

N° 403

SÉNAT

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2006-2007

Annexe au procès-verbal de la séance du 19 juillet 2007

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur l'état des comptes de la sécurité sociale en vue de la tenue du débat sur les orientations des finances sociales,

Par M. Alain VASSELLE,

Sénateur,

Président de la Mecss.

(1) Cette commission est composée de : M. Nicolas About, *président* ; MM. Alain Gournac, Louis Souvet, Gérard Dériot, Jean-Pierre Godefroy, Mme Claire-Lise Campion, M. Bernard Seillier, *vice-présidents* ; MM. François Autain, Paul Blanc, Jean-Marc Juilhard, Mmes Anne-Marie Payet, Gisèle Printz, *secrétaires* ; Mme Jacqueline Alquier, MM. Jean-Paul Amoudry, Gilbert Barbier, Pierre Bernard-Reymond, Daniel Bernardet, Mme Brigitte Bout, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Mmes Annie David, Isabelle Debré, Christiane Demontès, Sylvie Desmarescaux, Muguette Dini, M. Claude Domeizel, Mme Bernadette Dupont, MM. Michel Esneu, Jean-Claude Etienne, Guy Fischer, Jacques Gillot, Francis Giraud, Mmes Françoise Henneron, Marie-Thérèse Hermange, Gélita Hoarau, Annie Jarraud-Vergnolle, Christiane Kammermann, MM. Serge Larcher, André Lardeux, Dominique Leclerc, Mme Raymonde Le Texier, MM. Roger Madec, Jean-Pierre Michel, Alain Milon, Georges Mouly, Mmes Catherine Procaccia, Janine Rozier, Michèle San Vicente-Baudrin, Patricia Schillinger, Esther Sittler, MM. Jean-Marie Vanlerenberghe, Alain Vassel, François Vendasi.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT-PROPOS	7
RAPPORT EN VUE DU DÉBAT SUR LES ORIENTATIONS DES FINANCES SOCIALES	11
I. LES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN 2006 ET EN 2007	11
A. DÉFICIT DU RÉGIME GÉNÉRAL : PLUS DURE EST LA RE-CHUTE	11
1. <i>2006 : Une amélioration apparente et temporaire</i>	11
a) Des recettes en trompe-l'œil	12
b) Des dépenses toujours très dynamiques	14
2. <i>2007 : Retour en 2004 ?</i>	17
a) Un dérapage considérable des comptes qui met en cause la sincérité de la loi de financement pour 2007	17
b) Les « coupables » : Ondam, « papy-boom » et allègements de charges sur les bas salaires	19
c) La forte aggravation du déficit de la branche retraite	23
B. FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE : UN RETOUR PROGRESSIF VERS L'ÉQUILIBRE QUI LAISSE ENTIÈRE LA QUESTION DE LA DETTE ACCUMULÉE	25
1. <i>Une réduction spectaculaire des retards de versement</i>	25
2. <i>Qui est responsable de la dette du FSV ?</i>	28
C. LE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS ET DES EXONÉRATIONS : LA GRANDE DÉFAUSSE DE L'ÉTAT	30
1. <i>L'Etat « mauvais payeur » : vers un geste de bonne volonté ?</i>	31
2. <i>L'attribution de recettes fiscales pour la compensation des allègements généraux : le « panier empoisonné »</i>	37
D. ROUVRIRE LA CADES ? : L'INÉVITABLE DÉBAT	41
1. <i>Un déficit de trésorerie de l'Acoss au-delà du plafond de 28 milliards d'euros fin 2007 ?</i>	41
2. <i>Les conditions : plus de contribution au remboursement de la dette sociale et maintien de l'horizon 2022 pour le remboursement de la dette</i>	44
E. LE FONDS DE FINANCEMENT DES PRESTATIONS SOCIALES DES NON-SALARIÉS AGRICOLES EN COMA DÉPASSÉ	48
F. LA POURSUITE DE LA MONTÉE DE LA DETTE SOCIALE	51

II. LE TEMPS DES RÉFORMES	53
A. SAUVER LA RÉFORME DES RETRAITES	53
1. <i>Le risque réel d'une perte de maîtrise des comptes de la branche vieillesse d'ici à la fin de la législature</i>	54
2. <i>L'indispensable révision des équilibres et de l'horizon de la réforme de 2003</i>	55
a) Les fondements de la loi du 21 août 2003	55
b) Un schéma d'équilibre aujourd'hui largement remis en cause	56
c) Confirmer l'orientation générale, tout en modifiant le cadre et l'horizon de la réforme de 2003	57
d) Que peut-on attendre des excédents futurs de l'assurance chômage ?	58
3. <i>Un préalable : arrêter l'hémorragie des préretraites</i>	59
a) Jusqu'ici, la politique de promotion de l'emploi des seniors a échoué	59
b) Le « robinet » des préretraites reste en réalité grand ouvert	59
c) Vers une nouvelle exception française à haut risque pour l'assurance vieillesse : l'issue des négociations sur la pénibilité	60
4. <i>A court terme, une révision difficile mais indispensable s'impose : les longues carrières ne sont plus soutenables sur le plan financier</i>	62
a) Le dispositif des longues carrières n'est pas compatible avec un déficit structurel de l'assurance vieillesse	62
b) « Course aux trimestres » et effets d'aubaine sont en passe de dénaturer les longues carrières	63
5. <i>Sur le long terme, le vieillissement de la population rendra indispensable une réforme structurelle de l'assurance vieillesse</i>	64
a) L'amorce d'une approche globale et prospective du coût du vieillissement de la population	64
b) Seule une réforme systémique permettra de résoudre la crise de confiance croissante des assurés sociaux	65
B. ASSURANCE MALADIE : ALLER AU-DELÀ DU PLAN D'ÉCONOMIES	67
1. <i>Un Ondam 2007 trop ambitieux</i>	67
a) La première notification du comité d'alerte	67
b) Les effets limités du plan d'économies présenté par les caisses nationales d'assurance maladie	68
2. <i>La nécessité de prendre des mesures structurelles dans le domaine des soins de ville</i>	72
a) Le poids financier croissant de la prise en charge des affections de longue durée	73
b) Les enjeux de la création d'un bouclier sanitaire	74
3. <i>Faire participer les établissements de santé au redressement des comptes de l'assurance maladie</i>	75
a) Définir une stratégie claire de mise en œuvre de la tarification à l'activité	76
b) Initier l'hôpital aux principes de la maîtrise médicalisée	77
C. À LA RECHERCHE DU MEILLEUR PRÉLÈVEMENT SOCIAL	78
1. <i>La TVA sociale</i>	78
a) Les avantages habituellement attendus de la TVA sociale	79
b) De réelles interrogations	79
2. <i>Une taxe nutritionnelle ?</i>	83
TRAVAUX DE LA MISSION D'ÉVALUATION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (MECSS)	85
• Audition de MM. Jean-Louis DEROUSSIN, président du conseil d'administration, et Philippe GEORGES, directeur, de la Caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf) (27 juin 2007)	85
• Audition de M. Alain GUBIAN, directeur financier de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) (27 juin 2007)	90

•	Audition de Mme Danièle KARNIEWICZ, présidente du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (Cnav) (27 juin 2007).....	96
•	Audition de M. Patrice RACT-MADOUX, président du conseil d'administration de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) (27 juin 2007).....	99
•	Audition de M. Frédéric VAN ROEKEGHEM, directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) et directeur général de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) (4 juillet 2007)	102
•	Audition de M. Dominique LIBAULT, directeur de la sécurité sociale (4 juillet 2007).....	109
	TRAVAUX DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES	113
•	Audition de M. Philippe SÉGUIN, Premier président de la Cour des comptes, Mme Rolande RUELLAN, présidente de la 6e chambre, MM. André GAURON, conseiller maître, et Jean-Philippe VACHIA, conseiller-maître, rapporteur général (10 juillet 2007).....	113
•	Examen du rapport (19 juillet 2007).....	122
	ANNEXE RENFORCER LA QUALITÉ DE L'INFORMATION DU PARLEMENT SUR LES FINANCES SOCIALES	129

Mesdames, Messieurs,

Le débat sur les orientations des finances sociales, organisé conjointement avec le débat d'orientation budgétaire, revêt cette année un caractère particulier :

- il intervient en début de législature, alors qu'un nouveau gouvernement se met en place, c'est-à-dire à un moment privilégié pour **tracer des perspectives, définir des orientations de moyen terme claires et réalistes et proposer un chemin précis et raisonnable** en vue de les atteindre ;

- pour la première fois, le Parlement débatera avec **un interlocuteur gouvernemental unique**, le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, ce qui favorisera la vision plus globale des finances publiques que la commission des affaires sociales a toujours appelée de ses vœux et limitera les débats stériles de frontières ou les divergences d'interprétation entre les deux ensembles financiers : budget de l'Etat et loi de financement de la sécurité sociale ;

- enfin, ce débat est organisé dans **un contexte de finances sociales dégradées**, qui contraint à prendre rapidement des mesures structurelles de grande ampleur.

Les conditions dans lesquelles le Sénat aborde le débat d'orientation des finances publiques appellent **une observation liminaire**.

Plusieurs documents relatifs à l'état des comptes publics en général, et sociaux en particulier, doivent être publiés à mi-année. La Cour des comptes a ainsi établi son **premier rapport de certification des comptes du régime général** dont le Premier président, Philippe Séguin, est venu exposer le contenu et les recommandations devant la commission des affaires sociales¹. Le présent rapport y fait largement écho.

¹ *Audition reproduite en annexe.*

Conformément aux dispositions de l'article L.O. 111-5-2 du code de la sécurité sociale, le Gouvernement doit, de son côté, déposer chaque année, au cours du dernier trimestre de la session ordinaire, **un rapport sur les orientations des finances sociales** comportant :

- une description des grandes orientations de la politique de sécurité sociale au regard des engagements européens de la France ;

- une évaluation pluriannuelle de l'évolution des recettes et des dépenses des administrations de sécurité sociale ainsi que de l'Ondam.

Sur la base de ce rapport, un débat peut être organisé à l'Assemblée nationale et au Sénat, le cas échéant concomitamment avec le débat d'orientation budgétaire prévu par l'article 48 de la loi organique relative aux lois de finances.

Or, en dépit des remarques exprimées par votre commission l'an dernier, **le Parlement ne dispose toujours pas cette année, du rapport prévu** par les dispositions précitées du code de la sécurité sociale. Le seul document distribué s'intitule « *rapport préparatoire au débat d'orientation budgétaire* », sans mention des finances sociales. Sur les soixante-douze pages qu'il contient, seules cinq sont consacrées aux finances sociales, soit moins encore que les douze pages dont elles bénéficiaient l'an dernier. Ces quelques passages sont, de surcroît, d'une utilité très limitée, pour ne pas dire quasi nulle. En effet, elles ne répondent en rien aux préconisations de l'article L.O. 111-5-2 : elles ne comprennent aucune évaluation pluriannuelle de l'évolution des recettes et des dépenses, ni de l'Ondam.

Ce peu d'empressement à mettre en œuvre une disposition essentielle de la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale **interpelle et inquiète**, d'autant plus que la création d'un ministère unique des comptes publics laissait augurer l'avènement d'une vision des finances publiques plus respectueuse de la spécificité des finances sociales.

Il devient pourtant urgent de prendre la vraie mesure des évolutions en cours en matière de financement de la protection sociale.

Le présent rapport, établi par le président de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) à partir des auditions qu'elle a menées, prend acte de la dégradation des données relatives au déficit de la sécurité sociale qui pourrait atteindre 12 milliards d'euros en 2007. Il relève que cette situation aurait vraisemblablement été bien plus grave encore en l'absence des réformes engagées au cours de la précédente législature (retraites en 2003 et assurance maladie en 2004).

Pour autant, **trois sujets en particulier appellent des réponses urgentes** :

- les dettes accumulées par le fonds de solidarité vieillesse (FSV) et le fonds de financement des prestations sociales agricoles (Ffipsa) dont le montant

approchera 11 milliards d'euros fin 2007 et dont la responsabilité incombe à l'Etat ;

- **l'insuffisance dramatique du « panier fiscal »** censé compenser à la sécurité sociale le coût des allègements de cotisations sur les bas salaires : la différence entre les recettes affectées et le coût des exonérations atteint d'ores et déjà 850 millions d'euros et devrait encore être aggravée par la mesure relative aux heures supplémentaires prévue dans le projet de loi en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat ;

- **le déficit de trésorerie de l'Acoss**, dont tout indique qu'il pourrait dépasser, avant la fin de l'année, le plafond déjà très élevé de 28 milliards d'euros autorisé par la loi de financement pour 2007.

Sur ce dernier point, la commission des affaires sociales a pris acte des déclarations du ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, Eric Woerth, qui a indiqué que l'apurement de la dette de 5,1 milliards d'euros contractée par l'Etat à l'égard du régime général pourrait intervenir d'ici la fin de l'année, ce qui permettrait *in extremis* à l'Acoss de respecter son plafond de découvert.

Il ne s'agit cependant que d'**une réponse ponctuelle**, qui doit certes être saluée, mais qui ne modifie pas le constat d'**un déficit en trésorerie atteignant des proportions non soutenables à court terme**. Dès lors, la commission des affaires sociales juge indispensable de poser **la question d'une réouverture de la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades)** afin de lui transférer le stock de déficits des quatre branches accumulé ces dernières années. L'interdiction de reporter le coût de la dette sur les générations futures entraînerait, dans ces conditions, **une hausse de près de 0,2 point (de 0,5 % à 0,7 %) du taux de la CRDS**.

Mais cette réouverture n'aura de sens que si des réformes structurelles, permettant un retour durable à l'équilibre comptable des quatre branches, sont conçues et menées à leur terme.

Le présent rapport suggère plusieurs pistes à ce titre, souhaitant ainsi apporter sa contribution dans l'attente des rendez-vous à venir.

RAPPORT EN VUE DU DÉBAT SUR LES ORIENTATIONS DES FINANCES SOCIALES

I. LES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN 2006 ET EN 2007

A. DÉFICIT DU RÉGIME GÉNÉRAL : PLUS DURE EST LA RE-CHUTE...

1. 2006 : Une amélioration apparente et temporaire

En 2006, le déficit de la sécurité sociale, au sens de la loi de financement, s'est élevé, pour l'ensemble des régimes de base, à 9,6 milliards d'euros, en recul de 2,6 milliards par rapport à 2005.

L'amélioration a porté intégralement sur le **régime général**, dont le **déficit**, après avoir atteint ses niveaux les plus élevés en 2004 (11,9 milliards d'euros) et en 2005 (11,6 milliards), a été ramené à **8,7 milliards d'euros**.

Soldes par branche du régime général sur la période 2002-2006

(en milliards d'euros)

	2002	2003	2004	2005	2006
Maladie	- 6,1	- 11,1	- 11,6	- 8,0	- 5,9
Vieillesse	1,7	0,9	0,3	- 1,9	- 1,9
Famille	1,0	0,4	- 0,4	- 1,3	- 0,9
Accidents du travail	0,0	- 0,5	- 0,2	- 0,4	- 0,1
Total Régime général	- 3,5	- 10,2	- 11,9	- 11,6	- 8,7

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale

Toutefois, comme c'était déjà le cas en 2005, **les quatre branches sont désormais simultanément déficitaires**. L'assurance maladie ne représente plus que les deux tiers du déficit global, alors qu'elle en concentrait la quasi-totalité, voire la totalité jusqu'en 2004, les autres branches étant alors à l'équilibre ou en excédent.

a) Des recettes en trompe-l'œil

L'amélioration très nette de la situation au cours de l'exercice écoulé s'explique par **une forte dynamique des ressources** dont le taux de progression (5,8 % en données corrigées) a été sensiblement supérieur à celui des charges. L'évolution de celles-ci (4,5 % en données corrigées) reste cependant rapide.

La progression accélérée des produits n'avait pas été anticipée au niveau finalement atteint, ce qui explique que le résultat 2006 du régime général se révèle moins dégradé que les prévisions inscrites en loi de financement (- 8,9 milliards d'euros) ou présentées lors de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2006 (- 9,7 milliards).

La progression des recettes du régime général a été très largement tirée par **la contribution sociale généralisée (CSG) dont l'assiette a progressé de 7 % en 2006.**

Cet indice élevé s'explique pour l'essentiel par la forte croissance de la part de CSG assise sur les revenus du capital du fait de **la mesure de taxation anticipée des plans d'épargne logement (Pel) ouverts depuis plus de dix ans, dont le rendement est estimé à 1,8 milliard d'euros pour l'ensemble des bénéficiaires de ces prélèvements et à 1,25 milliard d'euros pour le régime général.** En application d'une disposition de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, tous les contrats ouverts depuis plus de dix ans au 1^{er} janvier 2006 ont en effet vu leurs intérêts taxés en 2006. Par définition, cet effet de stock ne se reproduit pas en 2007 et les années suivantes, seul le flux des plans atteignant leur dixième anniversaire étant taxé. **Il ne s'est donc agi que d'un supplément ponctuel de CSG.**

La commission des comptes de la sécurité sociale de juillet 2007 estime à environ **2 milliards d'euros le montant des recettes exceptionnelles non reconductibles comptabilisées en 2006**, dont la somme de 1,25 milliard de CSG liée à la taxation anticipée sur les Pel de plus de dix ans¹. Elles ont gonflé d'environ 0,7 point le taux de croissance des produits du régime général en 2006.

En d'autres termes, **sans ces mesures de financement exceptionnelles, le déficit du régime général aurait été l'an dernier supérieur de 2 milliards d'euros au montant affiché et aurait donc continué de dépasser le seuil symbolique des 10 milliards d'euros** (10,7 milliards exactement).

¹ La commission des comptes ajoute à la mesure Pel deux mesures de nature exceptionnelle, qui sont venues gonfler les comptes de 2006 : d'une part, la comptabilisation, en 2006, de deux exercices (2005 et 2006) de remise conventionnelle de l'industrie pharmaceutique, alors qu'un seul exercice sera comptabilisé en 2007 ; d'autre part, l'acquittement exceptionnel de treize mois de droits indirects sur les boissons alcooliques par certains opérateurs.

L'assiette de la CSG a parallèlement été affectée, pour la première fois en 2006, en sens inverse mais de façon pérenne cette fois, par la suppression de l'avoir fiscal, inscrite en loi de finances pour 2004 et en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2005. L'impact de la réforme porte essentiellement sur les années 2006 et suivantes, les dividendes 2005 étant soumis à l'impôt sur le revenu et aux prélèvements sociaux en 2006. Les dernières estimations du ministère des finances évaluent à **645 millions d'euros, dont 480 millions sur la CSG, la perte de prélèvements sociaux en 2006**.

Les recettes provenant de **cotisations** ont été, pour leur part, tirées par **la croissance de l'assiette salariale du secteur privé qui, selon l'Acoss, aurait été en 2006 de 4,3 % en moyenne annuelle sur le champ de recouvrement des Urssaf (à l'exclusion donc des particuliers employeurs), soit presque un point de plus qu'en 2005**. Par ailleurs, **les taux de cotisations sociales ont été majorés de 0,3 point** au 1^{er} janvier 2006 (0,1 point pour la part accidents du travail-maladies professionnelles et 0,2 point pour la retraite).

Toutefois, **les cotisations seules** (y compris les cotisations du secteur public, des particuliers employeurs et des travailleurs indépendants) **n'ont progressé que de 4,2 % en 2006**, soit à un taux inférieur à celui de l'évolution de la masse salariale et, surtout, à celui des charges des quatre branches. La raison de cette insuffisante dynamique réside dans la **forte croissance des exonérations : + 13 % par rapport à 2005**. Celle-ci est due principalement aux effets, en année pleine, de la dernière étape de la convergence des barèmes de l'allègement général « Fillon » entrée en vigueur au 1^{er} juillet 2005 et de la forte revalorisation du Smic horaire en juillet 2006 (+ 5,5 %).

Jusqu'à fin 2005, les allègements généraux de cotisation, notamment ceux du dispositif « Fillon » sur les bas salaires, étaient en principe strictement compensés par l'Etat sous la forme d'une dotation budgétaire. Or, depuis le 1^{er} janvier 2006, ces allègements ne sont plus compensés directement par l'Etat, mais sont censés être couverts par **un panier de recettes fiscales affectées à la sécurité sociale**. En 2006, ce panier, pour sa première année d'existence, a presque exactement compensé (à 5 millions d'euros près sur une vingtaine de milliards) le coût des exonérations, mais il existe **un risque de décrochage entre son taux de progression spontané et celui des exonérations qu'il compense**, dans la mesure où la politique de l'emploi, dans notre pays, sollicite plus volontiers l'instrument de la réduction du coût du travail pour les employeurs que la technique du versement d'aides directes par la puissance publique. La tentation est grande de multiplier les exonérations.

L'évolution des recettes constatée en 2006 révélait donc, à l'analyse, deux fragilités majeures : elles apparaissaient artificiellement tirées par des produits non reconductibles (le prélèvement anticipé de CSG sur les Pel de plus de dix ans notamment) ; elles manifestaient une vulnérabilité

accrue face à l'augmentation des exonérations de cotisations sociales décidées dans le cadre de la politique de l'emploi, alors que les conditions de couverture de ces exonérations ne garantissent plus une compensation à l'euro l'euro, en cours d'exercice, des pertes constatées.

b) Des dépenses toujours très dynamiques

Toutes les branches du régime général ont affiché, l'an dernier, une diminution de leur déficit, à l'exception de la vieillesse, pour laquelle le solde est apparu simplement stabilisé. Dans un certain nombre de cas, le dynamisme des recettes a permis de masquer les tendances à une progression marquée des dépenses qui a pris d'autant plus de relief en 2007 que les produits exceptionnels décrits plus haut ont disparu.

- S'agissant de la **caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav)**, les **prestations légales ont ainsi augmenté de 6 %**, au même rythme que les cotisations, dont le produit a été soutenu, l'an dernier, par l'accélération de la masse salariale, mais aussi par une majoration ponctuelle de 0,2 point du taux de prélèvement. Le déficit est donc resté stable, à environ 1,9 milliard d'euros.

Le coût des retraites anticipées a continué d'augmenter (1,8 milliard d'euros, contre 1,3 milliard en 2005). A ce poste s'ajoute dorénavant **l'impact de l'arrivée à soixante ans de la première génération du « baby-boom » d'après-guerre**. Le nombre de départs à la retraite a progressé de plus de 70 000 par rapport à 2005 et dépasse le seuil de 710 000.

Les pensions de réversion ont été également dynamiques en 2006, en hausse de 5,9 %, contre 4,9 % en 2005.

Enfin, **les charges financières de la branche retraite ont été majorées de 170 millions d'euros, s'établissant à près de 260 millions d'euros**. Cette forte progression a quatre origines : l'absence de réserves de trésorerie de la Cnav dont les excédents passés ont été intégralement reversés au fonds de réserve des retraites (FRR) ; les insuffisances de trésorerie du fonds de solidarité vieillesse (FSV) qui ne peut rembourser la totalité des sommes dues à la Cnav ; les retards de paiement de l'Etat au titre des exonérations à compenser ; enfin, le déficit propre de la Cnav.

- Un cas de figure assez proche se retrouve avec **la branche accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP)**. Le résultat de la Cnam AT-MP est resté négatif en 2006, mais s'est amélioré de 380 millions d'euros pour atteindre - 59 millions d'euros.

Là encore, la croissance soutenue des produits (9,1 %), tirée par la hausse de 0,1 point du taux de cotisation au 1^{er} janvier 2006, a permis de couvrir un taux de progression des charges lui-même élevé (4,9 %), essentiellement en raison de l'augmentation des dotations aux deux fonds amiante (Fiva et Fcaata). Ces fonds ont été dotés de 215 millions d'euros supplémentaires entre 2005 et 2006 (dont 100 millions pour le Fcaata et

115 millions pour le Fiva) pour atteindre un montant global de 1,015 milliard d'euros.

L'évolution des prestations légales, qui représentent environ deux tiers de l'ensemble des charges, est apparue en revanche modérée (+ 2 %).

• La branche **famille** a présenté en revanche, dès 2006, **un profil en apparence plus « vertueux »** que celui des autres branches.

Certes, son solde est passé de - 1 314 millions d'euros en 2005 à - 891 millions, grâce, là aussi, à une accélération de ses recettes de cotisations, de CSG et d'impôts affectés (+ 5 % contre + 3,6 % en 2005).

Cependant, les dépenses de prestations (+ 4,2 %) ont marqué un certain ralentissement par rapport à 2005 (où elles avaient crû de 5,3 %) et sont apparues plus en phase avec la progression de la masse salariale que les dépenses des deux branches évoquées ci-dessus (vieillesse et AT-MP). Cette relative modération résulte cependant d'évolutions contrastées entre les prestations légales et les prestations extra-légales.

Outre l'accélération des naissances observée en 2006 (+ 23 000 selon l'Insee), **la poursuite de la montée en charge de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje)** a continué de tirer vers le haut la croissance de **l'ensemble des prestations légales à destination de la petite enfance, qui ont progressé de 10 % en 2006** (950 millions d'euros de dépenses supplémentaires), soit un rythme proche de celui enregistré en 2005 (+ 9,8 %).

A l'inverse, **les dépenses d'action sociale**, dont la progression dans les comptes était très rapide lors des précédents exercices (+ 17,6 % en 2004 et + 15,4 % en 2005), **se sont à peu près stabilisées en 2006**.

L'absence de certification des comptes de la Cnaf par la Cour des comptes

Dans le cadre de sa mission de certification des comptes de la sécurité sociale, **la Cour des comptes ne s'est pas estimée en mesure d'exprimer une opinion sur les comptes combinés de la branche famille et sur ceux de la Cnaf, en raison des nombreuses limitations substantielles affectant l'audit de ces comptes**. Cette position ne vaut pas rejet, mais signifie que la Cour attend de la branche des améliorations importantes de l'ensemble de ses dispositifs de contrôle et d'audit interne¹.

La Cour des comptes a tout particulièrement pointé de **graves insuffisances dans le dispositif de contrôle interne** entraînant le **risque que des prestations soient versées indûment**. Elle estime que les indus non détectés sont probablement supérieurs à ceux constatés qui représentent déjà en moyenne 3 % des prestations versées. Elle relève qu'il n'existe pas de fichier national des allocataires, chacun d'entre eux disposant d'un identifiant délivré par sa caisse d'appartenance, sans consolidation nationale, et elle exprime le souhait qu'un fichier national, permettant d'affecter un numéro unique à chaque allocataire, soit mis en place.

¹ Cf. travaux de la commission, en annexe au présent rapport : audition de M. Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes.

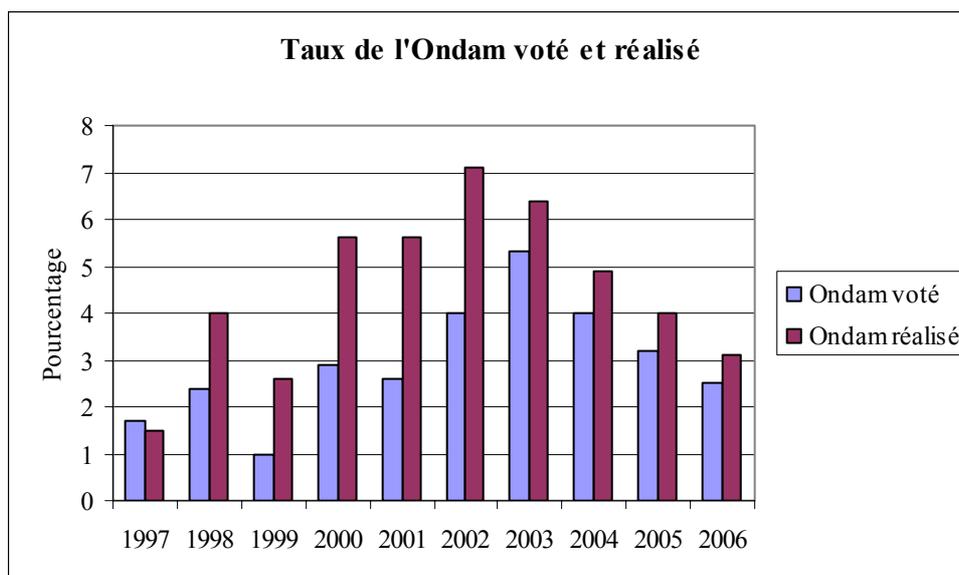
Par ailleurs, trop d'incertitudes entourent les modes de comptabilisation des cotisations que la branche famille acquitte au titre de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF). Les montants sont systématiquement surévalués au détriment de la Cnaf et les régularisations sont effectuées avec un retard considérable.

Ces insuffisances en termes de gestion pèsent négativement sur les comptes de la caisse et les rendent incertaines. La Cour estime que **le résultat de la Cnaf devrait être majoré de 229 millions d'euros au titre des cotisations d'AVPF** (159 millions correspondent à un produit à constater au titre de régularisations à effectuer pour les années antérieures à 2002 et 70 millions d'euros au titre d'une correction à apporter à une surestimation avérée du montant de la charge comptabilisée par la Cnaf au titre de l'année 2006).

- Reste le cas particulier de la **branche maladie, qui a réalisé, en 2006, une performance assez remarquable en termes de contrôle des coûts, sans pour autant parvenir à respecter les contraintes de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam).**

Après une forte dégradation du déficit de la Cnam entre 2001 et 2003 (- 2,1 milliards d'euros en 2001, - 6,1 milliards en 2002, - 11,1 milliards en 2003), puis encore une légère augmentation en 2004 (- 11,6 milliards), **les années 2005 et 2006 ont été marquées par une amélioration de son solde**, avec une baisse du déficit de 3,6 milliards d'euros en 2005 (le déficit revenant à - 8 milliards) et, à nouveau, de 2,1 milliards d'euros en 2006 (avec un déficit ramené à - 5,9 milliards).

L'évolution des charges de la Cnam a bénéficié du ralentissement de la croissance des dépenses relevant du champ de l'Ondam. Sur l'ensemble des régimes, **les dépenses dans le champ de l'ONDAM ont augmenté de 3,1 % selon des données quasi définitives, contre 4 % en 2005**. Ce ralentissement concernait tant **les soins de ville (+ 2,4 % contre + 3,1 % en 2005, soit un minimum historique, jamais atteint jusqu'alors)** que les dépenses relatives aux établissements de santé (+ 3,1 % contre + 4,4 % en 2005). Néanmoins, les moindres progressions des dépenses de soins de ville ainsi que du poste « établissements de santé privés » sont demeurées insuffisantes pour respecter l'Ondam (qui avait été fixé à + 2,5 % en loi de financement pour 2006) et le **dépassement** a atteint globalement 1,2 milliard d'euros pour 141,8 milliards d'euros de dépenses.



Les charges des prestations invalidité ont, quant à elles, connu une croissance en net ralentissement (+ 4,8 %) par rapport à 2005 (+ 7,7 %), pour des raisons démographiques.

Les autres postes de charges (hors prestations, provisions pour prestations et hors caisse nationale de solidarité pour l'autonomie), qui représentent environ 10 % de l'ensemble des charges de la branche, ont enregistré une augmentation de 2 %.

Enfin, dans le cadre de la certification des comptes du régime général par la Cour des comptes, la Cnam a procédé à des écritures de régularisation en charges pour un montant net de 253 millions d'euros pesant en négatif sur le solde de la branche.

2. 2007 : Retour en 2004 ?

a) Un dérapage considérable des comptes qui met en cause la sincérité de la loi de financement pour 2007

- Les projections quadriennales associées à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 envisageaient **un retour à l'équilibre du régime général dès 2009 ou 2010**.

Ce retour à l'équilibre était obtenu dans un contexte de dégradation du solde de la branche vieillesse, stabilisé un peu au-dessus de 3 milliards d'euros de déficit dans le scénario économique haut, ou progressant jusqu'à un peu plus de 5 milliards d'euros dans le scénario économique bas.

Le retour à l'équilibre global supposait donc que les autres branches dégagent elles-mêmes des excédents : dès 2009 ou 2010 pour la Cnam, après une nouvelle réduction du déficit à - 3,9 milliards d'euros en

2007, et avec un **Ondam en progression annuelle de 2,2 % à 2,5 %** en moyenne sur la période 2007-2010 ; **dès 2008 pour la Cnaf**, grâce à l'achèvement de la montée en charge de la prestation d'accueil du jeune enfant. L'excédent de la branche accidents du travail-maladies professionnelles, acquis dès 2006, devait continuer de progresser régulièrement sur la période 2007-2010.

Au total, en 2007, année intermédiaire sur la voie du retour à l'équilibre, **le déficit global du régime général devait être ramené à 8 milliards d'euros** : - 3,9 milliards pour la branche maladie, - 3,5 milliards pour la branche vieillesse, - 0,8 milliard pour la branche famille et un léger excédent pour la branche AT-MP.

La commission des affaires sociales avait, pour sa part, souligné **l'extrême fragilité de ces prévisions**, fondées sur un ensemble d'hypothèses peu ou pas étayées. On ne pouvait qu'être frappé en particulier par **l'indigence du contenu de l'annexe B** du projet de loi de financement, qui se contentait d'asséner les données utilisées pour élaborer l'équilibre d'ensemble, sans que le lecteur soit en mesure de juger de leur degré de fiabilité.

• La commission des comptes de la sécurité sociale, qui s'est réunie le 4 juillet dernier, a montré que le schéma envisagé à l'automne était devenu totalement obsolète à mi-exercice 2007. **Le solde du régime général¹ subit une rechute très sévère, après la brève amélioration de 2006, qui apparaît ainsi comme une parenthèse et non comme une première étape sur la voie du redressement.**

Soldes par branche du régime général sur la période 2004-2007

(en milliards d'euros)

	2004	2005	2006	2007 (Lfss 07)	2007 (Cess juil/07)
Maladie	- 11,6	- 8,0	- 5,9	- 3,9	- 6,4
Vieillesse	0,3	- 1,9	- 1,9	- 3,5	- 4,7
Famille	-0,4	- 1,3	- 0,9	- 0,8	- 0,7
Accidents du travail	- 0,2	- 0,4	- 0,1	0,1	- 0,3
Total Régime général	- 11,9	- 11,6	- 8,7	- 8,0	- 12,0

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale

Le déficit global atteindrait, en 2007, 12 milliards d'euros, au lieu des 8 milliards annoncés en loi de financement. Comme le souligne elle-même la commission des comptes, « la réduction du déficit de près de

¹ Traditionnellement, la commission des comptes dite « de printemps » n'examine que les résultats du seul régime général et du fonds de solidarité vieillesse, à l'exclusion des autres régimes.

3 milliards d'euros obtenue en 2006, qui reposait en partie sur des éléments exceptionnels non reconductibles, serait ainsi suivie d'une rechute du même ordre de grandeur, voire un peu supérieure. Le déficit prévu pour 2007 serait (...), avec ceux de 2004 et 2005, le plus élevé jamais enregistré par le régime général. »

Il convient de préciser, à ce stade, que les prévisions établies par la commission des comptes début juillet ne prennent pas en compte les mesures d'économie sur les dépenses d'assurance maladie annoncées concomitamment par les pouvoirs publics et qu'elles n'intègrent pas non plus les dispositions susceptibles d'être adoptées par le Parlement au cours de la session extraordinaire en cours. Elles indiquent la tendance suivie par les comptes du régime général, toutes choses égales par ailleurs.

b) Les « coupables » : Ondam, « papy-boom » et allègements de charges sur les bas salaires...

• Les projections **de la loi de financement pour 2007** s'appuyaient sur une progression des charges du régime général, toutes branches confondues, d'environ 3,5 %, soit un point de moins que la tendance observée en 2006. La commission des comptes évalue le taux réel cette année à 4,4 %, soit un niveau pratiquement identique à celui constaté l'an dernier.

En termes de recettes, celles-ci ne devaient progresser que de 4,2 %, au lieu de 5,8 %. La loi de financement n'avait cependant pas anticipé une décélération en réalité beaucoup plus rapide, puisque la commission des comptes évalue leur taux de croissance à seulement 3,3 % en 2007.

L'analyse des principaux écarts avec les projections de la loi de financement, par types de dépenses et de recettes, fait ainsi ressortir tant un dérapage des charges qu'un manque à gagner important sur les produits.

La dérive aurait cependant été plus spectaculaire, si des gains n'avaient pas été réalisés par ailleurs. En particulier, la progression de la masse salariale du secteur privé est relevée de 4,6 % à 4,8 %, du fait notamment du versement de primes, pour des masses importantes, dans le secteur bancaire, en début d'exercice. L'impact mécanique de cette révision sur les recettes du régime général est estimé à 350 millions d'euros en 2007. D'autres révisions de moindre ampleur contribuent également à améliorer le solde de 300 millions d'euros.

**Le solde du régime général en 2007 :
De la loi de financement à la commission des comptes de juillet 2007**

<i>(milliards d'euros)</i>	
Solde inscrit en loi de financement pour 2007	- 8,00
Dépenses supplémentaires	- 3,15
- dépassement de l'Ondam (champ du régime général)	- 2,20
- révision du montant des prestations de retraite	- 0,95
Allègements généraux de cotisations	- 1,45
- non-réalisation des excédents de recettes fiscales en 2006 et 2007	- 0,60
- insuffisance du panier de recettes fiscales en 2007	- 0,85
Gains par rapport aux prévisions	+ 0,65
- révision à la hausse de la croissance de la masse salariale	+ 0,35
- autres	+ 0,30
Solde établi par la commission des comptes en juillet 2007	- 12,00

• Les charges des branches maladie et vieillesse sont globalement revues à la hausse pour 3,15 milliards d'euros :

- 2,2 milliards d'euros sont imputables au dérapage de l'Ondam.

L'Ondam avait été fixé par le Parlement à 144,8 milliards d'euros, en augmentation de 2,6 %¹ par rapport aux dépenses de 2006, telles qu'elles étaient estimées à la rentrée 2006.

Selon les évaluations de la commission des comptes de juillet, les dépenses comprises dans le périmètre de l'Ondam 2007 se monteraient cependant à 147,4 milliards d'euros. Le surplus d'Ondam, tous régimes confondus, atteindrait ainsi 2,6 milliards d'euros (dont 2,2 milliards pour le seul régime général) par rapport au montant voté en loi de financement. Sur cette masse, la quasi-totalité (2,3 milliards d'euros) serait imputable aux soins de ville.

Cet agrégat supplémentaire a quatre origines.

Il s'explique, tout d'abord, par un effet base de 680 millions d'euros : on l'a vu, en effet, le dépassement de l'Ondam 2006 a atteint, au total, 1,2 milliard d'euros, dont seule une partie avait été anticipée par la commission des comptes de septembre 2006 et intégrée dans la base de calcul de l'Ondam de 2007. Ce rebasement d'un peu moins de 700 millions d'euros correspond, à peu de chose près, à la marge de croissance de l'Ondam « soins de ville » votée en loi de financement, ce qui veut dire qu'après rebasement, le poste « soins de ville » n'avait en pratique plus droit qu'à une marge de progression proche de zéro (moins encore que le taux déjà très ambitieux de + 1,1 % voté en loi de financement).

¹ 1,1 % pour les seuls soins de ville.

Ensuite, au moment de l'élaboration de l'Ondam, une évolution tendancielle de 4,4 % avait été retenue pour les soins de ville, avant prise en compte de mesures d'économies. Le tendancier 2007 est revu à la hausse, à hauteur de 4,9 %, du fait notamment des **remboursements d'indemnités journalières, qui sont à nouveau en forte progression.**

Il convient d'ajouter à l'estimation du tendancier des soins de ville **des dépenses supplémentaires**, imputables aux mesures nouvelles. Cette enveloppe est constituée entre autres d'effets report (notamment la revalorisation de la consultation des généralistes au 1^{er} août 2006 et la nouvelle convention dentaire), d'inscriptions au remboursement de nouveaux actes à l'instar de l'ostéodensitométrie et, aussi, des revalorisations tarifaires intervenues depuis le début de l'année 2007 (comme la revalorisation de la consultation des médecins omnipraticiens et celle des soins infirmiers et des actes de kinésithérapie).

Enfin, **les économies attendues en 2007, notamment sur le poste « médicaments », devraient être inférieures aux prévisions.** Des retards dans la mise en œuvre des grands conditionnements ainsi que l'ampleur modeste de l'adaptation de la prise en charge de la troisième vague de médicaments à service médical rendu insuffisant expliqueraient, pour une large part, ces économies limitées.

Au total, l'Ondam 2007 serait en progression de 4 % par rapport à 2006, et de 3,6 % pour les soins de ville.

- 950 millions d'euros de dépassement sont imputables à la révision à la hausse du montant des prestations de retraites.

Ce dérapage est largement dû à des modifications d'hypothèses relatives au comportement de départ des assurés. De ce point de vue, deux phénomènes viennent conjuguer leurs effets.

Tout d'abord, **le succès du dispositif de départs anticipés pour longue carrière ne se dément pas.** 15 % des départs en retraite se font aujourd'hui au titre de cette mesure. Les flux étaient de 100 000 en 2004, 80 000 en 2005, 108 200 en 2006 et devraient remonter à 111 200 cette année. Le coût de la mesure, qui était de 600 millions d'euros en 2004, a ainsi atteint 1,4 milliard en 2005, 1,8 milliard en 2006 et sera probablement de 2,15 milliards d'euros en 2007.

Devant la commission des comptes de la sécurité sociale, Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, a mis l'accent, à ce sujet, sur les facilités offertes pour le rachat de trimestres. Il a déclaré s'interroger sur **l'existence éventuelle d'abus**, par exemple ceux liés à la mesure qui permet de se faire reconnaître la qualité d'aide familiale agricole sur simple présentation de deux témoins.

Le second motif de forte progression des dépenses de la Cnav tient à l'arrivée, en ordre de grandeur, à l'âge de soixante ans de la première génération du « baby-boom » : en ordre de grandeur, le flux annuel passe de 500 000 environ pour les générations nées pendant la Seconde Guerre mondiale à près de 800 000 pour celles nées à partir de 1946.

Dans le même temps, **les dispositions prises pour inciter à la poursuite de l'activité ne semblent pas produire d'effets sensibles** pour le moment. Depuis l'institution de la mesure en faveur du travail des seniors, seuls 83 000 retraités ont bénéficié d'une surcote. Ils n'ont représenté que 5,7 % des flux de retraités en 2006, pour des montants d'ailleurs modestes.

En pratique, les affiliés continuent à liquider leurs droits à l'approche de leur soixantième anniversaire, exprimant ainsi **un fort sentiment d'anxiété**, en dépit des assurances données, notamment en loi de financement pour 2007, que les règles du jeu ne seront pas modifiées pour les générations qui s'appêtent à partir en retraite.

- Le régime **général enregistre par ailleurs une perte de 1,45 milliard d'euros sur le panier de recettes fiscales** institué au 1^{er} janvier 2006 pour compenser le coût des allègements généraux de cotisations sociales, essentiellement celui de l'exonération « Fillon » sur les bas salaires. Cette perte se décompose, elle-même, en deux éléments : le constat de l'absence d'excédents, pourtant anticipés, sur les exercices 2006 et 2007 et l'apparition d'un déficit de financement important en 2007.

En effet, les prévisions établies par la commission des comptes à l'automne dernier faisaient état de surplus de recettes fiscales par rapport au montant des allègements, en 2006 comme en 2007, à hauteur respectivement de 350 millions et 230 millions d'euros. **Ces surplus attendus devaient être affectés à la Cnam en 2007**, conformément aux dispositions de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale¹. Cependant, le montant des exonérations s'est révélé en 2006 nettement plus élevé que prévu si bien qu'il a été à peine couvert par le panier de recettes (avec un déficit de 5 millions d'euros au lieu de l'excédent de 350 millions précédemment envisagé) et qu'il lui serait nettement supérieur en 2007 (voir ci-après). En conséquence, **la non-réalisation des excédents prévus se traduit par une perte de recettes de 580 millions d'euros en 2007 pour la branche maladie.**

¹ Cf. ci-après : *L'attribution de recettes fiscales pour la compensation des allègements généraux : le « panier empoisonné »*.

A cela s'ajoute le fait que le mécanisme d'équilibrage qui garantissait au régime général un montant de recettes au moins égal à celui des allègements en 2006, c'est-à-dire une compensation à l'euro l'euro, ne joue plus en 2007¹ : **l'insuffisance de financement des allègements généraux par le panier de recettes, qui est estimée à 850 millions d'euros cette année** (au lieu de l'excédent de 230 millions d'euros évoqué plus haut), se traduira donc par une perte de produits dans les comptes du régime général pour un montant identique.

Cette situation est le reflet du fort dynamisme des exonérations, déjà constaté en 2006 : **les allègements généraux augmenteraient, en effet, de 11 % en 2007 (après 13 % l'an dernier), contre 5,2 % pour le panier de recettes affecté à leur financement.**

Cette dynamique des allègements trouve elle-même son origine dans la bonne tenue du niveau de l'emploi, mais également dans l'aboutissement du contentieux qui permet aujourd'hui aux entreprises d'intérim de calculer les exonérations non plus sur les heures effectives, mais sur les heures rémunérées, qui constituent une assiette plus large². Qui plus est, on l'a vu, l'évaluation effectuée début juillet n'a pas pris en compte, à ce stade, le surcoût lié à la disposition relative à l'exonération de cotisations sociales sur les heures supplémentaires et à la majoration de l'allègement « Fillon » sur les bas salaires, proposée par le projet de loi en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat en cours d'examen par le Parlement.

c) La forte aggravation du déficit de la branche retraite

L'examen de la dérive des comptes du régime général, non plus par nature de dépenses, mais par branche, révèle **une très forte augmentation du déficit de la Cnav**, alors que la détérioration du solde de la Cnam apparaît relativement modérée et que la branche famille poursuit son lent retour vers l'équilibre.

• En effet, **le solde de la branche vieillesse**, qui devait passer de - 1,9 milliard à - 3,5 milliards d'euros d'après la loi de financement, est **révisé d'environ 1,2 milliard** et s'établirait, en définitive, à **- 4,7 milliards d'euros**. Aux 950 millions d'euros supplémentaires de charges liés l'accélération du nombre des départs en retraite, détaillés plus haut, s'ajoute **une diminution de 250 millions des produits** : la contribution en provenance du fonds de

¹ L'article L. 131-8 du code la sécurité sociale prévoit une compensation à l'euro l'euro pour le seul exercice 2006, avec reversement de l'excédent éventuel à la Cnam (ainsi que de l'éventuel excédent 2007). A partir de 2007, en cas d'écart supérieur à 2 % entre le montant des allègements et celui du panier de recettes fiscales, un rapport est transmis, l'année suivante, par le Gouvernement à une commission présidée par un magistrat de la Cour des comptes, désigné par le Premier président de la Cour des comptes, et comportant des membres de l'Assemblée nationale, du Sénat, des représentants des ministres en charge de la sécurité sociale et du budget, ainsi que des personnalités qualifiées, chargée de donner un avis sur d'éventuelles mesures d'ajustement.

² Ce contentieux a été tranché par l'article 14 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

solidarité vieillesse serait réduite de 150 millions, car le FSV verserait un montant de cotisations retraite pour les chômeurs en baisse, grâce à l'amélioration de l'emploi ; l'agrégat « cotisations » serait par ailleurs amputé de 100 millions d'euros.

Encore ne s'agit-il là que d'une évaluation basse. **Il n'est pas exclu que le déficit constaté à fin 2007 atteigne les 5 milliards d'euros, d'après les estimations de la Cnav elle-même.**

En conséquence de l'accroissement considérable de son déficit, la Cnav devra en outre faire face, cette année, à une nouvelle augmentation de ses charges financières, qui atteindraient près de 500 millions d'euros, soit une majoration de 230 millions en 2007 (+ 400 millions sur les deux années 2006 et 2007).

- **Le déficit de la Cnam a été réduit de moitié en deux ans entre 2004 et 2006**, passant de - 11,6 milliards d'euros en 2004 à - 8 milliards en 2005 et - 5,9 milliards en 2006, grâce au ralentissement des dépenses d'assurance maladie et à un apport substantiel de recettes. **Cette amélioration subit un coup d'arrêt en 2007** du fait, on l'a vu, d'une accélération des dépenses de prestations (notamment celles comprises dans le champ de l'Ondam) et d'un ralentissement de la croissance des produits, dont les causes sont communes à toutes les branches (disparition de recettes ayant eu un effet ponctuel sur 2006, forte augmentation des exonérations) mais plus marqué dans le cas de la Cnam. **Le déficit de la branche se creuserait ainsi de 500 millions d'euros en 2007**, à - 6,4 milliards d'euros en l'absence de mesures nouvelles, alors qu'il était prévu une forte amélioration, de l'ordre de 2 milliards d'euros de déficit en moins (- 3,9 milliards d'euros au lieu de - 5,9 milliards).

Cependant, le plan proposé par Frédéric Van Roekeghem, directeur général de la Cnam, dont le Gouvernement a repris l'essentiel du contenu, doit permettre d'économiser plus de 1,2 milliard d'euros en année pleine, et 417 millions d'euros en 2007. **Les dépenses de l'assurance maladie seraient ainsi pratiquement stabilisées cette année au niveau atteint l'an dernier.**

- La nouvelle prévision dégrade le solde de **la branche accidents du travail-maladies professionnelles** de près de 350 millions, avec un déficit prévu de 257 millions d'euros, alors que la loi de financement envisageait un léger excédent. Cette dégradation s'explique pour l'essentiel par la révision à la baisse du produit des cotisations et des recettes du panier fiscal affecté à la compensation des allègements généraux.

- La seule « **bonne surprise** » vient de **la branche famille, dont le déficit, qui avait atteint 1,3 milliard d'euros en 2005 et 900 millions en 2006, serait ramené à 700 millions d'euros en 2007, en dessous du seuil de 800 millions voté en loi de financement.**

Ce redressement, qui avait reposé, en 2006, sur une forte progression des recettes, se poursuivrait en 2007, cette fois grâce à **un net ralentissement de la croissance des dépenses**. Les produits croîtraient, en effet, de 3,1 %, tandis que les prestations légales ne seraient en hausse que de 2,8 %.

La fin de la montée en charge de la Paje contribuerait pour une large part à ce ralentissement : ainsi, les charges de prestations à destination de la petite enfance verraient leur rythme de croissance réduit de moitié en 2007 (+ 4,9 %) par rapport à 2006 (+ 10 %). Les prestations liées au handicap ralentiraient également (+ 3,6 % en 2007 contre 4,4 % en 2006) en raison notamment de la fin de la montée en charge des nouveaux compléments de l'AAH et de la conjoncture économique de plus en plus favorable (l'AAH étant délivrée sous conditions de ressources).

Ces prévisions sont toutefois établies sans préjudice du coût de la mise en œuvre de promesses du Président de la République, qui avait évoqué, pendant la campagne électorale, deux mesures : **le versement d'allocations familiales dès le premier enfant** et le droit opposable au mode de garde des enfants.

D'après la Cnaf, **le coût de la première de ces deux mesures serait de 2,6 milliards d'euros sur la base d'une prime de 60 euros par mois et par enfant**.

B. FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE : UN RETOUR PROGRESSIF VERS L'ÉQUILIBRE QUI LAISSE ENTIÈRE LA QUESTION DE LA DETTE ACCUMULÉE

1. Une réduction spectaculaire des retards de versement

- Le fonds de solidarité vieillesse (FSV) assure le financement d'avantages vieillesse non contributifs relevant de la solidarité nationale servis par les régimes de retraite de base de la sécurité sociale, notamment les cotisations des chômeurs.

Le résultat annuel du FSV est négatif depuis 2002. Depuis cette date, le fonds a engendré un déficit cumulé qui s'élève, au 31 décembre 2006, à 5 milliards d'euros.

Le solde annuel, qui avait atteint un pic de - 2 milliards d'euros en 2005, s'améliore cependant progressivement et s'est établi, en 2006, à - 1,3 milliard d'euros. En 2007, le déficit d'exécution ne devrait être que d'un peu plus de 300 millions d'euros, ce qui aurait pour effet de **stabiliser le déficit cumulé un peu en dessous de 5,3 milliards d'euros**, soit, tout de même, un montant encore équivalent à 40 % des produits annuels du fonds.

Evolution du solde du FSV

(en millions d'euros)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007 (p)
Solde annuel	- 1 350	- 933	- 639	- 2 005	- 1.260	- 331
Solde cumulé	- 123	- 1 056	- 1 695	- 3 700	- 4 960	- 5 291

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale

• L'amélioration du solde du FSV entre 2005 (- 2 milliards d'euros) et 2006 (- 1,3 milliard d'euros), en baisse de 40 %, s'explique par **un rythme très rapide d'évolution des recettes (avec un taux de progression de la CSG de + 6,6 %, soit 650 millions d'euros supplémentaires par rapport à 2005)** et, dans une moindre mesure, par un ralentissement des dépenses (avec une diminution de 110 millions des transferts au titre de la prise en charge des cotisations retraite des chômeurs).

Le déficit constaté de 1,3 milliard d'euros dépasse ainsi, mais de peu, la projection figurant dans l'annexe B de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, qui était de - 1,2 milliard d'euros. Il apparaît moins dégradé que dans la projection initiale, figurant dans la loi de financement de 2006 (qui prévoyait - 1,5 milliard d'euros).

La conjoncture économique explique la diminution du chômage, mais ne permet de comprendre qu'une partie de la dynamique des recettes. L'autre partie de la forte croissance des produits de CSG trouve son origine, comme pour les branches du régime général, dans les dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 qui a modifié **les conditions de prélèvement de la contribution sociale généralisée et des autres prélèvements sociaux sur les intérêts perçus sur les plans d'épargne logement**. Le rendement de la CSG sur les revenus du capital et sur les jeux versée au FSV a fait ainsi un bond de + 21,8 %.

• On aurait pu penser que le FSV, comme le régime général, serait victime, en 2007, de la disparition de cette recette exceptionnelle. Cependant, **d'autres facteurs interviendraient cette année, permettant la réduction annoncée des deux tiers du solde du fonds**, qui passerait en flux annuel d'un déficit de 1,3 milliard d'euros à - 300 millions :

- **une nouvelle majoration du produit de CSG** (d'environ 400 millions d'euros) grâce à l'évolution dynamique de la masse salariale du secteur privé (+ 4,8 %) et à l'élargissement de l'assiette de la CSG sur les revenus du patrimoine lié à la réforme de l'impôt sur le revenu ;

- une diminution des dépenses, principalement sous l'effet de la baisse des prises en charge de cotisations au titre des validations de périodes de chômage (- 560 millions d'euros). Celle-ci résulterait, à la fois, d'**une diminution de 265 000 du nombre des chômeurs** et d'une évolution du coût moyen d'un chômeur pour le FSV moins dynamique (grâce à une moindre

revalorisation du Smic qu'en 2006 et à l'absence de nouvelle augmentation de la cotisation vieillesse, alors que celle-ci avait été majorée de deux points l'an dernier).

- La décélération du déficit du FSV apparaît encore plus nettement si l'on se réfère aux projections de la loi de financement pour 2007 qui l'avaient évalué, pour cette année, à 600 millions d'euros, soit le double de la nouvelle estimation de la commission des comptes.

Sur le fondement des évolutions constatées en 2006, la loi de financement avait prévu **un retour à l'équilibre dès 2009**. Ce scénario, qui suscitait quelques interrogations à l'automne dernier, aurait donc gagné en crédibilité.

Évolution du solde du FSV

(en milliards d'euros)

	2005*	2006*	2007*	2008**	2009**	2010**
Recettes	12,7	13,5	14,1	14,2	14,8	15,5
Dépenses	14,7	14,8	14,4	14,6	14,8	15,4
Solde annuel	- 2,0	- 1,3	- 0,3	- 0,4	0,0	0,0
Solde cumulé	- 3,7	- 5,0	- 5,3	- 5,7	- 5,7	- 5,7

* : Commission des comptes de la sécurité sociale de juillet 2007

** : Annexe B de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007
(Scénario économique haut)

Lors de son audition par la commission des affaires sociales, le 11 octobre 2006, le directeur du FSV, Jacques Lenain, avait envisagé sur cette base **un apurement complet de la dette à l'horizon 2013 ou 2014**.

Cette hypothèse prête davantage à controverse. L'apurement suppose, en premier lieu, que le FSV soit en mesure de dégager très rapidement des excédents substantiels, ce que n'envisage pas, pour l'instant, la projection quadriennale, qui table, plus modestement, sur une simple stabilisation de la dette, permise par le retour à l'équilibre des comptes annuels.

Plus accessoirement, sur un plan cette fois juridique et non plus économique, il convient de rappeler que l'article L. 135-7 du code de la sécurité sociale a créé un « branchement » direct du FSV vers le fonds de réserve pour les retraites (FRR), en prévoyant que les ressources du FRR sont constituées notamment de « *tout ou partie du résultat excédentaire du [FSV], dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget* ». Si tant est que le fonds de solidarité vieillesse soit prochainement en mesure de dégager des excédents, encore faudrait-il qu'ils ne soient pas confisqués au profit du FRR et qu'ils restent au sein du FSV.

Une évolution de la législation sur ce point paraît être un préalable indispensable à toute opération de désendettement.

La question de la dette du FSV reste donc entière.

2. Qui est responsable de la dette du FSV ?

- Pour faire face à une situation de déficit, le FSV ne dispose pas juridiquement de la faculté d'emprunter et a donc dû recourir à **un expédient** depuis 2002. La solution mise en œuvre a consisté à honorer intégralement la prise en charge de toutes les prestations, sauf les versements d'acomptes de cotisations chômage qui ont constitué la variable d'ajustement du système en étant réduits chaque année à due concurrence de la trésorerie disponible.

Le mécanisme mis en œuvre fait donc peser toute la charge financière du déficit cumulé sur les deux régimes destinataires de ces versements de cotisations chômage, la Cnav et la mutualité sociale agricole, ainsi que, par voie de conséquence, sur l'Acoss et la CCMSA, sans la moindre compensation financière. En effet, **le montant des frais financiers imputables au déficit du FSV, actuellement de l'ordre de 150 à 200 millions d'euros par an, n'est pas compris dans le coût des charges d'intérêt que l'Etat a accepté de couvrir dans son budget** en application de l'article 41 de la loi de finances pour 2007 (qui ne concerne que les charges d'intérêts des dettes de l'Etat à l'égard des régimes obligatoires de base du régime général).

Aux termes des dispositions de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale, les recettes et les dépenses du FSV doivent cependant être équilibrées dans les conditions prévues par les lois de financement de la sécurité sociale.

- Interrogée par la commission des affaires sociales, fin 2004, **la Cour des comptes avait clairement imputé à l'Etat l'obligation de pourvoir à l'équilibre du FSV**, relevant que *« l'obligation d'équilibre du FSV (article L. 135-3 du code de la sécurité sociale) n'étant plus assurée sur une période aussi longue, et en l'absence de toute proposition de mesure pour redresser la situation, le dispositif juridique en place ne répond plus à l'un de ses objectifs, c'est-à-dire d'éviter la constatation d'une dette directe de l'Etat pour la partie des charges du fonds non couverte par ses produits. Les conséquences doivent donc en être tirées dans la présentation des comptes publics. »*¹.

Cette interprétation a été confirmée par le rapport de la Cour de septembre 2005 sur la sécurité sociale qui indique : *« si l'on veut maintenir le FSV, les seules solutions possibles consistent soit dans l'augmentation de la CSG affectée au FSV, soit dans l'attribution au FSV d'une dotation budgétaire d'équilibre à l'instar de ce que prévoit la loi instaurant le Ffipsa. Les conséquences du déficit du FSV (...) devront être tirées dans le bilan d'ouverture des comptes de l'Etat prévu à partir de l'exercice 2006 en*

¹ Rapport sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 n° 57 (2004-2005) fait par Alain Vasselle au nom de la commission des affaires sociales – Tome I – Page 102.

fonction de la situation retenue pour financer les dépenses courantes du fonds et apurer son passif. »¹

Aucune mesure de cet ordre n'ayant été prise en 2005, la Cour a réitéré ses souhaits, dans son rapport de septembre 2006, **recommandant la suppression du FSV à défaut de mesures de redressement**. En tout état de cause, elle proposait que la Cnav provisionne dans ses comptes sa créance vis-à-vis du FSV.

• Cependant, **à l'occasion de l'établissement de son bilan d'ouverture au 1^{er} janvier 2006, l'Etat a estimé qu'il ne contrôlait pas le FSV** au sens des dispositions de la norme applicable à ses immobilisations financières (norme comptable de l'Etat n° 7). **Cette position a été acceptée par la Cour**, dans son rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale 2006², sur le fondement des justifications avancées par le ministère du budget, à savoir que **l'établissement public a, de facto, le caractère d'un démembrement institutionnel des régimes de sécurité sociale dont il assure une partie du financement**.

Par cohérence avec cette position, la Cour demande que les comptes de la branche retraite soient modifiés afin de faire apparaître l'incidence des résultats du FSV sur le résultat et les capitaux propres de l'exercice 2006.

Ainsi, pour ne s'en tenir qu'au seul régime général, la prise en compte du FSV conduirait à modifier les comptes de la branche retraite dans les proportions suivantes :

- les résultats négatifs de la branche en 2006 devraient être portés de 1,9 à 3 milliards d'euros compte tenu de la quote-part du déficit³ du FSV que la Cour estime devoir revenir au régime général, soit 1,1 milliard d'euros ;

- quant aux capitaux propres de la branche, ils s'élèveraient à - 4,6 milliards d'euros au 31 décembre 2006, au lieu de - 93 millions d'euros.

Pour l'avenir, la Cour souhaite donc une modification de l'arrêté du 27 novembre 2006, pris pour l'application de l'article D. 114-4-2 du code de la sécurité sociale pour l'établissement des comptes combinés des régimes de sécurité sociale. Elle préconise de mettre en place **une combinaison partagée du FSV avec les branches retraite des régimes de sécurité sociale au financement desquels il contribue, au prorata de la part des charges techniques du FSV qui se rapportent à chacun d'entre eux**.

• La commission des affaires sociales a souhaité connaître la position de la Cour sur la responsabilité de la garantie de l'équilibre du FSV, compte tenu de l'évolution récente de sa pensée sur le sujet.

¹ Page 100 dudit rapport.

² Page 116 dudit rapport.

³ Ce déficit s'établit, on le rappelle, à 1,3 milliard d'euros.

Elle a fait observer que **l'inclusion du FSV dans le périmètre comptable de la sécurité sociale, et notamment de la Cnav, constituait à ses yeux un facteur de confusion alors que le dispositif instauré en 1993 visait à séparer clairement ce qui relève du contributif de ce qui relève de la solidarité.**

La Cour des comptes¹ a justement fait valoir que, face à la position du ministère du budget qui a constamment affirmé l'absence de responsabilité de l'Etat en la matière, **son souci avait été que le déficit du FSV ne soit pas occulté.** Elle n'a pas jugé que le rattachement du fonds aux comptes de la sécurité sociale attentait au principe de séparation du contributif et de ce qui relève de la solidarité, dans la mesure où la « philosophie » du FSV n'est pas modifiée : les dépenses de solidarité en matière de retraite restent financées à partir de ressources fiscales.

C. LE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS ET DES EXONÉRATIONS : LA GRANDE DÉFAUSSE DE L'ETAT

L'Etat est débiteur à l'égard des organismes de sécurité sociale à deux titres :

- d'une part, **au titre des prestations sociales** liquidées par ces organismes pour le compte de l'Etat ; les deux plus importantes de ces prestations sont l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et l'allocation de parent isolé (API), qui représentent un montant cumulé de versements de plus de 7 milliards d'euros par an, auxquels s'ajoutent les deux allocations logement versées par le fonds national d'aide au logement (Fnal) : l'aide personnalisée au logement (APL) et l'allocation de logement sociale (ALS), qui s'élèvent également, à elles deux, à plus de 7 milliards d'euros ;

- d'autre part, **au titre des exonérations de cotisations sociales** décidées par l'Etat ; les allègements généraux de cotisations sociales patronales sur les bas salaires (pour l'essentiel la « réduction Fillon » créée par la loi du 17 janvier 2003) représentent 85 % de l'ensemble des mesures d'exonération compensées par l'Etat (19,5 milliards d'euros sur 22,9 milliards en 2006).

L'Etat s'acquitte traditionnellement de ses obligations en versant aux organismes de sécurité sociale créanciers des **dotations prélevées sur son budget.**

Toutefois, **les allègements généraux (pour l'essentiel, les allègements « Fillon ») sont financés, à compter de 2006, par des impôts et taxes affectés aux régimes de sécurité sociale concernés** (le « panier fiscal »).

¹ Cf. Travaux de la commission, en annexe au présent rapport : audition de M. Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes. Lire en particulier, à ce sujet, les propos de Mme Rolande Ruellan, présidente de la 6^e chambre.

1. L'Etat « mauvais payeur » : vers un geste de bonne volonté ?

- Les sommes restant dues par l'Etat aux organismes de sécurité sociale s'élevaient, au 31 décembre 2006, à environ **6,7 milliards d'euros**, dont 5,8 milliards pour le seul régime général.

Ces données témoignent d'**une dégradation continue des conditions dans lesquelles l'Etat remplit ses obligations à l'égard de la sécurité sociale.**

En effet, au 31 décembre 2005, la dette de l'Etat s'élevait à 6,1 milliards d'euros, dont 5,2 milliards au titre du régime général¹. Tout au long de l'exercice 2006, l'Etat a opéré des versements, pour un montant de 2,1 milliards d'euros, qui ont ramené la dette née au cours de l'année 2005 et des années antérieures à un peu moins de 4 milliards d'euros (3 965 millions d'euros exactement).

Toutefois, l'insuffisance des versements sur l'année 2006, au titre des prestations et des exonérations rattachées à cette même année, a atteint 2,7 milliards d'euros. **Le dérapage de la dette de l'Etat à l'égard des organismes de sécurité sociale, entre le 31 décembre 2005 et le 31 décembre 2006, s'établit ainsi à environ 600 millions d'euros**, toutes choses égales par ailleurs.

Evolution des dettes de l'Etat envers les régimes obligatoires en 2006

(en millions d'euros)

Nature de la dette (ou créance)	Situation au 31 déc. 2006 sur année 2005 et antérieures (a)	Situation au 31 déc. 2006 sur année 2006 (b)	Situation au 31 déc. 2006 avant versements de janvier 2007 (a+b)
I.- Prestations versées pour le compte de ou prises en charge par l'Etat	957,41	1 204,93	2 162,34
I-1 Champ santé-solidarité	938,49	1 028,78	1 967,27
I-2 Champ logement	18,92	176,15	195,07
II.- Exonérations de cotisations sociales	3 007,64	1 494,56	4 502,20
II-1 Exonérations ciblées	1 366,84	1 489,62	2 856,46
II-2 Allègements généraux	1 640,80	4,94	1 645,74
TOTAL I + II	3 965,05	2 699,49	6 664,54

Source : Direction de la sécurité sociale

¹ Cf: « La dette sociale : mieux la connaître pour mieux l'affronter » - Rapport n° 345 (2005-2006) fait par Alain Vasselle et Bernard Cazeau au nom de la Mecss - page 35.

- Après la prise en compte d'opérations effectuées dans le courant du mois de janvier 2007 et qui sont venues apurer en partie les créances des organismes sociaux sur l'Etat nées en 2006 et au cours des années antérieures, la situation nette de la dette de l'Etat se serait établie, au 31 janvier 2007 à un peu plus de **5,9 milliards d'euros**, dont près de 5,1 milliards pour le seul régime général (voir tableau page suivante).

La commission ne dispose pas d'informations permettant d'établir les conditions dans lesquelles l'Etat s'acquitte de ses obligations de remboursement à l'égard de la sécurité sociale pour les créances nées en 2007, mais **un indice au moins laisse augurer une nouvelle dégradation** : en effet, le montant des versements de janvier 2007 à rattacher à 2006 et aux années antérieures (743 millions d'euros) est très nettement inférieur au montant de l'opération de même nature réalisée en janvier 2006 sur les exercices 2005 et antérieurs (1,7 milliard d'euros avait alors été versé).

**Etat semestriel des dettes de l'Etat envers les régimes obligatoires
au 31 décembre 2006**

(en millions d'euros)

Nature de la dette (ou créance)	Situation au 31 déc. 2006 sur année 2006 et antérieures (a)	Versements janvier 2007 à rattacher à 2006 et antérieures (b)	Situation nette au 31 déc. 2006 (a-b)
I.- Prestations versées pour le compte ou prises en charge par l'Etat	2 162,34	305,30	1 857,04
I.-1 Champ santé-solidarité, dont :	1 967,27	305,3	1 661,97
Aide médicale d'Etat (AME)	920,24		920,24
Allocation de parent isolé (API)	424,89	15,5	409,39
Allocation spéciale d'invalidité (ASI)	118,47		118,47
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	92,34		92,34
RMI : dette antérieure à 2004 + prime exceptionnelle	328,29	289,8	38,49
I.-2 Champ logement	195,07		195,07
II.- Exonérations de cotisations sociales	4 502,20	437,56	4 064,64
II.-1 Exonérations ciblées, dont :	2 856,46	437,56	2 418,90
Contrats d'apprentissage	686,54	250,51	436,03
Contrats de qualification (solde)	329,61	0,35	329,26
Contrats Initiative Emploi	214,58	16,16	198,42
Hôtels cafés restaurants (HCR) - avantages en nature	272,84	57,00	215,84
Lois d'orientation et de programmation pour l'outre-mer	778,99		778,99
II.-2 Allègements généraux , dont :	1 645,74		1 645,74
Allègements Fillon	342,72		342,72
Exonérations AF - Caisses de congés payés du BTP	148,44		148,44
Plan textile	301,59		301,59
Echéance décembre ou 4 ^e trimestre 1999 - Passage au Forec	840,92		840,92
TOTAL I + II dont Régime général	6 664,54 5 800,55	742,86 726,78	5 921,68 5 073,77

Source : Direction de la sécurité sociale

• Certaines dettes, représentant au total environ 1,2 milliard d'euros (20 % du total à fin janvier 2007), **sont anciennes**. Il en existe essentiellement trois :

- **la dette « Forec »**, à hauteur d'un peu plus de 840 millions d'euros ; il s'agit de créances ayant fait l'objet de débats pour déterminer si elles avaient été ou non comprises dans la reprise de dettes par le fonds de financement de la réforme des cotisations patronales (Forec) début 2000 ;

- **la dette « Plan textile »**, qui représente encore un peu plus de 300 millions d'euros ; elle correspond à une aide aux industries du textile et de l'habillement déclarée contraire aux traités par la Cour de Justice des Communautés européennes et dont l'Etat doit poursuivre le recouvrement auprès des entreprises bénéficiaires, lesquelles reversent au réseau de recouvrement les très faibles montants remboursés ;

- la dette liée au **contentieux sur les exonérations d'allocations familiales des caisses de congés payés du bâtiment travaux publics** ; elle se monte à près de 150 millions d'euros.

Cette situation avait conduit l'Acoss à adresser, le 10 novembre 2005, à ses quatre ministres de tutelle (santé-solidarités, sécurité sociale, économie-finances, budget) un courrier dans lequel elle manifestait son souhait de provisionner ces trois créances sur l'Etat que son comptable estimait pouvoir être qualifiées de « douteuses ».

Par lettre en date du 28 décembre 2005, les quatre ministres concernés avaient répondu qu'il ne paraissait « *pas opportun de procéder à la constatation d'une provision sur les comptes 2005* », ajoutant que ces dettes seraient reconnues lors de l'établissement du bilan d'entrée de l'Etat en 2006.

A cette occasion, l'Etat a bien reconnu ses dettes, ce qui doit être relevé, mais sans pour autant les régler ni même manifester l'intention de le faire. La Cour des comptes relève cette anomalie dans son rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour 2006¹, soulignant le fait que « *l'Acoss et par voie de conséquence les caisses prestataires se trouvent ainsi dans une situation particulière. L'Etat reconnaît sa dette mais ne s'en acquitte pas. Les voies de justice ne peuvent être empruntées par l'Acoss puisqu'il faudrait à cet effet un accord de ses tutelles. Ces actifs sont donc pour l'instant nominaux* ».

Rappelant que l'existence de ces créances anciennes pèse sur le fonds de roulement des branches, en particulier pour la maladie et la retraite, la Cour, et avec elle la commission des affaires sociales, estiment que **cette situation ne saurait se prolonger sans affecter la sincérité des états financiers du régime général**, ajoutant que, **dès lors que l'Etat vient de reconnaître ses dettes dans ses comptes 2006, il doit s'en acquitter dans les meilleurs délais**.

¹ Page 27 dudit rapport.

- S'agissant des compensations de prestations et d'exonérations ciblées, le diagnostic de la dette est le même depuis de nombreuses années et se trouve dans la **sous-budgétisation récurrente** des chapitres concernés de la loi de finances. Cette sous-budgétisation, qui revient à **faire de la sécurité sociale la variable d'ajustement du budget de l'Etat**, se décline en plusieurs variantes : dotations manifestement insuffisantes en loi de finances de l'année, absence de prise en compte de cette insuffisance en loi de finances rectificative, refus de versement de tout ou partie d'une dotation pourtant inscrite, voire absence pure et simple d'inscription de crédits en violation des dispositions de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale qui font obligation de compenser le coût des prestations et exonérations.

Dans le domaine des **prestations** versées pour le compte de l'Etat ou prises en charge par lui, deux chapitres apparaissent particulièrement touchés : **l'aide médicale de l'Etat (AME)**, avec une dette de plus de 920 millions d'euros¹, en augmentation de 239 millions en un an, et **l'allocation de parent isolé (API** - environ 425 millions d'euros de dettes, en progression de 160 millions). En revanche, **l'allocation aux adultes handicapés (AAH)** bénéficie d'un début d'apurement (environ 92 millions d'euros, en amélioration de 84 millions).

Par ailleurs, **le nouveau dispositif de prime de retour à l'emploi** instauré par la loi du 23 mars 2006 relative au retour à l'emploi et sur les droits et les devoirs des bénéficiaires de minima sociaux, d'un coût de 71 millions d'euros pour la sécurité sociale en 2006, n'a donné lieu à **aucun versement par le ministère de l'emploi**.

Dans le domaine des **exonérations ciblées**, la dette brute (du 31 décembre 2005 au 31 décembre 2006, avant prise en compte des versements du début de l'année suivante) croît de 822 millions d'euros et la dette nette (après prise en compte de la journée complémentaire de janvier) de 987 millions d'euros.

Cette hausse est principalement due au dynamisme des dispositifs en faveur de **l'apprentissage** (+ 225 millions d'euros), des exonérations en faveur des **départements d'outre-mer** (+ 245 millions d'euros), des **contrats de qualification** (+ 109 millions d'euros) et de **professionnalisation** (+ 67 millions d'euros). Ces mesures ont en effet rencontré un succès plus important qu'initialement anticipé, leur coût final excédant nettement les estimations inscrites en loi de finances pour 2006.

En outre, **l'Etat n'a pas respecté l'échéancier qu'il avait lui-même fixé pour le paiement des sommes dues**. Un total de 238 millions d'euros (151 millions pour le dispositif « Apprentis » et 87 millions pour le dispositif

¹ Le cas de l'AME est particulièrement mis en exergue par la Cour des comptes dans son rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour 2006. Elle souligne le fait qu'en moyenne annuelle depuis 2000, les dotations budgétaires de l'Etat n'ont permis de couvrir que 70 % des dépenses d'aide médicale et qu'en outre ce taux s'est dégradé : de 69 % en 2005, il est passé à 48 % en 2006.

« Professionnalisation ») n'a pas été versé à la date prévue, en octobre 2006. Seuls 12 millions d'euros pour les contrats de professionnalisation et 86 millions d'euros pour les apprentis ont été versés en janvier 2007, en période complémentaire. Il manque donc toujours, depuis octobre, 65 millions d'euros pour les apprentis et 75 millions d'euros pour les contrats de professionnalisation.

Par ailleurs, **certaines exonérations continuent de ne pas être compensées**, faute d'inscription budgétaire ou de versement effectif par les ministères concernés. A ce sujet, on peut signaler des dispositifs déjà mentionnés par la Cour des comptes dans son rapport sur l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005¹ : **les exonérations pour les jeunes créateurs ou repreneurs d'entreprises ainsi que les contrats « vendanges »**. Il s'y ajoute des mesures nouvelles intervenues en 2006, notamment celles en faveur des **associations et organismes d'intérêt général dans les zones de revitalisation rurale (ZRR) et relatives aux aides à la personne**, représentant un total de 140 millions d'euros, qui n'ont pas encore donné lieu à des versements de la part des ministères concernés.

- Les allègements généraux font dorénavant l'objet, on l'a vu, d'une compensation par affectation d'un « panier » de recettes. Il reste toutefois quelques dettes à apurer : d'une part les dettes anciennes décrites plus haut (Forec, Plan textile et allocations familiales caisses de congés payés du BTP) ; d'autre part, le reliquat des « allègements Fillon » compensés jusqu'en 2005 sur crédits budgétaires.

Sur ce dernier point, **un début d'amélioration peut être constaté avec une diminution de 179 millions d'euros de la situation « brute », qui s'établit ainsi, au 31 décembre 2006, à un peu plus de 342 millions d'euros sur le chapitre des allègements de cotisations sociales patronales sur les bas salaires.**

- Le surcroît **d'intérêts** versés par les caisses du régime général du fait des dettes non honorées par l'Etat à leur encontre s'est élevé, en 2006, à **168 millions d'euros**, soit **un montant sensiblement identique à celui dégagé pour leur couverture**, en application de l'article 41 de la loi de finances pour 2007. Celui-ci dispose, en effet, qu'une fraction égale à 1,69 % des droits de consommation sur les tabacs est affectée, à compter du 1^{er} janvier 2007, à la caisse nationale d'assurance maladie, à la caisse nationale d'assurance vieillesse et à la caisse nationale des allocations familiales au prorata du montant des intérêts induits, pour chacune d'entre elles, par les sommes restant dues par l'Etat aux régimes obligatoires de base, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale.

¹ *Septembre 2006 – Page 72 dudit rapport.*

• Devant la commission des comptes, le 4 juillet dernier¹, Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, a fait **un geste de bonne volonté** particulièrement bienvenu au regard de la dégradation continue de la situation constatée au fil des ans. Il a déclaré, en effet, avoir l'intention de proposer **que la prochaine session budgétaire soit l'occasion d'engager l'apurement² de la dette de l'Etat à l'égard de la sécurité sociale**. Parlant d'**un partenariat « apaisé »** entre l'Etat et la sécurité sociale, il a ajouté vouloir :

- *« fixer dans le budget de l'Etat le montant des compensations d'exonération et des prestations servies pour le compte de l'Etat sur la base d'une analyse partagée avec les régimes de sécurité sociale » ;*

- *veiller, « en matière de compensation d'exonérations de cotisations, à ce que les gestionnaires de programmes au sein des ministères ne puissent pas utiliser les crédits destinés à la sécurité sociale à d'autres fins. »*

La commission des affaires sociales prend acte de ces déclarations et s'en réjouit.

2. L'attribution de recettes fiscales pour la compensation des allègements généraux : le « panier empoisonné »

L'article 56 de la loi de finances pour 2006 (article L. 131-8 du code de la sécurité sociale) a substitué, à compter de 2006, un « panier » de recettes fiscales au système de versement de dotations budgétaires pour la compensation des allègements généraux.

Le contenu du « panier fiscal » pour la compensation des allègements généraux

En lieu et place de dotations budgétaires, les régimes de sécurité sociale concernés par les allègements généraux de cotisations reçoivent, depuis le 1^{er} janvier 2006, un ensemble de **neuf recettes fiscales** :

- la taxe sur les salaires (article 231 du code général des impôts - CGI), à hauteur de 95 %, nette des frais d'assiette ;
- le droit assis sur les bières et les boissons non alcoolisées (article 520 du CGI) ;
- le droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels (article 438 du CGI) ;
- le droit de consommation sur les produits intermédiaires (article 402 bis du CGI) ;
- les droits de consommations sur les alcools (article 403-I du CGI) ;
- la taxe sur les contributions patronales au financement de la prévoyance complémentaire (article L. 137-1 du code de la sécurité sociale - CSS) ;

¹ Puis, à nouveau, le 10 juillet, devant la commission des finances de l'Assemblée nationale.

² Devant la commission des finances de l'Assemblée nationale, Eric Woerth a expressément évoqué la somme de 5,1 milliards d'euros correspondant à la dette de l'Etat à l'égard du régime général au 31 décembre 2006, après versements de janvier 2007.

- la taxe sur les primes d'assurance automobile (article L. 137-6 du CSS) ;
- la TVA brute collectée par les commerçants de gros en produits pharmaceutiques ;
- la TVA brute collectée par les fournisseurs de tabacs.

La compensation des allègements généraux par le « panier fiscal » devait être effectuée à l'euro l'euro en 2006, première année de mise en œuvre de ce nouveau mécanisme, grâce à une régularisation par la plus prochaine loi de finances suivant la connaissance du montant définitif de la perte éventuelle provenant de l'écart négatif constaté entre le coût des allègements et les recettes fiscales effectivement encaissées.

A l'initiative de la commission des affaires sociales du Sénat, l'article 17 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 avait complété ce dispositif en **pérennisant le principe d'une compensation à l'euro l'euro en cas de perte constatée par les régimes de sécurité sociale**.

En sens inverse, les excédents éventuels des exercices 2006 et 2007 devaient être reversés à la Cnam (article 41 de la loi de finances pour 2007 et article 17 de la loi de financement pour 2007).

Cependant, **le Gouvernement a décidé de remettre en cause cet équilibre** en cours même de discussion budgétaire. Tout en conservant à la Cnam les éventuels excédents de 2006 et 2007¹, il a fait supprimer, en loi de finances rectificative pour 2006 (article 166), les alinéas de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale qui garantissaient, à partir de 2007 et pour les années suivantes, une stricte compensation du coût des allègements généraux, même en cas d'insuffisance du panier de recettes.

Le seul, très mince, « filet de sécurité » pour la sécurité sociale ne réside plus, dès lors, en cas de perte, que dans le dispositif de réexamen *a posteriori* de la situation, inscrit dès l'origine dans l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale par l'article 56 de la loi de finances pour 2006. Il est, en effet, prévu que le Gouvernement remette au Parlement en 2008 et 2009 un rapport retraçant, au titre de l'année précédente, d'une part, les recettes des impôts et taxes affectés aux caisses de sécurité sociale, d'autre part, le montant constaté de la perte de recettes liée aux mesures d'allègements généraux de cotisations sociales. **En cas d'écart supérieur à 2 %** entre ces deux montants, ce rapport sera transmis par le Gouvernement à une commission présidée par un magistrat de la Cour des comptes, désigné par le Premier président de la Cour, et comportant des membres de l'Assemblée nationale, du Sénat, des représentants des ministres en charge de la sécurité sociale et du budget, ainsi que des personnalités qualifiées, qui lui donnera **un avis sur d'éventuelles mesures d'ajustement**.

¹ Lesquels ne se sont finalement pas réalisés, comme on l'a vu plus haut.

Il se déduit de ce texte qu'en dessous de 2 % d'écart (dans un sens ou dans l'autre d'ailleurs), le Gouvernement ne s'estimera pas tenu d'intervenir

Rapportés à un total d'environ 20 milliards d'euros d'allègements généraux, **2 % représentent tout de même 400 millions d'euros**. Le système mis en place peut ainsi aboutir à faire passer par pertes et profits des sommes non négligeables, au détriment de l'Etat certes, mais aussi au détriment de la sécurité sociale.

Au-delà de ce seuil, rien n'oblige non plus d'ailleurs les pouvoirs publics à intervenir, mais on peut penser qu'ils seront « moralement » tenus de prendre en compte les propositions qui leur seront faites par la commission *ad hoc*. En tout état de cause, plus rien n'est prévu pour les écarts qui apparaîtraient à partir de l'exercice 2009.

• La technique du « panier fiscal » a, en apparence, bien fonctionné, en 2006, pour son démarrage. Les mesures d'exonération « Fillon » ont atteint l'an dernier 19,490 milliards d'euros et le rendement du « panier » a été de 19,485 milliards d'euros. Il reste donc **un écart minime, de l'ordre de 5 millions d'euros, au détriment du régime général**.

On rappelle cependant que le Gouvernement avait envisagé un excédent de 350 millions d'euros qui devait être reversé à la Cnam et que celle-ci ne percevra pas.

On l'a vu, l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale a prévu une compensation à l'euro l'euro en 2006 avec une régularisation par la plus prochaine loi de finances suivant la connaissance du montant définitif de la perte éventuelle. La Cour des comptes, dans son rapport précité de certification des comptes du régime général de sécurité sociale 2006¹, juge toutefois cette disposition « *dépourvue de valeur normative* ». Elle rappelle, en effet, la jurisprudence constante du Conseil constitutionnel, selon lequel « *les injonctions pour l'avenir que le législateur se donne à lui-même ne l'engagent pas et ne créent aucun droit* ».

Il va de soi cependant que le nouveau Gouvernement devra prévoir l'inscription d'une dotation de 5 millions d'euros dans la loi de finances pour 2008 afin d'apurer cette situation.

• Les premiers résultats relevés par l'Acoss, en début d'année, sur **l'exécution 2007** révélaient que le « panier fiscal » devait, **toutes choses égales par ailleurs**, remplir à nouveau correctement sa fonction en 2007. Les recettes semblaient progresser au rythme de ce qui était attendu, voire même très légèrement plus vite, avec un excédent de 100 millions d'euros, en l'état, dû au dynamisme de la taxe sur les salaires qui est lui-même le reflet des fortes primes distribuées en début d'année dans le secteur bancaire. La perspective d'un excédent de 230 millions d'euros, annoncée par le précédent gouvernement, semblait toutefois d'ores et déjà hors d'atteinte.

¹ Page 29 dudit rapport.

Cependant, l'Acoss a rapidement détecté l'apparition d'**un risque non anticipé de supplément d'exonérations « Fillon » important sur l'exercice en cours.**

Celui-ci procède de l'application de l'**article 14 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006**. Cet article, en effet, a précisé que **les calculs d'exonérations se font pour les entreprises d'intérim sur les heures rémunérées quelle qu'en soit la nature et non sur les heures effectives**, ce qui conduit à élargir l'assiette de l'exonération. Les entreprises concernées peuvent recalculer leurs exonérations selon les nouvelles règles, avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2006. Après un démarrage relativement lent, les bénéficiaires potentiels ont accéléré le mouvement en 2007 et l'on s'attend à un surcroît de demandes de recalcul à l'été. L'effet retenu par la prévision Acoss est de 300 à 500 millions pour 2006, ce qui laisse présager **un impact sur 2007 d'environ 800 millions d'euros supplémentaires** dont la compensation n'est pas prévue dans le panier de recettes fiscales.

Dans son dernier rapport, **la commission des comptes de la sécurité sociale a fixé à 850 millions d'euros le montant de l'écart négatif entre le coût des allègements généraux en 2007 et les rentrées fiscales du « panier » de compensation.**

Il existe cependant une seconde source potentielle d'alourdissement des exonérations « Fillon » provenant des **dispositions du projet de loi, en cours d'examen, en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat relatives à la suppression des cotisations sociales sur les heures supplémentaires**, dont l'impact financier n'a, quant à lui, pas été pris en compte par la dernière commission des comptes de la sécurité sociale.

L'Acoss et le ministère de l'économie, des finances et de l'emploi, évaluent à environ **4,5 ou 5 milliards d'euros en année pleine le surcoût du dispositif proposé pour la sécurité sociale**. Ce total se décompose en 2,7 à 3 milliards au titre des exonérations de cotisations salariales, 1 milliard pour les exonérations patronales et enfin **près d'1 milliard d'euros de surcroît du coût des allègements « Fillon »**.

En effet, le projet de loi prévoit une modification du mode de calcul de ces allègements permettant de prendre en compte le taux de majoration appliqué à la rémunération des heures supplémentaires, ce qui en améliore l'efficacité pour les employeurs qui en bénéficient mais en accroît aussi le coût pour la sécurité sociale.

Pour ce qui est du coût à proprement parler des deux exonérations de cotisations salariales et patronales, le projet de loi en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat, ne prévoit rien pour l'instant au sujet des modalités de leur compensation. Il n'est ainsi pas indiqué si celle-ci prendra la forme d'une subvention budgétaire ou si elle sera assurée au travers du mécanisme du panier de recettes fiscales.

Le Gouvernement a pris l'engagement d'assurer une compensation intégrale du dispositif, ce qui impliquerait plutôt de sa part le versement d'une dotation de compensation, puisque le « panier fiscal » est d'ores et déjà insuffisant.

Toutefois, le dispositif global devant entrer en vigueur dès le 1^{er} octobre prochain, l'ensemble de ces mesures (majoration d'« allègement Fillon », mais aussi exonération de cotisations salariales et exonération de cotisation patronale) auront, quelle que soit la solution retenue, **un impact en trésorerie sur les deux derniers mois de 2007¹**, avant d'exercer pleinement leurs effets à partir de 2008.

En tout état de cause, le surcoût de l'allègement « Fillon » ne sera pas compensé, en l'état actuel des règles de compensation, compte tenu de l'insuffisante couverture permise par le « panier fiscal ».

La commission des affaires sociales réitère son souhait d'**un ajustement annuel du « panier fiscal » permettant de prendre en compte le niveau éventuellement insuffisant des recettes du « panier » au regard du montant des allègements généraux à compenser**. Quoi qu'il en soit, il n'est pas envisageable d'attendre le courant de 2008, et l'établissement du rapport prévu par l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, pour prendre les mesures d'adaptation qui s'imposent. Celles-ci devront intervenir au plus tard lors de la prochaine session budgétaire.

D. ROUVRIRE LA CADES ? : L'INÉVITABLE DÉBAT

1. Un déficit de trésorerie de l'Acoss au-delà du plafond de 28 milliards d'euros fin 2007 ?

- Les données **relatives à la trésorerie de l'Acoss** permettent de tracer une vision d'ensemble consolidée de la situation comptable du régime général et du FSV. Leur examen révèle **une dégradation conséquente et extrêmement inquiétante depuis 2005**, d'autant plus rapide en 2007 qu'aucune reprise de dette ne sera effectuée par la Cades cette année.

L'Acoss avait démarré l'exercice 2005 avec une trésorerie en excédent de 3,4 milliards d'euros, grâce à l'importante reprise de dettes de 35 milliards d'euros effectuée par la Cades, en application des dispositions de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Au 31 décembre de la même année, le déficit atteignait cependant déjà 13,5 milliards d'euros, la variation de 16,9 milliards s'expliquant très largement par le niveau des déficits combinés du régime général et des retards de paiement du FSV (13,6 milliards d'euros en tout).

¹ *Évalué à environ 800 millions d'euros.*

Après reprise de dette de la Cnam par la Cades, pour un montant de 6,61 milliards d'euros, l'Acoss avait pu débiter l'exercice 2006 avec un déficit ramené à 6,85 milliards environ. **La variation de trésorerie en cours d'année a été négative à hauteur de 11,4 milliards d'euros**, correspondant :

- au déficit comptable de 8,7 milliards enregistré par les quatre branches du régime général ;

- au retard de paiement imputable au fonds de solidarité vieillesse pour un montant de 1,3 milliard ;

- pour le reste, à divers facteurs, dont essentiellement l'insuffisance et le décalage dans le temps des remboursements dus par l'Etat aux organismes de sécurité sociale au titre des prestations versées en son nom et des exonérations de cotisations.

Le déficit de trésorerie de l'Acoss aurait donc dû atteindre 18,2 milliards d'euros au 31 décembre 2006. Toutefois, la dernière opération de reprise de dettes de la Cnam par la Cades, effectuée en septembre et octobre à hauteur de 5,7 milliards d'euros, a permis à l'agence de commencer l'exercice avec un déficit ramené à 12,5 milliards.

Evolution du solde de l'Acoss

(en millions d'euros)

	2004	2005	2006
Variation de trésorerie en cours d'exercice	ns	- 16 893	-11 385
Solde en fin de période, avant reprise de dette de l'année	- 31 570	- 13 463	- 18 238
Reprise de dette par la Cades	35 000	6 610	5 700
Solde après reprise de dette	3 430	- 6 853	- 12 538

Source : Acoss

• Avec une évaluation de déficit comptable des quatre branches relevée à 12 milliards d'euros, à laquelle s'ajoute un nouveau retard de paiement du FSV de l'ordre de 300 millions d'euros cette année, le déficit de trésorerie de l'Acoss devrait mécaniquement atteindre, au minimum, compte non tenu des retards de paiement de l'Etat, près de **25 milliards d'euros en fin d'exercice, soit un montant très proche du plafond de découvert voté en loi de financement l'automne dernier (28 milliards)**.

En pratique, l'Acoss indique qu'elle aura déjà atteint un seuil de 24,6 milliards d'euros de découvert au 30 septembre prochain. Interrogés par la Mecss¹, ses responsables estiment **très sérieux le risque de dépassement du plafond de 28 milliards d'euros**, du fait en particulier du dynamisme des exonérations de cotisations sociales. De ce point de vue, ils font observer que la mesure relative à l'exonération de cotisations sociales sur les heures supplémentaires, proposée par le projet de loi en faveur du travail, de l'emploi

¹ Cf. Travaux de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss), en annexe au présent rapport : audition de M. Alain Gubian, directeur financier de l'Acoss.

et du pouvoir d'achat, dont le coût atteint 4,5 à 5 milliards d'euros en année pleine et qui devrait entrer en vigueur au 1^{er} octobre prochain, aura mécaniquement un impact de deux mois en trésorerie fin 2007, quel que soit le mode de compensation retenu (à hauteur, on l'a vu, d'environ 800 millions).

Certes, Dominique Libault, directeur de la sécurité sociale, auditionné par la Mecss¹, a suggéré que le remboursement d'au moins une partie de la dette de l'Etat à l'égard de la sécurité sociale pourrait permettre à l'Acoss de rester sous le plafond de 28 milliards d'euros voté en loi de financement pour 2007. Il ne s'agirait cependant que d'une réponse ponctuelle qui, pour bienvenue qu'elle soit, ne changerait rien au constat d'une dette de trésorerie en pleine expansion, qui atteint des proportions la rendant non soutenable à court terme.

- Conjugée à la hausse des taux d'intérêt à court terme (plus d'un point en un an), la forte dégradation du solde de trésorerie de l'Acoss devrait se traduire, en 2007, par **un alourdissement sans précédent des charges financières du régime général**. Celles-ci se sont élevées à 285 millions d'euros en 2006 (dont 257 millions pour la seule Cnav, en partie imputable aux retards de paiement du FSV). Aux taux actuels, **elles pourraient atteindre 700 millions d'euros** (dont près de 500 millions pour la Cnav) sur l'ensemble de l'année.

L'Acoss pratique une gestion de la dette en trésorerie qui lui permet cependant d'atténuer les conséquences de l'accroissement des déficits.

On sait que l'essentiel des charges financières supportées par le régime général correspond aux intérêts sur les emprunts contractés auprès du partenaire financier de l'Acoss, la Caisse des dépôts et consignations. Dans le cadre de la convention conclue entre l'Acoss et la CDC pour la période 2006/2009, le taux d'intérêt, calculé à partir de l'Eonia², varie selon l'instrument financier choisi et le volume des emprunts.

Une petite partie des charges financières supportées par le régime général correspond cependant dorénavant aux intérêts versés dans le cadre d'**émissions de billets de trésorerie** effectuées directement par l'Acoss. La première émission de ce type a été lancée à la toute fin du mois de décembre 2006, en vertu de l'autorisation donnée à l'Acoss par l'article 38 de la loi de financement pour 2007 d'émettre ce type de créances négociables.

¹ Cf. Travaux de la Mecss, en annexe au présent rapport. Ces propos ont été confirmés par le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, Eric Woerth, devant la commission des finances de l'Assemblée nationale, où il a expressément lié le maintien du déficit de l'Acoss sous le plafond de 28 milliards autorisé par la loi de financement au remboursement par l'Etat de sa dette à l'égard du régime général, pour le montant qui était le sien au 31 décembre 2006 après versements de janvier 2007 (soit 5,1 milliards d'euros).

² L'Eonia (Euro overnight index average) est le taux de référence du marché monétaire de la zone euro.

En 2007, la partie du solde financée en billets de trésorerie atteint en moyenne 3 milliards d'euros, qui pourraient être portés au plafond autorisé de 5 milliards en fin d'exercice. Ces produits très souples permettent des économies chiffrées à 400 000 euros par point de base et par milliard emprunté sur l'année, soit, pour 3 milliards en moyenne, une économie de 1,2 million d'euros.

• **Quoi qu'il en soit, force est de constater que le déficit de trésorerie de l'Acoss se rapproche dangereusement du niveau atteint en 2004 (31,6 milliards d'euros), lequel avait à l'époque justifié la réouverture de la Cades.**

La question de cette réouverture ne peut pas ne pas être posée, dès lors qu'il n'est pas raisonnable d'envisager que l'énorme déficit accumulé pourrait être résorbé par un très hypothétique, pour ne pas dire tout à fait irréaliste, rapide retour à une situation de forts excédents.

2. Les conditions : plus de contribution au remboursement de la dette sociale et maintien de l'horizon 2022 pour le remboursement de la dette

• Schématiquement, la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), créée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996, a **repris directement ou indirectement l'ensemble des dettes accumulées par les quatre branches du régime général jusqu'en 1998 inclus**. Cette opération a été réalisée en deux fois, en 1996 et en 1998¹.

Puis en application de la loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004, **la Cades a repris les dettes de la seule branche maladie, accumulées jusqu'en 2006 inclus**. Cette opération a été réalisée en trois fois :

- **fin 2004**, 35 milliards d'euros ont été versés pour la couverture du déficit cumulé arrêté au 31 décembre 2003 et du déficit prévisionnel de 2004 ;

- **fin 2005**, une somme de 6,61 milliards d'euros a été acquittée pour la couverture du déficit prévisionnel de l'exercice en cours, estimé à 8,3 milliards d'euros ; la somme acquittée, inférieure donc à la prévision de déficit pour 2005, tenait compte d'un trop versé en 2004, le déficit finalement constaté sur cet exercice s'étant révélé inférieur de 1,69 milliard d'euros au déficit prévisionnel ;

- enfin, **en septembre et octobre 2006**, la Cades a versé à l'Acoss une somme de 5,7 milliards d'euros, pour la couverture du déficit prévisionnel de l'exercice en cours, évalué à 6 milliards d'euros dans les documents de la commission des comptes de la sécurité sociale ; la différence de 300 millions d'euros entre cette prévision et la somme effectivement acquittée correspond

¹ La Cades a couvert directement les déficits des exercices 1994 à 1998. Elle a parallèlement versé à l'Etat une somme au titre de la dette contractée par l'Acoss jusqu'en 1993 et reprise par l'Etat dans la loi de finances pour 1994.

au trop versé de 2005 par rapport au déficit effectivement constaté au terme de cet exercice (8 milliards d'euros de déficit réel au lieu des 8,3 milliards annoncés).

Un plafond de 15 milliards d'euros avait été prévu par la loi relative à l'assurance maladie de 2004 précitée pour la couverture des déficits de l'assurance maladie de 2005 et 2006. En réalité, seuls 12,31 milliards d'euros auront été utilisés, soit 2,9 milliards d'euros de moins que la limite autorisée par le Parlement.

Par ailleurs, la Cades assure l'amortissement de deux autres séries de dettes :

- dès l'origine, l'ordonnance fondatrice de 1996 lui a confié **la couverture des déficits constatés sur les exercices 1995 et 1996 dans les comptes de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs non salariés des professions non agricoles (Canam) ;**

- ensuite, les lois de financement de la sécurité sociale pour 2003 et pour 2004 ont prévu **la reprise par la Cades de la dette du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (Forec) à l'égard des organismes de sécurité sociale.**

Le montant total des déficits transformés en dette gérée par la Cades s'élève ainsi, depuis 1996, à 107,7 milliards d'euros.

Il reste encore à la Cades à reprendre le reliquat éventuel du déficit 2006 de l'assurance maladie, dès que les chiffres définitifs de la Cnam seront connus et auront été publiés par voie de décret. A ce stade toutefois, les prévisions de déficit de l'assurance maladie pour l'exercice écoulé sont d'un peu plus de 5,9 milliards d'euros, soit **65,8 millions d'euros de moins que le montant pris en charge par la caisse** à la fin de l'année dernière. La Cades détient ainsi une créance de près de 66 millions d'euros sur l'Acoss que celle-ci doit donc reverser à la caisse en 2007.

Reprises de dettes par la Cades depuis l'origine

(en milliards d'euros)

Année	Nature de la dette reprise	Montant
1996	Déficits cumulés des exercices 1994 et 1995 et déficit prévisionnel 1996 du régime général	20,886
	Déficits 1995 et 1996 de la Canam	0,457
	Emprunt Acooss, repris par l'Etat en 1994	23,380
1998	Déficits cumulés du régime général depuis 1996 (après déduction de la fraction déjà prise en charge en 1996) et déficit prévisionnel de 1998	13,263
2003	Dette du Forec (première moitié régime général et autres régimes)	1,283
2004	Dette du Forec (deuxième moitié régime général)	1,097
	Déficits cumulés de la branche maladie du régime général au 31 décembre 2003 et déficit prévisionnel 2004	35,000
2005	Déficit prévisionnel de la branche maladie en 2005 (compte tenu d'une « avance » de 1,69 milliard d'euros prélevée sur la somme de 35 milliards d'euros mentionnée à la ligne précédente)	6,610
2006	Déficit prévisionnel de la branche maladie en 2006 (compte tenu de la régularisation de - 300 millions d'euros intervenue sur le montant du déficit effectivement constaté en 2005)	5,700
2007	Reversement du trop perçu (compte tenu d'un déficit moins élevé que prévu de la Cnam)	- 0,066
TOTAL		107,610

• L'estimation de la dette amortie par la Cades était, au 31 décembre 2006, de 32,1 milliards d'euros. La situation de la caisse était, à la même date, négative à hauteur de 75,6 milliards d'euros.

Selon les prévisions élaborées par la Caisse, **le total amorti atteindrait 34,6 milliards d'euros à fin 2007 et la dette restant à rembourser s'élèverait encore, toutes choses égales par ailleurs, à 73,1 milliards d'euros.**

Selon les indications fournies par la Cades à la Mecss¹, **l'horizon de remboursement médian espéré était, au 31 mai 2007, de quinze ans (2022)**, c'est-à-dire qu'il existait une chance sur deux que la totalité des emprunts contractés par la caisse aient été remboursés à cette date. Il existait 5 % de

¹ Cf. Travaux de la Mecss en annexe au présent rapport : audition de M. Patrice Ract-Madoux, président du conseil d'administration de la Cades.

risques de ne pas avoir remboursé avant dix-neuf ans (2026) et 5 % de chances que la durée d'amortissement soit inférieure à treize ans (2020).

Par rapport aux précédentes simulations, on constate une amélioration, puisque l'horizon médian de remboursement final, en 2006, était 2023¹.

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	- 21 064
1997	25 154	2 907	5 092	- 20 063
1998	40 323	2 444	7 536	- 32 787
1999	42 228	2 981	10 516	- 31 712
2000	44 134	3 225	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 (p)	107 676	2 525	34 603	- 73 073

Source : Cades

L'article 20 de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, modifiant l'ordonnance fondatrice de 1996, dispose, on s'en souvient, que « *tout nouveau transfert de dette à la caisse d'amortissement de la dette sociale est accompagné d'une augmentation des recettes de la caisse permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale* ».

La valeur organique de ces dispositions a été confirmée par le Conseil constitutionnel dans sa décision du 29 juillet 2005, qui a ainsi clairement souligné le souci du législateur de ne pas reporter les charges de la solidarité sociale sur les générations futures.

¹ « La dette sociale : mieux la connaître pour mieux l'affronter » - Rapport précité - page 20.

Pour la première fois, cette année, la Cades a défini des **hypothèses de reprise de la dette de trésorerie accumulée par l'Acoss** :

- si les dispositions de l'article 20 de la loi organique du 2 août 2005 sont maintenues, une reprise de dette de 15 milliards d'euros exigerait un relèvement de la CRDS de 0,5 % à 0,6 % ; **pour une reprise de 30 milliards d'euros, le taux de CRDS devrait être porté à 0,7 %** ;

- si les dispositions de la loi organique étaient écartées (solution que la commission des affaires sociales ne souhaite évidemment pas voir mise en œuvre et mentionne pour mémoire), une reprise de 15 milliards d'euros ferait passer l'horizon médian de remboursement final de quinze à dix-huit ans (2025) ; **pour 30 milliards d'euros, il passerait à vingt et un ans (2028 au lieu de 2022)**. Cet allongement serait accompagné d'un élargissement des fourchettes finales.

E. LE FONDS DE FINANCEMENT DES PRESTATIONS SOCIALES DES NON-SALARIÉS AGRICOLES EN COMA DÉPASSÉ

• Le fonds de financement des prestations sociales agricoles (Ffipsa), qui a pris la suite, au 1^{er} janvier 2005, de l'ancien budget annexe des prestations sociales agricoles (Bapsa) cumule deux séries de déficits¹ :

- **un déficit originel** provenant des soldes négatifs accumulés par le Bapsa et que l'Etat n'avait pas couvert par une subvention d'équilibre, en dépit de l'obligation qui lui en était faite puisque les budgets annexes devaient présenter en principe des comptes en équilibre ; ce déficit, qui atteignait un peu moins de 3,2 milliards d'euros à la date de mise en place du Ffipsa, s'élève encore aujourd'hui à un peu plus de 600 millions, après la reprise partielle de dette effectuée par l'Etat en loi de finances rectificative pour 2005 à hauteur de 2,5 milliards ;

- **un déficit structurel** lié, d'une part, à un rapport cotisants-retraités défavorable, qui a justifié la mise en place de la compensation démographique vieillesse dans les années soixante-dix, d'autre part, à la nature des ressources affectées au Ffipsa ; en effet, alors que le Bapsa bénéficiait d'affectations de TVA et de C3S (contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés), il a été substitué à la TVA une part importante des droits de consommation sur les tabacs.

Dès lors que les pouvoirs publics mènent parallèlement une campagne, d'ailleurs parfaitement justifiée, de lutte contre la consommation de tabac, force est d'envisager que la dynamique des nouvelles ressources du Ffipsa risque d'être beaucoup moins marquée que celle dont bénéficiaient les ressources du Bapsa.

¹ Sur ce point, cf. le rapport d'information précité de la Mecss sur la dette sociale - pages 27-31.

• Dans ce contexte, **l'Etat refuse avec constance, depuis 2005, de verser la subvention d'équilibre qui permettrait d'assurer la viabilité financière du fonds.** Il s'appuie, pour justifier sa décision, sur les dispositions du nouvel article L. 731-4 du code rural, dont le 9° place parmi les recettes techniques du Ffipsa : « *une dotation budgétaire de l'Etat destinée, le cas échéant, à équilibrer le fonds* ». Le ministère des finances prend, en effet, prétexte de cette formule pour récuser une participation du budget de l'Etat à la couverture du « trou » du Ffipsa.

Cette analyse n'est partagée ni par la commission des affaires sociales, ni par la Cour des comptes qui a rappelé, dans tous ses derniers rapports sur l'exécution des lois de financement de la sécurité sociale, la responsabilité de l'Etat dans le maintien de l'équilibre des comptes du Ffipsa¹, ni, enfin, par Jean-François Chadelat, chargé, début 2006 par les ministres de tutelle, d'un groupe de travail sur le Ffipsa, qui estime, dans le rapport qu'il a rédigé en son nom personnel, « *qu'il appartient à l'Etat d'intervenir, car il est difficile de contester que, en l'occurrence : « le cas échoit »*². »

Le déficit du Ffipsa a atteint, dans ces conditions, 1,4 milliard d'euros en 2005 et s'est élevé à 1,3 milliard d'euros en 2006. La stabilisation n'est qu'apparente, en 2006, liée à un nouveau mode de comptabilisation des droits perçus sur les tabacs qui a eu pour conséquence, l'année dernière, d'accroître ponctuellement la période d'encaissement³. **Le solde cumulé négatif du fonds a ainsi été de 3,3 milliards d'euros fin 2006 et sera de 13 à 14 milliards d'euros en 2010**, avec des flux annuels négatifs s'approchant des 3 milliards d'euros, d'après les dernières données fournies par le Ffipsa à la Cour des comptes, figurant dans la communication que celle-ci a adressée à votre commission des affaires sociales au printemps sur la protection sociale agricole⁴. **La dégradation des comptes s'accélère donc à un rythme plus rapide encore que ce que prévoient les évaluations de la projection quadriennale** annexée à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, laquelle en restait à des flux de soldes négatifs annuels de 2,1 milliards à 2,2 milliards d'euros au cours des prochains exercices.

¹ Cf. notamment pages 62-63 du rapport de la Cour des comptes sur l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale (septembre 2006). Cette position de principe est également rappelée dans la communication de la Cour annexée au rapport d'information n° 304 (2006-2007) fait par Jean-Marc Juilhard au nom de la commission des affaires sociales sur l'avenir de la protection sociale agricole. **La Cour réaffirme que, du fait du contrôle exercé par l'Etat sur le Ffipsa, l'Etat a la responsabilité d'assurer l'équilibre du fonds par les moyens de son choix.**

² Cf. Rapport du groupe de travail relatif au déficit du fonds de financement des prestations sociales agricoles (Ffipsa), présenté par Jean-François Chadelat, inspecteur général des affaires sociales - Juin 2006 - page 15.

³ En pratique, les recettes perçues en janvier et février 2007 ont été rattachées à 2006.

⁴ Communication de la Cour des comptes annexée au rapport d'information n° 304 (2006-2007) fait par Jean-Marc Juilhard au nom de la commission des affaires sociales sur l'avenir de la protection sociale agricole. L'étude de la Cour avait été effectuée à la demande de la commission en application des dispositions de l'article L. 132-3-1 du code des juridictions financières.

Prévisions d'évolution du solde du Ffipsa pour la période 2005-2010

(en milliards d'euros)

	Bapsa*	2005	2006	2007(p)	2008(p)	2009(p)	2010(p)
Solde annuel	- 0,6	- 1,4	- 1,3	- 2,1	- 2,4	- 2,7	- 2,9
Solde cumulé	- 0,6	- 2,0	- 3,3	- 5,4	- 7,8	- 10,5	- 13,4

* Après apurement de 2,5 milliards d'euros par l'Etat en loi de finances rectificative pour 2005

Source : Direction de la sécurité sociale pour 2005-2006. Prévisions Ffipsa – Cour des comptes pour les exercices suivants

• Cette situation, avec un déficit représentant près de 80 % des dépenses en 2010, est clairement intenable.

Le comité de surveillance du Ffipsa, prenant acte du refus de la puissance tutélaire d'assumer ses responsabilités, a proposé, en juin 2005, un **schéma de rééquilibrage suggérant une hausse des transferts de compensation démographique vieillesse au détriment du régime général et des autres régimes contributeurs**, avec toutefois pour contrepartie la rétrocession, au profit de la Cnav, d'une part importante des droits de consommation sur le tabac.

La Cnav s'est bien évidemment opposée à ce qui s'apparentait à un véritable marché de dupes¹. Par la suite, **la commission Chadelat**, créée début 2006 pour tenter de dégager un consensus sur le financement du Ffipsa, a dû se séparer sur un constat d'échec, le président de la mission remettant au Gouvernement un rapport dont les conclusions n'engageaient que son auteur.

Jean-François Chadelat évoque, à titre personnel, la piste de la création d'une **nouvelle taxe sur les produits sucrés** pour couvrir au moins une partie du flux annuel des déficits affectant le Ffipsa, dès lors que l'Etat estime ne plus pouvoir assurer seul la couverture du déséquilibre qui affecte le fonds.

Auditionné² par la Mecss sur le sujet plus large de l'avenir du périmètre de la sécurité sociale, Philippe Josse, directeur du Budget a reconnu que **la solidarité nationale finance, d'ores et déjà, 88 % des dépenses du Ffipsa**. Il a évoqué **trois approches possibles** pour trouver une solution à la situation structurellement déficitaire de ce fonds :

- considérer que le Ffipsa est un régime de protection sociale autonome qui, sous réserve des mécanismes de compensation, doit s'autofinancer, ce qui signifie **un retour à l'équilibre par une augmentation des cotisations et une maîtrise des prestations** ;

¹ Cf. rapport de la Mecss : « La compensation vieillesse est-elle encore réformable ? », fait par Claude Domeizel et Dominique Leclerc - n° 131 (2006-2007). Cette position de refus est aussi celle de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale qui estime que la compensation démographique ne doit pas être détournée de son objet à des fins de débudgétisation.

² Audition du mercredi 14 mars 2007 (parue au bulletin des commissions).

- estimer que, s'agissant d'un régime de protection sociale comme un autre, **il revient à l'ensemble des régimes de protection sociale de prendre en charge le déficit du Ffipsa** grâce à une décision du législateur financier social en ce sens ;

- rappeler que le Ffipsa était auparavant un budget annexe équilibré grâce à **une subvention budgétaire** et que celle-ci, actuellement prévue « *le cas échéant* », **s'impose à l'Etat en raison du caractère particulier du secteur agricole.**

Les trois solutions ayant leur justification, le directeur du budget a estimé que **chacune des trois parties identifiées (ressortissants de la MSA, autres régimes de sécurité sociale, Etat) devrait faire un effort**, la difficulté étant évidemment de paramétrer celui-ci pour chacune.

F. LA POURSUITE DE LA MONTÉE DE LA DETTE SOCIALE

La mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale avait établi, voici un peu plus d'un an, son premier rapport sur la dette sociale¹.

Le tableau ci-dessous propose une mise à jour de ce rapport, grâce aux données actualisées, tirées des pages précédentes.

Etat de la dette sociale

Dettes par nature	Situation au 31 déc. 2006	Situation au 31 déc. 2006 après versements de janvier 2007 à rattacher à 2006 et années antérieures	Prévision au 31 déc. 2007
1. Dette restant à amortir par la Cades	75,6	75,6	73,1
2. Soldes négatifs cumulés du régime général non repris par la Cades (depuis 2005)	6,5	6,5	18,5
3. FSV (soldes négatifs cumulés)	5,0	5,0	5,3
4. Ffipsa (soldes négatifs cumulés)	3,3	3,3	5,4
5. TOTAL 1+2+3+4	90,4	90,4	102,3
6. Créances des organismes de sécurité sociale sur l'Etat	6,7	5,9	nd
TOTAL 5+6	97,1	96,3	nd

La dette sociale qui atteignait, tous postes confondus, 91 milliards d'euros au 31 décembre 2005 a progressé en un an de 6,7 % pour s'établir à 97,1 milliards d'euros au 31 décembre 2006.

¹ Cf. « *La dette sociale : mieux la connaître pour mieux l'affronter* » - Rapport précité - page 5.

Hors créances des organismes de sécurité sociale sur l'Etat, dont on peut souhaiter qu'elles entament bientôt leur décrue après les déclarations du ministre des comptes publics devant la commission des comptes, la dette sociale passerait de 90,4 milliards d'euros à 102,3 milliards d'euros, en hausse de plus de 13 % entre le début et la fin de 2007, essentiellement du fait de la forte dégradation du solde du régime général.

II. LE TEMPS DES RÉFORMES

Comme l'a noté le président de la commission des comptes lors de sa dernière réunion, l'important déséquilibre que connaît aujourd'hui le régime général est d'autant plus préoccupant qu'il se manifeste dans une période d'amélioration de la conjoncture, où la croissance de l'emploi et de la masse salariale - supérieure depuis 2006 à sa tendance de long terme - crée un contexte *a priori* favorable aux recettes de la sécurité sociale.

Le déficit de la sécurité sociale est désormais intégralement structurel. Son ampleur donne la mesure de l'effort de redressement à accomplir : celui-ci ne peut plus passer par de simples plans d'économie ; **il appelle lui-même des réformes d'ordre structurel.**

La réouverture de la Cades, évoquée en première partie du présent rapport, n'a de sens que si ces réformes, permettant un retour pérenne à l'équilibre comptable des quatre branches, sont conçues et menées à leur terme.

De ce point de vue, les lois de 2003 sur les retraites et de 2004 sur l'assurance maladie constituent **des fondations** sur lesquelles de nouvelles constructions, plus ambitieuses, doivent être conçues.

La commission des affaires sociales se propose d'indiquer **quelques orientations possibles**, dans l'attente des rendez-vous à venir.

Elle offre également son approche, dans le débat en cours, sur l'instauration d'une **TVA sociale**, souhaitant souligner le fait qu'il n'existe pas aujourd'hui de recette « miracle » progressant aussi vite que les dépenses de protection sociale et que c'est donc d'abord sur celles-ci que la réflexion doit porter.

A. SAUVER LA RÉFORME DES RETRAITES

La réforme des retraites de 2003 mérite le qualificatif de réforme d'envergure puisqu'elle doit permettre, à l'horizon 2050, de réduire le besoin de financement de l'assurance vieillesse de l'équivalent de 1,6 point de Pib. Votre commission n'oublie d'ailleurs pas que la loi du 21 août 2003 a courageusement mis fin à une décennie d'immobilisme pendant laquelle tous les gouvernements successifs avaient, volontairement ou non, « calé » sur le sujet.

Pourtant, **l'acquis de cette réforme apparaît aujourd'hui directement menacé par la dégradation des comptes de l'assurance vieillesse** observé ces trois dernières années. Cette tendance négative, qui résulte d'une conjonction de facteurs défavorables, rend indispensable une actualisation du cadre général des mesures décidées en 2003 : pour le

rendez-vous de 2008 sur les retraites, il faudra envisager d'importants efforts de redressement, allant au-delà de simples ajustements.

Sauvegarder l'assurance vieillesse supposera alors de remplir quatre conditions principales : partir d'un diagnostic lucide de la situation ; confirmer l'orientation de la loi du 21 août 2003 tout en modifiant dans un sens restrictif ses équilibres généraux ; faire preuve de courage politique, en particulier sur le dossier des longues carrières et adopter des mesures suffisantes pour mettre un terme à la dérive des mécanismes de préretraite.

1. Le risque réel d'une perte de maîtrise des comptes de la branche vieillesse d'ici à la fin de la législature

Sur la base des derniers chiffres publiés par la commission des comptes, il apparaît qu'entre 2003 et 2007 la croissance des dépenses (25,7 %) de la Cnav aura été globalement supérieure à celle de ses recettes (17,6 %). En dépit de l'entrée en vigueur des premiers effets de la réforme, la dégradation des équilibres financiers du régime général est particulièrement nette : son déficit devrait ainsi atteindre au minimum, 4,66 milliards d'euros en 2007, ce qui correspond à plus de 5 % des prestations versées.

Le poids des facteurs démographiques, avec le départ en retraite des premières classes d'âge du baby boom d'après guerre, ne manque naturellement pas de faire sentir ses effets. Mais, à ce niveau de déficit, il s'agit clairement **d'un déséquilibre de nature structurelle**, qui de surcroît tend à augmenter rapidement : poursuivre sur cette tendance **n'est pas soutenable**. Pour votre commission, l'enjeu du rendez-vous de 2008 est clair : il s'agit de réaliser des économies suffisantes pour éviter de perdre la maîtrise des comptes de la branche vieillesse d'ici à la fin de la présente législature.

Cette exigence s'impose d'autant plus que le déficit des retraites, en raison de l'inertie traditionnelle des dépenses de pension, diffère radicalement de celui des autres branches de la sécurité sociale. Le pilotage du risque maladie permet en effet d'agir sur les dépenses et de pratiquer des remboursements. Dans la branche famille, il est possible de redéployer les prestations dans des délais très courts. Rien de tel n'est envisageable en matière de retraite : outre l'attachement des assurés sociaux au niveau de prestations, il est impossible sur le plan juridique, et c'est légitime, de revenir sur les pensions déjà liquidées. En définitive, le déficit de la branche vieillesse apparaît sans doute comme le plus dangereux et le plus difficile à résorber de l'ensemble des finances sociales.

2. L'indispensable révision des équilibres et de l'horizon de la réforme de 2003

a) Les fondements de la loi du 21 août 2003

L'équilibre initial de la réforme de 2003 reposait sur une combinaison de mesures d'économies à moyen et long terme, mais également sur de nombreuses dépenses nouvelles, essentiellement à court et à moyen terme. Ces dernières correspondaient aux contreparties sociales destinées à rendre la réforme acceptable pour les assurés sociaux.

Analysée rétrospectivement, force est de constater que loin de certaines présentations caricaturales dont elle a parfois fait l'objet, la réforme de 2003 était en réalité graduelle, mesurée et généreuse. Les projections financières qui avaient alors été fournies au Sénat, et qui sont reprises ci-dessous, témoignent du grand nombre de dispositions nouvelles favorables aux assurés sociaux introduites à cette occasion dans notre droit social.

Inversement, trois mesures seulement correspondaient, à elles seules, à la quasi-totalité de la réduction espérée du déficit de l'assurance vieillesse : l'allongement de la durée d'activité des assurés sociaux, la suppression de la proratisation dans le mode de calcul des pensions du régime général et l'alignement du mode d'indexation des pensions du secteur public sur celui du secteur privé.

Incidences financières de la réforme pour le régime général

(en millions d'euros 2000)

Années	2005	2008	2010	2020
Solde Cnav avant mesures	970	- 1 450	- 3 460	- 15 000
Proratisation en 160°	30	200	400	1 800
Allongement prévisible de la durée de cotisation au-delà de quarante ans	-	-	390	4 300
Allègement de la décote	- 30	- 170	- 690	- 1 400
Instauration d'une surcote	220	1 120	2 230	1 500
Retraite anticipée pour les longues carrières	- 1 010	- 1 080	- 830	- 300
Garantie pour les faibles retraites	- 10	- 110	- 180	- 600
Mesure en faveur des pluripensionnés	- 60	- 180	- 290	- 900
Mesures réversion veuvage	- 120	- 260	- 210	- 100
Hausse des cotisations vieillesse de 0,2 point	-	750	780	900
Somme des mesures	- 980	270	1 600	5 200
Solde Cnav après prise en compte des mesures	- 10	- 1 180	- 1.860	-9 800

Source : chiffres fournis en 2003 par le Gouvernement

Impact des mesures sur le besoin de financement des régimes de la fonction publique en 2020

(en millions d'euros 2000)

Besoin de financement en 2020, à droit constant	- 28 000
Allongement de la durée d'assurance permettant une liquidation au taux plein, création de la décote et de la surcote, et réforme du minimum garanti	9 300
Indexation sur les prix	4 500
Création du régime additionnel	- 800
Solde des mesures	+ 13 000
Besoin de financement en 2020, après réforme	- 15 000

Source : chiffres fournis par le Gouvernement en 2003

Il convient également de rappeler qu'à l'occasion des débats parlementaires des mois de juin et juillet 2003, le gouvernement de Jean-Pierre Raffarin avait estimé que toutes ces mesures aboutiraient à couvrir environ **un tiers du déficit prévisionnel de l'assurance vieillesse à l'horizon 2020** pour le secteur privé et près de la moitié pour les régimes du secteur public. Le bouclage de l'ensemble devait être assuré par le recours aux excédents futurs de l'assurance chômage, d'une part, par le budget de l'Etat pour les pensions civiles et militaires, d'autre part.

b) Un schéma d'équilibre aujourd'hui largement remis en cause

Le schéma initial du financement de la réforme de 2003 a été remis en cause par une conjonction de facteurs défavorables liés tout à la fois à **une dynamique des dépenses plus forte que prévu**, aux **comportements d'évitement des assurés sociaux**, à **l'attitude des entreprises à l'égard des seniors**, à **l'absence de coopération des partenaires sociaux** dans les négociations conventionnelles, ainsi qu'à **une conjoncture économique moins bonne que prévue**.

Force est de constater notamment que la dynamique du marché de l'emploi a été beaucoup moins forte que ce qui était espéré, ce qui a pesé sur les comptes de l'assurance chômage, tandis que le scénario du prolongement de la durée d'activité et d'un report progressif de l'âge moyen de départ en retraite des assurés sociaux n'a trouvé aucun début de réalisation.

Par ailleurs, les contreparties sociales ont représenté des charges certaines et importantes à court terme. Avec le temps, la générosité de la réforme s'est en quelque sorte retournée contre elle : les dépenses se sont avérées nettement plus fortes que prévu, notamment en raison du succès de la mesure des carrières longues, tandis que les économies ont été moins élevées qu'attendu.

Le calendrier très étalé dans le temps, d'entrée en vigueur de certaines mesures d'économies, est apparu à l'usage trop lent dans un contexte de dégradation des comptes. Ainsi, la montée en charge de la décote dans la fonction publique ne sera pas achevée avant 2015.

c) Confirmer l'orientation générale, tout en modifiant le cadre et l'horizon de la réforme de 2003

L'orientation générale de la réforme de 2003 demeure aujourd'hui pertinente. Compte tenu du niveau, déjà très élevé, tout à la fois des coûts du travail et des dépenses sociales dans notre pays - la France occupe avec 31,2 % du Pib le deuxième rang parmi les pays de l'OCDE - il est impossible d'accroître indéfiniment les prélèvements obligatoires. Afin de préserver un haut niveau de retraite à l'avenir, il convient donc d'écarter la perspective d'une nouvelle augmentation des cotisations et de **privilégier à l'inverse la poursuite de l'augmentation progressive de la durée d'activité.**

Toutefois, le bilan des quatre dernières années ne permet guère d'envisager la mise en œuvre de ce schéma vertueux : la persistance d'une utilisation massive des cessations précoces d'activité dans le monde du travail menace l'essence même de la loi du 21 août 2003. Or, dans l'hypothèse où les entreprises et les partenaires sociaux poursuivraient dans cette attitude pour le moins peu coopérative, les pouvoirs publics, ainsi que l'a récemment laissé entendre le Premier ministre¹, n'auraient d'autre choix que d'augmenter les cotisations sociales.

Au-delà de cette orientation générale qu'il convient de réaffirmer, une **modification du cadre général et de l'horizon de la réforme de 2003** apparaît nécessaire et inévitable. Tirer les enseignements des quatre dernières années supposerait à la fois :

- de ne pas engager de dépenses supplémentaires au-delà des mesures en faveur du minimum vieillesse et des pensions de réversion² qui ont été annoncées par le Président de la République ;

- de reporter l'horizon de la réforme en veillant à ne pas l'inscrire sur une échéance trop proche comme cela a été le cas en 2003, où la date de référence choisie était l'année 2020. Il conviendrait sans doute de raisonner cette fois sur l'échéance 2035/2040 ;

- de revoir la date d'entrée en application et le dosage des différentes mesures. Dans cet objectif, il semble nécessaire tout à la fois d'envisager de nouvelles économies et **d'accélérer** le calendrier progressif de mise en œuvre de celles déjà décidées en 2003, comme par exemple **la décote dans la fonction publique** ;

¹ *Le Figaro* du 7 juin 2007.

² Cf. *rapport d'information de la Mecss : « Transparence, équité, solidarité : les trois objectifs d'une réforme de la réversion »* - Claude Domeizel et Dominique Leclerc (rapport n° 314, (2006-2007) - page 73).

- de rééquilibrer pour l'avenir les efforts demandés aux différentes catégories d'assurés sociaux.

Depuis la fin des années quatre-vingt, le poids effectif de la sauvegarde de l'assurance vieillesse a essentiellement porté sur les jeunes générations ainsi que sur les actifs du secteur privé. Il semble donc difficile de les solliciter à nouveau de façon prioritaire à l'occasion de la prochaine réforme. Inversement, les ressortissants des trois fonctions publiques n'ont été inclus dans le champ de ce processus de réformes successives que depuis 2003 et bon nombre des nouvelles dispositions du code des pensions civiles et militaires de retraite n'entrent en application que très progressivement. Fort logiquement, les fonctionnaires civils et militaires pourraient représenter à l'horizon 2020 entre 60 % et 70 % des besoins de financement de l'ensemble de la branche vieillesse. C'est donc là qu'il faut faire porter l'effort, ainsi que sur la réforme des régimes spéciaux qui constitue une priorité politique forte du nouveau Président de la République.

d) Que peut-on attendre des excédents futurs de l'assurance chômage ?

La priorité à accorder aux économies dans le processus d'élaboration de la prochaine réforme des retraites ne dispense pas d'engager un effort de réflexion sur les recettes. Néanmoins, **il n'y a probablement aucun miracle à attendre du côté des futurs excédents de l'Unedic** qui, de toute manière, n'apparaissent pas à la hauteur des enjeux des prochaines années.

En effet, si l'assurance chômage dégage à nouveau des excédents depuis 2006 (245 millions d'euros), l'opération qui consisterait à préempter ses excédents futurs au bénéfice de la branche vieillesse est loin d'être assurée. D'abord, parce que l'Unedic relève de la responsabilité des partenaires sociaux et se situe donc en dehors du périmètre de la sécurité sociale *stricto sensu*. Ensuite, parce que l'expérience de la fin des années quatre-vingt-dix enseigne que le retour à l'équilibre des comptes de l'assurance chômage donne lieu à des mesures de revalorisation de l'indemnisation des chômeurs. A cela s'ajoute l'ampleur des déficits accumulés depuis le début des années 2000 (13,5 milliards d'euros à la fin de l'année 2006) qu'il conviendrait d'abord de résorber, avant de songer à abonder les recettes de la Cnav.

Rien n'indique enfin que le conseil d'administration de l'Unedic, qui vient précisément de décider de placer en réserve un quart de ses excédents budgétaires, en créant à cet effet un nouveau fonds « de régulation », accepterait de se déposséder de telles disponibilités.

3. Un préalable : arrêter l'hémorragie des préretraites

Le sujet de l'emploi des seniors représente la clef de voûte de la réforme des retraites de 2003. Or, **on ne peut que constater que les comportements individuels et collectifs n'ont pas changé dans le monde du travail.**

Loin de remonter, **le taux d'emploi des seniors a au mieux stagné au cours des quatre dernières années** et même peut-être diminué. Ce premier bilan d'étape débouche sur un constat d'échec provisoire nécessitant une action volontariste des pouvoirs publics. Ces derniers se trouvent en effet confrontés à un problème de cohérence : comment convaincre l'opinion publique de la nécessité de poursuivre le relèvement de l'âge de la retraite, si les salariés du secteur privé continuent à cesser dans les faits toute activité professionnelle dès l'âge de cinquante-sept ans en moyenne ?

a) Jusqu'ici, la politique de promotion de l'emploi des seniors a échoué

Le constat est bien connu : la France fait figure depuis longtemps en Europe occidentale de lanterne rouge en matière d'emploi des seniors. L'âge moyen de retrait du marché du travail y est le plus précoce : cinquante-sept ans et demi, plus de deux ans inférieurs à la moyenne de l'Union européenne (cinquante-neuf ans et onze mois), plus de trois ans à l'Allemagne (soixante ans et onze mois) et plus de cinq ans à la Suède (soixante-trois ans).

Pourtant, à de rares exceptions près, rien ou presque n'a changé dans le monde du travail. Bon nombre de responsables d'entreprise et de directeurs des ressources humaines ont continué de recourir systématiquement aux « mesures d'âge », notamment dans certaines branches de l'industrie comme l'automobile. Le **consensus inavouable**, entre les employeurs, les salariés et les syndicats, en faveur des départs précoces entre cinquante-cinq et soixante ans est en réalité plus fort que jamais. Pourtant, l'ensemble des acteurs institutionnels ne peut manquer de savoir qu'à moyen terme, ce réflexe de pure facilité porte gravement préjudice à l'équilibre de l'assurance vieillesse. Dans le contexte financier actuel, il est vraisemblable que **le point de rupture n'est plus très loin.**

b) Le « robinet » des préretraites reste en réalité grand ouvert

La loi du 21 août 2003 présente l'immense mérite d'avoir pour la première fois engagé une inflexion sensible de la politique publique en matière de cessation précoce d'activité. Mais les possibilités de contourner l'objectif consistant à repousser l'âge de départ en retraite des assurés demeurent très nombreuses : préretraites publiques ou d'entreprise, dispense de recherche d'activité des chômeurs âgés et départs précoces dans la fonction publique.

De fait, aujourd'hui, plus de 60 % des personnes appartenant aux classes d'âge proches de la retraite font partie de l'une des catégories suivantes :

- les bénéficiaires des préretraites publiques ;
- les préretraités au titre de l'indemnisation des victimes de l'amiante ;
- les bénéficiaires des préretraites d'entreprise ;
- les chômeurs dispensés de recherche d'emploi ;
- les invalides de plus de cinquante-cinq ans.

L'observation des vingt dernières années prouve d'ailleurs que les mécanismes de cessation d'activité se sont succédé au fil du temps. Les tentatives des pouvoirs publics visant à les restreindre aboutissent à des résultats le plus souvent partiels et ambigus. Ainsi, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a bien placé en extinction la mise à la retraite d'office avant soixante-cinq ans, mais elle a créé parallèlement un « départ négocié en commun » (entre l'employeur et le salarié) pour en compenser les effets.

Enfin, à ces nombreux dispositifs s'ajoutent les effets de la mesure des longues carrières. Au total, **jamais sans doute l'âge de cessation d'activité des salariés français du secteur privé ne sera aussi bas qu'en 2007**. Dans ces conditions, il n'est guère surprenant que le plan national d'action concertée pour l'emploi des seniors lancé en juin 2006 par le précédent gouvernement n'ait donné aucun résultat positif statistiquement mesurable.

c) Vers une nouvelle exception française à haut risque pour l'assurance vieillesse : l'issue des négociations sur la pénibilité

La loi du 21 août 2003 a invité les partenaires sociaux à engager, dans un délai de trois ans, « une négociation interprofessionnelle sur la définition et la prise en compte de la pénibilité ». Ces négociations ont commencé le 23 février 2005 avant de s'enliser et d'accumuler d'importants retards. Elles semblaient d'ailleurs définitivement dans l'impasse avant de connaître un rebond aussi spectaculaire qu'inattendu au printemps 2007.

A première vue, l'idée de compenser la pénibilité des carrières professionnelles par un avancement de l'âge de la retraite semble être une initiative de bon sens autant qu'une mesure de justice sociale. Cette noble idée pose pourtant de redoutables problèmes techniques de mise en œuvre ainsi que le soulignait un rapport remis au conseil d'orientation des retraites en avril 2003¹. Une définition trop large de la pénibilité serait susceptible de servir d'alibi à de nouveaux dispositifs de cessation précoce d'activité.

¹ « Pénibilité et retraite » - Rapport remis au Conseil d'orientation des retraites par Yves Struillou - avril 2003 - www.cor-retraites.fr.

D'ailleurs, il convient de souligner que les régimes juridiques de l'invalidité, des longues carrières et de l'indemnisation de l'amiante reposent déjà implicitement sur la notion de pénibilité. Parallèlement, de nombreux régimes du secteur public comportent également depuis longtemps des dispositions explicites en ce sens, à commencer par les « catégories actives » des régimes spéciaux et du code des pensions¹ - qui concernent environ 35 % des fonctionnaires liquidant leur pension entre cinquante et cinquante-cinq ans. A la RATP, les personnes placées en catégories actives représentent même plus de 90 % des effectifs du personnel. Les finances du régime général ne résisteraient évidemment pas à la transposition de semblables dispositions. En définitive, compte tenu de l'ampleur démesurée des multiples dispositifs de préretraite déjà en place, sans doute conviendrait-il de se livrer à un inventaire de l'existant avant de créer une mesure « pénibilité » supplémentaire.

Sauf à faire preuve d'un sens de la responsabilité sans faille, la prise en compte de la pénibilité à l'initiative des partenaires sociaux, si elle voit finalement le jour, risque en réalité d'être utilisée comme une substitution à d'autres formes de préretraite.

La pénibilité constitue manifestement **une spécificité française** : aucun autre pays européen n'a songé à mettre en œuvre pareil dispositif sur un plan national. Les rapports consacrés aux systèmes sociaux allemand et suédois par la Mecss l'ont montré. En Suède², notamment, les responsables de l'assurance vieillesse ont unanimement fait part de leur refus de principe de la prise en compte de la pénibilité, mettant en avant trois arguments principaux :

- l'idée que des métiers autrefois pénibles ne le sont plus aujourd'hui ;

- le refus de distinguer les assurés sociaux entre eux, au nom du principe même de solidarité ;

- le risque de pénaliser les femmes, si l'on en venait à utiliser comme critère d'évaluation l'espérance de vie à soixante ans ou soixante-cinq ans, en fonction des sexes.

¹ *Emplois classés par voie réglementaire dans la catégorie présentant « un risque particulier ou des fatigues exceptionnelles » et ouvrant droit à un départ à la retraite anticipé.*

² « Réformer la protection sociale : les leçons du modèle suédois » - Rapport d'information n° 377 (2006-2007) fait par MM. Alain Vasselle et Bernard Cazeau au nom de la Mecss.

4. A court terme, une révision difficile mais indispensable s'impose : les longues carrières ne sont plus soutenables sur le plan financier

a) Le dispositif des longues carrières n'est pas compatible avec un déficit structurel de l'assurance vieillesse

L'aggravation du déficit du régime général observée au cours des dernières années s'explique en grande partie par le nombre des départs anticipés des assurés sociaux intervenant à l'âge de cinquante-six, cinquante-sept ou cinquante-huit ans dans le cadre des longues carrières. Pour la Cnav, les dépenses correspondantes se sont élevées successivement à 1,4 milliard d'euros en 2005, à 1,8 milliard en 2006 et devraient atteindre 2,15 milliards en 2007. Ces sommes correspondent à plus de 63 % du déficit cumulé du régime général entre 2005, date à laquelle il est redevenu déficitaire, et 2007.

Ce dispositif constituait la principale contrepartie réclamée par les partenaires sociaux pour signer le relevé de décisions du 15 mai 2003¹. Il semblait d'ailleurs légitime de prendre en compte la spécificité de la situation des personnes ayant commencé à travailler dès l'âge de quatorze, quinze ou seize ans. Toutefois, **ce dispositif avait été initialement conçu pour bénéficier aux personnes âgées de cinquante-huit et de cinquante-neuf ans**, mais pas en deçà.

La diffusion plus large que prévue de ce dispositif aboutit à créer **un mécanisme de préretraite supplémentaire** inédit au bénéfice de 10 % à 15 % des classes d'âge nées à la fin des années quarante. **Cette situation ruine les tentatives engagées parallèlement pour augmenter le taux d'emploi des seniors** car, dans le climat actuel de crise de confiance des assurés sociaux, même les personnes qui souhaiteraient continuer à travailler se hâtent de faire valoir leurs droits à la retraite avant la prochaine réforme.

Les premières prévisions qui avaient été établies en 2003 et 2004 sur l'avenir de ce dispositif tablaient sur une décrue progressive mais sensible du nombre des nouveaux bénéficiaires à partir de la fin de l'actuelle décennie, et surtout du début des années 2010. Ce scénario reposait sur l'allongement de l'obligation scolaire, passée de quatorze à seize ans à partir de la génération 1953. Il ne tenait toutefois pas compte des nombreuses possibilités de validations de trimestres aujourd'hui en vigueur, dont le volume pourrait finalement s'avérer trois fois supérieur aux prévisions initiales.

Dès lors, il est probable que la mesure des longues carrières coûtera très cher aux régimes de retraite et pour longtemps encore, alors que le déficit de la branche vieillesse tend spontanément à s'accroître rapidement.

¹ Accord intervenu à l'issue des réunions tenues entre le Gouvernement et les partenaires sociaux (CFDT et CFE-CGC) les 14 et 15 mai 2003 et prévoyant une série de dix-neuf mesures complétant ou modifiant l'avant-projet de réforme des retraites.

b) « Course aux trimestres » et effets d'aubaine sont en passe de dénaturer les longues carrières

Mais le principal problème auquel sont confrontés les gestionnaires des caisses de retraite réside dans l'extension du champ d'application des longues carrières à des situations imprévues. Il en résulte un coût pour les finances sociales, dans la mesure où ces cas de figure font l'objet de prix d'achat notoirement insuffisants. Cela aboutit aussi à ouvrir le bénéfice de la mesure à des catégories d'assurés sociaux auxquelles le législateur de 2003 n'avait pas songé.

Il en va ainsi tout d'abord de la pratique du **rachat des années d'études et des années de cotisations incomplètes** pour compléter sa carrière professionnelle. Ce mode d'accès indirect aux longues carrières, qui n'avait pas été envisagé par le législateur de 2003, porte notamment sur la possibilité de régularisation des périodes d'apprentissage. Selon certains spécialistes de l'assurance vieillesse, on peut même parler de « course aux trimestres » pour désigner les nombreux assurés sociaux qui s'efforcent de faire valider ainsi des périodes très anciennes sur la base de pièces juridiques de qualité variable.

Ce phénomène a été attisé par le fait que le barème de la plupart de ces rachats n'est pas actuariellement neutre, c'est-à-dire calculé une fois pour toutes au « juste prix » pour éviter que les actuels et futurs cotisants ne soient mis à contribution. A l'initiative du rapporteur de la commission des affaires sociales, l'article 114 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 avait d'ailleurs introduit l'obligation d'une tarification spécifique de ces opérations. Or, dans le régime général, la mesure réglementaire d'application nécessaire n'a toujours pas été prise à ce jour.

A l'occasion de la réunion du 4 juillet 2007 de présentation des comptes de la sécurité sociale, Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, a également fait part, on l'a vu, de ses vives réserves quant aux modalités des rachats de trimestres dans l'agriculture. Il s'est inquiété en particulier de l'insuffisante fiabilité du système déclaratif aujourd'hui utilisé pour les périodes d'aides familiaux.

Enfin, à ce jour, les régimes complémentaires Agirc et Arrco continuent à ne pas faire payer les rachats d'années études, dès lors qu'ils ont été facturés dans les régimes de base.

Au total, l'ensemble de ces effets d'aubaine, dont le coût global n'a pas été estimé, constitue un avantage non négligeable pour ses bénéficiaires et renforce l'attrait des longues carrières. Si cette réalité est mal connue sur le plan statistique, elle a pour conséquence certaine que ces avantages seront payés par les actuels et futurs cotisants de l'assurance vieillesse, précisément ceux sur lesquels pèseront les efforts d'ajustement des prochaines réformes des retraites....

5. Sur le long terme, le vieillissement de la population rendra indispensable une réforme structurelle de l'assurance vieillesse

La prochaine réforme des retraites sera inévitablement dominée par le souci d'introduire des mesures à effet rapide. En effet, en termes actuariels, retarder de cinq ans l'entrée en vigueur d'une mesure se traduit *in fine* par un doublement des efforts à accomplir. Pourtant, au-delà de l'horizon à très court terme de l'année 2008, il conviendrait d'engager une réflexion à plus long terme sur les **contours d'une réforme systémique à l'horizon 2012**.

Jusqu'à présent, les différentes réformes des retraites réalisées en France ont privilégié une approche paramétrique, progressive et étalée sur longue période, de la gestion des problèmes de l'assurance vieillesse. Or, la question de la refonte globale de notre système de retraite se posera à nouveau nécessairement tôt ou tard compte tenu du vieillissement de la population.

a) L'amorce d'une approche globale et prospective du coût du vieillissement de la population

Dans un rapport récent¹, la Mecss a souhaité que les pouvoirs publics engagent une analyse prospective, à un horizon de quarante ans, des dépenses, des recettes et des besoins de financement de chacune des branches de la sécurité sociale, mais aussi de la charge prévisible de la politique du handicap et de la prise en charge du coût de la dépendance.

De fait, les informations à ce sujet existent, mais demeurent encore rares et dispersées. Une première synthèse a été réalisée dans le cadre du premier rapport du conseil d'orientation des finances publiques, car la question des conséquences du vieillissement de la population concerne aussi bien les finances publiques que les différents aspects des finances sociales.

Le troisième rapport du Cor sur les projections des régimes de retraite, publié le 29 mars 2006², permet d'appréhender les conséquences de l'évolution des facteurs démographiques pour les régimes de retraite. Dans le scénario central retenu et sur la base d'une étude la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), le Cor a ainsi estimé que le poids des pensions rapporté au Pib devrait passer de 12,8 % en 2003 à 13,7 % en 2020, pour atteindre 16 % en 2050. Le besoin de financement (hors transferts éventuels de l'assurance chômage) serait ainsi de 0,8 % en 2020 et 3,1 % en 2050.

¹ Rapport précité sur la Suède.

² Troisième rapport du Cor : « Retraites : perspectives 2020 et 2050 ».

Dépenses de retraite et besoin de financement

	en % du PIB		
	2003	2020	2050
Masse des cotisations	12,8	12,9	12,9
Dépenses de retraite	12,8	13,7	16,0
Besoin de financement	0,0	-0,8	-3,1

(calculés à partir de la maquette de la Drees)

L'OCDE a mené à bien des travaux comparables pour estimer les dépenses de santé et de dépendance à l'horizon 2050. Deux scénarios ont été envisagés. D'une façon générale, l'OCDE chiffre l'impact du vieillissement de la population à cette échéance, à une augmentation comprise :

- entre 1,9 % et 3,7 % de Pib pour les dépenses de santé ;
- entre 1,3 % et 2,2 % de Pib pour les dépenses liées à la dépendance.

En définitive, les résultats des prévisions disponibles sont très variables¹ mais, ainsi que le souligne fort justement le conseil d'orientation des finances publiques, dans un rapport récent², la perspective d'une hausse importante des dépenses sociales est une certitude :

« Dans le pire des scénarios, c'est même un surcoût supplémentaire de plus de sept points [de Pib] qui pourrait être constaté. De telles projections sont évidemment entourées d'une part d'incertitude importante, liées à la démographie, l'environnement macroéconomique et aux comportements. Mais au final, elles font consensus sur un point : le vieillissement de la population va engendrer des dépenses supplémentaires importantes, et il ne faut pas compter sur la diminution du chômage, ou la baisse des dépenses d'éducation, pour en absorber le coût. Par conséquent, ces projections montrent la nécessité d'agir au plus vite pour assurer la soutenabilité de nos finances publiques. »

b) Seule une réforme systémique permettra de résoudre la crise de confiance croissante des assurés sociaux

Menacé par la perspective d'un déficit structurel croissant, notre système d'assurance vieillesse nécessiterait **un véritable « électrochoc »**, seul à même de conjurer le phénomène de crise de confiance massive qui touche de plus en plus d'assurés sociaux. De fait, les actuelles générations de quinquagénaires liquident leurs pensions dès qu'ils le peuvent, beaucoup arrivant en quelque sorte « usés » à l'âge de la retraite. Une large partie des jeunes actifs se demande même, avec une part de résignation mêlée de cynisme, si le système actuel survivra jusqu'à leur propre départ en retraite.

¹ Voir également le rapport de la Cour des comptes de juin 2007 sur la situation et les perspectives des finances publiques (pages 59 à 62).

² Premier rapport du Conseil d'orientation des finances publiques - février 2007.

Dans ce domaine aussi, il conviendrait d'établir un « **choc de confiance** », en renforçant la contributivité du système. Cette démarche pourrait prendre la forme **d'une réforme structurelle en deux étapes** :

- l'adoption dès 2008, par la Cnav et les régimes alignés, du mode de gestion utilisé par points ;

- puis, dans un second temps, par exemple en 2012, la mise en œuvre **d'un système à cotisations définies sur le modèle des comptes notionnels suédois** complété par un mécanisme d'ajustement. Ce délai de quatre ans supplémentaires laisserait un recul suffisant pour préparer l'opération sur le plan technique et pour informer la population.

Plutôt que d'ajuster tous les quatre ou cinq ans les paramètres de l'assurance vieillesse, sans doute vaudrait-il mieux refonder une fois pour toutes le cadre général de l'assurance vieillesse, tel qu'il a été conçu en 1945¹. Une telle réforme mériterait assurément les qualificatifs de « structurelle » ou de « systémique ». Il faudrait pour cela concevoir un ensemble de dispositions permettant tout à la fois de garantir la stabilité financière du régime par répartition au cours des prochaines décennies et de disposer de mécanismes de pilotage efficaces. Le système des comptes notionnels suédois présente ces avantages et permet d'éviter que, comme aujourd'hui en France, le poids des ajustements financiers nécessaires soit principalement mis à la charge des générations futures. Dans notre pays, en effet, le pacte entre les générations est en quelque sorte rongé par le doute et la mauvaise gouvernance intrinsèque du mode de gestion par annuités.

En s'inspirant de la réforme menée en Suède, notre pays adopterait un système fondé sur la notion de contributivité et se fixant pour objectif la préservation d'un haut niveau de retraite à l'avenir. A l'instar de la plupart de nos partenaires, la variable d'ajustement principale serait l'âge de départ en retraite des assurés sociaux et, dans une moindre mesure le taux de progression des pensions, plutôt que le niveau des cotisations sociales.

Compte tenu de l'ampleur du déficit actuel de l'assurance vieillesse, il est probable que l'option d'une nouvelle réforme paramétrique s'imposera dans les prochains mois. Si tel devait être le choix du Gouvernement, du moins faudrait-il prévoir un examen approfondi, d'ici à 2012, de la problématique et de la faisabilité d'une réforme d'ensemble car la dégradation des comptes posera la question de la capacité du système des annuités à faire face au vieillissement de la population.

¹ Voir également les pages 41 à 54 du rapport n° 59 (2006/2007) fait par Dominique Leclerc au nom de la commission des affaires sociales du Sénat sur l'assurance vieillesse (projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 ; tome IV).

B. ASSURANCE MALADIE : ALLER AU-DELÀ DU PLAN D'ÉCONOMIES

1. Un Ondam 2007 trop ambitieux

Le caractère ambitieux de l'Ondam pour 2007 avait été souligné par votre commission à l'occasion de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. Cette appréciation s'appuyait sur le faible montant de l'Ondam qui était fixé à 144,8 milliards d'euros, soit un taux de progression de 2,6 % relativement bas par rapport aux exercices précédents. Mais surtout, sa construction reposait sur des mesures d'économies pesant essentiellement sur le secteur des soins de ville, pour un montant global de 2,3 milliards, alors que dans le même temps, l'objectif de soins de ville augmentait de 1,1 %.

Or, **l'expérience des années précédentes**, d'ailleurs mise en exergue dans l'avis du comité d'alerte publié le 31 mai 2006, **incitait à une certaine prudence sur l'efficacité de ces mesures, dont la mise en œuvre se révèle toujours plus lente que prévue et les résultats inférieurs à ceux escomptés.**

a) La première notification du comité d'alerte

L'intervention du comité d'alerte ne constitue pas, à proprement parler, une surprise. Le comité avait lui-même indiqué dans un avis rendu le 6 avril dernier que *« le surcroît de dépenses constaté en 2006 par rapport aux estimations qui avaient servi de base à la construction de l'Ondam 2007, et le constat de la tendance des soins de ville au cours des derniers mois, rendront très difficile le respect de l'objectif voté par le Parlement dans le cadre de la loi de financement pour 2007. »*

Le 29 mai, en application de la procédure prévue par l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, **la comité d'alerte a notifié au Parlement et au Gouvernement l'existence d'un « risque sérieux de dépassement » de l'Ondam 2007, évalué à deux milliards d'euros pour le seul sous-objectif soins de ville.**

Selon les informations transmises par la Cnam, cette reprise de la hausse des soins de ville, après les décélérations constatées en 2005 et 2006, est imputable pour une large part à la progression des dépenses de médicaments. Sur ce poste, les économies attendues en 2007 sont inférieures aux prévisions. Le dérapage par rapport aux prévisions s'élèverait à 1,5 milliard d'euros. Les dépenses de soins de ville hors produits de santé connaîtraient, pour leur part, un dérapage d'environ 500 millions d'euros provoqué, notamment, par la **recrudescence des arrêts de travail.**

Ces premières informations ont été complétées lors de la réunion de la commission des comptes de la sécurité sociale, le 4 juillet dernier.

Il ressort des éléments communiqués à cette occasion que **le montant du dépassement est désormais évalué à 2,6 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes, dont 2,2 milliards imputables au régime général.**

Ce résultat a pour conséquence une nouvelle dégradation des comptes, après deux années marquées par une amélioration substantielle des soldes de l'assurance maladie, ramenés à 8 milliards d'euros en 2005, puis à 5,9 milliards d'euros en 2006. Le déficit s'établirait, en 2007, à 6,4 milliards d'euros, au lieu des 3,9 milliards prévus par la loi de financement¹.

b) Les effets limités du plan d'économies présenté par les caisses nationales d'assurance maladie

La procédure établie par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie prévoit qu'**après l'intervention du comité d'alerte, les caisses nationales d'assurance maladie « proposent des mesures de redressement ».**

Les mesures annoncées sont à la hauteur de la notification délivrée par le comité d'alerte. Après avoir annoncé un plan de 900 millions d'euros, la Cnam a finalement présenté un paquet d'économies avoisinant 1,5 milliard d'euros en année pleine, à peu près équitablement répartis entre les différents acteurs de l'assurance maladie.

¹ Cf. Première partie du présent rapport.

Plan d'économies proposé par la Cnam
et modalités d'application

(en millions d'euros)

Contribution des assurés

Moindre remboursement hors parcours de soins (50 % contre 60 % actuellement, 70 % en passant par le médecin traitant), <i>décret</i>	150
Relèvement du plafond du forfait « un euro par feuille de soins » de 1 à 4 euros par jour, dans la limite inchangée de 50 euros annuels, <i>décret</i>	200
TOTAL	350

Contribution des laboratoires et des pharmaciens

Baisses de prix des médicaments et des dispositifs médicaux (compresses, prothèses...) en ville et à l'hôpital <i>décision du CEPS* après consultation</i>	325
---	-----

« Maîtrise médicalisée »

Tiers payant réservé aux médicaments génériques <i>à négocier avec les pharmaciens</i>	60
Baisse des tarifs d'hospitalisation classique pour encourager la chirurgie ambulatoire <i>décision du Gouvernement</i>	150
Autres (extension de la vaccination antigrippale par les infirmières) <i>modalités diverses</i>	50
TOTAL	260

Contribution des médecins

Baisse de tarif des biologistes et des radiologues (suppression de l'aide à la numérisation...) <i>à négocier avec les médecins</i>	200
--	-----

Complémentaires santé

Participation au financement des forfaits versés aux médecins (prise en charge des maladies longue durée, permanence des soins...) <i>à négocier avec les assureurs complémentaires</i>	200
--	-----

Mesures de gestion et de lutte contre les fraudes

Annulation des sommes non dépensées avec le retard de lancement du dossier médical personnel <i>Gel des crédits du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins</i>	70
Mise sous entente préalable des médecins « anormalement prescripteurs » de transports sanitaires, contrôle systématique des arrêts de travail de plus de 45 jours au lieu de 60 <i>modalités diverses</i>	60
TOTAL (en année pleine)	1 465

Source : Cnam

**Comité économique des produits de santé.*

Le comité d'alerte a rendu son avis sur « *les seules propositions des caisses d'assurance maladie, qui concernent exclusivement les soins de ville, le Gouvernement n'ayant pas fait connaître les mesures qu'il entendait, le cas échéant, prendre pour sa part*¹ ». Il a estimé le rendement de ces mesures en tenant compte de « *l'incertitude du chiffrage et du fait que la proposition peut donner lieu à plusieurs variations d'ampleur et d'étendue plus ou moins grande (cas notamment des baisses de prix)*² » selon les modalités d'application retenues.

Il a confirmé que l'impact financier d'ensemble des mesures proposées par la Cnam représente un montant d'économies pour l'assurance maladie estimé à 1 465 millions d'euros en année pleine. Mais, « *sur l'année 2007, le montant d'économies correspondant peut être estimé entre 370 et 570 millions d'euros dans l'hypothèse d'une mise en œuvre aussi rapide que possible (entre le 1^{er} août et le 1^{er} novembre selon les modalités d'application). L'estimation haute retient l'hypothèse d'une contribution de 200 millions d'euros des organismes complémentaires dès cette année.*³ »

A l'occasion de la réunion de la commission des comptes de la sécurité sociale, **le ministre de la santé, Roselyne Bachelot, a indiqué « son accord général sur les propositions » transmises par les caisses**, à l'exception notable de la disposition prévoyant la participation des organismes complémentaires à la prise en charge de la rémunération forfaitaire des médecins (200 millions d'euros en 2007), dont l'application nécessite l'adoption d'une mesure législative, et, sous réserve de quelques ajustements. C'est ainsi que les économies envisagées sur les actes de radiologie et de biologie, le prix des médicaments et des dispositifs médicaux ont été revues à la baisse, tandis que la mesure relative à la régulation des médicaments hors GHS a été supprimée. Ces ajustements représentent une moindre économie de 375 millions.

Ils sont en partie compensés par une revalorisation des économies attendues au titre de la maîtrise médicalisée conventionnelle et de la lutte contre la fraude (+ 135 millions).

¹ Avis n° 5 du comité d'alerte sur le respect de l'Ondam, 29 juin 2007.

² Idem.

³ Idem.

Les mesures proposées par les caisses et retenues par le Gouvernement

en millions d'euros

Intitulé de la mesure	Economies attendues en 2007	Rendement en « année pleine »
Responsabilisation des assurés ne passant pas par le médecin traitant	50	150
Evolution du plafonnement journalier	80	200
Gel du fonds d'intervention pour la qualité des soins de ville (FIQSV) au titre du dossier médical personnalisé (DMP)	70	70
Baisse des tarifs d'actes ciblés de radiologie	22	190
Baisse des tarifs d'actes ciblés de biologie	25	
Incitation des établissements hospitaliers à recourir davantage à la chirurgie ambulatoire	0	150
Généralisation du « tiers payant contre générique »	15	60
Baisse de prix ciblée de dispositifs médicaux	15	50
Baisse de prix ciblée de médicaments	40	160
Mobilisation des professionnels sur la maîtrise médicalisée	50	100
Lutte contre la fraude	50	95
TOTAL	417	1 225

Le plan d'économies s'élèverait donc à 1 225 millions d'euros en année pleine et, selon les estimations fournis par le ministre, à « plus de 400 millions d'euros sur l'exercice 2007 ». In fine, le déficit de l'assurance maladie devrait donc se stabiliser à 6 milliards d'euros en 2007, soit un résultat très proche de celui constaté en 2006.

Déficit du régime général de la sécurité sociale pour la branche maladie

(en milliards d'euros)

2005	2006	LFSS 2007*	2007 estimé	2007 avec mesures**
- 8,0	- 5,9	- 3,9	- 6,4	- 6,0

* Loi de financement de la sécurité sociale pour 2007

** Prévisions comprenant les mesures de redressement

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale - Juin 2007

Le déroulement de cette procédure et les résultats attendus appellent trois remarques de la part de votre commission :

- la notification du comité d'alerte ne tient pas compte, en raison de la difficulté à obtenir des informations sur l'exécution de la campagne 2007

au moment de rendre sa notification, **d'un possible dérapage de l'Ondam hospitalier**. Pour mémoire, en septembre 2006, le ministre en charge de la santé avait annoncé plusieurs mesures destinées à contenir un éventuel dépassement de l'Ondam 2006, parmi lesquelles trois visaient les établissements hospitaliers ;

- **la maîtrise médicalisée conventionnelle ne respecte pas ses objectifs**. Il est justifié que les partenaires conventionnels aient procédé à des ajustements entre le premier avenant conclu pour l'année 2005 (998 millions d'euros d'économies) et celui signé pour 2007 (623 millions d'euros) afin de s'assurer de la soutenabilité de ces accords. **Il conviendrait toutefois de prévoir un lien plus étroit**, ainsi que le ministre l'a rappelé à l'occasion de la réunion de la commission des comptes de la sécurité sociale, **entre le respect des objectifs fixés dans le cadre de la maîtrise médicalisée conventionnelle et les revalorisations des tarifs de consultations accordées aux médecins**, car ces engagements justifient les revalorisations accordées ;

- enfin, les résultats obtenus grâce à **l'intervention du comité d'alerte** confirment le bien-fondé des réserves exprimées par votre commission lors de l'instauration de cette procédure. Le déclenchement de la procédure d'alerte favorise la tenue d'un débat sur l'état des finances de l'assurance maladie, mais **ne permet pas**, en raison des délais imposés, **de redresser les comptes dans l'année même**, sauf à prendre des mesures drastiques.

Au-delà du battage médiatique qui a entouré l'intervention du comité d'alerte, l'événement le plus marquant de cette période de débat autour de la situation de l'assurance maladie est à chercher dans les propos du secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale¹ qui indique que : *« l'important déséquilibre que connaît aujourd'hui le régime général est d'autant plus préoccupant qu'il se manifeste dans une période d'amélioration de la conjoncture, où la croissance de l'emploi et de la masse salariale (...) crée un contexte plutôt favorable aux recettes de la sécurité sociale.*

« Le déficit est désormais intégralement structurel. Son ampleur donne la mesure de l'effort de redressement à réaliser, sous la forme d'une modération des dépenses ou d'une augmentation des recettes ».

2. La nécessité de prendre des mesures structurelles dans le domaine des soins de ville

La réforme de 2004 doit encore être complétée. Il convient, d'une part, de faire évoluer les règles de gouvernance en réfléchissant à la création d'une structure de régulation régionale qui assure enfin un rapprochement entre les soins de ville et l'hôpital, et, d'autre part, d'obtenir des pouvoirs publics et des responsables des caisses qu'ils proposent **des économies**

¹ *Avant-propos, Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, juillet 2007.*

structurelles susceptibles de permettre un retour à l'équilibre des comptes de l'assurance maladie.

Cette nécessité est d'autant plus forte que les dépenses de santé pourraient augmenter de 50 % d'ici à 2015¹, notamment sous l'effet du vieillissement de la population.

a) Le poids financier croissant de la prise en charge des affections de longue durée

Une réflexion sur la prise en charge des personnes souffrant d'une affection de longue durée (ALD) est indispensable. Les personnes en ALD concentrent une part de plus en plus importante des remboursements d'assurance maladie. **Leur prise en charge absorbe 59 % des dépenses en 2004, et à législation constante, elle devrait représenter 70 % des dépenses en 2015.** Sans intervention des pouvoirs publics, l'assurance maladie se transforme donc mécaniquement en assureur « gros risque » au détriment de la majorité de ses assurés. Il est indispensable de réfléchir à la mise en place des critères médico-économiques, voire des critères financiers en fonction des ressources du patient, afin de préserver le caractère universel de l'assurance maladie ; il n'est pas souhaitable qu'à terme, cette dernière ne protège qu'une minorité d'assurés.

La tentative de médicalisation de la prise en charge des ALD prévue par la loi du 13 août 2004 (respect de l'ordonnancier bizona et amélioration des pratiques par l'intermédiaire du protocole de soins) **a montré ses limites** car ni les médecins traitants, ni les spécialistes, ni les médecins conseils n'ont matériellement le temps d'accomplir le travail conjoint ou d'effectuer les consultations qui résulteraient d'une stricte application des textes, notamment de procéder à une concertation avec l'ensemble des intervenants lors de chaque évolution de la maladie.

Les critères médicaux actuels ne sont plus adaptés et exercent une pression très grande sur les médecins. La Haute autorité de santé (Has) a pour mission de proposer, affection par affection, les critères médicaux d'admission en ALD, puis de définir les recommandations pour une prise en charge médicale optimale de l'affection, c'est-à-dire de déterminer les actes et prestations pertinents ayant vocation à être pris en charge à 100 %.

Dans sa recommandation du 31 mai 2006, la Has s'est interrogée sur la manière de mobiliser une expertise médicale dans une perspective financière. Elle a attiré l'attention sur l'hétérogénéité importante des coûts afférents aux maladies diabétiques et envisagé de retirer le bénéfice de l'ALD aux malades diabétiques de type 2 ne présentant pas de complications. **La réticence des professionnels et des associations de patients a conduit la Has à renoncer, pour l'instant, à se prononcer sur les critères d'admission.**

¹ Les dépenses d'assurance maladie à l'horizon 2015, Cnam, juillet 2007.

Dans ces conditions, comme le souligne la Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2006 « **un véritable ralentissement des dépenses d'ALD est illusoire** ».

Pourtant, compte tenu de la charge que les ALD font peser sur les dépenses de l'assurance maladie, les pouvoirs publics doivent impérativement entamer une réflexion afin de proposer des mesures plus contraignantes.

b) Les enjeux de la création d'un bouclier sanitaire

Raoul Briet, membre du collège de la Haute autorité de santé, et Bertrand Fragonard, président du Haut comité pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam), ont été chargés d'une mission sur les conditions de mise en œuvre d'un bouclier sanitaire. Les conclusions de cette mission sont attendues pour la fin du mois d'août.

Cette mission de réflexion s'inscrit dans un contexte plus large qui comprend, d'une part, le débat sur la création de nouvelles franchises dans le domaine de l'assurance maladie, d'autre part, les conditions de prise en charge des personnes souffrant d'une maladie chronique ou d'une affection de longue durée.

Sur le premier point, il n'apparaît pas utile de créer de nouveaux dispositifs. Il faut au contraire conserver une démarche pragmatique et optimiser ceux qui existent déjà, comme la participation forfaitaire sur les actes de biologie et les consultations médicales, ainsi que sur le forfait de 18 euros applicable à l'hôpital. Les pouvoirs publics doivent attacher une importance particulière à la mise en œuvre de ce forfait dont le principe a été adopté dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 et dont l'application est encore très insuffisante.

Une participation est donc demandée aux assurés pour l'ensemble des soins qu'ils sont susceptibles de recevoir (consultations, actes de biologie, hospitalisation). **Cette participation pourrait être étendue au domaine des médicaments sous la forme d'une participation forfaitaire par boîte.**

Ces participations des usagers constitueraient alors une franchise modulable ou fractionnée dont le plafond (actuellement fixé à 50 euros) pourrait être majoré pour tenir compte de son extension au médicament. Cette majoration éventuelle devra tenir compte de la décision du Conseil constitutionnel du 12 août 2004 qui précise que le montant de la majoration de la participation de l'assuré devra être fixé à un niveau tel que ne soient pas remises en cause les exigences du onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 qui dispose que la Nation « *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé* ».

Cette période de réflexion devrait être mise à profit pour **remettre à plat l'ensemble des mécanismes de reste à charge**. Il en existe une dizaine, qui ont fait l'objet de mesures successives sans que jamais on ne s'inquiète de leur cohérence et de leur lisibilité pour les assurés.

Ces évolutions ne sont pas incompatibles avec la réflexion relative au déploiement d'un bouclier sanitaire.

La création d'un bouclier sanitaire constituerait une réforme profonde des régimes de prise en charge des assurés. Il s'agirait de déclencher une prise en charge à 100 % dès lors que le reste à charge supporté par un assuré (franchise, forfaits et tickets modérateurs) dépasse un certain montant. Un mécanisme similaire est appliqué en Allemagne depuis 2004. Le plafond du reste à charge est fixé à 2 % des revenus bruts des ménages, et à 1 % pour les personnes souffrant de maladies chroniques.

Les divers dispositifs de prise en charge des ALD seraient alors amenés à disparaître pour être remplacés par ce bouclier sanitaire. Ce mécanisme pourrait s'avérer plus protecteur pour les malades chroniques.

Cette éventualité soulève cependant plusieurs interrogations relatives à :

- la définition du seuil d'intervention du bouclier sanitaire, afin que ce dispositif nouveau se mette en place sans augmenter les dépenses d'assurance maladie ;

- la possibilité de maintenir un contrôle de dépenses d'assurance maladie lorsque les assurés seront placés sous la protection du bouclier sanitaire ;

- la place et le rôle des assureurs complémentaires dans ce nouveau système de prise en charge.

- la soutenabilité de la réforme en termes techniques. La création du bouclier sanitaire suppose une mise à niveau des systèmes d'information de l'assurance maladie. Cette dernière sera par ailleurs amenée à gérer des données relatives aux revenus des assurés, ce qu'elle ne fait pas aujourd'hui.

3. Faire participer les établissements de santé au redressement des comptes de l'assurance maladie

L'hôpital est le grand absent de la réforme de l'assurance maladie même si, avec la mise en œuvre du plan Hôpital 2007, le gouvernement précédent avait tout de même engagé une réforme profonde du secteur hospitalier. Toutefois, celle-ci ne donne pas à l'heure actuelle les résultats escomptés et plusieurs dossiers doivent impérativement faire l'objet d'une **impulsion nouvelle** afin d'associer plus étroitement les établissements de santé au redressement des comptes de l'assurance maladie.

a) Définir une stratégie claire de mise en œuvre de la tarification à l'activité

Dès l'origine, la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) a été conçue comme progressive, sur une période de huit ans, entre 2004 et 2012. Ce délai n'a rien d'exceptionnel et des transitions comparables ont été ménagées dans la plupart des pays qui ont fait basculer le financement des établissements de santé vers une tarification fondée sur l'activité. Cette période de transition a pour objet, d'une part, de permettre une montée progressive de la fraction des activités des établissements publics prise en charge par la T2A, et, d'autre part, d'enclencher un processus de convergence tarifaire afin qu'au terme du processus l'ensemble des établissements pratique les mêmes tarifs.

La montée en charge de la T2A dans les établissements publics se déroule selon le calendrier prévu, et même avec un peu d'avance, puisque d'ores et déjà la part des activités financées selon les nouvelles modalités de prise en charge atteint 50 %.

En revanche, **le processus de convergence entre le secteur public et le secteur privé paraît en panne** et votre commission s'était déjà inquiétée de cette situation lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. Or comme le souligne le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) dans son rapport de juillet 2007 « *l'analyse des écarts de performance des établissements, très élevés, montre qu'on peine à dégager des gains de productivité pourtant potentiellement élevés* ».

Il apparaît donc indispensable de relancer le processus de convergence afin de clarifier les efforts demandés à chaque établissement et de fixer les règles de coexistence au sein du même sous-objectif de dépenses entre établissements publics et privés. Dans ce cadre, **votre commission** rappelle qu'elle **a souhaité**, comme le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie et la Cour des comptes, **que ce processus de convergence se dirige vers les tarifs les plus efficaces** et non pas vers une moyenne des tarifs constatés.

Cette clarification doit être complétée par l'annonce d'une stratégie tarifaire pluriannuelle. Ces dispositions permettront de fixer un cadre clair et transparent à l'ensemble de la communauté hospitalière, seul à même de donner aux acteurs une visibilité aussi complète que possible sur les objectifs et le déroulement de la réforme. C'est à ce prix que pourront être définies les conditions de leur responsabilisation.

Dans ce schéma, **une interrogation subsiste sur la place de l'assurance maladie.** Votre commission s'est plusieurs fois prononcée en faveur d'une plus grande implication de l'assurance maladie dans la gestion et le contrôle des dépenses hospitalières. Elle persiste donc, et souhaiterait que soit engagée une réflexion sur les moyens d'**accorder à l'Uncam une responsabilité plus importante en matière de fixation des tarifs hospitaliers**

b) Initier l'hôpital aux principes de la maîtrise médicalisée

Un nouvel axe d'optimisation des dépenses hospitalières doit être esquissé ; il doit déboucher sur la mise en œuvre de plusieurs actions de maîtrise médicalisée, proches des principes en vigueur dans le domaine des soins de ville.

Cette démarche s'appuie sur les dispositions de l'article 13 de la loi du 13 août 2004 qui autorise la conclusion d'accords-cadre.

Un premier accord concernant le bon usage des antibiotiques a été signé le 26 janvier 2006, l'objet de cet accord étant d'améliorer la prescription des antibiotiques dans les établissements de santé. Cet objectif répond à la fois à un fort intérêt de santé publique et à un souci de maîtriser les dépenses. Une partie des sommes ainsi économisées peut être ensuite reversée à l'établissement.

Des négociations sont en cours pour la signature de deux autres accords-cadre, l'un sur la prescription en dénomination commune internationale (promotion des médicaments génériques), l'autre sur la prescription des statines. Ces trois thèmes font déjà l'objet d'accords conventionnels dans le secteur des soins de ville où les économies cumulées entre 2005 et 2006 s'élèvent à environ 300 millions d'euros.

D'autres dispositifs de maîtrise médicalisée doivent être implantés à l'hôpital, votre commission ayant pris l'initiative de faire adopter des mesures législatives ou d'émettre des recommandations en ce sens.

C'est le cas de l'identification individuelle des médecins hospitaliers qui figure dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005. Cette identification doit permettre aux caisses d'assurance maladie de disposer d'un tableau individualisé des prescriptions hospitalières sur le modèle des informations dont elles disposent pour les médecins de ville. Cette information permet un suivi individualisé des objectifs conclus dans le cadre de la maîtrise médicalisée et permet aux délégués de l'assurance maladie d'informer régulièrement les médecins sur les caractéristiques et les inflexions de leur mode de prescription. La mise en œuvre effective de cette mesure favorisera le suivi des objectifs de maîtrise médicalisée conclus dans les établissements de santé.

Trois ans après l'introduction de ces dispositifs de maîtrise médicalisée, leur mise en œuvre doit se faire sur une échelle plus large afin que les établissements de santé contribuent véritablement à la maîtrise médicalisée des dépenses.

Compte tenu de l'ampleur des déficits de l'assurance maladie, et de leur caractère structurel, il est indispensable d'engager des réformes à la hauteur des enjeux financiers en cause.

C. À LA RECHERCHE DU MEILLEUR PRÉLÈVEMENT SOCIAL

Depuis des années, le débat est lancé sur la nature des prélèvements sociaux, l'efficacité de leur rendement et leur impact économique. Aujourd'hui, la demande prioritaire adressée à notre mode de financement de la protection sociale, jugé trop axé sur l'emploi et les salaires, semble être avant tout de permettre d'améliorer la compétitivité de l'économie et de limiter les risques de délocalisations.

Cette exigence est évidemment parfaitement justifiée. Mais il s'agit aussi de mesurer ce qu'elle signifie en termes de recettes pour la sécurité sociale.

Dans son rapport de juillet 2007, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a fourni un éclairage utile sur l'évolution des dépenses de santé depuis plus de cinquante ans, sur leurs perspectives d'évolution ainsi que sur les besoins financiers considérables qu'elles vont nécessiter à long terme.

Ainsi, avec un taux de progression des dépenses supérieur d'au moins un point à la croissance du Pib d'ici à 2025, il conviendra de trouver un supplément de recettes pour l'assurance maladie de l'ordre de quatre points de Pib cette même échéance. Les causes en sont bien connues : croissance de la population, vieillissement, dépendance et soins de plus en plus onéreux.

Pour y faire face, des gains de productivité et des mesures d'économie seront nécessaires mais insuffisants et **des recettes nouvelles devront aussi être rapidement trouvées.**

Il faut d'ailleurs observer que le très fort attachement des Français au système actuel de protection sociale rend leur consentement à de nouveaux efforts collectifs probable dès lors que ces efforts ne seront pas gaspillés et seront équitablement prélevés.

Plusieurs possibilités existent. Au-delà des mécanismes de franchises et de restes à charge actuellement étudiés, les débats en cours concernent essentiellement la mise en place d'une TVA sociale et, parfois aussi, la création de nouvelles taxes.

1. La TVA sociale

Le principe de la TVA sociale est de substituer une fraction de TVA à des cotisations sociales payées par les entreprises, c'est-à-dire d'augmenter son taux en contrepartie d'une réduction de celles-ci.

a) Les avantages habituellement attendus de la TVA sociale

Pour ses partisans, elle présente essentiellement **deux avantages** :

- **un rendement élevé**

La TVA est aujourd'hui la première recette fiscale de l'Etat, avec un rendement net de 127,4 milliards d'euros en 2006. Un point de TVA au taux normal représente **5,73 milliards d'euros** selon les données du ministère de l'économie et des finances.

Cela signifie qu'une hausse de quelques points de la TVA peut valablement contribuer au financement d'une baisse non cosmétique des cotisations patronales de sécurité sociale.

- **un moyen d'améliorer la compétitivité des entreprises**

La TVA sociale entraîne en effet une baisse du coût du travail grâce à la diminution des cotisations patronales, ce qui permet de diminuer les écarts de coûts dans les prix de revient constatés dans les comparaisons avec les entreprises d'autres pays.

Elle a surtout pour conséquence de taxer à un niveau plus élevé les produits importés et, à l'inverse, de détaxer davantage les produits exportés.

Au total, la TVA sociale permet d'améliorer la compétitivité des entreprises, de rendre moins attractifs les produits importés, de faciliter les exportations et surtout, elle constitue un moyen de lutter contre les délocalisations et de favoriser l'emploi grâce à un coût du travail réduit.

b) De réelles interrogations

Malgré ses avantages, la TVA sociale n'en suscite pas moins de réelles interrogations, tant sur un plan économique que du point de vue de sa mise en œuvre pratique.

- **des effets économiques incertains**

De nombreux travaux, études, modélisations ont été menés par des économistes et des experts au cours des derniers mois. Ils conduisent généralement à remettre en cause l'avantage comparatif attendu de la TVA sociale mais aussi et surtout à pointer un réel risque inflationniste.

- Quel avantage comparatif ?

L'instauration de la TVA sociale ne revient-elle pas en fait à mettre en place une forme de **dévaluation déguisée** ? Et dans ce cas, comme pour toutes les dévaluations, elle ne présenterait qu'un avantage **à court terme**, les problèmes de compétitivité de l'économie demeurant dès cette première période passée.

Il faut bien voir en effet que la TVA ne peut constituer une réponse de fond au problème de la compétitivité de la France qui dépend bien plus de sa capacité à innover et à améliorer sa productivité.

En outre, si nos voisins européens nous imitent, les gains de compétitivité obtenus disparaîtront. Douze pays de l'Union européenne ont déjà un taux normal de TVA supérieur au nôtre. La marge de la France est d'ailleurs relativement étroite, 5,4 points au plus, car le taux normal maximum de TVA admis par les normes européennes est de 25 %. La mesure qui pourrait être prise serait dès lors une sorte de « mesure à un coup ».

Pour ce qui est des pays émergents, le décalage de compétitivité est tel aujourd'hui que cette mesure ne changera que peu de choses par rapport à leur avantage actuel. Leur concurrence sera-t-elle vraiment contrariée avec une TVA à 25 % alors que les écarts de coûts et de prix de revient peuvent varier de 1 à 20 ?

Peut-on d'ailleurs être assuré d'un changement de comportement des consommateurs à l'égard des produits importés du seul fait qu'ils deviendraient plus onéreux ?

- Un risque inflationniste avéré

L'effet inflationniste est d'abord certain pour les produits importés.

En outre, si les entreprises ne répercutent pas les baisses de charges dans leurs prix, surtout lorsqu'elles voudront profiter de cette opportunité pour reconstituer leurs marges, les prix TTC s'accroîtront.

Comment garantir le civisme des entreprises sur les prix ? L'économiste Thomas Piketty considère qu'en France, faute de discipline sur les prix, « *la hausse des prix jouerait à 60 % du différentiel de baisse des charges selon les secteurs* ». Les entreprises cherchent en effet toujours, d'une manière ou d'une autre, à accroître leurs bénéfices.

On a d'ailleurs calculé que si les baisses de charges ne sont pas du tout répercutées, une augmentation de cinq points du taux normal de TVA se traduirait par une hausse de quatre points de l'inflation française.

Enfin, les effets de la TVA sociale seront limités en cas de hausse des salaires. Or, celle-ci pourrait apparaître rapidement, soit du fait de la baisse des charges et d'un transfert au moins en partie de celle-ci vers les salaires, soit en raison du surcroît d'inflation lié à la hausse du taux de TVA. Dans ce cas, le coût du travail ne se réduira pas et les effets en termes de baisse des prix et de hausse de l'emploi ne se produiront pas.

Il convient également de souligner qu'en France, très nombreux sont les revenus, prestations ou autres avantages indexés sur la hausse des prix, ce qui ne pourra, là encore, que contribuer à limiter l'impact positif sur l'emploi attendu de la TVA sociale.

Bilan des avantages et inconvénients d'une TVA sociale de cinq points

Une étude récente tente de chiffrer les effets économiques de l'instauration d'une TVA sociale de cinq points.

Sur un plan négatif, l'augmentation des prix au bout d'un an pourrait atteindre 1,7 % ce qui est loin d'être négligeable et qui signifierait donc regain d'inflation et perte de pouvoir d'achat.

D'un point de vue positif, en augmentant les prix des biens étrangers par rapport aux biens français, elle est efficace pour redonner de la compétitivité aux entreprises. Elle produit un effet expansionniste à court terme sur les exportations, la production et l'emploi, évalué à un point de croissance et presque 200 000 emplois.

Mais, tant la perte de pouvoir d'achat que le gain de croissance et d'emploi s'estompent rapidement, car les salaires s'ajustent sur l'augmentation des prix. A long terme, l'effet est même légèrement négatif, en partie car la TVA n'est pas seulement payée par les consommateurs mais également par les entreprises, pour environ 15 % du produit de la taxe, grevant ainsi leur investissement.

Source : Documents de travail de la DGTPE - Maylis Coupet et Jean-Paul Renne, économistes au bureau « Politiques de croissance », janvier 2007

• des expériences étrangères en nombre limité

Les expériences étrangères ne sont, à cet égard non plus, pas entièrement probantes. Le Japon a pratiqué des hausses de TVA en 1997 qui se sont révélées désastreuses. Au Danemark et en Allemagne, le bilan de l'instauration d'une TVA sociale doit être examiné au regard des caractéristiques propres de chacune de ces deux économies, assez différentes de la nôtre. En outre, les décisions sont intervenues à chaque fois dans un contexte conjoncturel particulier.

La TVA sociale au Danemark

A la fin des années quatre-vingt, le Danemark connaît une grave crise économique, avec une dette extérieure proche de 40 % du Pib et une forte inflation. Le pays doit faire face à un problème crucial de compétitivité. Il s'agit avant tout de protéger le secteur des exportations, l'économie danoise étant très ancrée dans le commerce international.

Pour endiguer la récession, il est donc décidé, entre 1987 et 1989, de mettre en oeuvre une vaste réforme fiscale incluant notamment l'augmentation de la TVA de 22 % à 25 % pour compenser la baisse de 3 % et, de fait, la quasi-disparition des charges patronales.

Le choix s'est porté sur la TVA car son accroissement avait moins d'impact sur la main-d'œuvre, son coût étant supporté par tout le monde et non par les seuls salariés. Il était également interdit aux entreprises d'augmenter leurs prix.

Le bilan de cette mesure est complexe car la bonne tenue de l'économie danoise qui s'en est suivie (baisse du chômage, excédent budgétaire, etc.) n'est probablement pas uniquement liée à la TVA sociale. Certes, l'impact inflationniste y a été relativement limité. Mais, de l'avis même d'économistes danois, un tel dispositif, à caractère protectionniste, ne fonctionne en fait qu'à court terme car, après un temps, le coût du travail recommence à augmenter.

La TVA sociale en Allemagne

Au 1^{er} janvier 2007, l'Allemagne a augmenté son taux normal de TVA, alors l'un des plus bas de l'Union européenne, de 16 à 19 % ⁽¹⁾.

Il ne s'agit toutefois pas à proprement parler d'une TVA sociale, car, sur les trois points de hausse, deux points doivent permettre de réduire la dette de l'Etat, le dernier point seul ayant permis de ramener les cotisations chômage de 6,5 à 4,5 %.

Il est encore un peu tôt pour établir un bilan de cette mesure. Toutefois, malgré la volonté, en partie réalisée, de baisse des marges des entreprises (dont il faut souligner qu'elles étaient confortables au moment où la mesure a été décidée) et de modération salariale, les économistes semblent déjà percevoir un léger impact inflationniste. En matière de compétitivité des entreprises, on manque encore de recul mais les entreprises allemandes sont déjà très compétitives.

⁽¹⁾ Cf. rapport d'information n° 439 (2005-2006) d'Alain Vasselle et Bernard Cazeau « Préserver la compétitivité du site Allemagne : les mutations de la protection sociale Outre-Rhin »

• des obstacles pratiques majeurs

Le premier de ces obstacles tient au niveau de **fraude à la TVA**, déjà élevé en France, et incontestablement supérieur à celui qui touche les cotisations sociales. Par ailleurs, on observe actuellement un fort développement de ce phénomène de fraude sur tout le territoire de l'Union européenne.

Un taux de TVA à 25 % ne pourrait donc que favoriser le développement d'une économie grise.

Au-delà de cette considération, c'est essentiellement la mise en place pratique de la TVA sociale et donc du transfert de points de cotisations patronales vers des points de TVA qui se heurterait à de réelles difficultés.

En effet, si le taux de cotisation maladie des employeurs est actuellement de 12,8 %, il n'est plus que de 2 % au niveau du Smic et même, depuis le 1^{er} juillet dernier, de zéro à ce même niveau pour les entreprises de moins de vingt salariés.

De la même façon, le taux de cotisation employeur au titre de la famille est de 5,4 % dans le barème global mais de zéro au niveau du Smic.

Barème actuel des cotisations sociales employeurs

	Taux		
	Barème global		Au niveau du Smic
	Taux sous le plafond	au-dessus du plafond	
Maladie	12,8	12,8	2,0 ⁽¹⁾
AT-MP	2,2	2,2	2,2
Retraite	9,8	1,6	0,0
Famille	5,4	5,4	0,0
Régimes complémentaires	5,7	13,3	5,7
Chômage	4,0	4,0	4,0
Autres	1,2	1,5	1,2
TOTAL	41,1	40,8	15,1
<i>dont sécurité sociale</i>	<i>30,2</i>	<i>22,0</i>	<i>4,2</i>

⁽¹⁾ L'article 41 de la loi de finances pour 2007 a supprimé totalement ces deux derniers points de cotisations pour les entreprises de moins de vingt salariés.

Source : Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie - DGTPPE - 21.12.2005

Comment peut-on dès lors transférer des points de cotisations patronales vers des points de TVA sociale au niveau du Smic, la question continuant à se poser presque jusqu'au seuil d'application des allègements généraux de cotisations sociales, soit 1,6 Smic ?

Faudra-t-il créer une sorte de crédit d'impôt, une prime pour les entreprises qui ne pourront bénéficier d'une baisse supplémentaire de leurs charges ? Quel en sera le coût ?

Comment ces entreprises pourront-elles répercuter une baisse purement virtuelle de charges dans leurs prix ?

Pour ces entreprises en tout cas, l'effet attendu en matière d'emploi ou de non délocalisation devrait être nul.

Votre commission estime que toutes ces questions devront trouver une réponse avant une éventuelle décision, y compris d'expérimentation, de mise en place, dans notre pays, d'une TVA sociale.

2. Une taxe nutritionnelle ?

En vigueur au Canada et dans dix-huit Etats américains, la taxe nutritionnelle s'applique à des aliments jugés non satisfaisants sur le plan diététique, comme les boissons sucrées, les sodas, les chips, etc.

Le principe d'une telle taxe a d'ailleurs été évoqué par Jean-François Chadelat dans son rapport consacré aux problèmes de financement du Ffipsa comme l'une des pistes qui pourraient permettre de combler le déficit abyssal de ce fonds.

Selon les critères retenus et le champ d'application qui serait adopté pour cette taxe, **le rendement de celle-ci pourrait être compris entre 200 millions et un milliard d'euros.**

Outre son rendement, une telle taxe satisferait un objectif sanitaire important au moment où l'obésité progresse de façon extrêmement rapide dans notre pays.

TRAVAUX DE LA MISSION D'ÉVALUATION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (MECSS)

**Audition de MM. Jean-Louis DEROUSSEN,
président du conseil d'administration, et
Philippe GEORGES, directeur,
de la Caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf)
(27 juin 2007)**

Réunie le mercredi 27 juin 2007, sous la présidence de M. Alain Vasselle, président, la mission a tout d'abord procédé à l'audition de MM. Jean-Louis Deroussen, président du conseil d'administration, et Philippe Georges, directeur, de la Caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf).

M. Jean-Louis Deroussen, président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf) a indiqué que le déficit de la branche famille pour 2006 s'élève à 891 millions d'euros, en légère amélioration par rapport aux dernières prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale. Pour 2007, il devrait atteindre 700 millions d'euros, soit une nouvelle avancée vers le retour à l'équilibre. Il faut souligner toutefois que la poursuite de cette amélioration ne pourra se faire qu'à situation constante car la mise en œuvre éventuelle des propositions avancées par le Président de la République aurait un impact financier certain sur les comptes de la branche. Il s'agit en particulier du versement de l'allocation familiale au premier enfant ou de l'institution d'un droit opposable au mode de garde des enfants.

M. Nicolas About, président, a souhaité connaître l'opinion de la Cnaf sur l'absence de certification de ses comptes par la Cour des comptes.

M. Jean-Louis Deroussen a précisé que la Cour des comptes n'a pas refusé de certifier les comptes de la Cnaf mais a seulement jugé qu'elle ne disposait pas d'éléments suffisamment précis pour pouvoir se prononcer. En effet, la Cnaf, qui doit gérer de multiples activités, n'est pas parvenue à mettre en œuvre tous les moyens nécessaires pour s'atteler à cette tâche difficile. Elle va donc analyser en détail les remarques de la Cour des comptes et en tirer les conséquences dans son organisation. Elle reconnaît que l'absence de numéro unique d'allocataire est une source de fraude, ce dont l'ensemble du

réseau a pris conscience depuis déjà un certain temps. En ce qui concerne l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF), les reproches de la Cour se concentrent en fait sur un simple transfert de droits ouverts à une époque et destinés à des avantages futurs dont l'urgence n'apparaît pas toujours évidente.

M. Nicolas About, président, s'est interrogé sur le contenu détaillé des réponses de la Cnaf aux observations de la Cour des comptes.

M. Philippe Georges, directeur de la Caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf), a rappelé que ces observations s'orientent autour de deux critiques principales : l'absence de fichier unique et l'AVPF. Or, la mise en place d'un fichier unique des allocataires, qui existe pour le RMI mais pas encore pour les allocations familiales, est une opération très lourde. La Cnaf s'est engagée en 2005 à créer ce fichier ; il devrait, en principe, être opérationnel à la fin de l'année 2007. Sur la deuxième critique, il a estimé l'enjeu relativement faible car il s'agit seulement de savoir si les versements concernés ont bien eu lieu ; une mission récemment diligentée par le Gouvernement devrait permettre d'y voir plus clair.

M. Guy Fischer a souligné que les comptes de la branche famille constituent un des très rares exemples de non-certification des comptes par la Cour des comptes.

M. Philippe Georges a rappelé que l'unicité de l'Etat conduit la Cour à ne formuler qu'un seul jugement sur ses comptes, malgré les disparités de gestion des ministères, alors que, pour la branche famille, entièrement autonome, son regard est empreint d'une plus grande sévérité.

M. Guy Fischer a souhaité savoir si l'objectif de retour à l'équilibre implique une plus forte pression sur les fonds sociaux de la caisse alors que la situation des allocataires se détériore sérieusement. En d'autres termes, peut-on considérer que ces fonds sociaux sont aujourd'hui à l'étiage ou bien qu'il existe encore une marge de manœuvre à la baisse ?

M. Jean-Louis Deroussen a reconnu que la seule partie du budget de la Cnaf sur laquelle on dispose d'une marge de manœuvre est celle de l'action sociale. Or, celle-ci doit prendre en charge de très nombreux efforts, en direction des jeunes enfants notamment. Les contrats « enfance jeunesse », à la suite des contrats « temps libre », représentent un budget en très forte augmentation qui pourrait s'accroître de plus de 15 % si les caisses n'effectuent pas de révision à la baisse de leurs engagements. L'idée est de faire en sorte que ces budgets soient programmés et confortés dans le cadre de la prochaine convention d'objectif et de gestion (Cog).

M. Guy Fischer a souhaité connaître l'opinion de la Cnaf sur le reproche de certains conseils généraux selon lequel le suivi du RMI par les caisses locales ne serait pas assez précis, entraînant de ce fait un montant de versement par les conseils généraux supérieur à ce qu'il devrait être en réalité.

M. Philippe Georges a estimé qu'après des débuts difficiles et la nécessaire adaptation des systèmes informatiques, les conseils généraux et les caisses d'allocations familiales travaillent aujourd'hui en parfaite coopération, y compris dans le département du Rhône où des changements récents au sein de la caisse devraient permettre de faciliter ces relations.

M. Nicolas About, président, a ensuite interrogé les responsables de la Cnaf sur le sujet du périmètre de la protection sociale, en particulier sur l'idée d'une fusion de la loi de finances et de la loi de financement de la sécurité sociale, sur l'intérêt de la budgétisation de la branche famille ou encore du basculement des cotisations patronales affectées à la Cnaf vers une partie de la contribution sociale généralisée (CSG) ou de la TVA sociale.

M. Jean-Louis Deroussen s'est félicité de la création du conseil d'orientation des finances publiques et des efforts déjà effectués pour améliorer la coordination des textes financiers, harmoniser les calendriers, reconnaître la dette de l'Etat à l'égard de la sécurité sociale et permettre un retour régulier du Gouvernement vers le Parlement avec la production d'états financiers semestriels. Accentuer cette meilleure transparence et la collaboration entre administrations est certainement une bonne chose mais elle n'implique pas pour autant la fusion des textes financiers. Celle-ci se heurte en effet à la grande différence de nature des dépenses concernées et au principe de l'affectation préalable des recettes en matière de finances sociales. S'agissant de la branche famille, des prévisions de long terme sont nécessaires, ce qui signifie la fixation d'objectifs pluriannuels précis. Dans ce cadre, il est néanmoins impossible de définir des enveloppes limitatives car la naissance d'enfants constitue un « risque » que la branche doit, en tout état de cause, assurer. Certes, au cours des dernières années, l'existence d'excédents financiers a facilité la création de nouvelles prestations, comme la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje), créant ainsi des dépenses nouvelles difficiles à évaluer précisément. Toutefois, l'augmentation actuelle des recettes devrait permettre d'annuler le déficit de la branche famille en 2008 ou du moins d'ici deux à trois ans. L'exemple du Conseil d'orientation des retraites (Cor) pour la vieillesse ou du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) pour la santé pourrait être reproduit pour la famille, avec la création d'un conseil d'orientation qui permettrait d'avoir une démarche plus prospective et de construire des budgets en équilibre tout en continuant à répondre aux attentes des familles.

Puis **M. Jean-Louis Deroussen** a évoqué le sujet de la TVA sociale en estimant au préalable indispensable de connaître les résultats détaillés des expérimentations menées à l'étranger. Il a souligné le risque non négligeable qu'une augmentation de quatre ou cinq points de TVA pourrait faire peser sur le pouvoir d'achat des inactifs. Il a fait valoir que l'équilibre actuel entre cotisations sur les salaires et impôts apparaît satisfaisant, même s'il peut sans doute être légèrement affiné. Il est particulièrement légitime que des cotisations sur les salaires servent à financer des dépenses supplémentaires liées à l'arrivée d'un jeune enfant au sein d'une famille.

M. Nicolas About, président, a souhaité savoir si le plaidoyer de la Cnaf en faveur du maintien des cotisations peut s'analyser comme l'affirmation de la nécessaire gestion de la protection sociale par les partenaires sociaux. Il a par ailleurs estimé que le principe de la TVA sociale est de ne pas créer de surcoût car l'augmentation de la TVA doit compenser une baisse des charges, ce qui, a priori, ne crée pas de risque en termes de pouvoir d'achat.

Mme Sylvie Desmarescaux a constaté que les caisses d'allocations familiales sont les premières à inciter les collectivités à signer des contrats mais, en cas de difficulté, les collectivités territoriales doivent se substituer aux caisses pour assurer le financement des actions engagées. Or, il est généralement impossible pour les élus locaux et les collectivités de revenir sur ce qui a été mis en place, ce qui entraîne des frais supplémentaires non négligeables. Par ailleurs, de vives inquiétudes existent aujourd'hui dans le Nord sur les projets de suppression et de regroupements en cours dans le réseau des Caf.

M. André Lardeux a souhaité savoir quel pourrait être le coût de la mise en place d'une allocation familiale au premier enfant et si l'on a mesuré l'efficacité d'une telle mesure.

M. Louis Souvet s'est interrogé sur les modalités de la mise en application d'un droit opposable au mode de garde des enfants.

M. Jean-Louis Deroussen est convenu que la légitimité de la gestion de la branche famille par les partenaires sociaux disparaîtrait si ses dépenses étaient budgétisées. Néanmoins, le bilan largement positif de ce mode de gestion, en particulier au niveau local où il permet l'expression des besoins du terrain et de la population à travers les conseils d'administration des caisses, conduit à encourager le maintien de cette gouvernance pour la sécurité sociale. En ce qui concerne la TVA sociale, même si l'objectif est de conserver une correspondance dans le pouvoir d'achat des ménages avant et après la réforme, cela n'exclut pas un risque important pour les salariés d'être confrontés à des augmentations de dépenses et donc à une perte de pouvoir d'achat, qui serait de toute façon élevée pour les non-salariés. Il a ensuite reconnu les difficultés créées par les contraintes budgétaires de la branche famille pour la mise en œuvre des contrats « enfance » ou « temps libre » signés avec les collectivités territoriales. Dans certains cas, il est effectivement nécessaire de trouver un autre financeur mais les Caf restent très attentives au maintien d'un soutien aux contrats qui interviennent dans les situations les plus difficiles.

M. Philippe Georges a insisté sur les problèmes rencontrés lors de la transition entre le régime antérieur des contrats « temps libre » et celui actuellement en vigueur. L'idée est aujourd'hui d'offrir une meilleure visibilité avec des contrats de quatre ans comportant des engagements financiers garantis. Il s'agit de sécuriser au maximum l'ensemble des situations dans le cadre d'une enveloppe financière limitée.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a fait valoir que, dans d'autres domaines, le système des crédits limitatifs avait produit des résultats financiers certains et qu'il pourrait dès lors être appliqué à la branche famille.

M. Philippe Georges a précisé que les seules dépenses évaluatives de la branche concernent les sommes versées aux familles. En revanche, les crédits destinés aux collectivités territoriales ne fonctionnent pas à guichet ouvert.

M. Jean-Louis Deroussen a indiqué que le conseil d'administration de la Cnaf a arrêté le 12 juin dernier sa position sur la départementalisation du réseau : d'ici 2011, il ne devra y avoir qu'une seule Caf par département. Les principales difficultés concernent les départements du Nord et de la Seine-Maritime dans lesquels on compte aujourd'hui respectivement huit caisses et quatre caisses. Huit autres départements disposent de deux caisses différentes. L'idée n'est pas de supprimer les points d'accueil ni les personnels mais de centraliser la gestion de ces caisses et en particulier de créer un seul interlocuteur par département pour les services du conseil général, la priorité restant la qualité du service rendu.

M. Louis Souvet a insisté sur les questions d'aménagement du territoire en citant le département du Doubs où l'existence d'une caisse à Montbéliard et d'une autre caisse à Besançon se justifie pleinement.

M. Philippe Georges a souligné que le regroupement des caisses n'implique pas la suppression des points de contact avec le public mais permet la centralisation des fonctions de direction et de support.

M. Jean-Louis Deroussen a indiqué que, sur la base de 60 euros par mois, le coût du versement de l'allocation au premier enfant serait de 2,6 milliards d'euros pour la Cnaf.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a réaffirmé l'intérêt d'une réflexion sur la nature des crédits de la branche famille car certains exemples, comme celui de l'aide juridique, montrent que l'on peut progresser dans la gestion de crédits, en théorie évaluatifs, dès lors qu'ils deviennent limitatifs.

**Audition de M. Alain GUBIAN,
directeur financier de l'Agence centrale
des organismes de sécurité sociale (Acosse)**
(27 juin 2007)

Puis la commission a procédé à l'audition de M. Alain Gubian, directeur financier de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acosse).

Présentant la situation des finances de l'Acoss, M. Alain Gubian, directeur financier de l'Acoss, a tout d'abord souligné le surcroît d'encaissements de cotisations sociales en provenance du secteur privé, lié à une dynamique de la masse salariale très supérieure à ce qui avait été envisagé. Une rentrée supplémentaire de 270 millions d'euros provenant du secteur privé a ainsi été constatée dès le mois de février dans les résultats de janvier prenant en compte des encaissements assis sur le dernier trimestre de 2006. Le mouvement s'est prolongé en mai avec les résultats du premier trimestre pour les petites entreprises et du mois de mars pour les plus grandes : le surcroît d'encaissements a atteint 310 millions d'euros. Au 15 juin 2007, le taux de progression de l'assiette salariale dans le secteur privé calculé sur un an, entre le premier trimestre 2006 et le premier trimestre 2007, s'élevait à 5,1 %. Rien qu'entre le quatrième trimestre 2006 et le premier trimestre 2007, la hausse de la masse salariale a été de 2 % alors qu'elle avait atteint 3,3 % sur l'ensemble de l'année civile 2005 et 4,2 % sur la totalité de l'exercice 2006.

Le taux de 5,1 % en glissement annuel apparaît cependant dopé par le versement de primes très élevées dans le secteur bancaire. Ce sont ces primes qui expliquent à elles seules la moitié du taux de progression de 2 % constaté entre le quatrième trimestre 2006 et le premier trimestre 2007.

Dès lors, il apparaît vraisemblable que l'évolution de la masse salariale sur l'ensemble de l'exercice 2007 sera un peu moins élevée que ce que laisse prévoir la dynamique actuelle. On s'attend ainsi à un taux de 4,8 % représentant tout de même 0,6 point de plus par rapport aux conjonctures établies en début d'année. Ce taux se décomposerait approximativement en 1,5 point lié à l'augmentation de l'emploi et 3,3 points de progression du salaire moyen par tête. Il convient de rappeler qu'un point de masse salariale en plus correspond à une recette supplémentaire de 1,7 milliard d'euros.

Si l'on compare toutefois les finances de l'Acoss au calcul prévisionnel établi en janvier sur la base des hypothèses de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, la situation apparaît moins

favorable. En effet, la loi de financement avait été établie à partir d'une projection de progression annuelle de la masse salariale de 4,6 %. Ce taux, ayant été généralement considéré comme excessivement optimiste, avait ensuite été ramené par les conjoncturistes à 4,2 % en début d'année. Si l'on se réfère donc à la loi de financement, le surcroît de progression de la masse salariale par rapport aux projections ne serait que de 0,2 point (au lieu de 0,6 point si l'on se réfère aux conjonctures révisées du début de l'année), soit un gain pour l'Acoss de 350 millions d'euros environ.

Le bilan des recettes est « impacté » par un surcroît d'exonérations.

A ce sujet, M. Alain Gubian a rappelé qu'en 2007 est entré en vigueur le nouveau mode de financement de la compensation des exonérations générales de cotisations. Depuis 2006, les sommes correspondantes n'étaient déjà plus directement compensées par l'Etat, mais financées par une affectation de recettes fiscales, le « panier fiscal ». En 2007, la compensation « à l'euro l'euro » par le panier de recettes n'est en outre plus garantie, puisque la composition du panier ne pourra être corrigée que si le constat est fait d'un écart de plus de 2 % entre le coût des allègements et celui des recettes censées le compenser. En outre, le différentiel ne sera comblé que dans le cadre de la plus prochaine loi de finances après le constat préalable de l'existence de cet écart dans un rapport, soit au minimum en 2009 pour un écart constaté au terme de l'exercice 2007.

M. Alain Gubian a fait observer que l'écart de 2 % à partir duquel une correction est, le cas échéant, mise en œuvre dans le panier des recettes représente tout de même 400 millions d'euros. Les organismes de sécurité sociale peuvent ainsi se voir opposer une sorte de franchise de plusieurs centaines de millions d'euros en cas d'excédent du montant d'exonération sur les recettes sans que le différentiel leur soit remboursé.

Si cette situation se présentait, l'impact serait immédiat dès 2007 non seulement en trésorerie mais également en comptabilité.

En l'état actuel des données, les rentrées fiscales du panier de recettes semblent progresser au rythme de ce qui était attendu avec même un léger supplément de 100 millions d'euros provenant de la taxe sur les salaires versée par le secteur bancaire, correspondant au surplus de primes mentionné plus haut.

L'Acoss a dû cependant prendre en compte un risque de supplément d'exonérations « Fillon » important qui aurait une double origine. La première procède de l'application de l'article 14 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006. Cet article, en effet, a précisé que les calculs d'exonérations se font pour les entreprises d'intérim sur les heures rémunérées quelle qu'en soit la nature et non sur les heures effectives. Les entreprises concernées peuvent recalculer leurs exonérations selon les nouvelles règles, avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2006. Après un démarrage relativement lent, les bénéficiaires potentiels ont accéléré le mouvement en 2007 et l'on s'attend à un surcroît de demandes de recalcul à l'été. L'impact

retenu par la prévision AcoSS est de 300 à 500 millions pour 2006, ce qui laisse présager un impact sur 2007 de 800 millions d'euros supplémentaires dont la compensation n'est pas prévue dans le panier de recettes fiscales.

La seconde source potentielle d'alourdissement des exonérations Fillon provient du projet du Gouvernement de supprimer les cotisations sociales sur les heures supplémentaires, en contrepartie de laquelle il n'est prévu aucune recette de couverture en l'état.

S'agissant des exonérations ciblées, cette année encore il apparaît que le montant réel de certaines d'entre elles est nettement supérieur aux prévisions figurant dans l'annexe 5 de la loi de financement. C'est le cas de celles concernant les départements d'outre-mer, les apprentis et les services à la personne. Les deux dernières de ces exonérations sont sur une courbe de croissance particulièrement dynamique.

Parallèlement à ce pronostic assez défavorable sur les rentrées, les décaissements sont accrus principalement sur la maladie, du fait du dérapage de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), et sur la vieillesse avec un nombre de départs anticipés plus élevés que celui initialement attendu. Dès lors, la variation de trésorerie de l'AcoSS devrait être supérieure à ce qui était attendu. Seuls les décaissements de la branche famille semblent être en retrait par rapport aux hypothèses de départ avec des dépenses de RMI moins dynamiques et un freinage assez net des allocations logement.

A la fin septembre 2007, la variation de trésorerie de l'AcoSS serait ainsi de 12 milliards d'euros au lieu des 11 milliards attendus. A la fin de l'année, cet écart d'un milliard d'euros par rapport aux prévisions pourrait encore s'accroître.

Dans ces conditions, le solde négatif du compte AcoSS est prévu à 24,5 milliards d'euros à fin septembre, sans risque toutefois de dépassement du plafond de 28 milliards d'euros à ce stade. Cependant, de septembre à la fin de l'année, les risques de dépassement apparaissent très importants. D'une part, on l'a vu, les compensations sont déjà insuffisantes. A cela, s'ajoute le surcroît de dépenses et aussi d'exonérations, conduisant à des encaissements minorés malgré l'amélioration de la situation de la masse salariale. Enfin, il conviendra de prendre en compte également, pour deux mois en trésorerie, le coût des allègements de cotisations sociales sur les heures supplémentaires qui devraient être votés pendant la session extraordinaire.

Sur ces bases, le solde négatif moyen pourrait doubler sur l'année 2007 par rapport à 2006. Compte tenu des hausses des taux d'intérêts (en moyenne le taux de financement passerait de 2,94 % en 2006 à près de 4 % en 2007), le résultat net de trésorerie atteindrait 730 millions d'euros après 271 millions d'euros en 2006, soit une multiplication de la charge d'intérêt par un coefficient de 2,7.

Grâce aux dispositions de la loi de financement pour 2007, l'Acoss a pu cette année, pour la première fois, émettre des billets de trésorerie avec un solde compris entre 2,8 et 3 milliards d'euros. Ces produits très souples permettent des économies chiffrées à 400 000 euros par point de base et par milliard emprunté par année, soit, pour 3 milliards en moyenne, 1,2 million d'euros. Le volume de billets de trésorerie émis par l'Acoss devrait atteindre 5 milliards d'euros d'ici la fin de l'année.

La dette de l'Etat vis-à-vis du régime général s'est élevée à 3,5 milliards d'euros à fin décembre 2006 pour l'ensemble des exonérations et 3,1 milliards fin janvier, compte tenu des montants versés en début d'année au titre de l'exercice 2006 et des exercices antérieurs. Ce montant de dette est en hausse de 800 millions d'euros par rapport à 2005. S'agissant des prestations, la dette brute était de 2,6 milliards fin décembre et 1,6 milliard fin janvier. Dans ces conditions, la dette d'ensemble de l'Etat à l'égard du régime général s'élevait à 6,1 milliards d'euros fin décembre et 4,7 milliards fin janvier.

Si l'on ajoute à ces totaux les retards du fonds de solidarité vieillesse (FSV), qui représentent 4,9 milliards d'euros, l'addition de la dette Etat et FSV à l'égard de la sécurité sociale portée par l'Acoss s'élève à 10 milliards d'euros.

S'agissant de la seule dette de l'Etat, hors FSV, le surcroît d'intérêts est estimé pour 2006 à 168 millions d'euros soit environ le montant des droits tabac affectés au régime général en 2007 pour leur couverture.

En octobre 2006, 238 millions d'euros auraient dû être versés par l'Etat conformément à l'échéancier prévu pour la compensation du coût des exonérations : 151 millions d'euros pour les dispositifs apprentis et 87 millions d'euros pour la professionnalisation. Rien n'a été versé en novembre et décembre. En janvier, en période complémentaire, 12 millions d'euros ont été accordés pour les contrats de professionnalisation et 86 millions d'euros pour les apprentis. Manquent donc toujours, depuis octobre, 65 millions d'euros pour les apprentis et 75 millions d'euros pour les contrats de professionnalisation.

***M. Alain Gubian** a ensuite détaillé le contenu de l'avis de l'Acoss sur la partie relative aux heures supplémentaires du projet de loi portant sur le travail, l'emploi et le pouvoir d'achat (Tepa).*

Le texte prévoit deux dispositifs : une réduction des cotisations salariales et une réduction forfaitaire des cotisations patronales.

La réduction de cotisations salariales consiste en pratique en une exonération complète des cotisations salariales d'assurance maladie et d'assurance vieillesse, des cotisations de retraite complémentaire, des cotisations d'assurance chômage et des contributions CSG et CRDS pesant sur les salaires. L'addition de tous ces prélèvements est de 21,5 points. Cependant, la réduction de cotisations sera imputée au titre de chaque salarié uniquement sur le montant des cotisations salariales de sécurité sociale

(assurance maladie et assurance vieillesse) dues chaque mois pour celui-ci. Cette imputation sera effectuée sur le total des cotisations d'assurance maladie et d'assurance vieillesse et pas seulement sur les cotisations correspondant aux heures supplémentaires. En conséquence, dans le cas d'un salarié effectuant quatre heures supplémentaires par semaine, ce sont 2,7 points qui seront défalqués de ce total.

En principe, cet abattement ne devrait pas poser de problème puisqu'il demeure inférieur au montant total des cotisations salariées versées au régime général, soit 7,5 % se décomposant en 0,75 % pour la maladie et 6,75 % pour la vieillesse. Le salaire net du salarié sera accru à due proportion de l'abattement de 2,7 points.

Le projet de loi instaure par ailleurs une réduction forfaitaire au bénéfice des employeurs. Le montant de la réduction devrait être fixé à 1,5 euro par heure supplémentaire dans les entreprises d'au plus vingt salariés et à 0,5 euro par heure supplémentaire dans les autres entreprises.

La réduction forfaitaire de cotisations patronales est cumulable avec l'exonération Fillon. Dans certains cas, très peu nombreux, il pourra arriver que le montant de la réduction forfaitaire dépasse le total des cotisations restant à la charge de l'employeur. La situation concerne quelques milliers d'entreprises dans lesquelles le salaire horaire du salarié est strictement au niveau du Smic et le taux de cotisation accidents du travail-maladie professionnelle n'excède pas 1,3 %.

Pour prendre en compte la situation spécifique de ces entreprises, le projet de loi permet à l'employeur d'imputer en trésorerie le surplus de la réduction patronale sur les cotisations salariales à reverser à l'Urssaf.

Cette possibilité ne pose pas de problème au niveau du paiement et en trésorerie puisque le montant dû au titre de la part salariale restera toujours élevé. Elle soulève en revanche pour l'Acoss une difficulté sérieuse pour la gestion comptable et l'enregistrement des écritures correspondantes, du fait de l'absence d'identité de nature juridique entre les cotisations salariales et patronales.

Afin de surmonter cette difficulté, l'Acoss propose de plafonner le montant de la réduction de cotisations au montant de cotisations patronales restant effectivement dû. Cette solution serait gérée sans impact important dans le système d'information selon les règles classiques d'exonérations.

***M. Alain Gubian** a indiqué que l'Acoss évalue à 5 milliards d'euros le surcoût du dispositif proposé pour la sécurité sociale. Ce total se décompose en 2,7 milliards au titre des exonérations de cotisations salariales, un milliard pour les exonérations patronales et enfin 900 millions d'euros de surcoût du coût des allègements Fillon.*

En effet, le projet de loi prévoit une modification du mode de calcul de ces allègements permettant de prendre en compte le taux de majoration appliqué à la rémunération des heures supplémentaires.

En l'état, on l'a vu, le panier de recettes fiscales devrait tout juste permettre de couvrir en 2007 le coût des allègements généraux dont ceux du dispositif Fillon. Par voie de conséquence, le surcoût de 900 millions calculé par l'Acoss n'est pas actuellement pris en compte et ne peut faire l'objet à ce stade d'aucune compensation avant 2009.

Quant au coût à proprement parler des deux exonérations de cotisations salariales et patronales, le projet de loi ne prévoit rien pour l'instant au sujet de leur compensation. Il n'est ainsi pas indiqué si celle-ci prendra la forme d'une subvention budgétaire ou si elle sera assurée au travers du mécanisme du panier de recettes fiscales. Selon le cas, le montant des produits sera ou non « impacté ». En tout état de cause, la trésorerie de l'Acoss en sera modifiée avec un risque accru de dépassement du plafond de 28 milliards d'euros prévu par la loi de financement.

Dans son avis, l'Acoss pointe enfin que le dispositif proposé n'aborde pas les autres mesures d'exonérations patronales et suggère de prévoir un principe général de non cumul de ces mesures avec la réduction forfaitaire patronales « heures supplémentaires ». Par ailleurs, le projet de loi propose qu'une évaluation du dispositif soit effectuée au 1^{er} juillet 2009. L'Acoss souhaite que cette date soit reportée à l'automne de la même année afin qu'elle puisse disposer des informations utiles à la réalisation de cette évaluation.

***M. Alain Vasselle, rapporteur,** a indiqué retenir des propos de M. Alain Gubian une dégradation de la trésorerie de l'Acoss en 2007, une compensation encore insuffisante des exonérations sociales, enfin, une dette de l'Etat à l'égard de la sécurité sociale atteignant 10 milliards d'euros dont le montant pourrait encore s'accroître du coût du dispositif d'exonération des cotisations sur les heures supplémentaires.*

***M. Guy Fischer** a souligné le décalage entre les indications données en matière de hausse de la masse salariale et la réalité perçue sur le terrain par des salariés qui constatent que la progression affichée n'est pas aussi forte que ce qu'en disent les pouvoirs publics.*

S'agissant de la dette de l'Etat à l'égard de la sécurité sociale, il a insisté sur le resserrement des crédits de l'allocation de parent isolé (API), jugeant que le budget de la sécurité sociale apparaît ainsi de plus en plus comme la variable d'ajustement du budget de l'Etat.

**Audition de Mme Danièle KARNIEWICZ,
présidente du conseil d'administration de la Caisse
nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (Cnav)**
(27 juin 2007)

Ensuite, la commission a procédé à l'audition de Mme Danièle Karniewicz, présidente du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (Cnav).

Mme Danièle Karniewicz a rappelé qu'en 2001 la branche vieillesse présentait une situation bénéficiaire de 1,5 milliard d'euros. A partir de 2005, les comptes de la retraite se sont nettement dégradés avec un déficit de 1,9 milliard en 2005 et en 2006. Pour 2007, une nouvelle accélération de ce déficit a été prévue à hauteur de 3,5 milliards d'euros. Toutefois, le dépassement actuellement constaté sur les dépenses pourrait conduire ce déficit à 4,5 milliards et un retard sur les ressources le porterait à environ 5 milliards.

Plusieurs facteurs expliquent cette dégradation, en particulier l'importance du nombre des départs anticipés, l'arrivée à l'âge de la retraite des générations du papy-boom et, désormais aussi, la charge d'intérêts supportée par la Cnav. Le coût de la mesure des départs anticipés est passé de 600 millions d'euros en 2004 à 1,8 milliard en 2006 et probablement 2,1 milliards en 2007. Le flux des départs en retraite qui était encore d'un peu plus de 600 000 en 2005 est passé à 710 000 en 2006. Par ailleurs, depuis 2003, le poids des cotisations retraite des chômeurs représente un coût d'environ un milliard d'euros par an pour la Cnav en raison du mode de calcul de la compensation. Enfin, les intérêts supportés par la caisse apparaissent en très nette augmentation, passant de 257 millions en 2006 à 500 millions en 2007. Les prestations en volume augmentent donc sensiblement car, outre les départs anticipés et l'arrivée de générations nombreuses à l'âge de la retraite, on constate l'échec complet des mesures en faveur de l'emploi des seniors. L'effet comportement qui était attendu de cette réforme semble en réalité produire l'effet inverse et accélérer encore les départs en retraite. Il faut d'ailleurs rappeler qu'un mois de décalage dans l'ensemble des départs en retraite représente 350 millions d'euros de dépenses supplémentaires. Enfin, les recettes affectées à la Cnav devraient être inférieures de 400 à 450 millions d'euros en 2007, sans toutefois qu'on en connaisse les raisons précises.

Mme Gisèle Printz a voulu savoir combien de départs anticipés en retraite sont enregistrés chaque année et quelle est la situation actuelle du travail des seniors.

Mme Danièle Karniewicz a indiqué que 15 % des départs en retraite se font au titre des carrières longues, les flux s'étant accrus depuis 2004, passant d'environ 100 000 à 111 000 en 2007. Depuis l'origine de la mesure en faveur du travail des seniors, seuls 83 000 retraités ont bénéficié d'une surcote. Cela signifie que l'effet incitatif ne fonctionne pas, l'effet inquiétude étant plus fort. Il apparaît de fait aujourd'hui que les salariés ne font plus confiance au système, ce qui justifierait de créer un électrochoc pour inverser cette tendance en matière de retraite. Celui-ci pourrait prendre la forme de garanties plus concrètes, comme la définition d'un taux minimal de remplacement en deçà duquel on ne descendrait pas. Il est, en tout état de cause, regrettable que les employeurs ne jouent pas le jeu en matière d'emploi des seniors.

M. André Lardeux a rappelé, pour la dénoncer, la mesure favorisant encore les départs en retraite contenue dans la dernière loi de financement de la sécurité sociale à laquelle le Sénat s'était pourtant vivement opposé.

Mme Danièle Karniewicz a estimé que la première des priorités est aujourd'hui de favoriser l'emploi des seniors afin de permettre à un maximum de personnes d'atteindre une retraite à taux plein. Permettre le cumul emploi-retraite apparaît moins crucial et devrait, pour le moins, être interdit avant soixante ans et limité entre soixante et soixante-cinq ans.

Mme Christiane Demontès a relevé la situation paradoxale du développement des départs anticipés dans le cadre des plans sociaux et la difficulté de favoriser les actions de formation et de reclassement dans le cadre de ces mêmes plans, en particulier au-delà de l'âge de cinquante ans. Elle a souhaité savoir si l'on a établi une typologie des salariés en mesure de travailler au delà de l'âge de la retraite.

Mme Danièle Karniewicz a indiqué que les personnes prolongeant leur durée d'activité sont essentiellement des cadres, soit sous une forme salariale, soit sous une autre forme.

Mme Gisèle Printz a constaté qu'augmenter le nombre d'embauches serait plus profitable pour les caisses de la sécurité sociale que l'exonération fiscale et sociale des heures supplémentaires.

Mme Danièle Karniewicz est convenue de l'incidence directe du taux d'emploi sur les ressources des caisses, la difficulté étant de dynamiser ce taux d'emploi. Elle a ajouté que le problème de la compensation des exonérations de charges constitue une vraie difficulté pour les caisses. Il en est de même pour le FSV.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a souhaité connaître l'état actuel de la situation du FSV et de ses relations avec la Cnav.

Mme Danièle Karniewicz a rappelé que le déficit du FSV s'est établi à 1,2 milliard d'euros en 2006 après 2 milliards en 2005, soit une diminution. En revanche, la dette cumulée de ce fonds à l'égard de la Cnav s'est nettement accrue pour atteindre 5,5 milliards d'euros à la fin 2006. Elle entraîne des coûts financiers très importants pour la Cnav, s'approchant de 500 millions d'euros.

La réforme des régimes spéciaux est certes aujourd'hui importante mais elle ne pourra, à elle seule, régler le déficit du régime général ni d'ailleurs permettre la revalorisation des petites retraites. Un effort supplémentaire est donc inévitable. Naturellement, la réforme des régimes spéciaux et des éventuels adossements ne pourra se faire sans un dialogue social approfondi. A cet égard, **Mme Danièle Karniewicz** a rappelé que le dossier de l'adossement de la RATP au régime général est ouvert depuis plus de deux ans et que celui de la Poste est récemment apparu. Pour celle-ci des calculs sont en cours, mais il semble à la Cnav que la prise en charge des retraites des 200 000 fonctionnaires de la Poste relève avant tout de l'Etat et de son budget.

Mme Sylvie Desmarescaux a insisté sur l'inquiétude actuelle des salariés en matière de retraite. Elle s'est interrogée sur la nature de l'électrochoc qui permettrait de rétablir leur confiance.

Mme Danièle Karniewicz a rappelé qu'il existe une garantie aujourd'hui pour tous ceux qui arrivent à l'âge de soixante ans, de bénéficier d'une retraite à taux plein et que cela est méconnu. Il est nécessaire de développer une compréhension collective du problème des retraites car, pour demander un effort collectif, il convient d'abord de rassurer les salariés. Cela signifie que, même si des efforts supplémentaires devaient être décidés, il est important de mettre en place un garde-fou, par exemple en définissant une garantie de référence, comme cela existe dans la fonction publique ou pour les bas salaires. Il est impératif de favoriser la plus grande lisibilité possible sur ces questions et de rappeler que le système de retraite par répartition est le plus protecteur pour la collectivité.

Enfin, **Mme Danièle Karniewicz** a fait part de ses observations sur la TVA sociale. Elle a regretté le terme, estimant préférable d'utiliser l'expression « cotisation sociale sur la consommation » car celui-ci permet d'afficher l'affectation du prélèvement supplémentaire que l'on souhaite créer. Néanmoins, cette nouvelle taxe paraît inévitable car l'assiette des salaires est insuffisante pour faire face à des dépenses qui vont augmenter de façon structurelle, notamment les dépenses de santé, liées à la dépendance et au vieillissement de la population. En revanche, il ne serait pas judicieux de recourir à la TVA sociale pour le financement des retraites pour lequel un mécanisme contributif s'impose. Il est d'ailleurs essentiel de mieux clarifier, dans notre système de protection sociale, ce qui relève de la solidarité et de la contribution. C'est seulement après un tel travail que l'on pourra approfondir la réflexion et engager une expérimentation de la TVA sociale.

**Audition de M. Patrice RACT-MADOUX,
président du conseil d'administration de la
Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades)**
(27 juin 2007)

Enfin, la commission a procédé à l'audition de M. Patrice Ract -Madoux, président du conseil d'administration de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades).

M. Patrice Ract-Madoux, président du conseil d'administration de la Cades, a indiqué que les comptes de la Cades viennent d'être arrêtés et seront présentés dans quelques jours à son comité de surveillance. Le résultat de l'exercice 2006 s'est élevé à 2,8 milliards d'euros. Il a été intégralement consacré au remboursement de la dette pour un montant légèrement supérieur à l'objectif d'amortissement rectifié de 2,77 milliards d'euros fixé par la loi de financement de la sécurité sociale.

Depuis sa création, la Cades a perçu 50 milliards d'euros de contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS). Elle a pu amortir 32 milliards d'euros sur les 107,7 milliards de dette reprise, conformément aux lois votées par le Parlement, et 18 milliards d'euros d'intérêts ont été versés aux investisseurs.

Pour 2007, le programme de financement de la caisse devrait être de l'ordre de 9 milliards d'euros.

Dans le détail, le résultat de l'exercice 2006 (2,8 milliards d'euros) est égal à la différence entre le produit de CRDS perçu, qui s'élève à environ 5,5 milliards d'euros, et le montant des intérêts versés, qui atteignent 2,66 milliards d'euros. En 2005, le résultat avait été négatif, à hauteur de 367 millions d'euros, du fait d'un versement à l'Etat de 3 milliards d'euros.

Les emprunts de refinancement émis sur le marché par la Cades le sont dans des conditions identiques à celles des deux principales agences européennes, la KFW allemande (Kasse für Wiederaufbau) et la BEI (Banque européenne d'investissement). Le très léger surcoût des emprunts de la Cades par rapport à ceux émis par l'Agence France Trésor pour le compte de l'Etat est le même que celui supporté par la KFW en comparaison du coût des emprunts de l'Etat fédéral allemand.

Au titre des ressources, le produit de la CRDS provient, pour près des deux tiers, du prélèvement sur les revenus d'activité. Les revenus de remplacement, dont les retraites, représentent 22 % de l'assiette de la contribution, les revenus du patrimoine et les placements, 12 %. La croissance de cette ressource est assez régulière. La hausse sensible du produit de la CRDS constatée en 2006 (+ 5,48 % par rapport à 2005) est due aux nouvelles modalités de taxation des plans d'épargne logement (PEL) qui ont entraîné un

gain net de 100 millions d'euros. Les effets de cette mesure, inscrite dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, sont limités à l'exercice 2006.

S'agissant des émissions et de la structure de la dette, **M. Patrice Ract-Madoux** a fait observer qu'en 2007, le montant des échéances d'emprunt reste supérieur au montant de la dette amortie annuellement. L'inverse devrait se vérifier à partir de 2014.

Il a rappelé que, depuis la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, il n'est plus possible de transférer à la Cades de nouvelles obligations sans prévoir les ressources lui permettant de conserver son horizon de remboursement complet de l'ensemble de la dette sociale. Cet horizon n'est plus fixé par la loi depuis 2004, mais procède d'un calcul. En l'état, il existe une chance sur deux pour que tous les emprunts aient été remboursés d'ici quinze ans (2022), cinq chances sur cent que ce remboursement total ait pu être effectué avant treize ans (2020) et, également, cinq chances sur cent pour que la totalité des emprunts ne soit remboursée qu'au-delà d'un délai de dix neuf ans (2026).

Grâce à une CRDS dynamique et parce que la banque centrale européenne a pris son temps pour augmenter ses taux, la Cades a vu ses perspectives s'améliorer, gagnant une à deux années sur la durée présumée de son activité.

Toutefois, force est de constater qu'une nouvelle ouverture de la caisse ne peut être exclue eu égard au montant élevé du déficit de trésorerie porté par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) qui pourrait dépasser le plafond de 28 milliards d'euros prévu en loi de financement pour 2007. Si la Cades devait reprendre une trentaine de milliards de dettes, la règle de stabilisation de l'horizon de remboursement étant par ailleurs maintenue, il faudrait alors prévoir de porter de 0,5 % à 0,7 % le taux de la CRDS, 0,1 point de CRDS représentant environ 15 milliards d'euros de recettes supplémentaires.

En réponse à une question de **M. François Autain**, **M. Patrice Ract-Madoux** a justifié l'existence de la Cades et la distinction opérée en 1996 entre la gestion de la dette sociale et la gestion de la dette de l'Etat par l'Agence France Trésor. La dette sociale doit être isolée car elle ne devrait pas en principe exister eu égard à la nature même des dépenses sociales. Sa mise en exergue et son financement par une ressource dédiée ont une valeur pédagogique pour les citoyens qui doivent savoir ce qu'elle coûte.

Il convient par ailleurs de relativiser le débat sur le surcoût de cette gestion séparée des deux dettes. Ce débat est régulièrement relancé par les articles que publie M. Philippe Marini, rapporteur général du budget, dans la presse.

Le premier effet, paradoxal, de ces articles de presse est qu'ils ont provoqué une baisse de la prime de risque payée par la Cades ou « écart

agence ». Alors qu'elle était de dix points de base en moyenne, ce qui est de toute façon très faible, elle est aujourd'hui descendue à cinq ou six points environ car les banques acheteuses ont conclu des propos de M. Philippe Marini que la Cades allait disparaître ainsi que le gain réalisé sur ses emprunts par rapport aux emprunts émis par l'Etat français. L'augmentation des achats d'emprunts Cades a mécaniquement entraîné une baisse de « l'écart agence ».

Par ailleurs, « l'écart agence » n'existe que sur la partie de l'activité commune à la Cades et à l'Agence France Trésor, c'est-à-dire les emprunts importants libellés en euros. Or, la Cades émet également des emprunts libellés en devises étrangères, ultérieurement convertis en euros, pour lesquels elle obtient des conditions égales, voire plus avantageuses que celles obtenues par l'Etat pour ses emprunts. Toutefois, la part de ce type de ressources demeure limitée, faute de décret permettant d'en accroître la proportion.

**Audition de M. Frédéric VAN ROEKEGHEM,
directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) et
directeur général de l'union nationale des caisses
d'assurance maladie (Uncam)
(4 juillet 2007)**

Réunie le mercredi 4 juillet 2007, sous la présidence de M. Alain Vasselle, président, la mission a tout d'abord procédé à l'audition de M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) et directeur général de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam).

M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général de la Cnam, et directeur général de l'Uncam, a constaté qu'au cours des trente dernières années, la progression des dépenses de santé a toujours excédé la croissance du Pib, à l'exception de quatre périodes correspondant à la mise en œuvre des plans Séguin (1986), Veil (1993), Juppé (1995) et Douste-Blazy (2004). Depuis quinze ans, l'écart s'élève en moyenne à 1,3 % et, sans la réforme de 2004, le déficit cumulé de l'assurance maladie aurait atteint 16,5 milliards d'euros à fin 2006, et non 5,9 milliards d'euros, comme tel était le cas.

Ce résultat a été obtenu grâce à la mise en œuvre de nouveaux outils de pilotage des dépenses de santé, mais également en raison de la perception de recettes supplémentaires, d'un montant de 1,5 milliard d'euros, provenant de la taxation anticipée des plans épargne logement (PEL). Sans cette recette supplémentaire, non reconduite par définition en 2007, le déficit courant de l'assurance maladie aurait été supérieur à 7 milliards d'euros fin 2006. Le taux de progression normal de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) se situe entre 3,5 % et 4 %. Réduire ce taux nécessite des mesures sévères de la part des pouvoirs publics, ce qui a été fait en 2006, année durant laquelle l'Ondam a progressé de 3,1 %, soit la progression la plus faible constatée depuis 1999.

En ce qui concerne l'état des comptes 2007, la commission des comptes de la sécurité sociale évalue le dérapage de l'Ondam 2007 à 2,6 milliards d'euros par rapport à l'objectif initial, dont 2,2 milliards d'euros pour le seul régime général. Une partie de l'écart entre le déficit prévu et le déficit constaté est imputable à une perte de recettes. Le dispositif de compensation des exonérations de cotisations sociales sur les bas salaires par des recettes fiscales affectées, mis en place depuis le 1^{er} janvier 2006, ne permet plus en effet un remboursement à l'euro l'euro de leur coût. Si le montant des exonérations a été couvert par le panier de recettes en 2006, cela

n'a pas été le cas en 2007, ce qui se traduit par une perte de recettes de 850 millions d'euros.

Les mauvais résultats enregistrés au premier semestre 2007 trouvent également leur origine dans un dérapage important des dépenses, notamment dans le domaine des soins de ville. Le caractère particulièrement ambitieux de l'Ondam pour 2007, et notamment du sous-objectif soins de ville, dont le taux de progression avait été fixé à 1,1 %, rendait d'ailleurs probable la survenance de ce dérapage en cours d'année. De surcroît, les dépenses effectivement réalisées en 2006 ont dépassé de 500 millions l'estimation qui a servi de base à la construction de l'Ondam 2007, ce qui impliquait que le taux de progression de son sous-objectif « soins de ville » aurait dû être proche de 0 %. L'impossibilité de respecter ce taux de progression nul, couplée à une dynamique plus importante que prévue des dépenses de médicaments, sont la cause du dérapage constaté par le comité d'alerte.

***M. Frédéric Van Roekeghem** a observé que la politique menée entre 2004 et 2007 a néanmoins permis de réduire le déficit de l'assurance maladie de moitié, tout en assumant les dépenses supplémentaires liées à la mise en œuvre des trente-cinq heures à l'hôpital et à la revalorisation des honoraires médicaux. La persistance de déficits importants ne permet donc pas de conclure à l'échec de la réforme de 2004, mais elle doit inciter les pouvoirs publics à engager une deuxième étape de la réforme qui portera sur l'organisation du système de soins.*

Dans ce contexte, la question de la prise en charge des personnes souffrant d'une affection de longue durée (ALD) doit faire l'objet d'une attention particulière, dans la mesure où cette prise en charge explique 80 % de la croissance des dépenses. A titre d'exemple, le coût de la prise en charge du diabète s'élevait à 3,4 milliards d'euros en 1994 pour un million d'assurés pris en charge, à 11 milliards en 2006 pour 2,1 millions de patients et il devrait atteindre 20 milliards d'euros en 2015, pour 2,5 millions de patients. Face à ces tendances lourdes, la mission de l'assurance maladie est triple.

Il faut d'abord investir dans la prévention et l'accompagnement des patients. Rien qu'en développant ce chapitre, il est possible de réduire d'un point le taux de progression des dépenses de santé.

Il est nécessaire, ensuite, de mieux organiser le système de soins et le recours à ce système, alors qu'il n'existe pas aujourd'hui de définition d'une trajectoire optimale pour le patient. La mise en place du médecin référent n'a constitué de ce point de vue qu'une réponse partielle à cette exigence.

Enfin, la question de l'efficience du système de soins doit être posée.

M. Frédéric Van Roekeghem a estimé que, faute de s'engager dans cette voie d'une meilleure organisation de l'offre de soins, il ne restera que deux possibilités : l'augmentation des prélèvements obligatoires, qui freine la compétitivité des entreprises et rencontre l'hostilité de nos concitoyens ; le recours à des déremboursements massifs ou le report des dettes vers les générations futures, qui ne sont pas des solutions acceptables. La voie du redressement passe donc par une amplification de la réforme de 2004, qui offre déjà un certain nombre d'outils, et par une accélération du rythme des décisions.

La séparation existant entre médecine de ville et hôpital constitue, il est vrai, un frein majeur.

Il a cité l'exemple de la Grande-Bretagne, qui a massivement investi dans son système de santé au cours des dernières années, menant une politique volontariste pour optimiser la trajectoire de soins des patients, en augmentant les dépenses consacrées au développement des soins ambulatoires et en réduisant à due proportion les budgets hospitaliers. Par ailleurs, la réforme britannique du financement des établissements de santé était prévue sur quatre ans, alors qu'en France, la mise en œuvre de la tarification à l'activité s'étend sur une durée de huit ans.

M. Alain Vasselle, président, a souhaité connaître les appréciations portées par le comité d'alerte et le Gouvernement sur les mesures d'économies proposées par la Cnam.

M. Frédéric Van Roekeghem a indiqué que l'ensemble du plan d'économie présenté par la Cnam a été approuvé par le Gouvernement, à l'exception de la participation des assureurs complémentaires au financement de la rémunération forfaitaire des professions médicales, car cette mesure nécessite une modification législative. Les mesures d'économie retenues s'élèvent à 1,225 milliard d'euros en année pleine et à environ 400 millions pour la fin de l'année 2007.

M. François Autain a voulu savoir si cette contribution des organismes complémentaires à la rémunération forfaitaire des professions médicales pourrait faire l'objet de débats ultérieurs.

M. Frédéric Van Roekeghem a rappelé que les assureurs complémentaires ont bénéficié des effets de la réforme mise en œuvre depuis 2004 et qu'il est justifié de les associer, à hauteur de 30 %, à la prise en charge de la rémunération forfaitaire des professionnels de santé. Les modalités d'une telle participation ont été évoquées lors d'une rencontre entre l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et l'union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam).

M. Alain Vasselle, président, s'est déclaré favorable à un approfondissement des relations entre l'Uncam et l'Unocam.

M. Frédéric Van Roekeghem a reconnu qu'aucune convention tripartite entre les professionnels de santé, le régime obligatoire et les régimes complémentaires n'a pu être conclue jusqu'à présent. Une telle structure tripartite n'a pas pu aboutir dans le domaine des soins dentaires en raison du refus des syndicats professionnels d'associer les organismes complémentaires à cette négociation. Certes, une autre négociation réunit l'ensemble des parties, avec l'objectif de créer un nouveau secteur tarifaire dénommé « secteur optionnel », mais il s'agit d'une négociation longue et ardue.

Ceci étant, si le renforcement de l'articulation des interventions du régime obligatoire et des régimes complémentaires et une meilleure association de ces derniers à la gouvernance du système de santé sont nécessaires, il convient toutefois de ne pas se tromper sur les effets à attendre d'une telle collaboration, qu'il ne faut pas surestimer. En 2007, le dépassement de l'Ondam avoisine les 2,6 milliards d'euros et ce déséquilibre financier ne sera pas résorbé par une intervention accrue des assureurs complémentaires dans la prise en charge des dépenses de santé.

M. Alain Vasselle, président, a souligné que la question de l'articulation des interventions du régime général et des régimes complémentaires ne doit pas être abordée uniquement d'un point de vue comptable. Cette action conjointe peut être source d'efficacité pour le système de santé et doit permettre de déterminer les conditions d'une optimisation de la prise en charge des assurés.

M. Frédéric Van Roekeghem a estimé que les organismes complémentaires doivent être en mesure de faire la preuve de leur capacité à améliorer la prise en charge des patients s'ils souhaitent être mieux associés à la gestion du système. Prenant l'exemple de l'optique, domaine dans lequel, compte tenu des règles de remboursement, les organismes complémentaires sont les opérateurs principaux, il a jugé que leur action ne se traduit pas par la mise en œuvre d'une politique de gestion du risque plus active que celle déployée par le régime général dans le domaine des soins de ville, ni par une plus grande mise en concurrence des acteurs ou par une politique de réduction des coûts.

Evoquant la question de la transmission des données individuelles utiles à la liquidation des dossiers présentés au remboursement par les assurés à leur complémentaire santé, il a estimé que les assureurs complémentaires bénéficieront d'une information plus complète par le truchement de l'institut des données de santé. Toute décision de transfert d'informations supplémentaires détenues par les régimes d'assurance maladie vers les assureurs complémentaires doit faire l'objet d'une décision des pouvoirs publics et il n'appartient pas au directeur général de l'Uncam de se prononcer sur le sujet.

Contrairement à d'autres pays comme les Etats-Unis, la France n'a pas choisi de confier la gestion de son système de santé à des assureurs privés. Aux Etats-Unis, les dépenses de santé représentent 15 % du Pib et cet

exemple ne fournit pas la preuve de la plus grande efficacité des opérateurs privés dans la gestion de l'assurance maladie. Si une meilleure coopération entre régime obligatoire et organismes complémentaires est souhaitable, elle doit à son sens être fondée sur la recherche de gains d'efficacité profitables à la collectivité.

***M. Alain Vasselle, président,** a fait observer que le plan d'économies présenté par la Cnam est d'un montant inférieur à celui du dérapage des dépenses constaté par le comité d'alerte et la commission des comptes de la sécurité sociale.*

***M. Frédéric Van Roekeghem** a rappelé que le comité d'alerte est intervenu le 31 mai. Compte tenu des délais d'instruction du plan d'économie, les caisses doivent proposer des économies réalisables au cours d'une période de temps inférieure à six mois, voire dans un laps de temps encore plus court lorsqu'il est nécessaire de prendre des mesures législatives pour appliquer ledit plan. Dans ce contexte, il est quasi impossible de réussir à économiser 2 milliards d'euros avant la fin de l'année 2007.*

***M. Alain Vasselle, président,** a estimé que ce plan d'économie doit être intégré dans le cadrage pluriannuel des dépenses fixé par la loi de financement de la sécurité sociale.*

***M. Paul Blanc** s'est étonné de la référence faite à l'efficacité du système de santé britannique, car ce dernier connaît des phénomènes de « files d'attente » qui nuisent à la qualité de la prise en charge des assurés. Il a voulu connaître les effets de la mise en œuvre du parcours de soins sur l'activité des médecins spécialistes et les mesures envisagées pour améliorer la productivité des hôpitaux publics.*

***M. Frédéric Van Roekeghem** a indiqué que ses propos n'ont pas vocation à ériger le modèle britannique en exemple à suivre, mais bien à souligner la nécessité de procéder à des comparaisons entre les politiques menées par nos voisins européens et les mesures retenues en France afin de s'inspirer des « bonnes pratiques ». A ce titre, s'il n'est pas envisageable de confier à notre médecin traitant les tâches assumées par le médecin de quartier britannique, il est possible de s'inspirer des modalités de mise en œuvre de la tarification à l'activité dans les hôpitaux anglais. Au Royaume-Uni, cette démarche est sous-tendue par une stratégie claire et des étapes précises alors qu'en France, la mise en œuvre de ce système de tarification ne bénéficie pas d'un environnement aussi transparent. Une telle comparaison permet également de nourrir le débat sur les nécessaires évolutions de la gouvernance hospitalière. Il convient notamment de s'interroger sur les écarts de coût entre établissements, car une partie de ces écarts correspond à une moindre efficacité dans l'organisation, et de ne pas s'interdire de favoriser les établissements les plus performants. Toutefois, il a reconnu que les gestionnaires hospitaliers manquent de visibilité et que, dans ce contexte, il est difficile de les responsabiliser.*

Puis, répondant à la question relative à la mise en œuvre du parcours de soins, il a indiqué que le recours au médecin traitant a provoqué une baisse de 2,8 % des actes cliniques spécialisés. L'effet sur les actes techniques est moins clair du fait de la tendance à multiplier les appareils d'exploration, notamment dans les hôpitaux publics. Une politique ambitieuse de gestion du risque ne sera possible qu'avec la mise en œuvre du dossier médical personnel.

***M. François Autain** s'est étonné de l'efficacité transitoire des différents plans de sauvegarde de l'assurance maladie mis en œuvre au cours des vingt dernières années. Il a déploré la maigre place accordée à la politique de prévention, dont la promotion est pourtant susceptible de procurer des économies supplémentaires et, à ce titre, il a regretté que la rémunération forfaitaire versée aux médecins traitants pour la prise en charge de malades atteints d'une affection de longue durée ne permette pas l'instauration d'une politique de prévention comparable à celle mise en œuvre dans le cadre du dispositif dit du « médecin référent ». Il s'est interrogé sur les raisons pour lesquelles le dossier médical personnel ne fonctionne toujours pas, alors qu'à l'occasion de la réforme de 2004, le ministre chargé de la santé avait annoncé sa mise en œuvre dès 2007. Il a voulu connaître le calendrier de mise en œuvre des franchises médicales souhaitées par le Président de la République ainsi que les conditions dans lesquelles le processus de convergence tarifaire entre les établissements de santé publics et privés pourrait aboutir.*

***M. Frédéric Van Roieghem** a indiqué que les déficits de la sécurité sociale ne doivent pas faire l'objet d'un report sur les générations futures et qu'il faut choisir d'accroître l'efficacité du système de soins, de basculer d'une culture de moyens vers une culture du résultat. Par ailleurs, il n'a pas été possible, compte tenu de son coût estimé à 2 milliards d'euros, de transférer le mode de rémunération du médecin référent vers le médecin traitant.*

Il s'est déclaré favorable au développement de rémunérations forfaitaires versées en fonction des résultats obtenus, notamment dans le domaine de la prévention. Ce mode de rémunération se diffuse progressivement en coopération avec les partenaires conventionnels. L'assureur collectif doit demander un engagement et le respect de cet engagement.

***M. Alain Vasselle, président,** s'est interrogé sur les effets d'aubaine qui peuvent résulter de la multiplication des rémunérations forfaitaires.*

***M. Frédéric Van Roieghem** a estimé que le recours à ce mode de rémunération doit être cantonné dans des limites précises car l'assurance maladie n'a pas pour objectif de fonctionnariser la médecine libérale.*

Il a ensuite précisé que le dossier médical personnel est un outil de coordination des soins. Les délais fixés en 2004 étaient ambitieux et difficiles à respecter. Le développement de ce programme doit se poursuivre, mais faire

l'objet d'un calendrier réaliste, tandis que les charges financières pesant, à ce titre, sur l'assurance maladie doivent être étalées dans le temps.

Puis il a indiqué que l'instauration de nouvelles franchises médicales fait encore l'objet d'une réflexion au niveau gouvernemental et que les régimes obligatoires n'ont pas à se prononcer sur l'opportunité d'une franchise fractionnée ou d'un bouclier sanitaire. Les régimes obligatoires auront pour tâche de mettre en œuvre ces dispositifs dans les délais les plus courts. Il a toutefois attiré l'attention des parlementaires sur les difficultés et les retards qui pourraient être provoqués par la prise en compte des conditions de revenu des assurés. Il s'agit d'une exigence nouvelle qui demandera des ajustements techniques lourds. L'assurance maladie ne dispose pas de bases de données sur les ressources des individus et il faudra assurer une coordination interrégimes. Une mise en place dès 2008 paraît de ce point de vue exclue.

En conclusion, il a jugé nécessaire de modifier les modalités de mise en œuvre de la tarification à l'activité dans les établissements de santé, considérant que la négociation annuelle qui prévaut actuellement constitue un frein et souhaitant qu'un lien soit établi entre les évolutions tarifaires et les projections pluriannuelles de la loi de financement de la sécurité sociale.

**Audition de M. Dominique LIBAULT,
directeur de la sécurité sociale
(4 juillet 2007)**

Puis la mission a procédé à l'audition de M. Dominique Libault, directeur de la sécurité sociale.

M. Dominique Libault, directeur de la sécurité sociale, a souligné d'emblée la forte dégradation des comptes du régime général en 2007. Alors que le déficit global avait été évalué à 8 milliards d'euros par la loi de financement, les estimations fournies par la commission des comptes de la sécurité sociale laissent apparaître un dérapage de 4 milliards d'euros, le besoin de financement s'établissant à 12 milliards. Le régime général renoue ainsi avec les déficits élevés constatés jusqu'en 2005, l'exercice 2006 étant le seul pour lequel le déficit est revenu sous le seuil des 10 milliards d'euros.

La première explication de ce dérapage des comptes doit être recherchée dans la branche maladie, dont les dépenses dépassent de 2,2 milliards d'euros le niveau prévu en loi de financement. Alors que le taux de progression de l'Ondam avait été fixé à 2,6 %, il atteint 4 %, du fait notamment d'une forte dynamique des dépenses de soins de ville. L'objectif fixé pour ce poste en loi de financement apparaît rétrospectivement trop ambitieux et insuffisamment étayé.

Les ministres chargés de la sécurité sociale ont pour l'essentiel repris le contenu du plan d'ajustement élaboré par le directeur général de la Cnam, Frédéric Van Roekeghem, à la suite de l'avis émis par le comité d'alerte. Ce plan porte sur 400 millions d'économies en 2007 et 1,2 milliard en année pleine. Alors que l'exercice 2007 est déjà largement entamé, il était difficile d'aller plus loin, sauf à utiliser l'arme, toujours difficile à manier, des déremboursements massifs. Pour autant, il est clair que les ajustements proposés ne règlent pas le problème du déficit structurel de l'assurance maladie.

M. Dominique Libault a présenté ensuite les autres composants de l'accroissement du déficit du régime général. Le dérapage des dépenses de retraite de la Cnav est de l'ordre d'un milliard d'euros par rapport aux prévisions, ce qui porte son déficit de 3,5 à 4,5 milliards d'euros. A cela, deux explications. Tout d'abord, le succès du dispositif de départs anticipés pour longue carrière ne se dément pas, notamment en raison des facilités offertes pour le rachat de trimestres. A ce sujet, il devient nécessaire de s'interroger sur l'existence éventuelle d'abus, par exemple ceux liés à la mesure qui

permet de se faire reconnaître la qualité d'aide familiale agricole sur simple présentation de deux témoins.

Le second motif de forte progression des dépenses de la Cnav tient à l'arrivée à l'âge de soixante ans de la première génération du « baby-boom » : le flux annuel passe de 500 000 environ pour les générations nées pendant la Seconde Guerre mondiale à 800 000 pour les générations nées à partir de 1946. Dans le même temps, les dispositions prises pour inciter à la poursuite de l'activité ne semblent pas produire d'effets sensibles pour le moment.

En pratique, les affiliés continuent à liquider leurs droits à l'approche de leur soixantième anniversaire, exprimant ainsi un fort sentiment d'anxiété, en dépit des assurances données, notamment en loi de financement pour 2007, que les règles du jeu ne seront pas modifiées pour les générations qui s'apprêtent à partir en retraite.

Un troisième facteur de dérapage des comptes du régime général, à hauteur de 1,45 milliard d'euros, se trouve dans un niveau d'exonération de cotisations sociales plus élevé que prévu en 2006 et 2007, qui s'explique par une dynamique marquée des exonérations sur les bas salaires. Cette dynamique trouve elle-même son origine dans la bonne tenue du niveau d'emploi, mais également dans l'aboutissement du contentieux qui permet aujourd'hui aux entreprises d'intérim de calculer les exonérations non plus sur les heures effectives, mais sur les heures rémunérées, qui constituent une assiette plus large.

Parallèlement, le mécanisme d'équilibrage qui garantissait au régime général un montant de recettes au moins égal à celui des allègements en 2006 ne joue plus en 2007 : l'insuffisance de financement des allègements sur les bas salaires se traduit ainsi par une perte nette de produits dans les comptes du régime général.

Selon M. Dominique Libault, la situation du régime général apparaît donc globalement préoccupante.

***M. Alain Vasselle, président,** a demandé que l'on fasse également le point sur le fonds de solidarité vieillesse (FSV) et sur le fonds de financement des prestations sociales agricoles (Ffipsa).*

***M. Dominique Libault** a indiqué que les comptes du FSV s'améliorent grâce à la diminution du chômage. Le déficit pour 2007 ne devrait être que de 300 millions d'euros et les perspectives de retour à l'équilibre sont désormais bien réelles. Il restera cependant à régler la question de l'apurement de la dette accumulée par le fonds au fil des ans.*

S'agissant du Ffipsa, le déficit annoncé en 2007 est de 2,1 milliards d'euros et le déficit cumulé devrait atteindre 14 milliards d'euros en 2010, c'est-à-dire un montant pratiquement égal au budget du fonds.

Le problème de financement du Ffipsa est structurel et tient largement au fait que l'Etat a substitué à ses recettes antérieures des produits financiers prélevés sur les tabacs et qui se révèlent moins dynamiques. Pour autant, M. Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, a déclaré devant la commission des comptes de la sécurité sociale ne pas disposer pour l'instant de solution au problème posé.

En revanche, le ministre a souligné, dans la même enceinte, le caractère prioritaire du règlement des dettes contractées par l'Etat à l'égard des organismes de sécurité sociale. Le fait que le ministre du budget soit également compétent pour les comptes sociaux ainsi que la présence, auprès de lui, d'un directeur de cabinet venant de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss), permettent d'être raisonnablement optimiste en ce domaine.

Le remboursement par l'Etat, ne serait-ce que d'une partie de sa dette, devrait permettre à l'Acoss de ne pas dépasser le plafond de 28 milliards d'euros de déficit de trésorerie inscrit en loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

*Interrogé par M. Alain Vasselle, président, sur le coût de la mesure relative à l'exonération de cotisations sociales sur les heures supplémentaires, inscrite dans le projet de loi en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat, **M. Dominique Libault** a fourni une fourchette de 4,5 à 5 milliards d'euros, tout en soulignant l'incertitude entourant cette évaluation. Le Gouvernement a pris un engagement clair et ferme d'une compensation intégrale du coût de la mesure par l'Etat.*

En tout état de cause, il s'agit d'une mesure coûteuse et lourde à mettre en œuvre. Il faudra, en particulier, être attentif aux risques de recours abusif au dispositif.

*En réponse à M. Alain Vasselle, président, qui lui demandait si l'ampleur des déficits cumulés des différentes branches ne justifie pas que l'on envisage d'ores et déjà une réouverture de la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), **M. Dominique Libault** a indiqué que M. Eric Woerth a écarté cette hypothèse devant la commission des comptes de la sécurité sociale. Il a toutefois reconnu que la question mérite d'être posée sur un plan technique.*

Il a ensuite confirmé à M. Guy Fischer qu'une partie non négligeable des gains en recettes que la sécurité sociale pouvait attendre en 2007 du dynamisme de la masse salariale a été annulée par la progression des allègements sur les bas salaires, dans un contexte où le panier de recettes institué en 2006 ne permet plus une compensation du coût de ces allègements à l'euro l'euro. En outre, certaines recettes perçues en 2006 avaient un caractère non reconductible : tel est le cas, en particulier de la mesure de prélèvement anticipé de CSG sur les intérêts des plans d'épargne logement, qui ne produit plus d'effet en 2007.

M. Jean-Pierre Cantegrit a exprimé deux requêtes concernant la caisse des Français de l'étranger dont il préside le conseil d'administration : un relèvement de l'aide apportée par le ministère des affaires étrangères à l'effort de cotisation de la troisième catégorie d'affiliés à la caisse, en portant de 33,3 % à 50 % la participation publique à cet effort ; l'autorisation de diminuer de 0,4 point le taux de cotisation, actuellement de 6,5 %, acquittée par les trois catégories d'affiliés à la caisse afin de rendre celle-ci plus compétitive en comparaison des compagnies d'assurance privée présentes sur le marché de la protection sociale des expatriés.

M. Dominique Libault a indiqué que la direction de la sécurité sociale est particulièrement attentive à la question des flux migratoires, tant en ce qui concerne les expatriés français à l'étranger qu'en ce qui concerne les expatriés de nationalité étrangère en France. Cette vigilance est justifiée par la multiplication des abus et des fraudes en matière de définition du régime de protection sociale applicable à ces populations.

M. François Autain a souhaité connaître le montant du déficit global de sécurité sociale pour l'ensemble des régimes et non pour le seul régime général.

M. Dominique Libault a rappelé que les analyses de la commission des comptes de printemps ne portent traditionnellement que sur le seul régime général. Les branches sont examinées dans leur ensemble, tous régimes confondus, par la commission des comptes du mois de septembre.

Il a par ailleurs évoqué la question du rattachement du solde du FSV au solde de la Cnav souhaité par la Cour des comptes dans son rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour 2006. On peut comprendre que la Cour ait souhaité mettre un terme à une situation dans laquelle le déficit du FSV était dissimulé : dès lors que l'Etat ne voulait pas prendre en charge ce déficit, il était nécessaire de le faire apparaître en le consolidant avec le solde, lui-même négatif, de la branche vieillesse du régime général. Ce souhait de consolidation manifesté par la Cour est néanmoins gênant dans ses effets : le but de la réforme de 1993, qui a institué le FSV, était précisément de séparer le contributif, incarné par la Cnav, de la solidarité, logée dans le nouveau fonds, dont la responsabilité de l'équilibre appartient à l'Etat.

TRAVAUX DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Audition de M. Philippe SÉGUIN, Premier président de la Cour des comptes, Mme Rolande RUELLAN, présidente de la 6^e chambre, MM. André GAURON, conseiller maître, et Jean-Philippe VACHIA, conseiller-maître, rapporteur général
(10 juillet 2007)

Réunie le mardi 10 juillet 2007, sous la présidence de M. Nicolas About, président, la commission a tout d'abord procédé à l'audition de M. Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes, Mme Rolande Ruellan, présidente de la 6^e chambre, MM. André Gauron, conseiller maître, et Jean-Philippe Vachia, conseiller-maître, rapporteur général, sur la certification des comptes de l'Etat et de la sécurité sociale.

M. Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes, a rappelé que la Cour a rendu public le 19 juin 2007, soit quelques jours seulement après l'énoncé de sa position sur les comptes de l'Etat, le rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale.

L'exercice de certification de ces comptes présente trois spécificités. La première réside dans le fait qu'à la différence de l'Etat, qui a dû recenser et évaluer son patrimoine et comptabiliser ses passifs pour établir pour la première fois son bilan, l'enjeu principal a porté sur le compte de résultat des organismes de sécurité sociale, par le biais de la vérification de la fiabilité des milliards d'opérations de liquidation, de recouvrement et de paiement correspondant aux cotisations encaissées et aux prestations versées.

La deuxième est que, contrairement à l'Etat, pour lequel la Cour a exprimé une position unique portant sur des états financiers uniques, les comptes de la sécurité sociale nécessitent neuf avis différents : le législateur a prévu que la Cour se prononce sur les comptes de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) et sur ceux de chacune des caisses nationales d'assurance maladie, d'assurance vieillesse et d'allocations familiales, à quoi s'ajoutent les comptes combinés de l'activité de recouvrement et ceux des quatre branches, maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, famille et retraite.

La troisième spécificité de l'exercice tient au dispositif original institué pour les organismes du régime général : l'agent comptable de chaque caisse nationale dite « tête de réseau » valide les comptes des organismes de base, dont le nombre est supérieur à quatre cents, préalablement à leur combinaison. Cette procédure a été conçue comme une forme de « certification interne » destinée à permettre à la Cour d'élaborer son opinion sur les comptes combinés.

M. Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes, a ensuite présenté les positions de la Cour sur l'ensemble des états financiers du régime général :

- elle a certifié que les comptes de l'Acoss sont réguliers, sincères et donnent, dans leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière et du patrimoine de l'organisme, avec toutefois une réserve tenant à la présentation du compte de résultat de l'exercice 2006 ;

- elle a également certifié, mais sous de nombreuses réserves, que les comptes de la Cnam et de la Cnav, les comptes combinés des branches maladie, accidents de travail et maladies professionnelles ainsi que ceux de la branche retraite et de l'activité de recouvrement, sont réguliers, sincères et donnent, dans leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière et du patrimoine de la branche ;

- en revanche, en ce qui concerne la Cnaf et la branche famille, la Cour a déclaré ne pas être en mesure d'exprimer une opinion.

Les réserves et les observations très importantes formulées pour les comptes de l'activité de recouvrement et pour ceux des branches maladie, accidents du travail et maladies professionnelles et retraite tiennent aux limites que la Cour a rencontrées dans ses travaux, à des désaccords avec les organismes ou à des incertitudes comptables.

Ces limites s'expliquent d'abord par l'insuffisance des dispositifs de contrôle interne, ainsi que par le caractère trop formel de la validation des comptes des organismes de base réalisée par l'agent comptable de la « tête de réseau » : le plus souvent aucune mission sur place n'a été effectuée et la position de la caisse nationale s'est fondée sur des documents de nature essentiellement déclarative. La Cour s'est donc trouvée dans l'impossibilité de reprendre purement et simplement la validation d'une partie significative des comptes des organismes de base, d'autant que sur des points importants, ses propres travaux dans ces organismes l'ont conduite à des conclusions divergentes de celles des agents comptables nationaux.

Ces obstacles résultent pour une large part du délai très court, vingt-deux mois seulement, qui s'est écoulé entre l'entrée en vigueur de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale et la publication du premier rapport de certification. Les organismes nationaux de sécurité sociale, ainsi que la direction de la sécurité sociale, n'ont disposé que

de peu de temps pour rendre pleinement opérationnel l'ensemble du dispositif nécessaire pour parvenir à des comptes certifiés sans aucune réserve.

*Abordant sur le fond les questions comptables, **M. Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes**, a souligné que la Cour a formulé plusieurs observations sur les relations entre l'Etat et la sécurité sociale qui, pour n'être pas des réserves proprement dites, n'en sont pas moins très importantes.*

Il a noté ainsi, au sujet des 7 milliards d'euros de créances des organismes du régime général, qu'à l'occasion de la certification des comptes 2006 de l'Etat, la Cour s'est assurée que des dettes d'un même montant figuraient bien au passif du bilan de la dette. Pour autant, il a considéré qu'il ne suffit pas que la puissance publique reconnaisse ses dettes si elle ne se donne pas les moyens de les régler dans des délais raisonnables.

En ce qui concerne les créances (1,22 milliard d'euros) anciennes, c'est-à-dire antérieures à 2002, relatives aux exonérations de cotisations sociales, bien que l'Etat reconnaisse désormais ses dettes puisqu'elles figurent au passif de son bilan, il n'a pas encore manifesté l'intention de les régler. La Cour estime que cette situation ne saurait se prolonger sans affecter la sincérité des états financiers du régime général. Elle sera donc très attentive aux dispositions de la prochaine loi de finances qui devrait, en bonne logique, prévoir les crédits nécessaires au paiement par l'Etat de ses dettes. En cas de carence, elle en tirera les conséquences dans l'exercice de certification des comptes de 2007.

En ce qui concerne la créance de la Cnam sur l'Etat, au titre de l'aide médicale pour la prise en charge des dépenses de santé des étrangers en situation irrégulière, il a considéré que le cas est différent, même s'il conduit à retenir une conclusion identique. Si la loi oblige l'Etat à rembourser à l'assurance maladie les versements qu'elle effectue, les remboursements qu'elle perçoit sont erratiques et très insuffisants. Ainsi, bien que l'Etat ait reconnu une dette s'élevant à près d'un milliard d'euros, il faudra que la valeur de cette créance soit, elle aussi, appréciée à la lumière des décisions prochaines des pouvoirs publics.

***M. Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes**, a ensuite évoqué le dossier du fonds de solidarité vieillesse (FSV), dont la mission consiste à affecter des produits aux régimes de retraite (12,5 milliards d'euros en 2006) à partir de ressources fiscales votées par le Parlement. Faute de ressources suffisantes, le FSV n'est plus en mesure, depuis 2001, de verser la totalité de ce qu'il doit aux régimes de retraite. C'est en particulier le cas du régime général, auprès duquel le FSV avait accumulé, à la fin de l'année 2006, près de 6 milliards de dettes*

Il a rappelé qu'en dépit de son statut d'établissement public administratif placé sous la tutelle de l'Etat, le ministère des finances considère que le FSV n'est pas, au sens des normes comptables de l'Etat, une entité qu'il contrôle, mais un « démembrement institutionnel des régimes de

retraite » dont il assure une partie du financement : il ne doit donc pas être inscrit à ce titre au bilan de l'Etat.

Tirant les conséquences de la position du ministère des finances, la Cour a considéré que 90 % du résultat négatif du FSV doivent être inclus dans le résultat de la branche retraite, ce qui porterait son déficit pour 2006 de 1,9 à 3 milliards d'euros. Un tel rattachement du FSV au périmètre des comptes des régimes de retraite n'est pas prévu par les textes réglementaires en vigueur, mais la Cour estime que la présentation actuelle ne permet pas d'appréhender de manière exhaustive la situation financière de la branche vieillesse. En conséquence, elle a donc été conduite à certifier les comptes avec réserves et avec une mention spéciale sur le FSV, donc à réviser le chiffre du déficit 2006. Sur ce point, la Cour attend pour 2007 une amélioration sensible de la présentation.

M. Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes, a ensuite évoqué le déficit du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata) qui, faute de pouvoir identifier un débiteur public précis, pèse « par défaut » sur la branche accidents du travail et maladies professionnelles. Le montant croissant de cette contribution (700 millions d'euros en 2006) pose un problème qui devra être résolu.

En ce qui concerne la Cnaf et la branche famille, il a indiqué que la Cour n'a pas été en mesure d'exprimer une opinion et s'est donc trouvée dans l'impossibilité de certifier ou de ne pas certifier les comptes. Cela ne signifie nullement qu'ils soient faux ou dépourvus de fiabilité. Pour autant, les limites apportées aux vérifications de la Cour, conjuguées aux incertitudes qui affectent les comptes, ne lui permettent pas d'émettre un avis.

Les critiques portent notamment sur les déficiences importantes du contrôle interne, qui empêchent de sécuriser totalement les paiements et de détecter des indus, sur les lacunes des informations relatives aux bénéficiaires et aux ayants droit enregistrées dans les systèmes d'information et sur les insuffisances des modalités de vérification des déclarations de ressources. Le risque de paiements indus atteint probablement plus de 3 % des prestations versées, ce qui constitue un niveau élevé. Au surplus, les travaux d'audit pour valider les comptes des caisses d'allocations familiales ont été notoirement insuffisants en 2006. Cette situation montre que la prise de conscience des exigences de la certification, au sein de la direction de la Cnaf et de son conseil d'administration, reste insuffisante.

Par ailleurs, la qualité des comptes est caractérisée par trop d'incertitudes, au niveau des opérations d'inventaire destinées à rattacher l'ensemble des charges à l'exercice, d'une part, et des modes de comptabilisation des cotisations d'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF), d'autre part.

L'AVPF a été instituée en 1997 afin d'accorder des droits à la retraite aux personnes disposant de ressources inférieures à un plafond et bénéficiant de certaines prestations familiales (telles que le complément

familial ou la prestation d'accueil du jeune enfant), tout en n'exerçant pas d'activité professionnelle. En contrepartie, des cotisations sont versées par la branche famille à la branche retraite. Or, dans les faits, la gestion de ce dispositif connaît de graves dysfonctionnements administratifs qui contribuent à fausser ou à affecter d'une forte incertitude les montants de cotisations enregistrés dans les comptes de la branche famille.

La lenteur de la détection par les Caf des droits à l'AVPF au titre d'un exercice conduit chaque année à la comptabilisation de montants de cotisations très importants (4,2 milliards d'euros en 2006) sur une base estimative. Un retard considérable a été pris pour régulariser ces montants en fonction des droits réels des bénéficiaires.

La Cour attend de la Cnaf un redressement rapide et durable : elle sera donc très attentive à la mise en œuvre des mesures annoncées par la direction de la caisse, en réponse à son rapport.

A cette exception près, elle a certifié les comptes de la sécurité sociale. De fait, les organismes nationaux ont mobilisé d'importants moyens et consacré beaucoup d'énergie à l'amélioration de la qualité de leurs états financiers : la certification n'a donc pas été seulement l'affaire des agents comptables des branches, mais aussi celle de leurs directeurs et de leurs tutelles.

*Puis **M. Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes**, a observé que certaines des cinquante observations d'audit que la Cour a adressées aux caisses nationales ont donné lieu à des corrections comptables présentant un impact direct sur leur résultat. Il est heureux que cet exercice de certification, au-delà de sa dimension strictement comptable, ait permis d'améliorer significativement les dispositifs de maîtrise des risques financiers et de renforcer la lutte contre la fraude et la détection des abus.*

En ce qui concerne la situation financière de la sécurité sociale, la Cour présentera en septembre prochain son traditionnel rapport sur la sécurité sociale. Les résultats de l'exercice 2006 y seront présentés en détail, assortis d'études thématiques portant notamment sur les pertes d'assiette des prélèvements sociaux, la fiabilité des comptes des hôpitaux, les revenus des médecins, les dépenses de médicament ou encore les aides publiques aux familles. Ce rapport comportera également pour la première fois l'avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2006.

Ceci étant, il faut constater que le déficit du régime général s'est sensiblement réduit, passant de 11,6 milliards d'euros en 2005 à 8,7 milliards d'euros en 2006. Mais cette amélioration apparaît limitée et fragile :

- parce que le régime général a bénéficié en 2006 d'un supplément de recettes dû notamment à l'assujettissement des plans d'épargne logement de plus de dix ans aux prélèvements sociaux, dont l'effet non reconductible peut être évalué à 1,2 milliard d'euros ;

- en raison de la dégradation des comptes de la branche retraite, liée tout à la fois aux départs anticipés pour longue carrière et au faible nombre d'actifs ayant opté pour le dispositif de prolongement d'activité. Encore faudrait-il aussi y ajouter la quote-part de 90 % du déficit du FSV ;

- enfin, parce que les dettes de l'Etat se sont alourdies de près d'un milliard d'euros. A la date du 31 décembre 2006, elles dépassaient ainsi les 7 milliards d'euros pour le seul régime général et atteignaient 9 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes.

De la même façon, le régime des exploitants agricoles subit les effets de la situation du fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles (Ffipsa), dont le déficit a été néanmoins limité en 2006 à 1,3 milliard d'euros, grâce à un surplus d'enregistrement de recettes sur le tabac.

En ce qui concerne les perspectives financières des comptes sociaux pour 2007, **M. Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes**, a indiqué que les résultats observés depuis le début de l'année laissent craindre une nouvelle dégradation, alors que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 tablait sur une réduction du déficit du régime général. Or, la commission des comptes de la sécurité sociale l'estime à 12 milliards d'euros, et non 8. Trois raisons principales expliquent cette évolution défavorable :

- pour la branche maladie, le comité d'alerte a notifié au mois de mai 2007 un dérapage de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) 2007 de l'ordre de 2 milliards d'euros et il a jugé insuffisantes les mesures d'économies proposées par les caisses nationales d'assurance maladie ;

- les dépenses de la branche retraite devraient dérapier d'un milliard d'euros en raison d'une nouvelle et forte progression des départs anticipés ;

- enfin, le coût des exonérations de cotisations de sécurité sociale apparaît sensiblement supérieur (à hauteur de 850 millions d'euros) au « panier » des impôts et taxes qui avaient été affectés en compensation.

Dans le même temps, le FSV et le Ffipsa devraient rester déficitaires à hauteur respectivement de 0,3 milliard et 2,1 milliards d'euros, tandis que les dettes non réglées de l'Etat pèsent d'un poids croissant sur la trésorerie des caisses.

M. Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes, a également observé que la version soumise aux caisses du projet de loi en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat, en cours d'examen devant le Parlement, prévoit que les exonérations de cotisations sur les heures supplémentaires feront l'objet d'un remboursement par l'Etat. Mais les modalités n'en ont pas à ce jour été précisées. Et selon la date d'application de la mesure, il peut en résulter en 2007 un alourdissement des dettes de l'Etat de 1 à 2 milliards d'euros, ce qui pèsera sur la trésorerie des régimes.

Considérant que l'accélération attendue de la croissance économique ne devrait pas se traduire, avant 2008 au mieux, par des recettes nouvelles, il a estimé que la trésorerie du régime général risque, au cours des prochains mois, d'être mise à rude épreuve par le cumul d'un déficit accru et de l'augmentation des dettes de l'Etat. Si la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a augmenté de 10 milliards d'euros le plafond des avances au régime général, en le portant de 18,5 milliards d'euros en 2006 à 28 milliards d'euros, ce relèvement risque de se révéler insuffisant, car il a été conçu sur la base d'un déficit estimé de 8 milliards d'euros.

Au surplus, il a considéré qu'il n'est pas sain de faire financer par des emprunts de trésorerie des déficits que l'on sait récurrents et structurels. Or, l'horizon d'un retour à l'équilibre, initialement espéré en 2007, s'est considérablement éloigné. Le recours à la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) reste évidemment possible pour financer les déficits accumulés, mais à la condition, introduite par le Parlement, d'un relèvement du taux de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) pour ne pas allonger sa durée d'amortissement (estimée à quinze ans en valeur médiane). La Cour considère que le recours à la Cades n'a de sens que si, parallèlement, les comptes de l'exercice en cours et des suivants sont ramenés à l'équilibre par les mesures appropriées.

*En conclusion, **M. Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes**, a estimé que la situation financière des régimes de base de la sécurité sociale continue d'inspirer de vives inquiétudes : leur redressement financier nécessitera donc assez vite de nouvelles mesures.*

*Prenant acte des appréciations formulées par la Cour au sujet de la Cnaf et la branche famille, **M. Nicolas About, président**, a souhaité savoir quelles améliorations devraient prioritairement être apportées pour qu'elle soit en mesure d'en certifier les comptes.*

***M. Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes**, a indiqué que, pour l'essentiel, il s'agirait de renforcer qualitativement et quantitativement les outils de contrôle et d'audit interne. Les comptes nécessiteraient eux aussi un effort particulier, notamment pour ce qui concerne le dossier de l'AVPF. La Cnaf s'est engagée à remédier à ces problèmes dans un délai d'un an et les travaux de la Cour ont permis une prise de conscience au sein de la branche famille sur ce qu'il convient d'améliorer.*

*Après avoir constaté que les appréciations de la Cour rejoignent les observations récurrentes que la commission formule dans ses rapports, **M. Alain Vasselle** a considéré qu'il est paradoxal que le projet de loi de financement de la sécurité sociale soit approuvé chaque année par des parlementaires dont certains nourrissent des doutes sur la sincérité des prévisions financières sur la base desquelles ce texte est élaboré. S'exprimant à nouveau à titre personnel, il a considéré que, compte tenu de l'ampleur des réserves qu'elle a formulées, la Cour des comptes pourrait même être taxée*

d'indulgence excessive, en certifiant néanmoins les comptes de l'Etat. Tirant toutes les conclusions de cet exercice nouveau en France, il s'est demandé quelles pourraient être les conséquences d'une absence de certification : n'est-il pas illusoire d'imaginer que la puissance publique change d'attitude en l'absence de sanction effective ?

En ce qui concerne le Ffipsa, il s'est interrogé sur le fait que le ministère des finances cherche à s'affranchir de sa responsabilité d'équilibrer les comptes du régime agricole.

S'agissant du FSV, il a souhaité savoir si la Cour n'aurait pas récemment procédé à une sorte de « revirement de jurisprudence ». En effet, interrogée sur ce point par la commission des affaires sociales en 2004, la Cour des comptes avait clairement imputé à l'Etat l'obligation de pourvoir à l'équilibre du FSV. Cette interprétation avait ensuite été confirmée par le rapport de la Cour de septembre 2005 sur la sécurité sociale. Or, dans son rapport de certification des comptes de la sécurité sociale, la Cour rapporte qu'« à l'occasion de l'établissement de son bilan d'ouverture au 1^{er} janvier 2006, l'Etat a estimé qu'il ne contrôlait pas le FSV au sens des dispositions de la norme applicable à ses immobilisations financières (norme comptable de l'Etat n° 7) », et elle se range à cette position qu'elle qualifie de « justifiée par la raison que cet établissement public a, de facto, le caractère d'un démembrement institutionnel des régimes de sécurité sociale dont il assure une partie du financement ». Quelle est donc désormais l'opinion de la Cour sur la responsabilité de garantir l'équilibre du fonds ?

Il s'est également demandé si l'inclusion du FSV dans le périmètre comptable de la sécurité sociale, et notamment de la Cnav, n'est pas un facteur de confusion alors que le dispositif instauré en 1993 visait à séparer clairement ce qui relève du contributif de ce qui relève de la solidarité. Enfin, il a souhaité savoir si la Cour juge réaliste la mise en œuvre d'un parcours de désendettement de ce fonds reposant exclusivement sur un retour à l'équilibre, suivi de l'apparition d'excédents au cours des prochains exercices.

*Après avoir observé qu'aux Etats-Unis, l'institution chargée de certifier les comptes de l'Etat fédéral s'est déjà refusée à le faire pendant plusieurs années, **M. Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes**, a estimé que la question posée par Alain Vasselle revient à se demander ce qu'il se passerait si le Parlement français venait à refuser de voter la loi de règlement. Dans tous les régimes parlementaires, à l'exception du Royaume-Uni, on peut se trouver confronté à une contradiction entre ses convictions personnelles et l'impossibilité d'en tirer les conséquences par un vote.*

Sur le dossier du FSV, il ne s'agit pas d'un « revirement », mais plutôt d'un « changement de pied » : en acceptant le raisonnement du Gouvernement, la Cour en a tiré immédiatement la conséquence que le résultat négatif du fonds devait être inclus, pour 90 %, dans les résultats de la branche retraite.

Mme Rolande Ruellan, présidente de la 6e chambre de la Cour des comptes, a fait valoir que la Cour a par là même pris au mot le ministère des finances et sa position, dont l'objectif principal est de faire en sorte que cette partie du déficit ne soit pas « cachée », a d'ailleurs, semble-t-il, été relativement peu appréciée. En outre, ce système de consolidation ne remet pas en cause la philosophie même du FSV : en 1993, les pouvoirs publics n'étaient d'ailleurs nullement obligés de créer un fonds spécifique, l'essentiel consistant à pouvoir affecter des produits aux régimes de retraite à partir de ressources fiscales.

M. Alain Vasselle s'est demandé dans quelle mesure l'amélioration récente des comptes du FSV permettra d'apurer sa dette car le code de la sécurité sociale prévoit le transfert de ses excédents au fonds de réserve des retraites.

Après avoir souligné l'ampleur du déficit de la sécurité sociale attendu pour 2007, **M. Guy Fischer** a considéré que toutes les réformes de la précédente législature ont échoué : compte tenu de ce bilan, on aurait d'ailleurs été en droit d'attendre que soit présenté au Parlement un projet de loi de financement rectificatif, afin qu'un débat ait lieu à ce sujet. Puis il s'est interrogé sur la dynamique que ne manqueront pas d'enclencher les nouvelles exonérations de cotisations sociales annoncées par le Gouvernement. Compte tenu des déficits du FSV et du Ffipsa, il a estimé que la présentation en « trompe-l'œil » des comptes de la sécurité sociale ne reflète pas l'ampleur de son déficit et, dans ce contexte, il a jugé que les mesures d'économies annoncées par le Gouvernement vont inévitablement pénaliser les salariés. Après avoir pris acte des appréciations formulées par la Cour des comptes sur les indus et les problèmes posés par l'absence de certification des comptes de la Cnaf, il a mis en garde contre les dérives éventuelles de la politique de lutte contre la fraude qui ne doit pas tourner à la « chasse aux pauvres ».

Revenant sur le dossier de la Cnaf, **M. Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes**, a considéré que, si la position de la Cour n'emporte en elle-même aucun effet juridique immédiat, elle n'est pas pour autant sans conséquence. Au-delà de l'amertume qu'elle a pu éventuellement susciter auprès des responsables concernés, il s'agit surtout d'une puissante motivation pour agir et améliorer le processus d'élaboration et de contrôle des comptes. Par ailleurs, cet exercice de certification est annuel, ce qui permettra à l'avenir à la Cour de faire état des progrès réalisés.

Mme Rolande Ruellan a estimé que la branche famille a la responsabilité de nombreuses prestations, mais que l'autonomie farouche des caisses d'allocations familiales n'en facilite pas la gestion d'ensemble. La position adoptée par la Cour dans ce rapport doit permettre d'avancer.

Examen du rapport

(19 juillet 2007)

Réunie le jeudi 19 juillet 2007, sous la présidence de M. Jean-Marc Juillard puis de M. François Autain, secrétaires, la commission a procédé à l'examen du rapport d'information de M. Alain Vasselle, président de la Mecss, sur l'état des comptes de la sécurité sociale en vue de la tenue du débat sur les orientations des finances sociales.

M. Alain Vasselle, président de la Mecss, a évoqué le caractère singulier de ce débat d'orientation budgétaire et des finances sociales, qui intervient en début de législature, c'est-à-dire à un moment privilégié pour tracer des perspectives, définir des orientations de moyen terme claires et réalistes et qui, pour la première fois, aura lieu avec un interlocuteur gouvernemental unique, le ministre des comptes publics.

Il a estimé que la dégradation des comptes sociaux obligera les pouvoirs publics à prendre rapidement des mesures structurelles de grande ampleur. En effet, après les déficits record du régime général, plus de 11 milliards d'euros en 2004 et 2005, l'année 2006 a marqué une décrue en ramenant le déficit à 8,7 milliards d'euros, les quatre branches affichant toutefois un résultat négatif. Ce résultat peut sembler encourageant, mais il est pour l'essentiel la conséquence de recettes exceptionnelles non reconductibles d'un peu plus de 2 milliards d'euros, liées à la taxation anticipée des plans d'épargne logement de plus de dix ans.

Or, les résultats publiés en juillet marquent le retour aux années noires : le solde négatif du régime général, qui devait être ramené à 8 milliards d'euros, s'établira finalement à au moins 12 milliards. Ce résultat met d'ailleurs en cause la sincérité de la loi de financement pour 2007.

Les raisons de ce dérapage sont principalement au nombre de trois : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), le « papy-boom » et les allègements de charges sur les bas salaires.

L'Ondam devrait être dépassé de 2,2 milliards d'euros, essentiellement au titre des soins de ville en raison de la forte progression des indemnités journalières, des revalorisations tarifaires diverses et de moindres économies sur les médicaments. La branche maladie verrait ainsi son déficit se creuser : de 3,9 milliards prévus en loi de financement, à 6,4 milliards, en l'absence de mesures nouvelles.

Le dérapage des dépenses de retraite, estimé à près d'un milliard d'euros, résulte du dispositif « carrière longue » dont le succès ne se dément pas. Il est également imputable à l'arrivée à l'âge de soixante ans des générations du « baby-boom » et à l'échec des mesures prises en faveur du travail des seniors. Au total, le déficit de la branche vieillesse pourrait atteindre 4,7 milliards, au lieu des 3,5 milliards prévus.

Par ailleurs, le régime général enregistre une perte de recettes évaluée à 1,45 milliard d'euros sur le panier de recettes fiscales institué en 2006 pour compenser le coût des allègements généraux de cotisations sociales.

***M. Alain Vasselle, président de la Mecss**, a rappelé que le Gouvernement avait affirmé à l'automne dernier que non seulement ce panier permettrait de compenser parfaitement les allègements généraux de cotisations sociales, mais encore qu'il ferait apparaître des excédents de recettes évalués à 580 millions d'euros pour les deux exercices 2006 et 2007. Or, on ne constate aucun surplus, et même une insuffisance de financement estimée à 850 millions pour cette année, avant même de prendre en compte le coût supplémentaire des allègements qui découleront de l'application du projet de loi en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat, en cours d'examen.*

La commission avait d'ailleurs souhaité prévenir une telle situation en votant l'année dernière, en loi de finances, le principe d'une compensation des allègements généraux à l'euro près. Malheureusement, le Gouvernement avait obtenu la suppression de cette disposition.

Il a souhaité que le Gouvernement prenne l'engagement clair de régler cette question dans la prochaine loi de finances. Le vote des exonérations liées aux heures supplémentaires rendra d'ailleurs cette question encore plus impérative.

Enfin, dans cette présentation de la situation des finances sociales, la seule bonne surprise vient de la branche famille dont le déficit a été révisé à 700 millions d'euros au lieu de 800 millions en loi de financement et de 900 millions en 2006.

*Après ce rapide tableau des comptes de la sécurité sociale, **M. Alain Vasselle, président de la Mecss**, a souhaité évoquer trois questions importantes, qui exigent des réponses rapides du Gouvernement.*

La première est celle de la dette accumulée par le FSV. En effet ce fonds, qui assure le financement de dépenses d'assurance vieillesse à caractère non contributif, enregistre un résultat négatif depuis 2002. Avec un déficit de 300 millions d'euros en 2007, sa dette cumulée devrait s'élever à 5,3 milliards d'euros à la fin de l'année, soit environ 40 % de ses produits annuels.

*La Cour des comptes a, ces dernières années, clairement imputé à l'Etat la charge de pourvoir à l'équilibre du FSV. Toutefois, comme l'Etat a estimé que cela ne relevait pas de sa responsabilité, la Cour a modifié ses préconisations en demandant que le déficit du FSV ne soit pas occulté et que ses comptes soient combinés avec ceux de la branche retraite, ce qui accentuera encore le déficit de l'assurance vieillesse. **M. Alain Vasselle, président de la Mecss**, a estimé que le Gouvernement doit tirer les conséquences de cette nouvelle position de la Cour des comptes.*

La deuxième question est celle des retards toujours plus importants de l'Etat dans le remboursement des prestations et des exonérations. Au 31 décembre 2006, il devait en effet à la sécurité sociale 6,7 milliards d'euros et ce montant continue d'augmenter.

La troisième question a trait à la situation désespérée du Ffipsa. D'ici à trois ans, le déficit du fonds, déjà supérieur à 2 milliards cette année, devrait approcher les 3 milliards et son déficit cumulé, 5,4 milliards aujourd'hui, devrait plus que doubler.

Aucun début de solution n'a encore été esquissé pour remédier à cette situation. Seules quelques pistes éventuelles ont été évoquées à l'occasion des auditions menées ces derniers mois par la Mecss.

*A l'issue de cette présentation de la situation des finances sociales, **M. Alain Vasselle, président de la Mecss**, a estimé que la question de la réouverture de la Cades se pose clairement.*

En effet, à la fin de l'année 2007, le plafond de trésorerie accordé à l'Acoss par la dernière loi de financement, soit 28 milliards d'euros, risque fort d'être dépassé. Par ailleurs, un tel montant ne pourra perdurer dans les comptes de l'Acoss sans faire l'objet d'un traitement, c'est-à-dire être transformé en dette, l'apparition d'excédents à court terme étant évidemment hautement improbable.

Or, conformément aux dispositions de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale (Lolfss), tout nouveau transfert de dette à cette structure devra être accompagné d'une augmentation des recettes de façon à ne pas allonger la durée d'amortissement de la dette sociale. Une reprise de dette de 30 milliards nécessitera de porter le taux de la CRDS à 0,7 %, au lieu de 0,5 % aujourd'hui, soit un impact financier non négligeable pour nos concitoyens.

En conséquence, il a jugé extrêmement préoccupante la situation générale des finances sociales et ce, d'autant plus que cette dégradation des comptes intervient dans un contexte conjoncturel plutôt favorable avec une bonne tenue des recettes, renforçant ainsi le constat que le déficit actuel est essentiellement d'ordre structurel. Le redressement financier ne pourra résulter de simples mesures d'économie, mais bien de réformes structurelles.

Puis M. Alain Vasselle, président de la Mecss, a présenté quelques orientations pour mener à bien les réformes indispensables. En ce qui concerne l'assurance maladie, une réflexion sur la prise en charge des personnes souffrant d'une affection de longue durée (ALD) est inévitable. Ce poste absorbe 59 % des dépenses en 2004 et, à législation constante, il devrait en représenter 70 % en 2015. La tentative pour médicaliser la prise en charge des ALD prévue par la loi du 13 août 2004 a donc montré ses limites. Compte tenu de la charge que les ALD font peser sur les dépenses, des mesures plus contraignantes vont s'avérer indispensables.

Il a souligné que la création d'un bouclier sanitaire ne constitue qu'une réponse partielle au problème, même si elle devrait se traduire par une réforme profonde des régimes de prise en charge des assurés.

Il s'est prononcé en faveur d'une remise à plat des dispositifs de « reste à charge » en vigueur. Les dispositifs existant pour les consultations, les actes de biologie et l'hospitalisation pourraient être complétés par une participation forfaitaire prélevée au moment de l'achat des boîtes de médicaments.

Il a jugé urgent d'associer l'hôpital aux politiques de réduction des déficits de l'assurance maladie. Tout d'abord, par une relance de la tarification à l'activité, et notamment du processus de convergence des tarifs dont la mise en œuvre constitue un gage d'efficacité des dépenses et de qualité des soins aux patients. Seule une stratégie claire en ce domaine permettra d'associer et de responsabiliser les acteurs.

De même, les principes de la maîtrise médicalisée appliqués en ville doivent être étendus à l'hôpital, comme le prévoit la loi du 13 août 2004. A ce sujet, il serait légitime d'accroître la place dévolue à l'assurance maladie dans la gestion des dépenses hospitalières et d'accorder à l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) une responsabilité plus importante dans la fixation des tarifs.

La branche vieillesse constitue un deuxième domaine où les réformes ne peuvent plus attendre. Avec un déficit proche de 5 milliards d'euros cette année, l'assurance vieillesse fait les frais d'une conjonction de facteurs défavorables : une dynamique des dépenses supérieure aux estimations, des comportements des assurés mal anticipés, un marché de l'emploi moins vigoureux que prévu, l'échec des dispositifs destinés à reculer l'âge moyen de départ en retraite.

Dans ce contexte, le départ en retraite des générations du « baby-boom » rend l'équilibre, qui était déjà audacieux, intenable. Si l'on y ajoute le vieillissement de la population et l'allongement de la durée de vie, le financement des retraites paraît de plus en plus incertain, car l'accumulation de déficits et de dettes est évidemment proscrite dans ce domaine.

M. Alain Vasselle, président de la Mecss, a jugé impératif, pour redresser les comptes, d'arrêter l'hémorragie des préretraites et de tout faire pour promouvoir l'emploi des seniors. La France est aujourd'hui en dernière position en Europe avec un âge moyen de retrait du marché du travail de deux ans inférieur à celui de la moyenne européenne, de trois ans par rapport à l'Allemagne et de plus de cinq ans par rapport à la Suède.

Le dispositif des carrières longues doit également être revu, en particulier pour éviter les abus manifestes et les effets d'aubaine liés à l'utilisation des nombreuses possibilités de validations de trimestres actuellement en vigueur. Cette pratique ne respecte pas l'esprit de la réforme de 2003. De la même façon, les discussions en cours sur la pénibilité devront intégrer une dimension de coût et de soutenabilité financière qui a réellement fait défaut au moment de l'adoption de la mesure carrières longues.

Il a souhaité que l'ensemble des coûts liés au vieillissement de la population fasse l'objet d'une approche globale, prospective et surtout plus approfondie. Les besoins de financement devront notamment être chiffrés le plus correctement possible, en retenant plusieurs scénarios, de façon à éviter une nouvelle impasse.

La prochaine réforme des retraites ne pourra pas être paramétrique. Toutes les pistes doivent être explorées, par exemple en instituant une retraite par points, tout en garantissant aux assurés sociaux la pérennité du système et d'un certain nombre de règles minimales, comme cela a été réalisé en Suède.

M. Alain Vasselle, président de la Mecss, a conclu par quelques observations sur le financement de notre protection sociale, sujet sur lequel un début de polémique est récemment apparu, principalement autour de la question de la TVA sociale.

Les différents travaux menés au cours de l'année 2006 sur la possibilité de recourir à une cotisation sur la valeur ajoutée, à une cotisation patronale généralisée, à plus de CSG ou à la TVA sociale ont clairement montré qu'aucune solution n'est idéale. Il en est surtout ressorti qu'aucune de ces alternatives n'entraîne un impact significatif en termes d'emploi et qu'on ne peut exclure un risque inflationniste dans le cas de la TVA sociale. Le prélèvement le plus neutre reste, au vu de ces rapports, la CSG.

En outre, la mise en place d'une véritable TVA sociale, c'est-à-dire le transfert de points de cotisations sur des points de TVA, est bien plus complexe qu'il n'y paraît, compte tenu en particulier des allègements de cotisations en vigueur entre 1 et 1,6 Smic. En revanche, la création de nouvelles taxes est parfaitement envisageable, par exemple une taxe sur les boissons sucrées, dans un souci autant sanitaire que financier. Dans le même ordre d'idée, des marges existent encore pour la taxation de certains produits alcoolisés.

Enfin, d'autres modes de financement, de type plutôt assurantiel, seront indispensables, notamment pour financer certaines dépenses liées à la dépendance. Sur ce sujet, une réflexion commune sera menée avec la commission des finances au cours de l'hiver prochain.

M. François Autain a estimé que ce débat d'orientation doit être l'occasion de faire le bilan de la réforme de l'assurance maladie adoptée en 2004, qui était censée ramener l'équilibre budgétaire à compter de 2007.

Il a fait part de ses réserves quant aux propositions émises par le rapporteur pour lutter contre le déficit de la branche assurance maladie et de la branche vieillesse et s'est prononcé, à titre personnel, en faveur d'une fusion de la CSG et de l'impôt pour rénover le financement des dépenses de protection sociale.

M. André Lardeux a observé que le déficit de la branche famille est artificiellement provoqué par l'Etat qui n'honore pas les créances dues au titre du versement de l'APL. Cette situation est inadmissible, car elle pourrait être résolue simplement si l'Etat inscrivait dans ses comptes le montant exact des sommes dues.

Revenant sur la situation financière de la branche famille, il s'est déclaré défavorable au versement d'allocations familiales dès le premier enfant, car une telle mesure n'aura aucun impact sur les évolutions démographiques. Il serait plus utile de réviser les modalités de prise en compte des modes de garde dans le versement des aides aux familles.

Il a dit son inquiétude face à l'évolution des comptes de la branche vieillesse. Les pouvoirs publics doivent être attentifs aux résultats des négociations en cours avec les partenaires sociaux sur la prise en compte de la pénibilité au travail dans le calcul de la retraite. Cet accord ne doit pas se traduire par des dérapages comparables à ceux qui ont été constatés avec les dispositifs de préretraite. Cette négociation présente d'ailleurs, à son avis, un côté immoral. Si la pénibilité au travail est telle qu'elle provoque un raccourcissement de la durée de vie des salariés, la solution ne réside pas dans une anticipation de leur départ à la retraite, mais bien dans une réflexion sur les moyens d'améliorer leurs conditions de travail.

Evoquant la situation de l'assurance maladie, il a rappelé que le nombre de personnes souffrant d'affections de longue durée est plus important en France que dans des pays comme l'Allemagne ou la Suède et que cette situation n'est pas justifiée par des différences d'état sanitaire.

Il a jugé inacceptable toute politique fondée sur le report de la dette sociale vers les générations futures et s'est déclaré favorable à une augmentation de la CSG et à son harmonisation.

Il a estimé que la TVA sociale n'est pas une réponse globale à la question des déficits sociaux puisqu'elle ne permet qu'un transfert des modalités de financement. Il a conclu en précisant que la prise en charge de la

dépendance ne peut pas être assurée par les seuls régimes de sécurité sociale et que, dans ces conditions, une démarche assurantielle est inévitable.

M. Guy Fischer a estimé que ce rapport met en évidence l'échec de la réforme de l'assurance maladie de 2004, tandis que de lourdes incertitudes planent sur le montant réel du déficit de la sécurité sociale qui pourrait encore s'alourdir avant la fin de l'année 2007 en raison de la dégradation des comptes du FSV et du Ffipsa.

Il a souligné l'aggravation des inégalités d'accès aux soins dont sont victimes les populations les plus fragiles et s'est inquiété des risques de réduction des moyens financiers attribués à l'hôpital public, alors que les établissements privés se regroupent et augmentent leurs capacités d'accueil.

Il a fait part de son opposition à toute proposition de réforme du financement de la protection sociale qui pèserait uniquement sur les salariés, tandis que le monde de l'entreprise serait exonéré de ces charges. Il s'est étonné que les assureurs complémentaires ne soient pas associés au plan d'économie présenté par le Gouvernement et a souligné que les médecins ont bénéficié de revalorisations tarifaires importantes au cours des dernières années.

En conclusion de son intervention, il a estimé indispensable de procéder à une évaluation de la réforme des retraites mise en œuvre en 2003.

En réponse aux différents intervenants, M. Alain Vasselle, président de la Mecss, s'est déclaré réticent face à une fiscalisation complète des recettes de la sécurité sociale, qui nuirait à la transparence des comptes, puisque les recettes ne seraient plus affectées à des dépenses précises, comme c'est le cas aujourd'hui avec les cotisations et les taxes.

Il a reconnu que le bilan de la réforme de l'assurance maladie n'est pas à la hauteur des objectifs fixés il y a maintenant trois ans.

Il a précisé que la participation des assureurs complémentaires à la prise en charge de la rémunération forfaitaire des médecins nécessite l'adoption d'une mesure législative et qu'en conséquence, cette disposition n'a pas pu être immédiatement intégrée dans le plan d'économie établi par le Gouvernement après la notification du comité d'alerte.

Il a considéré que la participation de l'hôpital à la réduction des dépenses d'assurance maladie ne se traduit pas automatiquement par une réduction de l'offre de soins. Sa proposition consiste à établir une plus grande transparence sur les dépenses hospitalières, afin que la Cnam cesse d'être un payeur aveugle.

Il a précisé qu'un lien plus étroit doit être établi entre les revalorisations du tarif des consultations médicales et le respect des engagements de maîtrise médicalisée conclus entre la Cnam et les syndicats médicaux, car ces engagements justifient les augmentations accordées par les pouvoirs publics.

ANNEXE

RENFORCER LA QUALITÉ DE L'INFORMATION DU PARLEMENT SUR LES FINANCES SOCIALES

Rappel des améliorations demandées par la commission des affaires sociales

Les lois de financement de la sécurité sociale sont préparées, examinées et exécutées dans le cadre juridique rénové de la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

Si ce texte a permis des avancées dans le sens d'une meilleure information du Parlement et d'une plus grande transparence des finances sociales, **des progrès doivent encore être réalisés**. Ceux-ci sont souhaitables non seulement dans le contenu et la présentation des projets de loi de financement, mais aussi dans la définition des programmes de qualité et d'efficience (PQE) annexés à ces projets de loi.

La commission des affaires sociales présente ici l'ensemble des propositions qu'elle défend à ce sujet et dont elle regrette qu'**aucune** n'ait, jusqu'à présent, été prise en compte par le Gouvernement. Ces propositions s'ajoutent à ses remarques précédentes sur le caractère inadapté du document établi par le Gouvernement en vue du débat d'orientation, du moins en ce qui concerne ses quelques pages consacrées aux finances sociales.

A. Les projets de loi de financement de la sécurité sociale

Il conviendrait de :

1. Renforcer le cadrage pluriannuel

Il est nécessaire **d'étayer plus solidement l'annexe B**, de façon à justifier précisément les évolutions prévues. Le document annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 était certes meilleur que celui de l'année précédente car il présentait deux scénarios et non un seul, à l'image de ce qui existe dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances.

Toutefois, il n'était construit que sur les hypothèses de croissance et d'inflation de ce dernier rapport et sur deux autres hypothèses, à savoir la croissance de la masse salariale et celle de l'Ondam. C'est évidemment

largement insuffisant pour parvenir à un résultat pertinent de prévision d'équilibre pour chacune des branches.

Afin de pouvoir apprécier le caractère réaliste ou pertinent de ces prévisions, il faudrait pouvoir disposer d'informations plus détaillées sur les éléments retenus dans la projection afin de nourrir un débat qui ne soit pas excessivement simpliste.

2. Présenter les données chiffrées en millions d'euros

Cette demande d'amélioration vise à obtenir que les montants inscrits dans le projet de loi de financement soient présentés en millions d'euros et non **en milliards arrondis à la centaine de millions d'euros près**. Cette excessive simplification va évidemment à l'encontre de la recherche de sincérité et de précision des comptes.

En particulier, elle ne permet pas de cerner facilement l'impact financier d'un certain nombre de mesures, surtout lorsque celles-ci s'élèvent à quelques dizaines de millions d'euros seulement.

On notera, d'ailleurs, que le projet de loi de finances est présenté non pas en milliards, ni en millions, ni en milliers d'euros, mais en euros.

3. Chiffrer les mesures nouvelles proposées

L'**annexe 9** explicite, d'une part, les besoins de trésorerie des régimes, d'autre part, l'impact sur les comptes des mesures nouvelles.

Cette dernière partie restait très succincte dans le projet de loi de financement pour 2007, bien qu'un peu plus développée que l'année dernière, quand seul un tableau était proposé.

Or, pour favoriser la transparence des comptes et permettre au Parlement d'exercer pleinement son pouvoir de contrôle, il est indispensable que celui-ci dispose d'un chiffrage plus précis et plus exhaustif des différentes mesures nouvelles proposées, en recettes comme en dépenses, et en particulier de **chacun des articles** du projet de loi de financement, comme cela existe d'ailleurs pour le projet de loi de finances.

La commission des affaires sociales souhaite tout particulièrement que cette amélioration soit prise en compte dans le projet de loi de financement pour 2008.

4. Compléter l'annexe 8 relative aux organismes financés par des régimes obligatoires de base

L'**annexe 8** doit présenter les comptes des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base, mais aussi des « *organismes financés par des régimes obligatoires de base* ». A ce titre, cette annexe doit contenir des informations sur les agences sanitaires et alimentées par l'assurance maladie (agence de biomédecine, institut national de la transfusion sanguine, agence technique de l'information sur l'hospitalisation, institut national de prévention et d'éducation pour la santé, haute autorité de santé).

Or, aucune d'entre elles (à l'exception de l'Oniam) n'y figure, non plus d'ailleurs que le fonds de concours Biotox ou que l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

Seuls y sont présents le fonds de solidarité vieillesse (FSV), le fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (Ffipsa), la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), le fonds de réserve des retraites (FRR), la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et, depuis cette année, le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata), le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva), l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (Oniam), enfin, le fonds d'aide à la qualité des soins de ville (Faqsv).

Ces omissions ne semblent pas justifiées et devraient être réparées afin de garantir le droit d'information du Parlement. Il est, en particulier, impératif que les éléments financiers du futur établissement public gestionnaire de la réserve sanitaire, qui a pris la suite du fonds Biotox, y soient retracés.

B. Les programmes de qualité et d'efficience

L'article L.O. 111-4-III du code de la sécurité sociale prévoit qu'est jointe au projet de loi de financement une annexe présentant les programmes de qualité et d'efficience (PQE) relatifs aux dépenses et aux recettes de chaque branche de sécurité sociale.

Cet article précise que ces programmes comportent :

- un diagnostic de situation appuyé notamment sur les données sanitaires et sociales de la population ;
- des objectifs retracés au moyen d'indicateurs précis dont le choix est justifié ;
- une présentation des moyens mis en œuvre pour réaliser ces objectifs et l'exposé des résultats atteints lors des deux derniers exercices clos et, le cas échéant, lors de l'année en cours.

Les projets de programmes ont été transmis pour avis à la commission des affaires sociales du Sénat au mois de mai 2006. Le document comprenait cinq projets de programmes. Le sixième, consacré à la compensation de la perte d'autonomie, n'était pas encore élaboré.

Pour chacun de ces programmes, les éléments d'information sont organisés en deux parties :

- une partie destinée à donner des éléments de cadrage et d'état des lieux,

- une partie comportant des objectifs de politique publique assortis d'indicateurs de résultat précis.

Les observations de la commission transmises au Gouvernement l'an dernier se sont rapportées à chacun des cinq programmes. **Au total, quarante suggestions de modifications ont été proposées.**

Votre commission relève, pour le déplorer, que ses propositions n'ont pas été prises en compte dans l'annexe jointe ensuite au PLFSS pour 2007. Elle les réitère donc en souhaitant qu'elles soient enfin retenues pour le projet de loi de financement pour 2008.

1. Le programme « Accidents du travail et maladies professionnelles »

La commission a fait cinq observations principales :

- la délimitation entre certaines données de cadrage et certains indicateurs manque de précision et risque de donner lieu à des **redondances** : par exemple, l'objectif I-2 « répartition des AT-MP par secteurs d'activité en tenant compte des effectifs salariés affiliés » recoupe en grande partie l'indicateur II-1-2 sur la sinistralité ciblée sur les plus forts risques ; de même, les objectifs I-3 et I-4 qui regroupent des informations sur le nombre d'AT-MP et sur leur gravité est très proche de l'indicateur II-1-1 sur la fréquence des AT-MP en fonction de leur gravité ;

- l'indicateur II-1-4 mesurant la part de la variation dans la fréquence des AT-MP qui peut être attribuée aux actions de prévention menées par la CNAMTS paraît particulièrement **délicat à construire** pour apparaître fiable et pertinent ;

- l'évaluation du taux de reconnaissance des cancers professionnels (indicateur II-2-1) risque d'être **difficile et controversée**, comme le montre le rapport de la commission Diricq. En outre, les cancers ne représentent qu'une partie des maladies d'origine professionnelle, de sorte que cet indicateur n'apporte qu'une **information très partielle** sur le problème de la sous-reconnaissance des maladies professionnelles ;

- il pourrait être utile d'étudier la faisabilité **d'un indicateur permettant d'apprécier si les règles actuelles de tarification incitent suffisamment les employeurs à la prévention** : il s'agirait de s'assurer que les écarts de sinistralité se traduisent par des variations suffisamment significatives du taux de cotisation pour avoir un impact sur le comportement des entreprises en matière de prévention ;

- de même, comme pour les autres branches, **un indicateur « taux de couverture des dépenses par les recettes »** serait particulièrement utile : il s'agirait d'apprécier l'équilibre financier réel de la branche et de faire apparaître les transferts financiers affectant les AT-MP, notamment en provenance de la CNAM maladie.

2. Le programme « Famille »

La commission a fait sept observations :

- parmi les données de cadrage envisagées, l'élément I-3, indiqué « sous réserve » est intéressant mais il nécessitera une définition solide car la notion de « nombre d'enfants désirés » est une **notion évolutive, en fonction notamment de l'évolution de la situation familiale** ;

- la donnée **I-10 sur l'évolution du nombre de bénéficiaires** des trois principales allocations logement, qualifiée d'« optionnelle », est une donnée **utile** ;

- l'indicateur II-1-1 mériterait d'être **précisé**, afin de permettre les comparaisons de niveaux de vie des ménages avant et après prestations familiales et aides au logement non seulement en fonction de la configuration familiale mais également du **niveau de vie initial** ;

- l'indicateur II-2-5 devra être précisé : **quels sont les dispositifs** pour lesquels on envisage de mesurer le comportement des bénéficiaires ?

- pour l'objectif II-3 « aider les familles vulnérables », l'indicateur proposé paraît insuffisant : il pourrait être utilement complété par un **indicateur permettant de mesurer l'efficacité réelle de la politique gouvernementale**, par exemple en appréciant l'impact des prestations familiales sur le taux de pauvreté ou encore en mesurant le rôle des aides au logement ;

- l'indicateur II-4-1 sur le taux de couverture des dépenses de la CNAF par les recettes devra mettre en évidence **les diverses contributions** de la branche famille ainsi que les **transferts de charges** qui lui sont imposés (allocations logement, majorations de pension, AVPF, etc.) ;

- l'indicateur II-4-2 sur le suivi des dépenses d'action sociale de la branche, qualifié d'« optionnel » sera très **utile**.

3. Le programme « Financement »

Les remarques de la commission s'orientent autour des six idées principales suivantes :

- la donnée de cadrage I-6 mériterait d'être présentée pour **plusieurs niveaux de rémunération** et non seulement pour celui du Smic, en ajoutant par exemple le seuil de 1,6 Smic et le plafond ; cette même remarque pourrait s'appliquer à l'indicateur II-2-1 relatif au taux de prélèvement effectif pour un salarié rémunéré au Smic ;

- l'indicateur envisagé pour évaluer l'assiette fraudée (II-1-2) devra être relativement **élaboré** pour être à la fois fiable et pertinent ;

- il pourrait être utile d'ajouter aux deux indicateurs prévus sur la lutte contre la fraude un indicateur mesurant **l'activité de contrôle des Urssaf** afin notamment de s'assurer que les opérations de contrôle sont efficaces ;

- pour compléter l'objectif II-1 relatif à l'équité du prélèvement social, un indicateur permettant d'analyser **le poids des « niches sociales »** au regard de la masse salariale aurait une très grande utilité ;

- l'indicateur II-2-4 sur la perception du prélèvement social et des exonérations de charges par les employeurs ne pourra se limiter à un rapide sondage mais devra reposer sur une **enquête approfondie et détaillée**, faisant notamment apparaître les différences de perception en fonction des secteurs d'activité ;

- l'objectif II-5 intitulé « garantir la viabilité financière des régimes de base » gagnerait à être complété par un indicateur permettant d'apprécier la **stabilité de la structure de financement** de la sécurité sociale et mettant en évidence **les opérations de « tuyauterie »** récurrentes qu'elle subit.

4. Le programme « Maladie »

La commission a fait six propositions :

- pour la donnée de cadrage I-1 sur la part des dépenses de santé dans le PIB, il serait utile de prévoir une **ventilation** entre les dépenses prises en charge par le **régime obligatoire**, les dépenses prises en charge par les **assureurs complémentaires** et les dépenses restant à la charge des **assurés** ;

- une donnée de cadrage supplémentaire paraîtrait utile : elle aurait pour but de présenter **la part des dépenses de l'Ondam consacrée à la rémunération des professionnels de santé**, en détaillant ce qui relève des soins de ville, y compris les honoraires des pharmaciens, et ce qui relève de l'hôpital ;

- la donnée I-10, qualifiée d'« optionnelle », devrait en réalité présenter une grande utilité, car elle permettra de disposer **d'un indicateur spécifique sur le revenu des médecins** alors qu'il existe aujourd'hui différentes sources ayant recours à des méthodes de calcul non homogénéisées ;

- l'indicateur II-1-3 gagnerait à être complété par un sous-indicateur présentant le **nombre d'assurés bénéficiant d'un contrat responsable** ;

- pour l'appréciation de la mise en œuvre du parcours de soins (indicateur II-3-1), il conviendrait d'ajouter un sous-indicateur précisant le **nombre d'assurés disposant d'un dossier médical personnel** ;

- le suivi de la consommation de médicaments (indicateur II-4-1) pourrait être utilement complété par deux sous-indicateurs faisant apparaître, d'une part, le **taux de croissance des prescriptions** établies respectivement par les médecins libéraux et les médecins hospitaliers, d'autre part, la proportion des **consultations médicales accompagnées d'une prescription médicamenteuse**.

5. Le programme « Retraites »

La commission a présenté trois séries de propositions :

a) Prévoir l'introduction d'une dimension comparative entre les régimes de retraite

Compte tenu du grand nombre de catégories d'assurés sociaux et de la forte proportion de personnes changeant de régime d'affiliation au cours de leur vie professionnelle, il apparaît indispensable de donner une **dimension comparative** aux données présentées dans la future annexe du PLFSS. En outre, le régime général ne verse qu'un peu plus de la moitié du total des prestations vieillesse. Dès lors, il apparaît indispensable de **prendre en compte l'assurance vieillesse dans toute sa diversité**.

Pour cela, il conviendrait que certains des indicateurs du programme soit présentés pour le panel suivant de régimes :

Moyenne tous régimes	CNAV	AGIRC	ARRCO	Salariés	Exploitants Agricoles (base + compl)
Artisans (CANCAVA) base + compl	Commerçants (ORGANIC) base + compl	Professions libérales (CNAVPL) base + compl	Fonctionnaires civils de l'Etat	Militaires	Fonct publ terr et hosp (CNRACL)
Régime des mines	SNCF	RATP	Industries élect et gazière (IEG)	Marins (ENIM)	Banque de France

Les indicateurs concernés sont :

- l'indicateur II-1-4 sur la pension moyenne des personnes partant en retraite ;
- l'indicateur II-1-5 sur la pension moyenne des retraités ;
- l'indicateur II-2-4 sur la durée moyenne tous régimes validée par les assurés sociaux de la CNAV ; cet indicateur pourrait d'ailleurs être utilement complété, voire même remplacé, par un tableau rassemblant les données sur le nombre moyen d'années validées pour chacun des régimes du panel ;
- l'indicateur II-4-2 sur l'âge effectif moyen à la cessation d'emploi ;
- l'indicateur II-4-3 sur l'âge effectif au départ à la retraite, qu'il est pour l'instant proposé de limiter aux seuls affiliés de la CNAV, tout en procédant à une distinction entre les hommes et les femmes. Or, les disparités entre les différentes catégories d'assurés sociaux apparaissent plus importantes encore que celles liées au sexe de ces personnes. Aussi, paraît-il indispensable de disposer d'un indicateur sur l'âge effectif de départ à la retraite pour tous les régimes du panel, quitte à ce que l'indicateur apparaisse « hommes et femmes confondus » pour certains de ces régimes ;

- l'indicateur II-4-8 sur le nombre de bénéficiaires de la mesure de cumul emploi-retraite ;

- l'indicateur II-5-3 retraçant le ratio de durée d'activité sur la durée moyenne de retraite.

Par ailleurs, **deux nouveaux indicateurs** pourraient utilement compléter ceux qui sont actuellement inscrits sous l'objectif II-3 « garantir la solidarité entre retraités » : il s'agirait, pour tous les régimes du panel de présenter le **nombre moyen d'années cotisées** ainsi que le **nombre moyen d'années validées gratuitement**.

b) Permettre l'analyse de la structure de financement des principaux régimes de retraite

Un nouvel indicateur consacré à la structure de financement des principaux régimes de retraite (ceux du panel défini ci-dessus) pourrait s'insérer au sein de l'objectif II-5 « garantir la viabilité financière des régimes de retraite ». Il serait composé de **quatre sous-indicateurs** destinés à faire apparaître les caisses dont les équilibres financiers reposent essentiellement sur les cotisations de leurs assurés sociaux et celles qui font appel principalement à des transferts financiers en provenance de l'extérieur :

- les deux premiers ratios exposeraient **la part relative** au sein du total des produits **des cotisations salariales**, d'une part, **des cotisations employeur**, d'autre part. Cela permettrait de pallier une insuffisance majeure dans la présentation du rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale qui, en agrégeant presque systématiquement ces données sous la rubrique « cotisations des actifs », ne permet pas réellement d'appréhender la nature de l'effort contributif et surtout sa répartition ;

- un troisième sous-indicateur pourrait être consacré à la **part relative des « cotisations fictives »** au sein de l'ensemble des produits. En effet, l'équilibre des régimes publics et de la plupart des régimes spéciaux repose principalement sur ce type de mécanisme, qui assure parfois jusqu'à 70 % du financement des dépenses. Ces informations ne sont disponibles, en loi de finances, que pour les seules pensions des fonctionnaires civils et militaires de l'Etat. Il conviendrait désormais d'en disposer pour tous les autres régimes ;

- un quatrième sous-indicateur pourrait être ajouté afin d'évaluer **la part relative des ressources extérieures au régime** au sein des produits. A côté des « cotisations des actifs » et des « cotisations fictives », il serait utile de savoir dans quelle proportion telle ou telle catégorie d'assuré social met à contribution la solidarité nationale et la solidarité inter régime. Il suffirait pour cela de bâtir un **ratio rapportant la somme des transferts reçus au titre de la compensation démographique, des subventions publiques et des contributions publiques au total des produits de chacun des régimes**.

c) Compléter et préciser deux indicateurs

- l'indicateur II-4-1 a pour objet de suivre le **taux d'emploi des personnes âgées de 55 à 64 ans**. Il s'agit effectivement d'une donnée très importante mais il paraîtrait judicieux de la ventiler, à l'instar des publications de l'Insee et d'Eurostat, en **deux sous-ensembles** : les personnes de **55 à 59 ans**, d'une part, celles de **60 à 64 ans**, d'autre part. En effet, la spécificité de la situation de la France au sein des pays industrialisés apparaît beaucoup plus nettement de cette façon ;

- l'indicateur II-5-4 pourrait être remplacé par des données plus facilement interprétables. Le **ratio rapportant la durée cotisée à la durée validée** semble en effet relativement abstrait. Il serait donc préférable, comme préconisé ci-dessus, d'indiquer, pour les différents régimes du panel, le nombre d'années validées gratuitement. Cela permettrait dès lors de remplacer le ratio par un tableau faisant apparaître, pour chaque régime, l'âge moyen de la liquidation des pensions ainsi que la proportion des pensions liquidées :

- à l'âge de 55 ans et avant ;
- entre 56 et 59 ans ;
- à l'âge de 60 ans ;
- au-delà de 60 ans.