la cohésion sociale.

Marie-Anne Montchamp, secrétaire d'Etat auprès de la ministre des solidarités et de la cohésion sociale. - Ces dernières années, notre politique s'est caractérisée par un effort constant de redressement des comptes sociaux, en dépit d'un contexte économique difficile. Cet effort a permis de dégager des marges de manœuvre sur le plan financier, qui permettent aujourd'hui de mettre en œuvre les priorités du Gouvernement.

Depuis 2007, l'effort de maîtrise des dépenses s'est appuyé sur deux démarches complémentaires : d'une part, la réforme des retraites de 2010, qui produit déjà ses premiers effets puisque l'ensemble des économies réalisées par les régimes de retraite devrait atteindre 5,6 milliards d'euros en 2012 ; d'autre part, une évolution plus modérée des dépenses d'assurance maladie, l'Ondam ayant été respecté en 2010 et en 2011.

Plutôt que de réduire les dépenses sociales, le Gouvernement a choisi d'augmenter les recettes, à hauteur de 6 milliards d'euros au total : la loi de finances rectificative pour 2011 prévoit déjà 3 milliards de recettes supplémentaires ; le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 va apporter deux milliards supplémentaires ; enfin, le projet de loi de finances pour 2012 devrait encore accroître les recettes d'un milliard.

Le projet de loi de financement pour 2012 vise, avant tout, à protéger les Français. Si l'on considère la politique familiale, on constate que celle-ci n'est en aucun cas une variable d'ajustement face à la crise. Les moyens qui lui sont affectés équivalent à 5,1 % de la richesse nationale, contre 4,7 % en 2007. Elle permet d'aider les familles les plus fragiles et de soutenir leur niveau de vie.

L'assujettissement du congé de libre choix d'activité à la CSG est une mesure d'harmonisation avec les règles applicables aux autres revenus de remplacement qui va renforcer le caractère redistributif de la politique familiale. Une attention particulière est portée aux familles monoparentales, puisque deux mesures sont prévues à leur intention : un plafond spécifique de

ressources va être créé, avec un montant plus élevé de 40 % pour les parents isolés, ce qui leur permettra de bénéficier du montant maximal du complément de mode de garde ; en outre, l'aide versée par les Caf va être améliorée en cas de versement partiel d'une pension alimentaire. Le coût cumulé de ces deux mesures est estimé à cinq millions d'euros par an, ce qui n'est pas spectaculaire mais devrait contribuer à améliorer la situation de personnes fragiles.

En ce qui concerne les personnes âgées et handicapées, elles vont bénéficier, l'an prochain, de la hausse de 4,2 % de l'Ondam médico-social, qui va permettre de financer plus de 500 millions de mesures nouvelles.

Près de 400 millions vont d'abord contribuer à améliorer la prise en charge des personnes âgées : 140 millions vont ainsi être affectés à la poursuite du programme de médicalisation des maisons pour personnes âgées et 50 millions à un plan d'investissement pour la rénovation des établissements. Le développement des structures intermédiaires de prise en charge va être favorisé, afin d'apporter une réponse adaptée aux personnes dont le degré de perte d'autonomie est modéré.

Pour les personnes handicapées, 186 millions vont être mobilisés afin de créer, dès l'an prochain, 51 000 places pour les enfants et les adultes. Par ailleurs, mes services vont notifier les enveloppes anticipées, à hauteur de 140 millions en 2011 et de 223 millions en 2012, afin de permettre l'achèvement du plan de création de places dans les établissements et services qui accueillent des personnes handicapées. Il est en effet indispensable d'assurer une continuité dans la mise en œuvre de cette politique.

Le projet de loi de financement prolonge les orientations voulues par le Président de la République, qui s'est attaché à tenir un cap : protéger les plus fragiles. Sur la période 2007-2012, c'est plus de 4,7 milliards d'euros qui auront été apportés au secteur médico-social par les lois de financement successives, soit une augmentation des moyens de 40 %. L'effort en faveur des personnes âgées aura été encore plus important, avec un accroissement des moyens de près de 70 % pour accompagner le vieillissement de la population française.

Ces moyens nouveaux ont permis de mettre en œuvre dans de bonnes conditions le plan de création de places pour les personnes âgées. Ce plan prévoit 90 500 places supplémentaires dans les établissements et services pour personnes âgées. Au 31 septembre 2010, soit deux ans avant la date prévue pour son achèvement, 87 % des financements avaient déjà été notifiés et 30 753 places installées, ce qui est considérable compte tenu des délais inévitables de réalisation.

Ces moyens ont aussi permis de financer le plan « Alzheimer », couvrant la période 2008-2012, qui a accéléré la modernisation de nos équipements. Environ cinq cents unités spécifiques sont désormais labellisées dans les Ehpad pour assurer un accompagnement adapté des personnes qui souffrent de cette maladie dégénérative. On recense aussi 1 400 projets de

pôles d'activité et de soins adaptés (Pasa) ou d'unités d'hébergement renforcé (UHR) en phase d'instruction dans les ARS. L'attention portée à « l'aide aux aidants » fait aussi évoluer notre dispositif médico-social. Il faut rechercher des solutions souples qui leur garantissent un « droit au répit ». Ainsi, l'offre d'accueil de jour a plus que doublé entre 2007 et 2010, passant de 4 954 à 10 600 places, et 3 000 places d'hébergement temporaire ont été créées depuis quatre ans. On voit également apparaître des « plates-formes de répit », qui diversifient encore la palette des réponses qu'il est possible de leur apporter.

Avec les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (Maia), la coordination des parcours est encouragée, en y associant les familles et les proches. En plus des quinze Maia expérimentales initialement prévues, quarante nouvelles maisons vont être installées en novembre et le projet de loi de financement permettra d'en créer une centaine d'autres en 2012. Passée la phase expérimentale, la montée en puissance est donc rapide.

En ce qui concerne le plan pluriannuel de création de places pour les personnes handicapées, lancé en juin 2008, je tiens à souligner que, à mi-parcours, la moitié des 51 400 places prévues avaient déjà été autorisées. Des actions complémentaires sont engagées, hors du champ médico-social, pour améliorer l'autonomie des personnes handicapées. Le projet de loi de financement contient ainsi une mesure très attendue : la majoration de 30 % du complément de mode de garde pour les couples ou les parents isolés qui bénéficient de l'allocation adulte handicapé (AAH) et qui ont un enfant à charge de moins de six ans.

La scolarisation des enfants handicapés est un autre axe important de la politique du Gouvernement, de même que la création de places dans les entreprises adaptées et dans les établissements et services d'aide par le travail (Estat). Les engagements pris par le Président de la République, le 8 juin dernier, lors de la Conférence nationale du handicap, trouvent leur traduction dans le projet de loi de finances pour 2012. La revalorisation, annoncée en 2008, de l'AAH est en cours de réalisation : l'effort financier atteint 2,3 milliards d'euros, ce qui permet d'améliorer le niveau de vie de nos compatriotes qui ne peuvent pas travailler du fait de leur handicap.

Pour remédier aux difficultés financières des associations d'aide à domicile, le Gouvernement a décidé de créer un fonds d'aide exceptionnelle, doté de 50 millions d'euros, afin d'accompagner leur restructuration. Ce fonds sera abondé par le budget de l'Etat et sa création sera donc débattue lors de l'examen du projet de loi de finances.

Dans un contexte difficile, nous avons souhaité, en conclusion, renforcer notre capacité d'intervention dans le champ social et médico-social en orientant par priorité les dépenses vers ceux qui sont les plus fragilisés.

Annie David, présidente. - Plusieurs sénateurs souhaitent vous interroger, madame la ministre, mais je sais que vous avez une contrainte d'agenda et je crains que vous n'ayez pas le temps de répondre à toutes les questions.

Marie-Anne Montchamp, secrétaire d'Etat. - Je suis effectivement prise par le temps, ce dont je suis vraiment désolée. Si vous l'acceptez, je propose de faire parvenir une réponse écrite aux membres de la commission auxquels je n'aurai pas pu répondre aujourd'hui.

Ronan Kerdraon, rapporteur pour le secteur médico-social. - Après avoir beaucoup insisté sur l'urgence de la réponse à apporter à la question de la dépendance, le Gouvernement a purement et simplement ajourné une réforme pourtant annoncée pour la fin de l'année. Vous avez lancé au premier semestre un débat national sur la dépendance. Des groupes de travail ont remis fin juin leurs rapports. Quelles conclusions tirez-vous de ces travaux ?

Concernant l'évolution des crédits médico-sociaux, vous avez indiqué qu'en 2012, l'Ondam médico-social progresserait d'un peu plus de 4 % (6,3 % pour les personnes âgées ; 2,2 % pour les personnes handicapées). Mais les enveloppes attribuées aux établissements et services au titre des dépenses de soins sont établies sur la base d'un objectif global de dépense (OGD) qui comprend aussi des ressources propres de la CNSA et qui n'est pas soumis au vote du Parlement, ce qui avait d'ailleurs été critiqué dans un rapport conjoint de l'Igas et de l'Inspection générale des finances.

D'après les annexes au PLFSS, où figure le budget prévisionnel de la CNSA, l'OGD ne progresserait que de 3,4 % en 2012, dont 4,6 % pour les personnes âgées, ce qui est très inférieur au rythme de ces dernières années. Pouvez-vous confirmer ces chiffres ?

En 2011, 100 millions d'euros ont été mis en réserve, en début d'année, sur l'Ondam médico-social. Pouvez-vous préciser les critères au vu desquels le Gouvernement décidera, ou non, de débloquer ces crédits d'ici la fin de l'année ? Est-il envisagé de procéder à une mise en réserve du même type en 2012 ? Cette année, le secteur médico-social a été particulièrement pénalisé, puisqu'il a supporté 20 % des mises en réserve, alors qu'il représente à peine 10 % de l'Ondam. Il n'est pas souhaitable, à mes yeux, que cette situation se renouvelle en 2012.

Pouvez-vous ensuite nous donner des précisions sur l'article 37 du PLFSS qui permet des expérimentations en matière de tarification des établissements médico-sociaux. Par ailleurs, où en est-on de la réforme de la tarification des établissements dont le principe a été posé il y a trois ans ? Pourquoi le projet de décret préparé en début d'année n'a-t-il pas vu le jour ? Quelles sont les difficultés rencontrées ? Le Gouvernement entend-t-il toujours mettre en œuvre cette nouvelle tarification à la ressource ?

La ministre Roselyne Bachelot-Narquin a annoncé un fonds spécial de 50 millions d'euros pour les services d'aide à domicile, qui sont en grande difficulté. Pouvez-vous donner des précisions sur l'origine de ces crédits ? Sont-ils inscrits dans le projet de loi de finances ?

En ce qui concerne le plan de solidarité « grand âge », l'ADF propose la prise en charge par l'assurance maladie, dans le cadre des conventions tripartites dites de « deuxième génération », des dépenses supplémentaires liées à l'amélioration de la médicalisation. Comptez-vous donner une suite favorable à cette demande ?

Au sujet du plan « Alzheimer », beaucoup d'annonces ont été faites, qui occultent le fait qu'une grande partie de ce plan est actuellement à la charge des conseils généraux. Comptez-vous préciser la responsabilité financière de l'assurance maladie en la matière et confier le pilotage d'ensemble à la CNSA ? Le plan est en effet financé par la contribution de solidarité à l'autonomie (CSA), ce qui se fait au détriment de la compensation aux conseils généraux du coût de l'allocation personnalisée à l'autonomie (Apa) et de l'allocation de prestation de compensation du handicap (APCH).

S'agissant du plan « handicap », j'observe que le programme national de création de places nouvelles prévoit de faire évoluer la répartition entre maisons d'accueil spécialisé (Mas) et foyer d'accueil médicalisé (Fam) : actuellement, on compte 80 % de places en Mas pour 20 % de places en Fam ; on passerait à 50 % de places en Mas et 50 % de places en Fam. J'estime qu'un tel changement poserait des problèmes aux départements, qui sont déjà confrontés à une situation financière tendue, et serait source de blocages.

Marie-Anne Montchamp, secrétaire d'Etat. - *Sur la question de la dépendance, des débats ont effectivement été organisés dans toute la France. Ils ont montré que le système actuel de prise en charge de la dépendance connaît des tensions, auxquelles le projet de loi de financement pour 2012 apporte de premières réponses. Mais des réformes de plus grande ampleur sont nécessaires pour faire face au choc du vieillissement. Notre système accorde une grande place à la dimension sanitaire de la perte d'autonomie mais néglige d'autres aspects, comme la prévention par exemple. Des solutions de logement appropriées doivent être trouvées, pour éviter un recours trop fréquent à l'hospitalisation. Il faut préparer ces évolutions à plus long terme, ce qui suppose de mener une politique dans la durée et sans à-coups. Il faut accroître l'autonomie des personnes âgées qui veulent rester dans leur environnement habituel, leur demande prioritaire portant sur le maintien du lien social. Il faut également y voir plus clair sur les dépenses : le rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie montre par exemple que trois millions de journées sont consacrées à des dépassements de durée moyenne de séjour pour des personnes âgées hospitalisées dans des établissements où elles n'ont pas vraiment leur place. Il y a là des gaspillages auxquels il convient de mettre un terme, en réorientant notre système vers la prévention et en développant une offre alternative pour dépasser l'opposition binaire actuelle entre maintien à domicile et séjour en Ehpad.*

Isabelle Pasquet, rapporteure de la branche famille. - La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a prévu le transfert à la Cades de 0,28 point supplémentaire de CSG, qui était auparavant destiné à la branche famille. En contrepartie, trois nouvelles ressources ont été affectées à la branche : la taxe spéciale sur les contrats d'assurance maladie, la taxe exceptionnelle sur les réserves de capitalisation et le prélèvement de la CSG au fil de l'eau sur les contrats multi-supports d'assurance-vie. Or, ces nouvelles recettes présentent l'inconvénient de ne pas être suffisamment solides ni pérennes puisque l'une d'entre elles est une « mesure à un coup », à savoir la taxation des réserves de capitalisation, et que les prélèvements sociaux sur les contrats d'assurance vie multi-supports devraient peu à peu s'effriter. Comment le Gouvernement compte-t-il remédier à cette inquiétante perte de recettes pour la branche famille ? Celle-ci ne compromet-elle pas tout retour à l'équilibre à court et moyen terme ?

D'importantes disparités territoriales persistent en matière d'offre d'établissements et de services pour jeunes enfants. Ainsi, on remarque que la capacité d'accueil varie, en fonction des départements de la métropole, de vingt-quatre à soixante douze places pour cent enfants de moins de trois ans. Le grand ouest de la France, Paris et les Hauts-de-Seine, la Bourgogne et la Haute-Loire présentent les taux de couverture les plus élevés. A l'inverse, le pourtour méditerranéen, l'Eure, les Ardennes, la Seine-Saint-Denis et le Val d'Oise ont les potentiels d'accueil les plus faibles. Quelles mesures le Gouvernement entend-t-il prendre pour lutter contre ces inégalités territoriales ?

Dans son rapport de septembre dernier, la Cour des comptes constate qu'une part désormais majeure de l'activité des caisses d'allocations familiales porte sur les prestations servies par la branche famille pour le compte de l'Etat et des départements. Ainsi, ces prestations (essentiellement l'allocation aux adultes handicapés et le revenu de solidarité active) représentent 45 % du volume total des prestations servies par les Caf.

N'y-a-t-il pas urgence à rétribuer les caisses à la mesure de l'effort que représente la gestion de ces prestations ?

Georges Labazée. - Quand on dresse le bilan des schémas départementaux en faveur des personnes âgées et du handicap pour la période 2005-2011, on constate que les dotations de la CNSA, via les ARS, ne couvrent qu'un tiers des besoins en matière de soins. Dans la perspective de la mise en œuvre des schémas départementaux de l'autonomie, on peut craindre que l'équilibre entre l'apport des départements et les dotations de la CNSA soit encore plus difficile à trouver dans les années à venir. Les départements vivent mal les décisions inévitables de l'Etat qui conduisent à augmenter encore les moyens dans des territoires déjà sur-dotés, en contradiction avec le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (Priac) élaboré en concertation avec l'ARS.

Dominique Watrin. - *La ministre a insisté sur l'intérêt des structures intermédiaires. De ce point de vue, les foyers logement pour personnes âgées ont toute leur utilité. Ils se situent à mi-chemin entre le domicile et l'établissement médicalisé, pour un coût raisonnable, de l'ordre de 1 000 euros par mois dans mon département. Mais les bâtiments ont vieilli et les crédits manquent pour assurer d'indispensables mises aux normes. Aucune aide de l'Etat n'est prévue et, si le propriétaire décide de faire des travaux, cela a une incidence directe sur le coût des loyers, qui augmentent fortement. Quelles solutions le Gouvernement peut-il proposer pour préserver cette offre de logement et éviter que ces foyers ne ferment ?*

Gilbert Barbier. - *On crée des places pour accueillir des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer dans de nombreux établissements et on constate qu'elles sont immédiatement occupées, ce qui m'amène à m'interroger sur les critères d'admission : dans la mesure où la dotation de financement n'est pas la même, on peut se demander si ces lits ne sont pas remplis automatiquement, sans avoir évalué précisément l'atteinte du patient par la maladie d'Alzheimer.*

Je souhaite soulever également le problème du devenir des personnes handicapées mentales ayant travaillé en centre d'aide par le travail (CAT) lorsqu'elles atteignent l'âge de la retraite. Elles ont beaucoup du mal à trouver une maison de retraite qui accepte de les accueillir. Elles sont souvent mal acceptées et le montant de leur retraite est modeste.

Enfin, il semble qu'il y ait toujours des problèmes de placement des personnes qui sortent des instituts médico-éducatifs (IME), en dépit de l'amendement « Creton ». La ministre pourrait-elle nous aider à y voir plus clair en faisant un point de la situation ?

Samia Ghali. - *Je déplore vivement la baisse du nombre d'agrément accordés par l'Etat aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), ainsi qu'aux établissements d'hébergement pour personnes âgées (Ehpa). Les Ehpa sont des structures moins médicalisées qui permettent aux personnes âgées d'être ensemble et qui contribuent à la mixité sociale. Dans une société vieillissante comme la nôtre, la diminution du nombre d'agrément met en péril ces établissements.*

Jacky Le Menn. - *J'aurais aimé avoir l'éclairage de la ministre sur la question des unités de soins de longue durée (USLD). Il y a quelques années, une réforme a conduit à faire basculer des lits des USLD vers les Ehpad, ce qui a conduit à alourdir les dépenses à la charge des établissements et des conseils généraux, via l'aide sociale. En outre, il était nécessaire que les anciennes USLD comptent au moins trente pensionnaires pour pouvoir se constituer en USLD « redéfinies », ce qui a posé des problèmes de prise en charge et de financement à de nombreuses structures de petite taille qui accueillait néanmoins des personnes souffrant de pathologies lourdes.*

Concernant le problème de la tarification ternaire, qui distingue dépendance, soins et hébergement, je souligne la complexité de ce système, qui laisse, de surcroît, une part importante du coût de l'hébergement à la charge de la personne dépendante ou du département, via l'aide sociale. Une meilleure ventilation entre ces trois postes de dépenses doit être recherchée.

En matière d'aide à domicile, les 50 millions d'euros annoncés par le Gouvernement sont-ils à la hauteur des besoins des associations ? Le tarif horaire de la prise en charge est inférieur depuis des années au coût de revient supporté par ces associations.

Enfin, les conseils généraux regrettent l'abandon de la réforme de la dépendance, qui était pourtant un « objectif prioritaire » du Président de la République. Les conseils généraux ne pourront supporter indéfiniment de financer 72 % de l'Apa, alors qu'ils font face à d'autres charges importantes par ailleurs.

Gisèle Printz. - *Je souhaiterais d'abord avoir des précisions sur le complément de libre choix d'activité que la ministre a évoqué dans son intervention. En outre, les Caf vont-elles se substituer aux parents qui ne versent pas en totalité leur pension alimentaire ?*

Yves Daudigny, rapporteur général. - *Une part croissante du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) finance des dispositifs - par exemple le plan « Alzheimer » ou les Maia - qui devraient en toute logique relever de l'assurance maladie. Cette évolution se fait au détriment de la compensation versée aux départements au titre de l'Apa et de l'APCH, ce qui les place dans une situation financière difficile. Il serait cohérent que la CSA finance d'abord ces deux prestations.*

Annie David, présidente. - *Nous transmettons ces questions à la ministre qui s'est engagée, à défaut de pouvoir trouver une autre date d'audition en commission compatible avec nos réunions, à y apporter des réponses écrites.*

II. AUDITIONS DE LA COUR DES COMPTES ET DE L'ACOSS

**Audition de Didier MIGAUD, Premier président,
Antoine DURRLEMAN, président de la sixième chambre de la Cour,
Jean-Pierre LABOUREIX, rapporteur général,
Simon BERTOUX, rapporteur général adjoint,
et Jean-Marie BERTRAND, président de chambre,
rapporteur général du comité du rapport public et des programmes,
de la Cour des Comptes**

Réunie le mercredi 12 octobre 2011, sous la présidence d'Annie David, présidente, la commission entend Didier Migaud, Premier président de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

Annie David, présidente. - J'accueille en votre nom le Premier président de la Cour des comptes pour cette audition qui marque traditionnellement le coup d'envoi de nos travaux relatifs au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS).

Didier Migaud, Premier président de la Cour des comptes. - Je suis heureux de rencontrer la nouvelle commission des affaires sociales - l'un des interlocuteurs majeurs de la Cour. Nous procédons à la certification des comptes de la sécurité sociale, au suivi de l'application des lois de financement, ainsi qu'aux enquêtes de l'article 132.1 du code des juridictions financières. Plusieurs enquêtes demandées par vous sont en cours d'achèvement. C'est dans le cadre de cette mission constitutionnelle d'assistance au Gouvernement et au Parlement que je vous présente ce matin nos travaux sur la sécurité sociale. J'ai à mes côtés Antoine Durrleman, président de la sixième chambre de la Cour, Jean-Pierre Laboureix, rapporteur général, Simon Bertoux, rapporteur général adjoint, ainsi que Jean-Marie Bertrand, président de chambre, rapporteur général du comité du rapport public et des programmes.

Le rapport annuel existe depuis 1996. Il est donc devenu un exercice habituel mais aujourd'hui nous traversons une crise particulièrement profonde, dont nous ne sommes pas encore sortis ; dans cette période

d'incertitude, il est important de savoir que les comptes sont vérifiés par une institution indépendante, qui en rend compte au Parlement. Ce dernier a confié à la Cour la certification des comptes du régime général, objet du rapport remis en juin dernier sur les comptes 2010, je n'y reviens pas. Mais c'est en s'appuyant sur ces travaux ainsi que sur des vérifications spécifiques que la Cour a rendu les avis qui figurent dans le présent rapport sur la cohérence des tableaux d'équilibre et, pour la première fois, sur le nouveau tableau patrimonial relatif à l'exercice 2010. Vous aurez à approuver ces tableaux dans la discussion du PLFSS pour 2012.

Selon nous, les tableaux d'équilibre, qui prennent la forme de comptes de résultat simplifiés des régimes obligatoires de base, du régime général et du fonds de solidarité vieillesse (FSV), reflètent correctement les résultats de ces régimes et organismes, même si différentes imperfections les affectent encore.

Le tableau patrimonial institué par la loi organique du 13 novembre 2010 est un bilan agrégé des régimes de base, du FSV, du fonds de réserve pour les retraites (FRR) et de la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades). Nous estimons l'image fournie cohérente, sous réserve de diverses observations. Il y a là un progrès considérable pour l'information du Parlement. Ce nouveau tableau, dont la Cour avait suggéré la création en 2007, donne en effet une vue agrégée des actifs et passifs de la sécurité sociale et des organismes qui concourent à son financement et au portage de sa dette. Pour la première fois, une appréciation complète de la dette sociale est possible. Celle-ci s'élevait à 136 milliards d'euros au 31 décembre 2010 : les 86,7 milliards de la Cades et les 49,5 milliards d'endettement à court terme de l'Acoss, constatés en fin d'année. Il montre l'ampleur des enjeux.

Je n'entrerai pas dans le détail des dix-sept chapitres de ce rapport. Je souhaite plutôt vous présenter les quatre grands axes autour desquels s'organisent nos analyses. Notre protection sociale est extrêmement fragilisée. Il faut en priorité maîtriser les dépenses d'assurance maladie. Pour ce faire, les efforts à accomplir doivent être partagés de façon équitable et solidaire. Et la gestion doit encore impérativement connaître des gains de productivité.

Le premier constat de la Cour est celui de l'extrême fragilisation de notre protection sociale, accentuée par la crise économique et financière. Le déficit de 2010 est historique. L'Insee l'a rappelé, ce sont les plus modestes qui sont les plus touchés : 8,2 millions de personnes se situent en 2009 en-dessous du seuil de pauvreté, soit 13,5 % de la population. Mais les prestations sociales au sens large ont amorti le choc. La part des dépenses de santé qui reste à la charge des ménages a légèrement baissé en 2010, à 9,4 %. En cela, notre sécurité sociale a pleinement joué son rôle. Mais elle l'a fait au prix d'une grande fragilisation.

Il y a bien sûr d'abord l'ampleur des déficits. Un record a été atteint en 2010 : à 29,8 milliards d'euros pour les régimes de base et le FSV, le déficit a triplé en deux ans pour représenter 1,5 % du Pib, en raison d'un effet

de ciseaux entre l'évolution des recettes assises sur les revenus du travail et un rythme de progression des dépenses entretenu par la crise, mais aussi par des rigidités. Toutes les branches sont touchées, en premier lieu l'assurance maladie et la branche vieillesse. Certaines situations sont très fortement dégradées : le déficit du FSV représente près du quart des charges du fonds, chez les exploitants agricoles le taux est de 14 %. Préoccupante également, la situation de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) accuse un déficit correspondant à 2,9 % de ses charges.

Il y a ensuite la part structurelle : pour le régime général, la crise explique moins de la moitié du déficit global. Le déficit structurel est de 0,7 point de Pib pour 2010. Récurrence et caractère structurel du déficit social sont des spécificités françaises et une réalité vécue depuis trente ans. Ce déficit des comptes sociaux est en soi une anomalie. Aucun de nos grands voisins européens n'accepte un tel déséquilibre de sa protection sociale. Le besoin de financement des administrations sociales françaises est le plus élevé de la zone euro en 2010.

Nous perdons ainsi des marges de manœuvre précieuses en cette période de crise. Afin d'amortir la dette sociale et payer la charge d'intérêt, notre pays doit distraire 15 milliards d'euros de ressources pour les affecter à la Cades. Cette dégradation sans précédent des comptes et l'accumulation des déficits entretiennent une spirale dangereuse pour la légitimité et la pérennité même de notre protection sociale. La dette sociale est également une anomalie. Notre pays ne peut durablement financer des prestations par l'emprunt et reporter le financement de sa protection sociale sur les générations suivantes.

Cette dépendance à la dette est le poison de la sécurité sociale ; la dette sociale est une drogue qui fait oublier les réalités et les fragilités structurelles, qui minimise les efforts indispensables de redressement. C'est la raison pour laquelle la Cour met l'accent sur la dette sociale et son financement. Il y a seize ans, la création de la Cades fut conçue comme temporaire, associée à un prélèvement spécifique, à assiette large, et limité dans le temps, avec une date de fin de remboursement proche, 2009. Mais avec l'accumulation des déficits, la Cades a été maintenue jusqu'en 2025 et elle est financée désormais par d'autres ressources que la seule contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS). Au total le système est devenu déresponsabilisant, d'autant que la faiblesse actuelle des taux d'intérêt réduit la perception du coût de la dette ; pourtant nous avons payé 30 milliards d'euros d'intérêts depuis l'origine.

La dette sociale est financée au prix d'une ingénierie toujours plus sophistiquée ; l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) est devenue une institution de préfinancement de la dette sociale ; la Cades a amorti près de 50 milliards d'euros depuis l'origine avec des ressources pérennes. Les deux sont des organismes connus et reconnus par les marchés, à juste raison. Mais le système a été poussé à sa limite. La reprise de dettes décidée à l'automne 2010 a doublé les montants jusqu'ici transférés.

Pourtant, ce transfert qui concerne une décennie de déficits sociaux ne couvre que partiellement les déséquilibres anticipés jusqu'en 2014, en particulier pour l'assurance maladie. Dans son rapport de juin dernier, la Cour a souligné que la trajectoire prévue pour le redressement des comptes sociaux reposait sur des hypothèses favorables. En l'absence de nouvelles mesures de redressement, les risques pesant sur les branches maladie, retraite et famille rendront indispensable à l'horizon 2020 un important transfert de dettes à la Cades.

D'ores et déjà, le PLFSS pour 2012 prévoit un nouveau transfert : celui des 2,5 milliards de déficits cumulés en 2009 et 2010 du régime de retraite des exploitants agricoles. Ce transfert est inattendu : jusqu'à présent, ces déficits étaient repris par l'Etat au titre de la solidarité nationale. Il y a là une novation. La Cades portait jusqu'ici la dette du seul régime général ; or, sa mission est élargie à un autre régime, structurellement déficitaire. Malgré l'apport de 400 millions d'euros de recettes supplémentaires, le régime agricole demeurera en 2012 fortement déséquilibré ; la Cades devra reprendre en fin d'exercice 800 millions d'euros.

La Cour attire votre attention sur la récurrence des déficits du régime de retraite des exploitants agricoles, du FSV, de la CNRACL. Des réponses structurelles s'imposent, plutôt qu'une nouvelle dilatation du dispositif de financement qui revient à différer encore les ajustements.

Les comptes de la sécurité sociale sont pour 2011 en légère amélioration par rapport aux prévisions de juin dernier, grâce à la bonne tenue des cotisations sociales. Certes, le Parlement vient aussi d'adopter une loi de finances rectificative qui comporte des recettes supplémentaires pour la sécurité sociale, 6,3 milliards d'euros en 2012. Elles seront utiles pour respecter la trajectoire de réduction des déficits publics.

Cependant, les perspectives de l'économie française sont moins favorables désormais, la prévision de croissance pour 2011 et 2012 a été revue en baisse de trois quarts de point. La note de conjoncture la plus récente de l'Insee laisse à penser que l'économie française pourrait entrer dans l'année 2012 avec un acquis de croissance quasi nul. La spirale de la dette sociale va donc se poursuivre. Tant que les déficits sociaux dépasseront la capacité d'amortissement de la Cades, la dette sociale continuera d'augmenter. Les déficits pour 2012 du régime général et du FSV entretiennent ce gonflement.

Revenir à l'équilibre des comptes sociaux est un impératif. Il faut accélérer le redressement et rétablir un lien fort entre le déficit d'une année et les ressources supplémentaires affectées à la Cades lors des transferts. La Cour propose d'instituer un transfert automatique à la Cades, à chaque fin d'année, de la part d'endettement de l'Acoss correspondant au déficit du régime général et du FSV, en privilégiant une hausse de la CRDS.

Un emballement de la dette sociale doit être évité à tout prix dans la conjoncture actuelle, d'autant que le risque de remontée des taux d'intérêt existe. Il faut assurer un meilleur pilotage par le solde, intensifier les efforts de redressement, accompagner les reprises de dettes des réformes structurelles nécessaires, infléchir la dépense avant d'envisager des prélèvements supplémentaires car les prélèvements obligatoires sont déjà élevés.

La sécurité sociale est un trésor plus fragile que jamais : préserver cet inappréciable acquis, issu de l'élan porté par le Conseil national de la résistance, suppose des choix collectifs forts.

L'effort de redressement doit porter par priorité sur la maîtrise des dépenses d'assurance maladie. Les réformes successives et indispensables des retraites ont relégué au second plan les déficits répétés de l'assurance maladie ; le régime n'a pas connu l'équilibre depuis près d'un quart de siècle ! L'évolution tendancielle des dépenses d'assurance maladie dépasse chaque année 4 %. Certes, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) a été respecté en 2010, pour la deuxième fois seulement depuis son institution en 1996. Ce résultat est dû à un pilotage plus fin et plus ferme de la dépense mais aussi à des facteurs circonstanciels favorables. Pour 2011, le comité d'alerte estime que l'objectif ne sera pas dépassé. La mise en réserve de 545 millions d'euros de crédits et 2,2 milliards d'économies faciliteront le respect de l'Ondam 2012, pourtant resserré. Toutefois, il convient de mobiliser sans relâche toutes les marges d'efficience.

La maîtrise des dépenses de médicament est un enjeu considérable. La dépense est plus élevée en France qu'ailleurs, l'OCDE le dit, et le ralentissement récent ne suffit pas à résorber les écarts historiques. Nous consommons huit fois plus de tranquillisants que les Allemands, six fois plus que les Anglais. Notre dépense pharmaceutique par habitant s'élève à 114 euros par habitant contre 70 euros en Allemagne ou 71 aux Pays-Bas. La dépense de médicament à l'hôpital continue de progresser à un rythme soutenu, deux fois plus rapidement qu'en ville. Les prix des médicaments récents ne sont plus fixés à des niveaux inférieurs à ceux de nos voisins européens. Et la prescription en France a la particularité de se porter vers les médicaments nouveaux et chers... Le système d'admission au remboursement et la fixation des prix ne sont pas suffisamment rigoureux et transparents. Les multiples dispositifs de régulation de la dépense connaissent des faiblesses persistantes.

Il en va ainsi des génériques : après dix années d'efforts, notre pays n'a pas rattrapé son retard. La proportion des génériques dans la consommation reste plus de trois fois inférieure au niveau de nos voisins allemands et anglais. Leur pénétration s'essouffle et leur diffusion recule parfois. Pour les inhibiteurs de la pompe à protons, utilisés dans le traitement des ulcères, le taux de génériques passe de 71 % en 2006 à 63 % en 2009. Le recul est de treize points pour les statines ! Les stratégies de « contre

génériques » suivies par certains laboratoires et l'absence de généralisation de tarifs forfaitaires de responsabilité expliquent cette évolution.

Le Gouvernement propose des baisses de prix de médicaments et diverses mesures portant sur ces produits, pour un total de 100 millions d'euros. Toutefois, il faut une refonte d'ensemble de la politique suivie depuis vingt ans. Il faut poser des règles claires pour l'admission au remboursement et pour la fixation des prix, et réguler plus fermement la prescription à l'hôpital. Lorsqu'il est possible de prescrire de l'aspirine ou du Plavix, vingt-quatre fois plus cher, en France on prescrit le Plavix deux fois plus souvent qu'en Allemagne, trois fois plus qu'au Royaume-Uni, quatre fois plus qu'en Italie.

L'optimisation des dépenses passe au premier chef par les professions de santé. L'évolution démographique, la répartition territoriale constituent des enjeux majeurs. Il n'y a jamais eu autant de médecins en France, jamais la densité médicale n'a été aussi élevée et le nombre de médecins, après un creux, augmentera de nouveau fortement à compter de 2020. Mais cette dynamique ne résoudra ni les problèmes de répartition entre généralistes et spécialistes, ni l'inégalité territoriale. Une baisse du numerus clausus et une régulation plus fine des flux de formation seraient souhaitables pour éviter une surmédicalisation à long terme, qui pèserait sur l'assurance maladie.

Les inégalités de répartition territoriale exigent des mesures fortes car les incitations ont revêtu jusqu'à présent un caractère plutôt symbolique. Certaines aides ont donné lieu à des effets d'aubaine importants. Ainsi la majoration de 20 % de la rémunération en zone déficitaire a représenté en moyenne 27 000 euros de prime, parfois jusqu'à 100 000 euros, pour un apport net d'une cinquantaine de médecins seulement. En outre, la définition des zones déficitaires étant obsolète, ces aides ont pu être attribuées à des médecins exerçant dans des zones qui n'étaient plus sous-dotées. La Cour propose donc d'introduire une modulation généralisée des cotisations des praticiens en fonction de leur lieu d'installation.

De même, le nombre de sages-femmes a presque doublé depuis 1990 et une meilleure complémentarité avec les gynécologues obstétriciens valoriserait les compétences respectives des uns et des autres ; l'assurance maladie en tirerait bénéfice.

La recomposition de l'offre de soins doit porter principalement sur l'hôpital qui représente plus de 72 milliards d'euros de dépenses d'assurance maladie et dont les marges de progrès sont considérables. De la tarification à l'activité (T2A), la Cour dresse un bilan en demi-teinte. Les établissements ne sont guère incités à se mobiliser. Les restructurations, bien qu'indispensables, sont freinées. D'autant qu'un alignement total des tarifs entre hôpitaux publics et cliniques privées entraînerait mécaniquement pour le secteur public une perte de recettes annuelle supérieure à 7 milliards d'euros. Des

arbitrages majeurs sont donc à prendre pour respecter l'échéance de 2018 en matière de convergence.

Les centres hospitaliers universitaires (CHU), les « vaisseaux amiraux » de l'hospitalisation publique, devraient être incités à intensifier leurs efforts de réorganisation interne. Leurs spécificités se révèlent beaucoup plus limitées qu'attendu et leur rôle de référence en réalité limité. La deuxième CHU de France, les Hospices civils de Lyon, a pour première source de financement l'activité d'accouchement. Les performances en matière de recherche médicale sont inégales. Au nom de leurs spécificités, ils ont pourtant reçu d'importantes dotations et des aides contractuelles, grâce auxquelles ils ont différé l'effort. Une enquête menée sur cinq CHU nous a montré que la maîtrise engagée de la masse salariale ne s'accompagne pas encore de réorganisations en profondeur.

Les coopérations hospitalières ont fait l'objet d'une enquête de terrain, conduite par la Cour et les chambres régionales des comptes. L'outil est utilisé parfois abondamment : l'hôpital de Châteauroux a signé 188 conventions sur des sujets aussi divers que l'accès aux équipements lourds, la mise à disposition de médecins spécialistes ou l'organisation des gardes médicales. Comme l'illustre le pôle public-privé de Saint-Tropez, le risque d'un déséquilibre au détriment du centre hospitalier public existe, car ces coopérations confortent des situations fragiles plus qu'elles ne contribuent à la recomposition de l'offre de soins. Un premier bilan de la loi HPST le montre bien. L'outil des communautés hospitalières de territoires s'est peu développé : Rhône-Alpes n'en compte que deux. Un pilotage plus affirmé, notamment par les agences régionales de santé (ARS), est indispensable.

Notre troisième recommandation concerne un partage équitable et solidaire des efforts. Les modalités de prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire sont de plus en plus complexes et illisibles. Même le mécanisme des affections de longue durée (ALD), qui couvre près de dix millions de personnes en 2009, ne fait pas l'objet d'un suivi financier en continu. Il a fallu une étude spécifique de la Cnam, réalisée à la demande de la Cour, pour évaluer enfin la charge que représentent les exonérations de ticket modérateur pour les soins de ville - de l'ordre de 10 milliards d'euros, dont 8 pour les ALD. Mais aucune estimation n'existe pour les soins hospitaliers. Des questions d'équité entre assurés se posent. Certains ne renonceront-ils pas à des soins ? Une remise à plat s'impose tout en préservant la solidarité.

Une même exigence d'équité et de solidarité doit régner pour ce qui concerne l'accès à la protection complémentaire. Dans le prolongement de ses travaux sur les « niches sociales », la Cour s'est intéressée aux aides à la couverture maladie complémentaire et à l'épargne retraite. Les exonérations de charges sociales et les dépenses fiscales atteignent respectivement 6 et 2 milliards d'euros. La Cour a relevé des effets d'aubaine ; or les catégories aux revenus peu élevés bénéficient peu de ces dispositifs. L'incitation à la couverture maladie complémentaire consiste en une exonération de cotisations

sociales : mais celle-ci ne concerne que les contrats collectifs qui s'adressent, en moyenne, à un public plus favorisé que les contrats individuels. Il faut réorienter le mécanisme vers ceux qui en ont le plus besoin et mettre fin aux effets de seuil.

La gestion du système doit devenir plus productive. Même s'ils ne représentent que 3 % des dépenses totales, les coûts de gestion administrative du régime général représentent un fort enjeu. La modernisation des procédures et l'importance des départs en retraite ont réduit les effectifs et suscité des gains de productivité réels, mais variables et peu ambitieux. Les marges de progrès restent considérables, je songe à la dématérialisation totale des feuilles de soins papier et des prescriptions pharmaceutiques qui accompagnent les feuilles de soins. Ces gisements de productivité doivent être exploités rapidement, systématiquement. Une réduction de 10 % des dépenses de gestion représenterait une économie d'un milliard d'euros et pourrait être fixée comme objectif pour la période des conventions d'objectifs et de gestion en cours et la suivante.

Cela ne vaut pas seulement pour le régime général. La restructuration du réseau de la mutualité sociale agricole reste également à parfaire. Pour autant, la situation démographique et financière des régimes agricoles impose d'envisager un rapprochement par étapes avec le régime général.

La simplification réglementaire suscitera également des gains de productivité importants. Devenue majoritairement un opérateur pour le compte de l'Etat et des départements, la branche famille est confrontée à la grande complexité des aides. Leur simplification conditionne la meilleure maîtrise des coûts de gestion. Les sommes correspondantes doivent être facturées « au réel » aux donneurs d'ordre sur la base d'une comptabilité analytique.

En conclusion, la Cour ne sous-estime nullement les efforts réalisés, qui produisent indéniablement des effets dans de nombreux domaines. Mais les déficits sociaux persistants menacent notre système de protection sociale, si précieux en période de crise économique. Sa préservation constitue ainsi une priorité fondamentale. Il est temps de mettre fin à un déficit injustifiable, notamment en matière d'assurance maladie. Le retour à l'équilibre doit être programmé à terme rapproché. La trajectoire de redressement des comptes doit s'intensifier grâce à une programmation rigoureuse et fiable.

La Cour ne préconise pas une baisse des dépenses sociales mais une modération de leur croissance. Cela est possible si tous les acteurs du système se mobilisent pour plus d'efficacité et si les efforts sont partagés et solidaires. L'efficacité ne s'oppose pas à l'équité. Seule l'intensification de cet effort collectif justifie la mobilisation de ressources supplémentaires. La Cour préconise une limitation des niches sociales qu'elle évalue à 70 milliards d'euros. La réduction rapide des déficits sociaux et le retour à un équilibre

durable qui épargne les générations à venir supposent une réforme multiple, continue, de grande ampleur, bref une action à la hauteur des enjeux.

***Yves Daudigny, rapporteur général.** - Depuis le 22 juin dernier, deux choses ont changé : la situation financière générale s'est aggravée, suscitant l'annonce, le 24 août dernier, d'un nouveau plan ; et le renouvellement du Sénat ouvre des perspectives nouvelles pour traiter les questions sociales, dans la limite de nos prérogatives...*

Monsieur le Premier président, je souhaite vous interroger d'abord sur la gestion de la dette sociale. La Cour insiste sur le niveau très élevé de l'endettement social, sa progression continue au cours des dernières années et sur la nécessité par conséquent d'un meilleur encadrement. La Cour a-t-elle évalué précisément le plan de financement décidé l'année dernière pour accompagner le transfert de 130 milliards de dettes supplémentaires d'ici à 2018 ? Allongement limité à quatre ans de la durée de la dette, ressources nouvelles et transfert progressif des actifs du FRR seront-ils suffisants pour respecter les engagements pris ? Pour renforcer la solidité de la Cades, faudra-t-il envisager de rendre plus lisibles ses ressources, donc de simplifier le « cocktail » de ses recettes ?

La Cour observe que le déficit constant et structurel du régime général de la sécurité sociale est une spécificité française. Parmi les méthodes retenues par nos partenaires européens pour éviter une telle situation, y en a-t-il que la Cour estime transposables à notre pays ?

Sur la répartition de l'offre de soins, vous considérez qu'une action plus vigoureuse doit désormais être engagée : régulation de l'installation des médecins libéraux et « pilotage ferme » par la tutelle de la recomposition de l'offre hospitalière. Quelles mesures la Cour suggère-t-elle ? Quels délais, quels indicateurs chiffrés pour l'évaluation ?

Quant aux tarifs hospitaliers, la Cour constate l'apport limité de la T2A à la maîtrise de la dépense hospitalière et fait quelques propositions pour en améliorer le fonctionnement. Cette réforme aura-t-elle néanmoins rendu plus dynamique la gestion des établissements ?

Le rapport souligne « la nécessité d'arbitrages rapides » en matière de convergence intersectorielle, le terme de celle-ci étant actuellement fixé à 2018. Le processus est-il justifié ? Quels enseignements peut-on tirer des mesures de convergence ciblée mises en œuvre depuis deux ans ? Faut-il poursuivre dans cette voie et à quel rythme ?

La Cour fait état d'une grande inégalité dans la prise en charge des dépenses de santé et dans les restes à charge de certains assurés ; elle suggère des réformes. Comment faut-il engager la réflexion sur ce sujet ?

Vous constatez les efforts de productivité dans la gestion des caisses, estimant cependant que des marges de manœuvre demeurent. Les coûts de gestion du régime général peuvent-ils être comparés avec ceux des organismes complémentaires ? Sont-ils un élément pertinent pour déterminer la

répartition des charges entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire ?

Enfin, s'agissant de la coopération entre professionnels de santé, le rapport de la Cour analyse le rôle des sages-femmes dans le système de soins et comporte des recommandations pour mieux articuler leurs compétences avec celles des gynécologues-obstétriciens et pour adapter la nomenclature de leurs actes. Quelles sont les autres coopérations entre professionnels de santé à développer afin d'optimiser la gestion des compétences ? Peut-on en attendre des économies ?

***Didier Migaud, Premier président.** - Sur le premier point, la Cour des comptes a procédé à un contrôle approfondi de la Cades, ses conclusions figurent dans le rapport. Nous formulons des suggestions d'amélioration mais reconnaissons la qualité d'ensemble du modèle. L'établissement aura aussi recours à un audit externe.*

Sur les 135 milliards d'euros de dette qu'elle porte, 40 % sont financés par la CRDS, 36 % par la contribution sociale généralisée (CSG), 14 % par un transfert lié à la liquidation du FRR, le solde par un prélèvement sur les revenus des capitaux. La question principale n'est pas l'équation financière, qu'elle fait fonctionner correctement, ni celle de la qualité des ressources, mais celle de la responsabilisation par rapport à la spirale de la dette. Nous estimons qu'une plus grande clarté est nécessaire sur la dette sociale : le nouveau tableau patrimonial apporte la transparence souhaitable. Je l'ai dit, la dette est de 136 milliards d'euros à fin 2010 et il est très anormal de financer à crédit des dépenses de consommation courante. La Cour propose donc que les déficits sociaux soient transférés chaque année à la Cades, accompagnés d'un financement supplémentaire ; la CRDS, à l'assiette large, est le prélèvement le mieux adapté. Nous suggérons aussi que soit défini un plan de retour à l'équilibre des comptes sociaux.

Je confirme que la France a, en Europe, le niveau le plus élevé de dépenses sociales et le meilleur taux d'acceptation d'un financement à crédit ! Nos dépenses dépassent de trois points de Pib la moyenne européenne. Le besoin de financement des administrations sociales, qui existe dans seulement six pays sur seize, est en France le plus élevé de la zone euro : 0,1 point de Pib en moyenne, mais 1,2 point chez nous. Notre pays est le seul, en outre, dont la situation se soit dégradée en 2010. Il y a bien une spécificité française. Pourtant la performance du système social ne nous distingue pas des autres. En termes d'indicateurs de santé publique, les défis sont les mêmes, par exemple le vieillissement de la population. Et les réformes sont partout difficiles.

Il ne s'agit bien sûr pas de plaquer un autre modèle sur notre système de protection sociale. L'organisation repose en Allemagne sur les Länder, avec des caisses autonomes en concurrence ; en Grande-Bretagne la sécurité sociale est totalement intégrée dans le budget de l'Etat, avec une enveloppe limitative ; en Italie et en Espagne la décentralisation est très large, y compris

pour la fixation des prélèvements sociaux. En Allemagne, l'interdiction des déficits sociaux impose une cogestion de la maîtrise des dépenses de soins, ainsi qu'une meilleure prévision des réformes structurelles à réaliser.

Tarifs forfaitaires de responsabilité et généralisation des génériques peuvent infléchir la situation dans la durée, sans conséquence sur la santé. Je signale que les pays voisins ont le souci que les prélèvements sociaux ne pèsent pas sur la compétitivité de leur économie.

Quant à la répartition des médecins sur le territoire, quotas et incitations financières ont échoué. Nous proposons donc de mieux réguler les mesures d'installation. La nouvelle convention médicale va en ce sens. La Cour des comptes a également proposé de moduler la prise en charge des cotisations sociales du secteur 1, y compris pour les praticiens déjà installés, en fonction du lieu d'exercice. La modulation actuelle coûte cher et des correctifs doivent y être apportés.

Les hôpitaux, les coopérations hospitalières ont fait l'objet d'enquêtes de la part de la Cour, qui conclut à la nécessité d'un pilotage plus ferme de la recomposition de l'offre. Au-delà des coopérations, la mise en œuvre de nouveaux schémas régionaux d'organisation des soins s'impose.

***Antoine Durrleman, président de la sixième chambre.** - La T2A a dynamisé la gestion des établissements de santé : on constate un dynamisme d'activité, avec un déplacement des flux de clientèle vers les établissements publics, ainsi qu'un dynamisme d'efficacité. La construction de leur grille tarifaire a conduit les hôpitaux à se pencher sur la formation de leurs coûts et à rechercher l'efficacité.*

Toutefois, la reconquête de l'activité trouve ses limites dans le caractère inflationniste du dispositif ; le dynamisme des recettes apporte des ressources qui ne sont ni dégressives ni encadrées. L'efficacité de gestion est tempérée par la création des missions d'intérêt général, qui ont progressé de 35 % entre 2007 et 2010, alors que les tarifs augmentaient de 7 % : l'apport de recettes de la T2A en est ému.

En matière de convergence intersectorielle, la politique des petits pas a produit des effets : sur des groupes homogènes de malades, on observe un rapprochement des tarifs. Mais les groupes homogènes de malades sont à peu près tous exploités. L'objectif de 2018 n'est pas que les tarifs soient alignés mais que les différences soient justifiées. Or 2018, c'est demain : il faut trancher la question du périmètre de la convergence, et celle de son niveau.

La délicate question du reste à charge exige une vision homogène. Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) envisage de créer un observatoire en la matière afin que la question soit abordée de façon rigoureuse.

***Didier Migaud, Premier président.** - Dans son rapport de 2008, la Cour a souligné les frais de gestion élevés de la couverture complémentaire : entre 24 % et 29 % du montant des prestations servies en 2006. Pour le*

régime obligatoire, cette part était de 5,9 %. Il y a donc des marges. Des rapports récents montrent que ces ordres de grandeur restent inchangés, et les frais de fonctionnement des complémentaires sont élevés.

Cela fait longtemps que les pouvoirs publics appellent de leurs vœux une coopération entre les professionnels de santé. Je vous renvoie aux travaux du professeur Yvon Berland, président de l'observatoire national de la démographie des professions de santé. Les seules mesures concrètes mises en place l'ont été timidement. La loi de financement de la sécurité sociale de 2007, pour les infirmiers et les opticiens notamment, puis la loi HPST de 2009 ont fait sortir la coopération du cadre expérimental mais le bilan reste décevant, notamment en raison de la lourdeur du dispositif de validation. Il s'agit pourtant d'une source d'économies potentielles importante, à condition que tous les professionnels de santé s'impliquent dans la démarche.

Bernard Cazeau. - *D'année en année, c'est le même constat sur les déficits, qui ne font que se creuser... Et la crise n'en est responsable que pour une partie !*

Les Français ne sont pas mieux soignés que les autres ; avec la généralisation des dépassements d'honoraires, ils sont moins bien assurés. Ne pensez-vous pas que le système est à bout de souffle ? Au lieu de s'échiner à trouver des recettes de poche, ne vaudrait-il pas mieux changer les objectifs, transformer carrément le système ? Des idées en la matière ?

Le nombre de médecins augmente, or ils sont de moins en moins nombreux dans certains secteurs, preuve que le système ne se régule plus comme autrefois. Comment améliorer la répartition des médecins sur le territoire ? Votre proposition sur le numerus clausus me laisse sceptique : la situation actuelle découle largement de la baisse imposée en 1995. Le numerus clausus a donc été à nouveau relevé en 2005, mais les effets ne se feront pas sentir avant 2015 car il faut dix ans pour former un médecin. N'est-ce pas le seul levier pour régler les problèmes ?

Gilbert Barbier. - *Sans méconnaître les efforts à faire en la matière, la dépense pharmaceutique ne représente que 6 % à 7 % de la dépense globale de l'assurance maladie. Vous n'avez pas évoqué le coût des transports sanitaires, qui augmente de 7 % à 8 % par an.*

Concernant la médecine de ville, je rejoins les inquiétudes de Bernard Cazeau. Le numerus clausus devait éviter une surdensité médicale dans les années 2020. Mais bien moins d'étudiants en médecine s'installent aujourd'hui en libéral, notamment du fait de la féminisation de la profession. Réduire encore le numerus clausus, c'est se préparer des moments douloureux dans dix ou quinze ans...

Je me réjouis que vous ne proposiez que des mesures incitatives, et non pas coercitives, pour favoriser l'installation en zone défavorisée.

Quid du problème des affections de longue durée, dont la prise en charge est à l'origine de l'inflation des dépenses de santé ?

Vous avez évoqué la réorganisation interne des hôpitaux et la reconquête d'activité. La T2A conduit les CHU à opérer des appendicites et des hernies : est-ce leur rôle ? Ne faudrait-il pas plutôt contrôler l'activité de base dans les hôpitaux périphériques et dans les cliniques ?

Gérard Roche. - *Nouvel élu de Haute-Loire, j'ai été médecin de campagne pendant vingt ans - à 1 100 mètres d'altitude ! - puis au service de neurologie au centre hospitalier du Puy-en-Velay.*

Le rapport est sévère pour les hôpitaux. Il est vrai qu'ils coûtent cher, mais c'est le prix du progrès des plateaux techniques de diagnostic. Certains hôpitaux auraient une activité insuffisante ? N'oublions pas le rôle social de l'hôpital. Pour un patient ayant fait un accident vasculaire cérébral, hémiparétique, la durée moyenne d'hospitalisation est de cinq jours : c'est bien trop court pour un accompagnement. Pour accroître l'activité des hôpitaux, il faut impérativement renforcer les solutions en aval, avec des moyens de séjour adaptés.

Le cancer de la médecine de ville, c'est la « bobologie » : on consulte pour un rien ! C'est une source de dépenses importante.

Un générique ne vaut pas toujours le médicament initial, d'autant qu'il faut prendre en compte l'effet placebo : les endocrinologues estiment par exemple que le générique du Levothyrox n'est pas aussi efficace. Le conditionnement des médicaments n'est pas non plus optimal : le patient se retrouve souvent avec plus d'antibiotiques que nécessaire.

La densité médicale ? Là où j'exerçais seul, dans ma campagne, on compte aujourd'hui quatorze médecins, mais mes anciens patients disent avoir plus de mal à obtenir une consultation ! Les méthodes de travail ont changé. Un médecin ne peut exercer que s'il est conventionné avec l'assurance maladie : ce peut être un moyen pour réguler la densité médicale.

Le numerus clausus ? Ce n'est pas parce que l'on réduit les pompes à essence que l'on réduit la consommation des voitures ! On est contraint de recruter des médecins roumains, alors que l'on rejette des étudiants de qualité, qui feraient d'excellents médecins !

Isabelle Pasquet. - *L'Acosse est dans l'obligation de recourir au marché pour couvrir ses besoins de trésorerie, ce qui la fragilise : dans le projet de loi de financement pour 2012, le Gouvernement prévoit un plafond d'emprunts à court terme de 21 milliards. Les déficits sociaux sont certes en partie imputables à la crise, mais ils sont avant tout structurels. A quel taux emprunte l'Acosse ? Combien représentent les intérêts d'emprunt ?*

La Cour des comptes préconise un transfert automatique à la Cades d'une part de la dette de l'Acosse, ce qui suppose, pour ne pas augmenter la durée de vie de la Cades, une augmentation de la CRDS. N'est-ce pas de nature à déresponsabiliser les pouvoirs publics, à commencer par le Gouvernement ? Il faut une réponse durable : la part structurelle du déficit représente 0,6 point de Pib de la décennie écoulée !

Nos médicaments génériques sont plus chers que chez nos voisins, de 15 centimes en moyenne par comprimé : un anti-cholestérol qui coûte 5 centimes en Grande-Bretagne en coûte 28 en France ; pour les antihypertenseurs, à 27 centimes par comprimé, nous battons tous les records. En Allemagne, les caisses lancent des appels d'offres auprès des fabricants de génériques pour obtenir le meilleur prix : ne pourrions-nous faire de même ?

Sur l'accès aux soins, vous avez jugé devant l'Assemblée nationale que les mesures incitatives n'étaient pas suffisantes. Nous partageons votre constat. Lors de l'examen de la proposition de loi Fourcade, notre groupe avait proposé, sans succès, de conditionner les exonérations de cotisations sociales au respect de tarifs opposables et de contraintes géographiques. Le rapport de la Cour invite à moduler la prise en charge des cotisations sociales des médecins en fonction de leur implantation : quelle forme cette modulation devrait-elle prendre ?

Les restes à charge pèsent de plus en plus sur les ménages les plus modestes. Avez-vous des éléments sur la « démutualisation », sur le partage des dépenses supportées par le régime obligatoire et par les mutuelles complémentaires ?

Ne craignez-vous pas qu'un secteur optionnel autorisant les dépassements d'honoraires, tel que le prévoit la récente convention médicale, ne soit incontrôlable, et ne conduise à généraliser les dépassements ?

La fédération de l'hospitalisation privée (FHP) a lancé une campagne sur la convergence tarifaire, affirmant le principe, que nous contestons : « un même métier, une même mission, un même tarif ». Elle considère que les conditions techniques nécessaires à la convergence ne sont pas établies. A-t-on évalué le poids des sujétions de service public qui pèsent sur les hôpitaux publics, tenus notamment d'accueillir les plus précaires ?

La Cour des comptes a refusé de certifier les comptes de la branche AT-MP pour l'exercice 2010 : qu'est-ce que cela signifie ? La sous-déclaration, notamment des cancers et des troubles musculo-squelettiques, n'est pas nouvelle ; elle est évaluée entre 587 millions et 1,1 milliard d'euros. Le montant prévu par le PLFSS pour compenser cette sous-déclaration vous paraît-il suffisant ?

Enfin, les crédits affectés au secteur médico-social ne sont pas tous consommés, alors que l'on manque de places, notamment dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), et que le reste à charge s'élève en moyenne à 1 700 euros. Pourquoi cette sous-consommation ? Est-elle imputable au mécanisme d'appels à projets ?

Jacky Le Menn. - *Chaque année, vous rappelez la nécessité de mesures fortes pour redresser l'assurance maladie. La loi HPST de 2009, que nous n'avons pas votée, traduisait au moins une volonté de maîtrise. Le fait que les missions de service public ne soient plus prises en charge uniquement par l'hôpital public était-il de nature à renforcer cette maîtrise ?*

La révolution de la gouvernance des hôpitaux - directeur-chef d'entreprise, effacement du corps médical, subordination à l'ARS - a-t-elle apporté un plus ?

Il est regrettable que l'on ne crée pas de groupements de coopération sanitaire associant public et privé. Est-ce parce que les élus locaux ont été écartés des conseils de surveillance ? La population tient pourtant beaucoup à la présence des élus dans les hôpitaux de proximité. Va-t-on attendre Godot encore longtemps ?

La T2A serait facteur de dynamisme, dites-vous. Elle a surtout des effets pervers : les CHU soignent de nombreuses pathologies, notamment en médecine interne, qui ne représentent pas beaucoup d'actes.

Pensez-vous qu'il faille imposer strictement la convergence, dans la perspective d'une meilleure maîtrise et d'une meilleure prise en charge des patients ?

Seuls 9 % à 10 % des étudiants en médecine optent pour la médecine de ville.

La dépense pharmaceutique ? Seules six à huit molécules par an apportent un réel bénéfice thérapeutique ! Or, les laboratoires, soucieux avant tout de la santé de leurs actionnaires, nous entretiennent dans l'illusion que plus on prend de médicaments mieux on se porte !

Catherine Deroche. - *Sur quels critères proposez-vous de baisser le numerus clausus ? S'agit-il de critères purement démographiques ou tenez-vous compte des nouveaux modes d'exercice de la médecine, comme les équipes pluridisciplinaires ou la télémédecine ? Quid des secteurs qui manquent cruellement de médecins, notamment la médecine du travail ou la médecine préventive ?*

La durée d'hospitalisation en CHU étant limitée, la loi HPST prévoit que les hôpitaux secondaires, notamment ruraux, assurent le parcours secondaire des soins de suite. Avez-vous analysé les premiers résultats ?

Patricia Schillinger. - *Les déficits sont-ils moindres en Alsace-Moselle ? Si tel est le cas, le régime local ne pourrait-il être étendu au reste du pays ?*

Par ailleurs, quel est le bilan du médecin référent, sachant que les patients sont de plus en plus nomades ?

Samia Ghali. - *Plus on parle du déficit, moins les gens sont soignés ! Les quartiers défavorisés manquent de spécialistes, de médecins de prévention, de dentistes, de psychologues.*

Une campagne a été conduite pour limiter le recours aux antibiotiques : or, il n'est pas rare qu'il faille emmener son enfant trois fois chez le médecin avant que celui-ci ne lui prescrive finalement ce traitement ! N'est-ce pas une source de gaspillage ? Le conditionnement des médicaments

est également problématique : qui n'a pas une armoire à pharmacie pleine de médicaments périmés ?

J'observe aussi que dans certains territoires défavorisés, de plus en plus d'enfants souffrent de malnutrition et d'une mauvaise prise en charge : adultes, ils seront plus fragiles.

Enfin, connaît-on le déficit par département ?

Aline Archimbaud. - *Le rapport de la Cour s'est-il intéressé à l'évolution de l'accès aux soins des plus modestes ? Dans mon département de Seine-Saint-Denis, beaucoup de personnes hésitent à se soigner. Il faut veiller à l'articulation entre offre de santé et territoires. En Seine-Saint-Denis, c'est surtout de généralistes que l'on manque ! Les mesures incitatives ne fonctionnent manifestement pas. Faut-il aller plus loin ? Nombre de municipalités encouragent les regroupements, qui correspondent d'ailleurs à une aspiration des jeunes médecins. Dans certains territoires denses, la situation est parfois dramatique.*

Isabelle Debré. - *Quels retours avons-nous sur l'expérimentation, en cours, du dossier médical personnel ? Est-ce un moyen de rationalisation efficace ?*

Colette Giudicelli. - *Vous avez évoqué le coût de notre protection sociale en comparant notre déficit et ceux des pays voisins. Mais fait-on le même type de comparaison pour ce qui concerne sa qualité ? Comme Patricia Schillinger, je suis élue d'une zone frontalière. Les Italiens payent tout de leur poche et ne sont - faiblement - remboursés que bien plus tard. Du coup, ils envahissent nos services d'urgence pour se faire soigner !*

Didier Migaud, Premier président. - *La situation dégradée de nos comptes sociaux vous préoccupe. D'année en année, nous formulons en effet le même constat. Il est difficile de comparer les systèmes de protection sociale car les organisations varient d'un pays à l'autre. Notre niveau de dépense nous place au troisième rang. Nous avons le plus fort déficit, qui est largement structurel, et l'état de santé des Français n'est pas pour autant meilleur, ce qui pose la question du rapport coût-efficacité. Certaines personnes hésitent à se faire soigner, les inégalités territoriales sont réelles. Les résultats ne sont pas à la hauteur de la dépense. C'est pourquoi nous préconisons à la fois la maîtrise de la dépense et le maintien de la recette, en réduisant les niches sociales et les exonérations non pertinentes. Sans méconnaître sa dimension sociale, il faut freiner l'évolution de la dépense et les marges de manœuvre existent, notamment dans le domaine du médicament. Pourquoi n'obtiendrions-nous pas d'aussi bons résultats que nos voisins ?*

S'agissant de l'hôpital, j'entends l'argument de la proximité, mais faut-il pour autant un centre de grands brûlés dans chaque canton ? Nous devons nous interroger sur l'organisation de l'offre de soins. Souvent, les élus se battent pour maintenir des structures alors que la population, qui a anticipé l'évolution, va se faire soigner ailleurs ! J'ai été moi-même élu local et je sais

ce qu'il en est, par exemple pour les maternités. On ne peut pas faire partout la même chose, d'où notre insistance sur la coopération hospitalière. La dématérialisation a des conséquences sur les coûts de gestion, il faut anticiper ses effets, d'autant plus que la nature des emplois a évolué.

Le système n'est pas à bout de souffle, monsieur Cazeau, mais il doit évoluer pour continuer à être efficace. Il est possible de revenir à l'équilibre, à condition de prendre les mesures adéquates. On peut agir sur les recettes, notamment via la CRDS, mais il est avant tout indispensable de maîtriser la dépense.

Pour le générique, la tarification forfaitaire de responsabilité mérite d'être développée.

La réduction du numerus clausus n'est pas une panacée mais mérite d'être envisagée. Les choses ont changé et les médecins d'aujourd'hui ne sont pas prêts à exercer leur profession comme le faisaient leurs prédécesseurs. Cette évolution a des conséquences. La modulation des exonérations de cotisations peut encourager les médecins à s'installer dans des zones déficitaires ; ces exonérations représentent un effort de 2 milliards.

Nombre des questions que vous avez soulevées ont déjà été traitées ou le seront dans le rapport de 2012. C'est le cas des transports sanitaires, déjà identifiés par le passé comme source d'économies possibles.

***Antoine Durrleman, président de la sixième chambre.** - Les questions du médecin référent ou des dépassements d'honoraires seront abordées dans le prochain rapport.*

***Jean-Marie Vanlerenberghe.** - Avez-vous prévu un rapport ciblé sur l'hôpital et les économies à y réaliser ?*

***Annie David, présidente.** - Notre commission pourrait charger la Cour d'un tel rapport.*

***Didier Migaud, Premier président.** - Il nous faut pour cela travailler avec les chambres régionales des comptes, ce qui serait grandement facilité si vous regardiez de près attentivement le projet de réforme actuellement en cours d'examen !*

La loi HPST a été votée trop récemment pour que l'on puisse en évaluer les conséquences. Il faut un temps suffisamment long pour apprécier la pertinence des mesures.

La Cour doit vous remettre, d'ici la fin du mois, un rapport que votre commission lui a commandé sur le système en vigueur en Alsace-Moselle, où le régime complémentaire a la particularité d'être obligatoire...

***Gisèle Printz.** - Et cela fonctionne très bien !*

***Antoine Durrleman, président de la sixième chambre.** - La couverture par l'assurance maladie complémentaire s'est améliorée : en 2008, 6,1 % de la population n'étaient pas couverts. La CMU-c couvre désormais*

4,3 millions de personnes ; 535 000 perçoivent l'aide à la complémentaire santé, sur un public potentiellement éligible de deux millions. L'effort public est donc sensible, même si demeurent des effets de seuil. La prise en charge par l'assurance maladie complémentaire représente 24 milliards d'euros de prestations par an, soit 60 % du reste à charge des assurés. L'assurance complémentaire prend en charge 13,8 % des dépenses de santé, contre 12,5 % en 1995. Le reste à charge demeure toutefois important dans certains domaines, comme l'optique ou les soins dentaires.

Dix millions de personnes sont prises en charge à 100 % par l'assurance maladie pour une ALD, pour un coût total de 75 milliards d'euros. Le différentiel entre assuré social normal et assuré pris en charge à 100 % représente en réalité 10 milliards, dont 8 pour le régime général.

Sur la question sensible du numerus clausus, on constate une saturation des capacités de formation. Ce sont les régions déjà bien dotées qui ont bénéficié d'un afflux d'étudiants - or les jeunes médecins ont tendance à s'installer dans la région de leurs études... Elever le numerus clausus ne corrigera pas les disparités territoriales d'installation. L'important est d'anticiper, de lisser, en évitant la politique du stop and go qui a été pratiquée depuis 1995. Nous appelons donc à une réflexion à l'horizon 2015.

S'agissant de la branche AT-MP, nous avons déjà observé un problème de tarification des entreprises ainsi que de recouvrement des cotisations. Cette année, la Cour n'a pas certifié les comptes de la branche. La Cnam a immédiatement engagé un programme de mise à niveau de ses procédures, preuve de la vertu pédagogique de la certification !

Didier Migaud, Premier président. - Le besoin de financement de l'Acoss va diminuer en 2011, avec le transfert de dette à la Cades. Les taux d'intérêt sont actuellement très faibles, à 0,859 % à court terme depuis janvier 2011, même si cela peut toujours changer. La charge de l'emprunt anticipée par l'Acoss pour 2011 est de 385 millions.

Sur le dossier médical personnel comme sur le médecin référent, nous portons une appréciation positive, dès lors que ces dispositifs sont facteurs de coordination et d'efficacité pour le malade.

Annie David, présidente. - Je remercie le Premier président, ainsi que nos collègues qui ont été nombreux à intervenir pour cette première audition de la session.

**Audition de Pierre RICORDEAU,
directeur de l'Agence centrale des organismes
de sécurité sociale (Acos)**

Réunie le mercredi 26 octobre 2011, sous la présidence d'Annie David, présidente, la commission entend Pierre Ricordeau, directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

Pierre Ricordeau, directeur de l'Acos. - Je signale d'abord que l'Acos est habituellement représentée, lors de ses auditions devant les parlementaires, par son président. Ses instances dirigeantes étant en phase de renouvellement, seuls les services administratifs sont présents aujourd'hui.

En sa qualité de caisse nationale de l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf), l'Acos pilote le réseau, opère la remontée des fonds en vue du versement aux caisses prestataires et assure la trésorerie du régime général, ainsi que le financement de son déficit.

Le PLFSS pour 2012 est fondé sur des hypothèses macro-économiques pour 2011 et 2012 sur lesquelles nous n'avons qu'une expertise à court terme - essentiellement centrée sur l'année 2011 et limitée aux prévisions macro-économiques des organismes spécialisés pour l'année 2012.

En 2011, comme nous l'avons indiqué dans notre dernier baromètre mensuel élaboré à partir des données transmises par les entreprises, il nous semble que, malgré un second semestre fragile, le taux d'emploi relativement élevé du premier semestre rende atteignable l'hypothèse de croissance de 3,7 % de la masse salariale, qui est la variable de base du financement du régime général.

En revanche, en dépit de l'absence d'expertise macro-économique au sein de l'agence, nous considérons spontanément la prévision d'évolution du taux de la masse salariale pour 2012 comme une hypothèse volontariste.

S'agissant du besoin de financement, il a été exceptionnel en 2010 puisque le plafond de financement d'emprunt de l'Acos a été fixé à 65 milliards d'euros, ce qui constitue un record historique. Bien que la situation ait été meilleure que prévu, nous avons dû tout de même porter 50 milliards de déficit de trésorerie. Grâce à une reprise importante du déficit de trésorerie par la Cades en 2011, la situation financière s'est améliorée. Une reprise plus limitée du déficit par la caisse est également prévue en 2012. Néanmoins, l'Acos connaît une dégradation structurelle de trésorerie, qui

n'est plus principalement financée par la Caisse des dépôts et consignations (CDC), mais, depuis 2010, par l'intervention directe de l'agence sur les marchés financiers. En effet, face à des besoins de financement exceptionnels, nous avons été amenés à développer des modalités alternatives de financement, en particulier l'émission de billets de trésorerie à la fois sur le marché financier français et, avec l'aide de l'agence France Trésor, sur le marché international.

A la fin de l'année 2010, nous avons signé une convention quadriannuelle avec la CDC, qui entérine la contribution limitée de la caisse et la part importante de l'intervention directe de l'Acoss sur les marchés financiers. A l'instar des autres emprunteurs publics associés à l'Etat, nous ne connaissons jusqu'à présent pas de difficultés de financement, mais sommes tributaires de la note de la dette souveraine française par les agences de notation. Les taux d'intérêts actuellement très bas - moins de 1 % -, en ne produisant que des frais financiers limités, peuvent donner une image faussée de la situation financière de la sécurité sociale, susceptible de se dégrader brutalement par l'effet de levier qu'une hausse des taux d'intérêts pourrait provoquer.

Quant aux dispositions-mêmes du projet de loi, elles ne nous posent pas de difficultés et répondent parfois directement à nos besoins : les mesures relatives au dispositif de l'Interlocuteur social unique (Isu), cogéré par le Régime social des indépendants (RSI) et l'Urssaf, améliorent le processus de recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants.

Yves Daudigny, rapporteur général. - *Vous nous avez indiqué que le taux de progression de la masse salariale en 2011 serait conforme aux prévisions, mais que le taux de 3,7 % pour 2012 relevait d'une hypothèse volontariste.*

Pierre Ricordeau. - *J'ai toutefois signalé que les prévisions macro-économiques n'étaient pas une compétence de l'Acoss.*

Yves Daudigny, rapporteur général. - *Il me semblait intéressant de profiter de votre bonne connaissance de ces phénomènes. S'agissant de la gestion de la trésorerie, comment se traduirait pour l'Acoss la perte du triple A de la dette souveraine française ?*

Pouvez-vous ensuite nous faire un point précis sur les allègements de charges sociales et sur les modalités de leur compensation, qu'il s'agisse des allègements généraux, des exonérations sur les heures supplémentaires ou des allègements ciblés ?

Enfin, où en est la résolution des problèmes liés à la mise en place du RSI ?

Pierre Ricordeau. - *L'Acoss, comme l'Etat français, obtient encore la note maximale de la part des agences de notation et n'éprouve pas de difficultés à trouver des investisseurs. Après la dette allemande, la dette française demeure très recherchée par les investisseurs internationaux. Une*

dégradation de la note constituerait une « terra incognita » et provoquerait théoriquement des difficultés de financement liées à la hausse des taux d'intérêts. Néanmoins, si tous les pays sont dégradés, se posera nécessairement la question de savoir où il sera possible d'investir, d'autant que la politique de la Banque centrale européenne a favorisé le développement de liquidités. En pratique, il peut donc ne pas y avoir d'effet. La dégradation de la note française, je ne la souhaite pas et nous pouvons l'éviter. Si nous perdions malgré tout le triple A, il existerait une différence entre notation relative et notation absolue : le pire n'est pas sûr.

Yves Daudigny, rapporteur général. - Même si votre mission principale est la trésorerie, vous êtes également amenés à gérer la dette. S'agit-il toujours de placements à court terme ? L'Acoss est-elle toujours sensible aux fluctuations des taux d'intérêts ?

Pierre Ricordeau. - Tout à fait.

Concernant les allègements de charges, les dispositifs diffèrent selon le type d'exonérations, mais suivent tous le principe de compensation. Ainsi, l'exonération générale sur les bas salaires, dite « exonération Fillon », a toujours été compensée, selon des modalités qui ont évolué. La compensation était d'abord fondée sur un panier de recettes fiscales, accompagné de dispositifs de rappel en cas d'insuffisance de ce panier. En réalité, celui-ci a toujours été supérieur au montant des exonérations. Le dernier dispositif mis en place consiste en l'affectation de recettes fiscales sans lien avec la compensation des exonérations : le panier de recettes fiscales est définitivement affecté au régime général pour un montant toujours supérieur à celui des exonérations, sans dispositif de vérification et de correction.

Les exonérations de charges sociales sur les heures supplémentaires sont, quant à elles, compensées par l'affectation de recettes fiscales calculées à l'euro près. Dans le cas où les recettes fiscales sont insuffisantes, un complément est apporté, ce qui conduit à inscrire dans les comptes un produit spécialement affecté à la compensation. En 2011, les prévisions du montant de ces exonérations s'élèvent à 3,386 milliards d'euros. Il existe actuellement un faible écart entre ces prévisions d'exonérations et le montant estimé des recettes fiscales affectées. Il devrait donc y avoir, pour l'année 2011, un produit spécialement affecté à cette compensation.

Lancé en 2008, l'Isu est un processus complexe de recouvrement des cotisations sociales des travailleurs indépendants, par deux organisations distinctes dotées chacune d'un système d'informations. Il s'agit d'une simplification pour les travailleurs indépendants. Auparavant, leurs cotisations sociales étaient gérées par trois organismes de recouvrement : l'Urssaf recouvrait la CSG et les cotisations familiales, le régime maladie des travailleurs indépendants recouvrait les cotisations maladie et les régimes de retraite des artisans et des commerçants recouvraient les cotisations retraite. Dans un premier temps, le RSI a opéré la fusion entre le régime maladie des travailleurs indépendants et les régimes de retraite. Puis l'Isu a réuni les

recouvrements en un seul exercice, selon un processus complexe partagé entre l'Urssaf et la caisse du RSI.

Insuffisamment préparée, la mise en place de l'Isu en 2008 a eu lieu dans un contexte difficile, peu de temps après la création du RSI. La coordination du RSI et de l'Urssaf nécessite un flux d'informations permanent ainsi qu'un alignement des règles de gestion. Cela implique un travail d'affiliation important, qui n'a pas été mené à son terme au moment de l'instauration du système. Depuis 2008, si l'Isu a bien fonctionné pour une majorité de travailleurs indépendants, il a dysfonctionné pour une minorité d'entre eux, représentant néanmoins un grand nombre de personnes, dans la mesure où l'Isu a géré 1,6 million de personnes dès son instauration.

L'institution de l'auto-entrepreneur en 2009 a constitué un deuxième choc pour le système. D'une part, elle a conduit à la mise en place de dispositifs spécifiques au sein de l'Isu. D'autre part, elle a entraîné, depuis lors, l'ouverture de 700 000 comptes au titre de l'auto-entrepreneur, alors même que l'Isu n'était pas entièrement opérationnel.

Nous progressons chaque année en rétablissant la situation de la plupart des cotisants - 150 000 en 2010 -, mais des anomalies subsistent. Un nouveau plan d'action a été lancé au cours de l'été 2011, à l'occasion de l'arrivée du nouveau directeur général du RSI, Stéphane Seiller. Des engagements ont été pris sur des dysfonctionnements ciblés : les radiations en retard, les affiliations, les cotisants dits « singletons » qui n'ont pas été rattachés à l'Isu au moment de sa mise en place. Le solde des anomalies devrait être réglé pour partie au 31 décembre 2011, pour partie au 31 mars 2012, grâce au déploiement de nouveaux moyens.

Néanmoins, ces difficultés de fonctionnement continuent de peser sur la charge de travail des réseaux du RSI et des Urssaf, suscitant d'une part un sentiment d'insatisfaction chez les cotisants, d'autre part, l'incapacité des équipes des deux organismes à investir toutes les modalités de recouvrement, en particulier le recouvrement à l'amiable en cas de non paiement des cotisations. Cette méthode, fondée sur des appels téléphoniques et bien acceptée par les cotisants, se révèle efficace et pourra être pleinement exploitée une fois les anomalies de fonctionnement résolues.

Georges Labazée. - *Le recul de l'âge de la retraite et l'augmentation du nombre de trimestres cotisés, issus de la réforme de 2010, ont-ils rendu votre mission plus complexe ?*

Pierre Ricordeau. - *La réforme a un impact opérationnel non sur l'Acoss, mais sur la branche vieillesse. En revanche, nous intégrons les évolutions législatives et réglementaires dans nos prévisions de trésorerie. Jusqu'à présent, nous ne constatons pas d'écart entre les prévisions et la réalisation.*