

N° 456

SÉNAT

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2007-2008

Annexe au procès-verbal de la séance du 9 juillet 2008

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.

(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. Jean-Marie Vanlerenberghe, Mme Annie David, M. Bernard Seillier, *vice-présidents* ; MM. François Autain, Paul Blanc, Jean-Marc Juillard, Mmes Anne-Marie Payet, Gisèle Printz, *secrétaires* ; Mme Jacqueline Alquier, MM. Jean-Paul Amoudry, Gilbert Barbier, Pierre Bernard-Reymond, Mme Brigitte Bout, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Mmes 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. Marc Laménie, Serge Larcher, André Lardeux, Dominique Leclerc, Mme Raymonde Le Texier, MM. Roger Madec, Jean-Pierre Michel, Alain Milon, Georges Mouly, Louis Pinton, Mmes Catherine Procaccia, Janine Rozier, Michèle San Vicente-Baudrin, Patricia Schillinger, Esther Sittler, MM. Alain Vasselle, François Vendasi.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT-PROPOS	5
I. 2007 ET 2008 : UN DÉSÉQUILIBRE DE 20 MILLIARDS.....	7
A. 2007 : LE DÉRAPAGE	7
1. Une croissance soutenue des recettes.....	7
2. Le creusement du déficit de la branche vieillesse.....	9
3. Une alerte sur les dépenses d'assurance maladie.....	9
B. 2008 : LE FREINAGE.....	12
1. Des recettes toujours dynamiques	12
2. La vieillesse en grand déficit.....	13
3. Le redressement de la maladie	13
II. 2009 A 2011 : QUEL CHEMIN VERS L'ÉQUILIBRE ?.....	15
A. LES MESURES URGENTES.....	15
1. Traiter la question des déficits accumulés.....	15
2. Poursuivre la clarification des relations entre l'Etat et la sécurité sociale	17
3. Régler la situation du Ffipsa.....	18
B. LES RÉFORMES INDISPENSABLES.....	19
1. Assurance maladie : aller au-delà du plan d'économies	19
2. Sauver le régime des retraites	20
3. Assurer un financement durable de la protection sociale	22
TRAVAUX DE LA COMMISSION	27
I. AUDITIONS.....	27
• Audition de M. Philippe SÉGUIN, premier président, Mmes Rolande RUELLAN, présidente de la 6^e chambre, et Catherine MAYENOBE, secrétaire générale, MM. André GAURON et Jean-Philippe VACHIA, conseillers maîtres de la Cour des comptes sur la certification des comptes de la sécurité sociale (mardi 1^{er} juillet 2008)	27
• Audition de MM. Jean-Louis DEROUSSEN, président du conseil d'administration, et Philippe GEORGES, directeur général, de la caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf) (mercredi 2 juillet 2008).....	35
• Audition de Mme Danièle KARNIEWICZ, présidente du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (Cnav) (mercredi 2 juillet 2008)	40
• Audition de M. Dominique LIBAULT, directeur de la sécurité sociale (mercredi 2 juillet 2008)	46
• Audition de M. Patrice RACT MADOUX, président du conseil d'administration de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) (mercredi 2 juillet 2008).....	50
• Audition de MM. Pierre BURBAN, président du conseil d'administration, Bernard BILLON, directeur-adjoint, et Alain GUBIAN, directeur financier, de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) (mercredi 2 juillet 2008)	52
• Audition de M. Frédéric VAN ROEKEGHEM, directeur général de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam) (mardi 8 juillet 2008).....	55
II. PRÉSENTATION DU RAPPORT D'INFORMATION	62

Mesdames, Messieurs,

Le débat sur les orientations des finances sociales, organisé conjointement avec le débat d'orientation budgétaire, et baptisé cette année débat d'orientation des finances publiques, revêt un caractère particulier pour trois raisons au moins :

- il intervient dans **un contexte de finances budgétaires et sociales fortement dégradées**, avec un déficit public total compris entre 2,5 et 3 points de Pib, en 2007 comme en 2008, et une dette publique supérieure à 63 % de la richesse nationale ;

- il est organisé à un moment où la conjoncture mondiale s'essouffle et où la situation économique de notre pays apparaît marquée par **un ralentissement de l'activité et une hausse de l'inflation**, ce qui accroît considérablement les contraintes financières pesant sur nos budgets ;

- il se déroule à la veille de l'élaboration de la première loi de programmation des finances publiques qui sera votée à l'automne pour la période 2009-2012, c'est-à-dire à un moment privilégié pour **orienter les perspectives de moyen terme et proposer un chemin précis et raisonnable** en vue d'atteindre l'objectif de retour à l'équilibre.

Votre commission se félicite que le Parlement puisse débattre de ces questions et cela avec un interlocuteur gouvernemental unique. Un an après sa mise en place, il apparaît en effet avec évidence que **l'institution d'un ministère unique des comptes publics favorise la vision plus globale des finances publiques** que la commission des affaires sociales a toujours appelée de ses vœux et surtout limite 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 - qui empêchaient souvent le débat de porter sur les questions réellement essentielles. Elle a aussi permis d'avancer sur des sujets importants, comme le règlement de la dette de l'Etat envers la sécurité sociale ou l'inscription de crédits budgétaires suffisants en loi de finances initiale pour un certain nombre de dotations.

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

Contrairement à l'année dernière, le rapport préparatoire au débat, transmis (un peu tardivement) au Parlement, est globalement conforme aux dispositions de l'article L.O. 111-5-2 du code de la sécurité sociale et donc aux attentes du législateur. Il comporte en effet plus de détails et offre surtout **une vision des finances publiques plus respectueuse de la spécificité des finances sociales**. Toutefois, il ne comprend pas encore ce qui est pourtant prévu par le code, à savoir une évaluation pluriannuelle de l'évolution des recettes et des dépenses des administrations de sécurité sociale ainsi que de l'Ondam.

Ces données sont importantes car la situation actuelle rend indispensable qu'une véritable stratégie de redressement de nos finances publiques soit mise en place et respectée. Il n'est plus possible de se contenter de mesures ponctuelles. Seules des réformes d'ampleur permettront à notre pays de se mettre en condition de **faire face au défi que constitue le vieillissement de la population**. Celui-ci est en effet bien réel. Le poids des dépenses supplémentaires, en matière de retraite, de santé et de dépendance, pourrait s'élever à **au moins trois points de Pib** d'ici à 2050.

C'est pourquoi, seul un assainissement véritable de nos finances publiques pourra garantir la pérennité de notre modèle social, modèle auquel nos concitoyens sont, à juste titre, attachés. Il nous faut donc trouver les moyens de **cesser de reporter les dépenses d'aujourd'hui sur les générations de demain**.

Cela signifie qu'il faut, d'une part, prendre la vraie mesure des **évolutions actuelles** des finances de la sécurité sociale, d'autre part, se donner les moyens de s'attaquer aux **causes structurelles** des déficits sociaux.

L'année 2009 présente à cet égard un caractère stratégique. Des décisions majeures, peut-être douloureuses, devront être prises pour inverser les tendances actuelles et permettre un retour à l'équilibre à moyen terme de nos comptes sociaux. Nous ne pouvons plus repousser encore les échéances.

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

I. 2007 ET 2008 : UN DÉSÉQUILIBRE DE 20 MILLIARDS

Les années 2007 et 2008 n'ont pas encore permis d'avancer sur la voie du retour à l'équilibre des comptes de la sécurité sociale. Elles ont tout juste enrayé la progression du déficit global. Elles sont également marquées par une baisse sensible du déséquilibre de la branche maladie et, à l'inverse, par une hausse rapide du déficit de la branche vieillesse.

A. 2007 : LE DÉRAPAGE

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

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

(en milliards d'euros)

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

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale

L'exercice 2007 a pourtant bénéficié d'une progression particulièrement dynamique des recettes. Mais, dans le sens contraire de la dégradation des comptes, on a enregistré à la fois une progression supérieure à 6 % des prestations de la branche vieillesse et un dépassement de plus de 3 milliards d'euros de l'Ondam.

1. Une croissance soutenue des recettes

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

Quatre aspects méritent d'être soulignés :

- le dynamisme de la masse salariale du secteur privé

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

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

- la forte augmentation des exonérations de cotisations

L'année 2007 est marquée par une forte hausse des exonérations de cotisations, que ce soit au titre des allègements généraux ou des allègements ciblés, mais aussi du fait de l'entrée en vigueur, le 1^{er} octobre, de la loi Tép¹ qui exonère de charges sociales les heures supplémentaires.

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

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

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

- la très forte hausse des prélèvements sociaux sur les revenus du capital

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

- la baisse des transferts provenant du FSV

Ces transferts sont en grande partie liés à l'évolution du chômage. Du fait de la baisse de celui-ci, le montant des cotisations payées par le FSV à la

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

Cnav au titre des chômeurs a diminué de 7,9 % pour s'établir à 7,1 milliards d'euros.

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

2. Le creusement du déficit de la branche vieillesse

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

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

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

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

3. Une alerte sur les dépenses d'assurance maladie

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

Le 29 mai 2007, le comité d'alerte est intervenu pour signaler **un risque de dépassement évalué à 2 milliards d'euros**, portant sur le seul sous-objectif des dépenses de soins de ville. Cette estimation a été corrigée à la hausse lors de la réunion de septembre de la commission des comptes de la sécurité sociale, le dérapage des comptes étant alors estimé à 2,9 milliards.

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

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

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

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

La certification des comptes de la sécurité sociale

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

Rappel des positions de la Cour sur les comptes 2006

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

Les positions de la Cour sur les comptes 2007

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

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

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

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

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

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

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

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

L'impossibilité de certifier les comptes de la branche famille

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

La Cour ajoute deux nouveaux éléments cette année :

- une sous-estimation d'au moins 330 millions d'euros des charges à payer et provisions de gestion technique sur lesquelles la Cour observe que « *les recommandations antérieures n'ont pas été suivies d'effet* » ;
- une incertitude globale liée à des « *constats très défavorables* » sur l'ensemble des charges de l'action sociale (qui représentent 3,5 milliards d'euros).

Les principales réserves sur les autres branches

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

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

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

B. 2008 : LE FREINAGE

En 2008, on revient seulement à la situation de 2006, avec un déficit attendu de **8,9 milliards d'euros**. Il n'y a donc **pas d'amélioration mais simplement un maintien du déficit** du régime général aux alentours de 9 milliards d'euros, et cela pour la troisième année consécutive, ce qui reste bien évidemment préoccupant.

1. Des recettes toujours dynamiques

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

L'année 2008 voit aussi se poursuivre le mouvement d'augmentation très forte des exonérations de cotisations sociales. Les exonérations compensées devraient ainsi atteindre le montant record de **29,3 milliards d'euros**, soit une progression de plus de 16 % par rapport à 2007. De 2005 à 2008, ces exonérations seront donc **passées de près de 20 milliards à un montant proche de 30 milliards d'euros**.

Evolution des exonérations de cotisations

(en milliards d'euros)

	2004	2005	2006	2007	2008
Allègements généraux	16,1	16,5	18,5	20,6	21,9
Exonérations heures supplémentaires	-	-	-	0,6	3,3
Rachat de RTT	-	-	-	-	0,4
Exonérations ciblées compensées	2,3	2,5	3,1	3,9	3,7
Total mesures compensées	18,4	19,0	21,6	25,2	29,3
Exonérations non compensées	2,0	2,1	2,4	2,7	2,4
Total exonérations	20,4	21,1	24,0	27,9	31,7

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale

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

2. La vieillesse en grand déficit

Pour la première fois depuis quinze ans, **le déficit de la branche retraite** devrait être supérieur à celui de la maladie en 2008 et atteindre **5,6 milliards d'euros**.

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

3. Le redressement de la maladie

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

Toutefois, **un nouveau dépassement de l'Ondam** est prévu, évalué **entre 500 et 900 millions d'euros** par le comité d'alerte, dans son avis du 30 mai 2008, soit un peu en-deçà du seuil de déclenchement de la procédure d'alerte, c'est-à-dire un dérapage de 0,75 % des dépenses.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a fixé le montant de l'Ondam pour 2008 à 152 milliards d'euros, soit une progression de 2,8 % par rapport à 2007.

Les informations disponibles sur l'année en cours sont encore très peu nombreuses ; toutefois, l'avis du comité d'alerte et le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale permettent de dégager quelques orientations.

Tout d'abord, comme chaque année depuis 2004, la bonne exécution de l'Ondam 2008 sera déterminée par le montant des économies effectivement réalisées en cours d'année. Celles-ci ont été prévues à hauteur de 1,74 milliard d'euros dans la dernière loi de financement de la sécurité sociale. Or, l'expérience montre, et le comité d'alerte l'a clairement mis en évidence, que les prévisions doivent souvent être revues à la baisse en cours d'année, soit en raison d'une mauvaise évaluation des objectifs, soit en raison des retards pris dans la mise en oeuvre de ces mesures.

Ensuite, la révision à la hausse des dépenses de soins de ville en 2007 par rapport aux estimations qui ont servi de base à la détermination de l'Ondam pour 2008 modifie les conditions d'exécution de l'objectif. La base de construction de l'Ondam pour 2008 étant corrigée à la hausse, cette

modification a pour effet de réduire le taux de progression du sous-objectif soins de ville de l'Ondam pour 2008.

Enfin, la commission des comptes a estimé qu'il existe un risque de dépassement sur les objectifs hospitaliers.

Au total, toujours selon le comité d'alerte, le dépassement prévisible, qu'il estime compris entre 500 et 900 millions d'euros, correspondrait à 0,3 % à 0,6 % du montant de l'Ondam, soit en dessous du seuil de déclenchement de la procédure d'alerte. La commission des comptes considère, pour sa part, que le dépassement de l'Ondam 2008 doit d'ores et déjà être estimé à 700 millions d'euros.

Dans ce contexte financier difficile, le conseil de l'union nationale des caisses d'assurance maladie a approuvé **un plan d'économies d'un montant de 3 milliards d'euros**. Applicable à compter de l'année prochaine, ce plan permettrait de ramener les comptes de l'assurance maladie vers l'équilibre en 2011.

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

*

* *

Pour **la famille**, l'excédent, retrouvé en 2007 après trois années de déficit, est confirmé en 2008. Il pourrait atteindre **400 millions d'euros**, notamment du fait de la fin de la montée en charge de la prestation d'accueil du jeune enfant, la Paje, et d'une légère baisse de la natalité en 2007.

La **branche AT-MP** enregistre elle aussi un excédent, de 300 millions d'euros.

II. 2009 A 2011 : QUEL CHEMIN VERS L'ÉQUILIBRE ?

Plusieurs conditions devront être respectées pour permettre le retour à l'équilibre de la sécurité sociale et, notamment, celle d'atteindre **l'objectif gouvernemental d'un retour à l'équilibre du régime général dès 2011**. Certaines ont un caractère urgent et peuvent être réglées rapidement, d'autres sont de nature plus structurelles et complexes mais ne doivent pas pour autant être reportées.

A. LES MESURES URGENTES

Trois questions restent en suspens et exigent des réponses rapides du Gouvernement.

1. Traiter la question des déficits accumulés

La question prioritaire est celle du traitement de **la dette accumulée du régime général**, qui s'élevait à 12,5 milliards d'euros à la fin de 2006, à 20,1 milliards d'euros à la fin de 2007 et pourrait atteindre **près de 30 milliards d'euros à la fin de cette année**. Ces montants ne sont plus soutenables, compte tenu de la situation actuelle des marchés financiers¹. Il y a donc urgence à traiter cette question.

En effet, les charges financières supportées par l'Acoss, et donc par le régime général, correspondent aux charges d'intérêt sur les emprunts contractés auprès de la Caisse des dépôts et consignations qui est liée, par convention, avec l'Acoss. Elles se sont élevées à 648 millions d'euros en 2007, après 271 millions en 2006. Pour 2008, ces charges sont estimées à près de 1 milliard d'euros par l'Acoss.

Le ministre des comptes publics a indiqué, lors de la conférence nationale des finances publiques du 28 mai dernier, que le Gouvernement s'engageait à régler la question en 2008. Il pourrait ainsi décider de **transférer la dette, en tout ou partie, à la Cades**. Or, conformément aux règles fixées par la 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. Actuellement, l'horizon d'apurement de cette dette est autour de 2021.

La Cades refinance aujourd'hui la dette dont elle assure la gestion, soit 73 milliards d'euros, grâce au produit de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS). Celle-ci a rapporté 5,7 milliards d'euros en 2007. Pour la reprise d'une nouvelle dette sans allonger la durée d'amortissement de la dette existante, il est nécessaire d'envisager **une**

¹ Cf. sur ce point l'audition du président du conseil d'administration de l'Acoss, *infra* p. 52.

augmentation de 0,07 point du taux de la CRDS par tranche de 10 milliard d'euros de dette.

Or, le Gouvernement ne souhaite pas, à ce stade, augmenter le taux de la CRDS. Il va donc falloir trouver une autre recette dont la dynamique sera aussi régulière et fiable que la CRDS, dont le produit repose à 80 % sur les revenus d'activité.

L'idée d'un **redéploiement d'une partie des excédents du FSV** est de plus en plus souvent évoquée. Il n'est cependant pas certain que cette solution puisse réellement offrir toutes les garanties nécessaires. En effet, comme le précise le dernier rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, *« du fait de la nature particulière de ses dépenses et de ses recettes, les comptes du FSV sont sujets à des fluctuations parfois importantes »*.

Le solde cumulé du FSV est ainsi devenu négatif en 2002 et s'est creusé chaque année par la suite jusqu'en 2006. L'année 2007 a marqué une inversion de tendance avec un retour à l'équilibre du fonds et un déficit cumulé en léger retrait à 4,8 milliards d'euros. Celui-ci représente toutefois encore plus du tiers des produits annuels du fonds.

Et, comme le FSV n'a pas l'autorisation d'emprunter, son déficit cumulé pèse lourdement sur la trésorerie de la Cnav, principal régime financé par ce fonds.

Evolution du solde du FSV

(en millions d'euros)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Solde annuel	- 933	- 639	- 2 005	- 1.260	151	980
Solde cumulé	- 1 056	- 1 695	- 3 700	- 4 960	- 4 809	- 3 829

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale

La solution préconisée par le Gouvernement a donc **deux défauts** : le caractère relativement aléatoire des excédents, extrêmement sensibles à l'évolution de la conjoncture économique, et le report du remboursement à la Cnav des sommes qui lui sont dues.

On pourrait aussi envisager de transférer, non pas une partie des excédents du FSV, mais **une quote-part de ses recettes**. Cette solution présenterait plus de garanties en termes de stabilité et de dynamisme de la ressource. En effet, on a constaté une progression relativement forte des recettes du fonds en 2007, à hauteur de 7 %, pour atteindre 14,5 milliards d'euros. Mais cette hausse est très directement liée à la nature des recettes du FSV, étroitement corrélées à l'évolution de la conjoncture économique, et à la forte augmentation du produit de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) dont l'assiette a été récemment sensiblement élargie.

En tout état de cause, votre commission restera extrêmement vigilante sur les solutions qui seront proposées car il ne serait pas acceptable que, du fait d'un mauvais choix, le coût ou la durée de la dette portée par la Cades soient accrus.

2. Poursuivre la clarification des relations entre l'Etat et la sécurité sociale

La deuxième question qui appelle une réponse rapide est celle de **la clarification des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale**. L'année 2007 a certes permis de très importantes avancées dans ce domaine. La mise en place d'un ministère des comptes publics y est sans doute pour beaucoup et votre commission s'en félicite. Ainsi, dès le mois d'octobre dernier, l'Etat a apuré une dette de 5,1 milliards d'euros envers la sécurité sociale, il a veillé à mieux budgéter les dotations dues à la sécurité sociale en loi de finances pour 2008 et il a renforcé les conditions de l'exécution de ces crédits par une circulaire du 17 décembre 2007.

Néanmoins, en dépit de ces efforts, **une dette s'est reconstituée** ; comme le souligne le dernier rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, « *la dette de l'Etat s'est reconstituée de façon significative en 2007* ».

Nette des versements effectués en période complémentaire, cette dette atteint, au 31 décembre 2007, **1,74 milliard d'euros pour le régime général**, à comparer avec les 5,1 milliards constatés au 31 décembre 2006. Pour les autres régimes, elle s'élève à 1,3 milliard d'euros, ce qui entraîne une dette totale de l'Etat à l'égard de l'ensemble des régimes de sécurité sociale de **3,04 milliards d'euros**.

Elle est due pour l'essentiel aux insuffisances de crédits budgétaires destinés à compenser les **exonérations ciblées** qui atteignent **1,56 milliard d'euros**, dont 358 millions pour les dispositifs destinés à l'outre mer, 342 millions pour les contrats d'apprentissage, 287 millions pour les dispositifs applicables en zone de revitalisation rurale, 243 millions au titre du plan services à la personne, 145 millions pour les contrats de professionnalisation.

Elle est également due aux sous-dotations de certaines prestations versées pour le compte de l'Etat. Cette catégorie a néanmoins été bien plus correctement dotée en 2007, en bénéficiant notamment d'un certain nombre d'ouvertures en loi de finances rectificative. La dette à ce titre ne s'élève donc plus qu'à **331 millions d'euros**, dont 264 millions au titre de l'aide médicale d'Etat (AME) et 65 millions pour l'allocation de parent isolé. Les insuffisances au titre de l'AME représentent toutefois plus de 56 % de la dépense effectuée à ce titre.

3. Régler la situation du Ffipsa

La troisième question urgente, hélas récurrente depuis plusieurs exercices, est celle du traitement de **la situation très dégradée du Ffipsa**.

Deux chiffres permettent d'en prendre la mesure : le déficit annuel du fonds dépasse désormais largement les 2 milliards d'euros et son déficit cumulé devrait approcher, à la fin de l'année, les **8 milliards d'euros**.

Si aucune mesure n'est prise et, en particulier, si le Gouvernement persiste à ne pas verser de subvention d'équilibre à ce régime, en dépit des dispositions de l'article L. 731-4 du code rural, **le montant de l'endettement cumulé du Ffipsa pourrait atteindre 20 milliards d'euros à la fin 2012**, conformément à la trajectoire présentée par le Gouvernement, dans l'annexe B du dernier projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles

(En milliards d'euros)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Recettes	15,0	14,2	14,2	14,1	13,9	13,8	13,6
Dépenses	16,3	16,5	16,8	16,9	17,1	17,2	17,4
Solde	- 1,3	- 2,3	- 2,7	- 2,8	- 3,1	- 3,4	- 3,8

Source : annexe B de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008

Aucun début de solution n'est encore esquissé pour remédier à cette situation. Seules quelques pistes éventuelles ont été évoquées lors des débats en séance publique de l'automne dernier. Des décisions devront pourtant être prises, notamment pour traiter le problème de l'accumulation des déficits du Ffipsa, dont la Cour des comptes continue de dire qu'il incombe à l'Etat.

La seule mesure intervenue en 2007 a été la reprise - bienvenue - du solde de la dette de l'ancien Bapsa, soit 620 millions d'euros, en application de l'article 83 de la loi de finances rectificative pour 2007.

Le rapport préparatoire au débat d'orientation des finances publiques mentionne **l'engagement du Gouvernement à définir les modalités d'apurement de la dette du Ffipsa en 2008**. Ce sera un premier pas, naturellement nécessaire, mais qui ne résoudra en rien les problèmes structurels auxquels est confronté ce régime. Votre commission estime indispensable que des **pistes d'évolution sérieuses soient proposées dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale et loi de finances pour 2009**.

B. LES RÉFORMES INDISPENSABLES

Le retour à l'équilibre de la sécurité sociale ne pourra aussi intervenir que si **des réformes à caractère plus structurel** sont mises en œuvre. En effet, la caractéristique du déficit du régime général actuel est qu'il est essentiellement d'ordre structurel.

1. Assurance maladie : aller au-delà du plan d'économies

Le retour à l'équilibre en 2011 des comptes de l'assurance maladie ne pourra se faire sans l'adoption de mesures de fond visant à faire évoluer le système actuel.

Le directeur de la Cnam a présenté devant votre commission **un plan de redressement** qui repose sur la mobilisation de nouvelles recettes, de l'ordre de 1 milliard d'euros, et la réalisation d'environ 2 milliards d'euros d'économies ayant surtout pour objet d'utiliser les réserves « d'efficience » du système de santé.

Ce plan, utile à court terme, n'est cependant pas suffisant. Les ministres de tutelle ont d'ailleurs demandé au directeur de la Cnam de présenter d'ores et déjà **un plan plus ambitieux**, à hauteur de 4 milliards d'euros.

Votre commission estime que de véritables réformes structurelles devront également être rapidement engagées. Deux domaines en particulier pourraient faire l'objet de ces réformes :

- la prise en charge des ALD.

Dans le domaine des soins de ville, une réflexion sur la prise en charge des personnes souffrant d'une affection de longue durée est indispensable. **Ce poste absorbe cette année 66 % des dépenses et représente 86 % de l'accroissement de ces mêmes dépenses.**

Depuis dix ans, les admissions en ALD croissent à un rythme annuel moyen de 4,5 %. En 2006, les nouvelles déclarations se sont élevées à un million, soit une augmentation de 5,7 % par rapport à l'année précédente. Les maladies cardiaques et le diabète expliquent la plus grande partie de cette évolution. Au total, les effectifs de patients en ALD sont de 7,7 millions pour le régime général et de 9 millions pour l'ensemble des régimes.

La croissance des dépenses des ALD est extrêmement dynamique : elle s'élève en moyenne à 9,4 % par an depuis 2003. Leur contribution à l'augmentation des dépenses de soins de ville est supérieure à 73 % par an depuis 2003.

Ainsi, compte tenu de la charge que les ALD font peser sur les dépenses et de l'absence de résultat de la politique de médicalisation de la prise en charge de ces ALD, prévue par la loi du 13 août 2004 de réforme de

l'assurance maladie, il est nécessaire aujourd'hui de s'interroger sur la possibilité d'adopter des mesures plus contraignantes en ce domaine.

- la réforme de l'hôpital

De même, il est urgent **d'associer l'hôpital aux politiques de réduction des déficits** de l'assurance maladie. Un récent rapport de la Mecss sur les insuffisances du pilotage de la politique hospitalière¹ a fait un diagnostic de la situation et esquissé des propositions.

Ainsi, pour la Mecss, la réforme passe avant tout par une meilleure adaptation de l'offre de soins et par une **restructuration des services et du secteur hospitalier** sur l'ensemble du territoire.

Elle passe aussi par une **politique active de redressement de la situation financière des hôpitaux**, dont les déficits cumulés pourraient atteindre au moins 500 millions d'euros, voire un milliard d'euros en 2008.

Elle nécessite **une meilleure maîtrise du processus de la tarification à l'activité**, et notamment de la convergence des tarifs dont la mise en œuvre constitue un gage d'efficacité des dépenses et de qualité des soins aux patients.

Elle suppose également **une clarification des rôles dans le contrôle des dépenses hospitalières**. Cette question sera notamment abordée dans le cadre de la création des futures agences régionales de santé, réforme sur laquelle votre commission sera très attentive.

Enfin, **les principes de la maîtrise médicalisée appliqués en ville doivent être étendus à l'hôpital**, ainsi que le prévoit la loi du 13 août 2004.

2. Sauver le régime des retraites

Pour la **branche vieillesse** aussi, les réformes ne peuvent plus attendre.

Avec un déficit cumulé de **10 milliards d'euros** pour 2007 et 2008, l'assurance vieillesse subit la **conjonction de facteurs défavorables** : une dynamique des dépenses plus forte que prévu, des comportements des assurés mal anticipés, un marché de l'emploi moins vigoureux qu'attendu, l'échec des dispositifs destinés à reculer l'âge moyen de départ en retraite.

Or, au-delà de ce constat de court terme, aucune perspective d'amélioration ne peut être envisagée à moyen terme. Il est donc impératif que des mesures d'envergure soient rapidement prises pour permettre un redressement des comptes et solvabiliser le régime de retraite de base d'un grand nombre de nos concitoyens. Cette nouvelle étape dans la réforme avait

¹ *Pour une gestion responsable de l'hôpital - Rapport d'information Mecss - Sénat n° 403 (2007-2008) de Alain Vasselle et Bernard Cazeau.*

d'ailleurs été prévue dans la loi de 2003 qui avait instauré un « rendez-vous » législatif sur les retraites en 2008.

Le Gouvernement a rendu public le 28 avril dernier un **document d'orientation** issu de ses premières concertations. Il fixe plusieurs objectifs : mieux prendre en compte l'allongement de l'espérance de vie, encourager l'emploi des seniors et accroître le pouvoir d'achat des petites retraites.

Ces orientations sont bonnes sur le plan général mais, dans leur déclinaison qui doit intervenir dans le cadre des prochaines lois de financement de la sécurité sociale et loi de finances, il faudra qu'elles permettent une véritable réduction du déficit de la branche. Cela signifie que les mesures que proposera le Gouvernement devront corriger la situation actuelle sur au moins deux points :

- tout d'abord, il est impératif de parvenir à réellement **promouvoir l'emploi des seniors** : la France a un taux d'emploi des 55-64 ans de 38 %, ce qui la place 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.

Or, élever l'âge moyen de liquidation des pensions est l'un des paramètres essentiels de la situation financière des régimes. Si le moyen d'y parvenir passe par la pénalisation des entreprises qui « ne jouent pas le jeu », en continuant à se défaire de leurs salariés seniors, votre commission estime qu'il faudra aller dans cette direction ;

- ensuite, **le dispositif des carrières longues devra être revu**, en particulier pour éviter les effets d'aubaine et d'optimisation liés à l'utilisation des nombreuses possibilités de validations de trimestres actuellement en vigueur. Ce n'était en effet 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 fait défaut au moment de l'adoption de la mesure carrières longues.

D'une manière plus générale, comme cela est notamment affirmé dans le rapport d'étape de la mission commune d'information « dépendance »¹, **l'ensemble des besoins et des coûts** liés au vieillissement de la population devra faire l'objet d'une **approche globale, prospective** et surtout **plus approfondie**. Les besoins de financement devront notamment être **chiffrés** le plus correctement possible, de façon à éviter une nouvelle impasse financière.

¹ *Construire le cinquième risque : le rapport d'étape - Rapport d'information Sénat n°447 (2007-2008) de Alain Vasselle.*

3. Assurer un financement durable de la protection sociale

La question du financement de la protection sociale est un sujet essentiel pour garantir la préservation d'un système de sécurité sociale auquel nos concitoyens sont très attachés.

Cette question doit être examinée sous un double aspect, celui de la préservation des recettes actuelles et celui de l'apport éventuel de ressources nouvelles.

- la préservation des recettes actuelles

La préservation des recettes actuelles de la sécurité sociale suppose, d'abord, de maintenir l'assiette des ressources. Cela signifie qu'une réflexion doit s'engager sur l'ensemble des dispositifs d'exonérations de charges ou d'exemptions d'assiette.

Le développement des dispositifs d'exonérations qui atteignent, on l'a vu, le niveau record de plus de **30 milliards d'euros**, est un fait majeur de l'évolution du mode de financement de la sécurité sociale au cours des dernières années. Ces dispositifs recouvrent à la fois les allègements généraux de charges sur les bas salaires et les exonérations ciblées sur certains territoires, certains secteurs d'activité ou des publics particuliers. S'y sont ajoutées les exonérations récemment adoptées pour favoriser l'augmentation du pouvoir d'achat : exonérations de charges sur les heures supplémentaires et sur les rachats de jours de RTT.

Dans leur grande majorité, ces dispositifs sont **compensés par l'Etat**. Votre commission se félicite d'ailleurs que le Gouvernement ait particulièrement bien veillé à ce qu'il en soit réellement ainsi au cours des deux derniers exercices. Néanmoins, l'absence de mécanisme de compensation automatique « à l'euro l'euro » est une source de fragilité réelle pour les finances de la sécurité sociale.

La préservation des recettes passe aussi par **une réflexion sur les diverses exemptions d'assiette ou « niches sociales »** qui représentent, selon un rapport du Gouvernement, une perte d'assiette de **plus de 40 milliards d'euros**.

Les exemptions d'assiette de cotisations de sécurité sociale

Ces exemptions constituent **une exception à la règle posée par l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale** selon laquelle l'assiette des cotisations de sécurité sociale du régime général recouvre l'ensemble des salaires et avantages versés, quelle qu'en soit la forme, au salarié en contrepartie ou à l'occasion de son activité professionnelle.

Elles peuvent être regroupées en **quatre catégories** pour les revenus d'activité salariée :

- les dispositifs d'épargne salariale : participation, intéressement, plan d'épargne en entreprise, stock-options, actions gratuites ;

- les aides directes destinées au financement de certains besoins précis : titres restaurant, chèques vacances, chèque emploi service universel ;

- les dispositifs de prévoyance complémentaire et de retraite supplémentaire ;

- les indemnités versées en cas de rupture du contrat de travail : indemnités de licenciement, indemnités de mise à la retraite.

Le total de ces exemptions d'assiette a été évalué par le Gouvernement à **41 milliards d'euros** dans un rapport remis au Parlement au mois de décembre dernier.

Montants des exemptions d'assiettes en 2005

(en milliards d'euros)

Dispositifs	Montants des exemptions d'assiettes
I. Participation financière et actionnariat salarié	16,5
<i>Dont :</i>	
Participation	7,0
Intéressement	5,9
Plan d'épargne en entreprise (PEE)	1,5
Stock-options	2,1
II. Aides directes consenties aux salariés	5,1
<i>Dont :</i>	
Titres restaurant	2,1
Chèques vacances	0,3
Avantages accordés par les comités d'entreprise (2004)	2,6
Chèque emploi service universel (2006)	0,1
III. Prévoyance complémentaire, retraite supplémentaire	13,6
<i>Dont :</i>	
Prévoyance complémentaire	10,7
Retraite supplémentaire	2,8
Plan d'épargne retraite collective (Perco)	0,1
IV. Rupture du contrat de travail (2002)	5,8
<i>Dont :</i>	
Indemnités de licenciement	4,9
Indemnités de mise à la retraite	0,9
TOTAL	41,0

Source : rapport au Parlement sur les dispositifs affectant l'assiette des cotisations et contributions de sécurité sociale - novembre 2007

Notre collègue député Yves Bur vient de publier un rapport¹ extrêmement complet sur cette double question. Il en ressort que toute une série de dispositions pourrait être adoptée pour limiter la prolifération de ces exonérations, par exemple en restreindre leur durée ou les soumettre à des études d'impact régulières.

De son côté, votre commission a proposé d'instituer un **système de validation obligatoire des mesures d'exonération en loi de financement de la sécurité sociale**. Cette préconisation a déjà fait l'objet d'une proposition de loi organique votée par le Sénat le 22 janvier dernier². Le Gouvernement avait néanmoins estimé, au cours des débats, que cette mesure était peut-être d'ordre constitutionnel. Aussi, à l'occasion de la réforme constitutionnelle en cours d'examen, votre rapporteur et le président de votre commission ont déposé, conjointement avec le président et le rapporteur général de la commission des finances, un amendement au projet de loi de modernisation des institutions. Le texte proposait d'autoriser l'adoption de dispositifs d'exonérations de charges dans des lois ordinaires mais subordonnant leur maintien en application à une validation par la loi de financement suivante. Le Sénat a effectivement adopté cet amendement mais les deux commissions des lois du Parlement ont finalement estimé que cette disposition relèvait non pas du domaine constitutionnel mais bien de la loi organique... Aussi ont-elles décidé d'écarter cette disposition du texte qui sera soumis au Congrès. Dans son rapport, Yves Bur semble partager cette analyse. Dans ces conditions, votre commission appelle vivement l'Assemblée nationale à se saisir de la proposition de loi organique précédemment adoptée par le Sénat.

La préservation des recettes de la sécurité sociale ne signifie pas pour autant que leur répartition actuelle soit figée. En effet, **le redéploiement des recettes disponibles est une nécessité**.

Votre commission a toujours été extrêmement attachée à **la non fongibilité des branches et des comptes**, seul moyen de permettre une gestion claire, transparente et responsable des finances sociales.

Néanmoins, elle ne s'opposera pas à d'éventuels transferts de recettes **si ceux-ci sont faits dans la transparence et à bon escient**. Dans le rapport préparatoire au débat d'orientation des finances publiques, le Gouvernement envisage d'ores et déjà deux redéploiements : l'accroissement des cotisations vieillesse en contrepartie d'une baisse des cotisations d'assurance chômage et la prise en charge intégrale des majorations de pensions pour enfants par la branche famille.

¹ *Vers une révision générale des exonérations de cotisations sociales - Rapport d'information Assemblée nationale n°1001 (XIIIème législature) de Yves Bur.*

² *Proposition de loi organique tendant à prévoir l'approbation par les lois de financement de la sécurité sociale des mesures de réduction et d'exonération de cotisations et de contributions de sécurité sociale adoptées en cours d'exercice - Texte Sénat n° 51 (2007-2008).*

- la mobilisation de ressources nouvelles

Même parfaitement réformé, le système de protection sociale ne pourra subsister sans l'apport de ressources nouvelles. Toutes les études effectuées, tant en France que dans les pays comparables, montrent que le poids des dépenses sociales dans le Pib va s'accroître au cours des prochaines années, essentiellement au titre de la santé et de la vieillesse. Il faudra les financer.

Plusieurs possibilités existent. Aucune ne doit être écartée a priori. De façon simplifiée, on peut distinguer, un financement par des taxes ou par l'impôt et un financement de type assurantiel, obligatoire ou facultatif.

Dans le cadre de la discussion du dernier projet de loi de financement de la sécurité sociale, votre commission avait proposé deux pistes qui lui paraissent toujours mériter d'être retenues : d'une part, **l'instauration d'une contribution forfaitaire de faible montant sur l'ensemble des niches sociales** (la « flat tax »), idée que Yves Bur reprend d'ailleurs dans son rapport, d'autre part, la création d'une **taxe sur les boissons sucrées et les produits de grignotage**.

Cette dernière taxe, qui pourrait rapporter entre 500 millions et 1 milliard d'euros, tout en restant d'un montant très faible sur les produits concernés, serait établie dans un souci autant sanitaire que financier, afin de contribuer à la lutte contre les mauvais comportements alimentaires et l'obésité qui pèsent de façon non négligeable sur les comptes de la sécurité sociale. Votre commission attend sur ce sujet un rapport du Gouvernement qui lui avait été promis pour la fin du mois de juin.

Dans le même ordre d'idée, des marges existent encore pour la taxation de certains produits alcoolisés.

S'agissant d'autres modes de financement, il faudra poursuivre la réflexion sur **une éventuelle modification de la répartition des charges entre l'assurance maladie obligatoire et les assurances complémentaires**, dans les conditions toutefois que votre commission a posées, voici un mois, à l'occasion de l'examen du rapport de la Cour des comptes sur l'analyse récente de ces transferts de charges¹.

La mobilisation de financements de type plutôt assurantiel devra aussi continuer d'être étudiée, par exemple pour financer certaines dépenses liées à la **dépendance**. Le rapport d'étape précité de la mission d'information « dépendance » fait un point précis sur cette question.

¹ Santé : qui doit payer ? Une contribution au débat sur les transferts de charges entre l'assurance maladie, les complémentaires et les ménages - Rapport d'information Sénat n°385 (2007-2008) de Alain Vasselle.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I. AUDITIONS

Audition de M. Philippe SÉGUIN, premier président, Mmes Rolande RUELLAN, présidente de la 6^e chambre, et Catherine MAYENOBE, secrétaire générale, MM. André GAURON et Jean-Philippe VACHIA, conseillers maîtres de la Cour des comptes sur la certification des comptes de la sécurité sociale
(mardi 1^{er} juillet 2008)

Réunie le mardi 1^{er} juillet 2008, sous la présidence de M. Nicolas About, président, la commission a procédé à l'audition de M. Philippe Séguin, premier président, Mmes Rolande Ruellan, présidente de la 6^e chambre, et Catherine Mayenobe, secrétaire générale, MM. André Gauron et Jean-Philippe Vachia, conseillers maîtres de la Cour des comptes sur la certification des comptes de la sécurité sociale.

M. Philippe Seguin a d'abord présenté le rapport de la Cour des comptes, publié la veille, sur la certification des comptes du régime général de la sécurité sociale, dont la Cour s'est acquittée cette année, comme elle le fait pour l'Etat, pour la deuxième fois en vertu de la loi organique relative aux lois de financement.

Les enjeux financiers de cette mission de certification sont importants, puisque l'ensemble des dépenses du régime général de la sécurité sociale atteint 323 milliards d'euros. A titre de comparaison, le total des charges nettes de l'Etat s'élève à 309 milliards d'euros. Le régime général représente en outre une part essentielle au sein des régimes de sécurité sociale, soit 80 % des dépenses d'assurance maladie, 100 % des dépenses de la branche famille, 50 % des dépenses de retraite et environ 80 % des dépenses d'accidents du travail et maladies professionnelles. Ces masses financières recouvrent enfin les comptes combinés de plus de 101 Urssaf, de 128 caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), des quatre caisses générales de sécurité sociale dans les Dom, de 123 caisses d'allocations familiales (Caf) et de seize caisses régionales d'assurance maladie (Cram).

La mission de certification consiste à dire si les comptes sont réguliers, sincères et offrent une image fidèle de la situation financière et du patrimoine, c'est-à-dire à donner une assurance raisonnable que les comptes

ne comportent pas d'anomalies significatives qui pourraient fausser le jugement de celui qui utilise les comptes, principalement le Parlement.

Pour la Cour des comptes, le travail lié à la certification a donc pour objet de mettre en lumière la réalité financière du régime général et de fournir les éléments nécessaires à une conduite des finances sociales plus adaptée et plus consciente des difficultés financières réelles.

Dans ce contexte, la Cour a émis neuf opinions relatives, d'une part, aux cinq branches (maladie, accidents du travail, famille, retraite, recouvrement), d'autre part, aux trois caisses nationales (Cnam, Cnaf et Cnav) et à l'Acoss. Elle a certifié cinq comptes avec réserves, elle a conclu qu'elle n'était toujours pas en mesure de certifier ceux de la branche famille et de la Cnaf et elle a refusé de certifier les comptes du recouvrement et de l'Acoss.

***M. Philippe Séguin** a alors présenté quatre séries d'observations sur ces positions.*

Il a d'abord mis l'accent sur les raisons qui ont conduit la Cour à refuser de certifier les comptes du recouvrement et de l'Acoss. Elles portent sur trois désaccords liés au non-respect du plan comptable de la sécurité sociale, dont une nouvelle version a été mise en œuvre en 2007. Le premier désaccord concerne 490 millions d'euros d'acomptes de CSG sur les revenus de placement rattachés, selon la Cour, de manière irrégulière à l'exercice comptable 2007 alors qu'ils auraient dû être comptabilisés en 2008. Le deuxième porte sur un produit à recevoir de 150 millions d'euros, destiné à financer à titre complémentaire les exonérations de cotisations sociales sur les heures supplémentaires, également rattaché irrégulièrement à l'exercice. Le troisième a pour objet le non-respect des règles comptables relatives aux corrections d'erreurs commises antérieurement dont une application stricte aurait dû conduire à accroître le déficit du régime général de 340 millions d'euros

Sur ces trois points, la Cour a demandé des corrections qui n'ont pas été faites. Or, contrairement à ce que semblent croire l'Acoss et son administration de tutelle, le plan comptable des organismes de sécurité sociale ne se prête pas à interprétation. A cet égard, les motifs invoqués par le ministre du budget et des comptes publics, dans sa réponse à la Cour, traduisent une forte divergence d'appréciation sur l'exigence de sincérité des écritures au regard des normes comptables.

Au total, le déficit du régime général pour 2007 a été minoré de 980 millions d'euros ; il n'est donc pas de 9,5 milliards d'euros, mais de 10,5 milliards d'euros.

***M. Philippe Séguin** a ensuite insisté sur le caractère encore défaillant de l'audit et du contrôle internes au sein des différentes caisses.*

La certification des comptes du régime général présente en effet la particularité de reposer sur un système de validation des comptes des

organismes de base (Urssaf, CPAM, Caf et Cram) par l'agent comptable national de chaque branche ou activité. La Cour fonde l'essentiel de son audit sur ces travaux de validation des comptes locaux. Elle a constaté des efforts importants des organismes nationaux, conformément aux engagements qu'ils avaient pris, pour renforcer ces contrôles, mais ce chantier n'a été engagé pour l'essentiel qu'à l'automne 2007 et s'étendra au-delà de 2008. De ce fait, les travaux de validation des comptes de 2007 ne permettent pas encore d'apporter une assurance suffisante sur la qualité des comptes des organismes de base, ce qui justifie un certain nombre de réserves, identiques à celles exprimées l'an dernier. C'est une des raisons qui expliquent que, pour la branche famille, la Cour se trouve pour la deuxième fois dans l'impossibilité d'exprimer une opinion sur les comptes. Les déficiences générales du contrôle interne demeurent en effet de même ampleur en 2007 qu'en 2006. Qui plus est, la branche famille ne disposait toujours pas en 2007 de fichier national des bénéficiaires de prestations, fichier indispensable au contrôle.

Puis **M. Philippe Séguin** a fait état d'améliorations ponctuelles qui ont permis de lever certaines réserves. Par exemple, la répartition des dépenses hospitalières entre la branche maladie et la branche accidents du travail a été corrigée conformément aux souhaits de la Cour ; de même, la Cnam a intégralement déprécié, comme la Cour l'avait demandé, la provision inscrite fin 2006 à l'encontre du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata). Enfin, une amélioration importante doit être soulignée dans les relations comptables entre la branche famille et la branche retraite au titre de l'assurance vieillesse des parents au foyer, pour laquelle la branche famille doit s'acquitter auprès de la branche retraite d'un montant de plus de 4 milliards d'euros de cotisations par an. L'année dernière, la Cour avait émis plusieurs réserves tenant à de graves défaillances de la comptabilité en ce domaine. Cette année, elle peut lever ces réserves pour l'essentiel.

Il a ensuite fait valoir que la levée de ces réserves laisse néanmoins subsister un nombre encore trop élevé d'insuffisances au regard des exigences de la certification. Parmi celles-ci, il a indiqué, pour la branche recouvrement, la production tardive du bilan et du compte de résultat ainsi que l'absence de recensement complet des litiges avec les cotisants, ce qui empêche l'Acoss de constituer de manière exhaustive les provisions nécessaires.

Pour la branche famille, des insuffisances, évaluées à 330 millions d'euros par la Cour, affectent les inscriptions de charges à payer et provisions et une incertitude globale existe sur l'ensemble des charges d'action sociale des Caf, soit près de 3,5 milliards d'euros.

Pour la branche maladie, les réserves concernent les règlements « à l'acte » c'est à-dire les remboursements des prestations aux assurés ou aux médecins dans le cadre du tiers payant, ainsi que les règlements aux cliniques privées car, dans ces domaines, il n'existe pas de chemin de révision permettant au certificateur de justifier les écritures comptables et donc de

remonter le processus de comptabilisation jusqu'au fait générateur. La Cour attend également une rigueur accrue dans le calcul, établi par le ministère de la santé, des provisions destinées à couvrir les versements aux hôpitaux au titre des derniers mois de l'année.

Pour la branche retraite, la Cour estime nécessaire de renforcer le contrôle effectué par les agences comptables sur la liquidation des pensions de retraite. Elle rappelle aussi que les comptes de la branche retraite ne font pas mention des problèmes posés par la situation financière du fonds de solidarité vieillesse (FSV), ce qui devrait au moins figurer dans une annexe. En effet, si l'on prenait en compte la partie concernée des comptes du FSV, le déficit de la branche retraite du régime général passerait de 4,9 milliards d'euros à 9,2 milliards d'euros.

En conclusion, M. Philippe Séguin a insisté sur le fait que la certification n'est pas un exercice purement formel, destiné à s'adapter aux aléas de gestion et aux pratiques des organismes et des administrations de tutelle. La comptabilisation des opérations de la sécurité sociale est en effet soumise au respect de règles comptables qui s'imposent juridiquement à elle. Aucune stratégie valable de redressement des finances publiques, et particulièrement des finances sociales, ne peut être bâtie sur des comptes qui ne seraient pas suffisamment fiables.

Puis il a présenté le rapport récemment adopté par la Cour des comptes sur la situation et les perspectives des finances publiques, en insistant plus particulièrement sur la situation financière de la sécurité sociale.

M. Philippe Séguin a rappelé que l'année 2007 a été marquée par un déficit que la Cour estime à un peu plus de 10 milliards d'euros, contre 8,7 milliards en 2006. Toutefois, si on tient compte du fait qu'en 2006, le résultat intégrait près de 2 milliards de recettes exceptionnelles, les deux résultats sont comparables.

Du point de vue des recettes, l'année 2007 reste favorable avec une croissance de 4,4 % due à la bonne tenue de la masse salariale. Du côté des dépenses, les évolutions ont été très différentes d'une branche à l'autre. Le déficit de l'assurance maladie s'est réduit : en quatre ans, il est revenu de 11,6 à 4,6 milliards d'euros, mais la progression des recettes y est pour beaucoup. L'année 2007 a connu un nouveau dérapage de l'Ondam de 3 milliards d'euros, dû essentiellement aux soins de ville. Sur la même période, la branche retraite est passée d'un excédent de 300 millions à un déficit de 4,6 milliards, en forte augmentation par rapport à 2006, où il n'était que de 1,9 milliard. Deux facteurs expliquent cette dégradation : l'arrivée à la retraite des générations d'après guerre et l'impact des retraites anticipées pour carrière longue. La branche famille, après deux années de fort déficit, est redevenue excédentaire en 2007 avec la fin de la montée en charge de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje).

La réduction du chômage a permis au FSV de connaître un excédent, de 156 millions d'euros, après cinq années déficitaires. En revanche, le

Ffipsa, qui finance la protection sociale agricole, voit son déficit se creuser pour atteindre 2,2 milliards d'euros.

Aussi, malgré quelques améliorations, la situation reste globalement préoccupante. Elle pèse évidemment sur la trésorerie de la sécurité sociale qui, au 31 décembre 2007 et malgré l'apurement par l'Etat de ses dettes, accusait un découvert de plus de 20 milliards d'euros entraînant 648 millions de frais financiers.

Cette situation conduit à différer année après année l'horizon du retour à l'équilibre. La dernière loi de financement visait un retour à l'équilibre en 2012. Les évolutions de ce début d'année risquent de conduire une nouvelle fois à repousser cette perspective. En effet, malgré les mesures prises l'an dernier pour faire face au dérapage des dépenses d'assurance maladie, l'Ondam a été dépassé de 3 milliards d'euros en 2007 et devrait l'être à nouveau en 2008. Le comité d'alerte a, en mai dernier, estimé ce nouveau dépassement entre 500 et 900 millions. Par ailleurs, les départs anticipés pour carrière longue restent soutenus et pèsent sur les dépenses de la branche retraite ; de plus, les recettes de la branche progressent un peu moins vite du fait de moindres transferts du FSV qui diminuent avec l'amélioration du chômage. Enfin, si la branche famille restera excédentaire en 2008, l'excédent attendu est faible, d'environ 400 millions.

Dans ces conditions, l'objectif d'un déficit du régime général ramené à 8,9 milliards d'euros en 2008 est donc loin d'être assuré. Au-delà même de la croissance des dépenses, le ralentissement de l'économie fait peser un risque sur le rythme d'augmentation des recettes qui ne doit pas être ignoré.

Le rapport de la Cour trace plusieurs pistes pour une meilleure maîtrise des finances sociales, en particulier le réexamen du champ des avantages familiaux de retraite dont le coût est évalué à plus de 11 milliards d'euros, auxquels il faut ajouter les cotisations d'assurance vieillesse des parents au foyer, soit plus de 4 milliards par an. Les problèmes d'équité qu'ils posent et les critiques récurrentes faites par la Cour sur certains d'entre eux justifient une action de réforme continue. C'est le cas notamment pour les majorations de pensions, dont la Cour a demandé à plusieurs reprises qu'elles soient forfaitisées ou plafonnées et soumises à l'impôt sur le revenu.

La Cour a aussi critiqué ces dernières années les mesures qui, sous couvert de coordination ou d'amélioration des soins de ville, se sont traduites par des augmentations tarifaires sans réelles contreparties en matière de modération des dépenses. Le choix des mesures est également important : ainsi, concernant l'installation des médecins, il semble préférable de privilégier une mesure « désincitative », source de réduction des dépenses, plutôt qu'incitative qui s'accompagne d'une subvention ou d'un nouvel avantage qui augmente la dépense. Enfin, l'aggravation sensible de la situation financière de nombreux hôpitaux, et en premier lieu de la grande majorité des CHU, justifie une relance des restructurations intra et inter hospitalières.

Enfin, la Cour rappelle que la première des économies consiste à ne pas céder à la tentation d'engager de nouvelles dépenses dès qu'une branche redevient excédentaire, ce qui pourrait se produire prochainement pour la branche famille.

A côté de l'action sur les dépenses, il convient également d'agir sur les recettes. A cet égard, les premières mesures prises en matière de « niches sociales » restent encore d'un montant très limité par rapport à l'importance des masses financières concernées.

Enfin, la Cour a pris acte de l'apurement des dettes de l'Etat, antérieures à 2007, envers le régime général, pour un montant de 5,1 milliards d'euros, même si leur traitement budgétaire est critiquable. En revanche, elle s'inquiète de voir, dès 2007, se reconstituer une dette de 2,5 milliards d'euros. Cette situation est la conséquence de crédits budgétaires insuffisants pour financer certaines prestations et aussi la compensation d'exonérations de charges ciblées, notamment dans les Dom. La question de l'apurement de cette dette se trouve ainsi reposée : des crédits suffisants doivent être inscrits en loi de finances.

***M. Philippe Séguin** a conclu en estimant qu'ainsi décrite, la situation financière des régimes de base de la sécurité sociale continue d'inspirer de vives inquiétudes.*

***M. Alain Vasselle** a relevé une contradiction entre les constats de progrès effectués cette année par la Cour et la sévérité accrue de ses positions. Il a souhaité obtenir des éclairages complémentaires sur les points de désaccord entre la Cour et l'Acoss, notamment au regard du communiqué de presse diffusé par le ministre des comptes publics.*

***M. Philippe Séguin** a repoussé l'idée de mise en place d'une « comptabilité d'opportunité ». Il a estimé que le nouveau plan comptable de 2007 ne permet pas d'autre interprétation que celle de la Cour et qu'en particulier, il n'est pas possible d'inscrire une recette inexistante dans les comptes au motif que celle-ci résulte d'un principe de compensation totale des exonérations de cotisations voté par le Parlement. L'application des normes comptables s'impose en effet au certificateur. A ce sujet, il convient de souligner l'ambiguïté posée par la réunion de la commission des comptes de la sécurité sociale, qui produit des comptes « définitifs » des organismes de sécurité sociale préalablement à leur certification par la Cour des comptes. Il apparaît indispensable d'engager une réflexion sur la mise en cohérence des deux exercices. En tout état de cause, c'est au Parlement qu'il reviendra, dans le cadre du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale, de trancher la question.*

***Mme Rolande Ruellan, présidente de la 6^e chambre,** a jugé paradoxal que, dès sa première année de mise en œuvre, il soit proposé de ne pas appliquer le nouveau plan comptable. Le désaccord relatif aux acomptes de CSG sur les revenus de placement provient essentiellement de pratiques différentes selon les banques. Pour la contribution sociale sur les bénéfices, le*

désaccord est lié au fait qu'il faudra attendre la prochaine loi de finances pour que la recette soit réellement affectée à la sécurité sociale ; la Cour ne peut accepter l'inscription d'un produit à recevoir « virtuel ».

M. Alain Vasselle a souhaité savoir quel moyen préconise la Cour pour traiter les déficits accumulés par le régime général et s'il existe des limites au montant des dettes financières que peut porter un organisme comme l'Acoss. Que doit-on penser de l'idée récemment émise d'utiliser une partie des excédents du FSV comme ressource pour rembourser un nouveau transfert de dette à la Cades ? Sur la branche famille, peut-on identifier les principaux responsables du mauvais état des comptes ? Ne faudrait-il pas d'ores et déjà prévoir de transférer les excédents futurs de la branche famille à d'autres domaines, par exemple pour le financement de certains avantages familiaux dans le cadre de la retraite ou le développement de la prise en charge de la dépendance ? Enfin, quelle est la position de la Cour sur la situation financière actuelle du Ffipsa ?

M. Philippe Séguin a précisé que la Cour ne porte aucun jugement négatif sur les responsables de la Cnaf, mais seulement sur les comptes de la branche qui ne sont pas encore en état d'être certifiés. En particulier, la mise en place d'un fichier national des allocataires réellement opérationnel est un préalable.

Mme Rolande Ruellan a rappelé la grande difficulté qu'il y aurait à abaisser les taux des cotisations affectées à la famille, notamment en raison du poids des associations familiales dans les diverses instances de la branche.

M. André Gauron, conseiller maître de la Cour des comptes, avait indiqué que le découvert de trésorerie de l'Acoss s'élevait à 20,1 milliards d'euros à la fin décembre 2007 et devrait atteindre 24 milliards à la fin juin. Or, son mode de financement, par la Caisse des dépôts et consignations, pose aujourd'hui un problème, car il s'agit de financer à très court terme une dette de moyen ou long terme.

Par ailleurs, si le FSV est aujourd'hui en excédent, il n'y a aucune assurance pour qu'il le soit de manière durable. Cette ressource serait donc trop incertaine pour assurer que la durée de la dette portée par la Cades ne soit pas allongée. En outre, le FSV porte une dette de près de 5 milliards d'euros due à la Cnav.

Pour le Ffipsa, aucune solution n'est encore proposée, alors que son déficit s'est accru en un an, passant de 1,6 à 2,4 milliards d'euros, et que l'endettement cumulé du fonds atteint 5,2 milliards. De surcroît, son conseil de surveillance ne s'est pas réuni depuis la démission de son président, il y a plus de dix-huit mois.

M. Guy Fischer a souhaité savoir si la Cour a examiné les relations entre les Caf et les départements, notamment en ce qui concerne le RMI. Il s'est interrogé sur les raisons de l'augmentation de 16,7 % pour atteindre 25,2 milliards d'euros, du coût des exonérations de charges sociales. Il a

estimé que dès le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale, la branche famille serait mise à contribution pour le financement des avantages familiaux en matière de retraite. Enfin, il a demandé si les dettes financières du régime général, évaluées à 20 milliards d'euros, seront transférées à la Cades.

***M. André Lardeux** s'est interrogé sur l'ampleur des progrès à réaliser en matière de contrôle et d'audit internes au sein de la Cnaf. Il a souhaité savoir si, compte tenu des sous-estimations mises en évidence par la Cour, les excédents annoncés pour la Cnaf ne seraient pas encore largement hypothétiques. Il a pris acte des critiques de la Cour sur les avantages familiaux en matière de retraite mais il s'est demandé s'ils ne devraient pas être remis en cause parallèlement avec un certain nombre de niches fiscales.*

***M. François Autain** a souhaité obtenir des précisions sur les divergences d'appréciation de la Cour et du comité économique des produits de santé (Ceps) sur les remises conventionnelles acquittées par l'industrie pharmaceutique.*

***M. Philippe Séguin** s'est engagé à transmettre des éléments d'information sur la question des rapports entre les Caf et les départements, notamment à propos du RMI, ainsi que sur les remises conventionnelles. Comme M. André Lardeux, il a estimé que l'existence d'excédents à la Cnaf n'est encore ni durable, ni assurée.*

***M. Jean-Philippe Vachia, conseiller maître de la Cour des comptes,** a rappelé que l'impossibilité de certifier les comptes de la branche famille résulte pour une large part des délais de mise en œuvre du fichier national qui, aujourd'hui construit, n'est pas encore opérationnel. De même, comme la Cour l'avait préconisé dès l'année dernière, des auditeurs sont en cours de recrutement. La clarification de la comptabilisation des dépenses d'action sociale sera également suivie avec beaucoup d'attention par la Cour, en lien avec la direction de la Cnaf, qui a pris la mesure des difficultés.*

*Enfin, **M. André Gauron** a considéré qu'il est encore un peu tôt pour établir un bilan complet de la compensation des exonérations de charges au titre des heures supplémentaires.*

**Audition de MM. Jean-Louis DEROUSSEN, président du conseil
d'administration, et Philippe GEORGES, directeur général,
de la caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf)**
(mercredi 2 juillet 2008)

La commission a procédé à l'audition de M. Jean-Louis Deroussen, président du conseil d'administration de la caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf).

M. Jean-Louis Deroussen, président du conseil d'administration de la Cnaf, a présenté les résultats financiers de la branche famille pour 2007. 65,7 milliards d'euros de prestations ont été versés en 2007 : 46,2 milliards correspondent à des prestations strictement familiales et 19,5 milliards aux aides de solidarité annoncées par l'Etat. Les aides à la petite enfance ont augmenté de 4,3 milliards d'euros pour atteindre 12,8 milliards. Ceci étant, l'action sociale, les aides au logement et les aides directes, comme l'allocation de rentrée scolaire, ont connu une progression très modérée. Par ailleurs, il faut souligner que le nombre de bénéficiaires du RMI a baissé de 8,3 % et celui de l'allocation de parent isolé (API) de 5,5 %.

Les dépenses de fonctionnement représentent 2 milliards d'euros. Les recettes sont constituées pour 48 milliards d'euros des différentes cotisations affectées et pour 20 milliards d'euros des remboursements directs de l'Etat.

Au total, la branche est depuis 2007 à l'équilibre et devrait dégager des excédents de 5 à 6 milliards d'euros en 2012.

Pour la deuxième année consécutive, la Cour des comptes n'a pas été en mesure de certifier les comptes de la branche. Les recommandations de juin 2007 ont été mises en œuvre mais n'ont pas pu produire encore tous leurs effets. Par exemple, le registre national des allocataires est opérationnel depuis le mois de décembre 2007 mais on ne peut encore en tirer tous les bénéfices. Ce décalage dans le temps entre la mise en œuvre des mesures et leurs effets sur la fiabilité des comptes est, de l'aveu de la Cour elle-même, tout à fait normal.

M. André Lardeux a souhaité connaître l'avis de la Cnaf sur les limitations, désaccords et incertitudes émis par la Cour sur les comptes 2007. D'abord, l'absence de fichier national des bénéficiaires entraîne-t-elle effectivement, selon la Cnaf, des erreurs dans le versement des prestations d'un montant de 200 millions d'euros ? Ensuite, les charges à payer et provisions pour charges de gestion technique ont-elles bien été sous-estimées à hauteur de 230 millions d'euros ? Par ailleurs, existe-t-il une incertitude globale sur l'ensemble des charges de l'action sociale ? Enfin, comment

contrôler les prestations familiales versées par d'autres régimes ou organismes délégataires et intégrées dans les comptes de la branche ?

M. Philippe Georges, directeur général de la Cnaf, a répondu que l'estimation de l'erreur due à l'inexistence d'un fichier national des bénéficiaires n'est pas entièrement fiable dans la mesure où elle n'est fondée que sur l'examen de six cents dossiers. Une évaluation plus exhaustive sera menée en 2008. De plus, le fichier national des bénéficiaires sera intégré dans l'architecture du système d'information de la Cnaf dès le mois de novembre prochain, ce qui évitera de manière certaine tout risque de doublons et de paiements indus à l'avenir.

L'agent comptable de la Cnaf conteste la remarque de la Cour sur le manque de provision pour charges à payer et pour charges de gestion technique. Ceci étant, il faut espérer qu'un accord puisse être trouvé dès l'année prochaine sur ce point.

Il est effectivement très difficile d'évaluer avec certitude l'ensemble des charges de l'action sociale car celles-ci sont largement constituées de dépenses de petites structures, notamment les crèches, qui n'ont pas encore les moyens de faire remonter des informations fiables et structurées. Toutefois, les prévisions de dépenses d'action sociale sont depuis 2006 conformes à l'exécution constatée.

Enfin, la Cnaf n'a pas les moyens de contrôler elle-même les comptes des organismes délégataires. Il faudrait que ceux-ci soient à leur tour soumis à une procédure de certification des comptes.

M. André Lardeux a souhaité connaître la position de la Cnaf sur le transfert des charges de majoration de pension pour familles nombreuses de la Cnav vers la Cnaf et sur l'éventualité d'un prélèvement sur les excédents de la branche famille pour financer le risque dépendance.

M. Jean-Louis Deroussen a indiqué que le conseil d'administration de la Cnaf n'a pas pris position sur le financement par la branche famille du cinquième risque. En ce qui concerne les majorations de retraite pour les parents de famille nombreuse, la fin de la montée en charge de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje) rend moins illogique le transfert à la branche famille de la totalité de ces majorations. Cependant, le droit opposable à la garde d'enfant promis par le Président de la République nécessite de développer une capacité d'accueil de 400 000 places pour les jeunes enfants. Si l'on veut que la politique familiale continue à permettre à la France d'avoir le taux de fécondité le plus haut d'Europe, il faudra être très attentif avant d'envisager de prélever les excédents de la branche famille ou de revoir son mode de financement.

M. André Lardeux s'est inquiété de projets visant à plafonner les avantages familiaux en fonction des revenus du foyer. Par ailleurs, il a souhaité savoir où en est le projet de fusion des caisses pour ne plus avoir qu'une seule Caf par département.

M. Jean-Louis Deroussen a clairement affirmé que le conseil d'administration de la Cnaf est opposé à la mise sous condition de ressources des prestations familiales. En ce qui concerne le réseau des caisses, il faut savoir qu'il existe actuellement 123 Caf pour cent départements : douze départements ont deux Caf, celui de la Seine-Maritime en a quatre et celui du Nord, huit. Le projet d'une Caf par département devrait aboutir en 2011 au moment du renouvellement du conseil d'administration de la Cnaf. Ce délai est nécessaire afin de laisser le temps aux organismes locaux de gérer toutes les contraintes, notamment de personnel, liées à cette rationalisation. Dans certains départements, les projets de fusion sont déjà bien avancés.

M. Philippe Georges a ajouté que la Cnaf accompagne par des mesures d'aides ce processus et qu'elle pousse également à la mutualisation de certaines fonctions des Caf.

M. Guy Fischer a regretté que la faible augmentation des prestations familiales en 2008 ne permette pas de compenser, au moins en partie, la baisse du pouvoir d'achat que subissent actuellement les familles françaises. Dans le contexte inflationniste actuel, comment la Cnaf peut-elle mieux répondre aux attentes des familles, à la fois en termes de services et de prestations ?

M. Jean-Louis Deroussen a répondu que le pic d'inflation actuel qui devrait conduire à une augmentation annuelle des prix de l'ordre de 3 % appelle effectivement une réflexion de la part des pouvoirs publics sur l'opportunité de revaloriser en conséquence les prestations familiales au 1er janvier 2009. Cette remarque s'applique d'autant plus aux allocations logement que le niveau des prestations et les conditions de ressources dans ce domaine évoluent faiblement depuis plusieurs années. Toutefois, l'enveloppe globale de l'allocation de rentrée scolaire sera revalorisée de 50 millions d'euros, comme l'a annoncé Mme Nadine Morano, secrétaire d'Etat à la famille.

M. Alain Milon s'est interrogé sur les causes de la baisse du nombre de bénéficiaires des prestations sociales. Par ailleurs, la Cnaf a-t-elle l'intention de continuer à diminuer sa participation au financement des contrats enfance ?

M. Pierre Bernard-Reymond a souhaité connaître le bilan effectif des regroupements de Caf en 2008 et s'est étonné du maintien d'une caisse d'allocations familiales autonome dans les petits départements, comme ceux qui n'ont que 150 000 habitants. Par ailleurs, le nombre de prestations délivrées est-il actuellement un sujet de réflexion de la Cnaf ?

Mme Sylvie Desmarescaux s'est préoccupée du projet de fusion des caisses dans le département du Nord : les spécificités des différents territoires de ce vaste département seront-elles respectées ?

Mme Françoise Henneron a demandé si ce projet de rationalisation concerne aussi le Pas-de-Calais, département également très étendu.

Mme Marie-Thérèse Hermange a souhaité savoir si la Cnaf dispose de statistiques sur la proportion d'adolescentes enceintes, puis jeunes mères, par exemple dans le nombre de bénéficiaires de l'API. Par ailleurs, elle a demandé comment est régulé et contrôlé le taux d'occupation des crèches.

Mme Patricia Schillinger s'est inquiétée de la difficulté que risquent de rencontrer les parents aux revenus modestes pour assumer la charge financière des activités périscolaires proposées aux enfants après les heures de classes : le dispositif proposé prévoit actuellement que seules deux heures d'accompagnement éducatif seront gratuites, le reste étant à la charge des parents.

A Alain Milon, **M. Philippe Georges** a confirmé que la baisse du nombre de bénéficiaires des prestations sociales est due à une amélioration de la situation économique. Concernant les contrats enfance, la diminution du financement par les Caf fait suite à une explosion des dépenses d'action sociale au cours des années précédentes. La nouvelle convention d'objectifs et de gestion (Cog), signée pour la période 2009-2012, devrait confirmer le taux de financement actuel.

La question de Patricia Schillinger soulève un problème de politique publique essentiel : actuellement, aucune collectivité ou organisme n'est spécifiquement en charge de l'aide aux enfants et adolescents. Toutes les parties prenantes s'en occupent un peu, indirectement, mais personne n'est responsable de la coordination des actions de soutien qui leur sont destinées. Cet état de fait explique que la Cnaf n'ait pas dégagé de ligne budgétaire pour financer les activités et encadrements périscolaires.

En ce qui concerne la restructuration du réseau, il n'y aura aucun regroupement de caisses avant 2011. C'est à cette date que le ministre, par arrêté et en fonction de l'avancement des réflexions, engagera les fusions nécessaires. Cette rationalisation répond aux besoins de présenter aux conseils généraux un interlocuteur unique de la Cnaf par département. Cependant, elle n'empêchera nullement les Caf, dans les grands départements, de disposer d'antennes couvrant l'ensemble du territoire concerné. En ce qui concerne plus spécifiquement le département du Nord, l'association des huit Caf du Nord, l'Adcaf, travaille actuellement à un nouveau schéma d'organisation. Celui-ci comprendrait un conseil d'administration unique plus étoffé mais devrait permettre de prendre en compte la spécificité des besoins de chaque territoire du département. Le département du Pas-de-Calais est également concerné par la rationalisation.

A l'heure actuelle, la Cnaf n'a pas engagé de réflexions sur l'opportunité de mettre en place de nouvelles prestations.

Enfin, les Caf demandent régulièrement aux crèches d'améliorer leur taux d'occupation.

M. Nicolas About, président, a fait remarquer que, pour permettre une pleine occupation des berceaux, les crèches doivent admettre l'inscription d'un nombre d'enfants légèrement supérieur à leur capacité d'accueil. En général, on accepterait environ soixante cinq enfants pour soixante places pour éviter de laisser des berceaux non occupés, en raison des vacances des

parents ou des absences pour maladies infantiles, et renchérir le coût de fonctionnement de la structure.

***Mme Marie-Thérèse Hermange** a indiqué que certaines crèches acceptent, pour les mêmes raisons, l'inscription de quatre-vingts bébés pour soixante berceaux.*

*Pour conclure, **M. Philippe Georges** a rappelé que si le coût de fonctionnement de la Cnaf s'élève à 2 milliards d'euros, celle-ci est engagée dans un plan de rigueur budgétaire qui se traduit notamment par une réduction d'effectifs de neuf cents personnes.*

**Audition de Mme Danièle KARNIEWICZ, présidente du conseil
d'administration de la Caisse nationale d'assurance
vieillesse des travailleurs salariés (Cnav)
(mercredi 2 juillet 2008)**

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, présidente du conseil d'administration de la Cnav, a indiqué que, conformément aux prévisions, les prestations vieillesse ont augmenté de 6 % en 2007 par rapport à 2006. Pour 2008, les estimations tablent sur une hausse annuelle de 5,9 %. La situation financière de la Cnav s'est dégradée depuis 2004, année encore excédentaire, pour atteindre en 2007 un déficit de 4,6 milliards d'euros, qui devrait se creuser en 2008 à hauteur de 5,7 milliards.

Cette évolution résulte d'abord du flux des nouveaux retraités, en augmentation continue, dont le nombre est passé de 660 000 en 2004 à 773 000 en 2007. Cette tendance, qui devrait se confirmer avec un flux moyen de 800 000 départs par an, tient en partie à l'accroissement du nombre de départs en retraite avant soixante ans dans le cadre de la mesure des longues carrières (116 800 personnes en 2007 ; probablement 120 000 en 2008). Ces chiffres, plus élevés que les estimations qui avaient été faites au moment de la réforme de 2003, s'expliquent notamment par la souplesse du système de régularisation des périodes non cotisées, qui devrait désormais faire l'objet d'un encadrement plus strict. En outre, les régularisations de trimestres de cotisation ont été plus importantes que prévu, notamment dans le monde agricole.

Au total, le montant des prestations versées par la Cnav s'est élevé en 2007 à 74,8 milliards d'euros. L'impact financier de la revalorisation exceptionnelle des pensions qui interviendra au mois de septembre 2008 sera de 220 millions. Au surplus, le coût des mesures relatives aux carrières longues s'est considérablement accru depuis 2004, passant de 619 millions à 2,1 milliards en 2007, avec un montant estimé pour 2008 à 2,4 milliards. Ce mouvement de hausse devrait se ralentir du fait du départ à la retraite des générations désormais assujetties à l'obligation scolaire jusqu'à seize ans, en application de la loi de 1959, même si l'éventuelle prise en compte de la pénibilité du travail risque de changer la donne.

De ce fait, les estimations tablent sur un besoin de financement de la Cnav compris entre 6,7 et 7,4 milliards d'euros pour 2010 et entre 8,7 et 10,4 milliards pour 2012.

Cette situation justifie d'examiner avec attention la question des transferts de ressources provenant d'autres organismes de protection sociale. Mme Danièle Karniewicz a notamment évoqué le transfert des excédents de l'assurance chômage vers l'assurance vieillesse. Un point de cotisation rapporterait ainsi à la Cnav 4,8 milliards d'euros en 2009 et 6 milliards à l'horizon 2020. Elle s'est ensuite prononcée, d'une façon générale, en faveur d'une meilleure allocation des ressources disponibles entre les différents organismes de protection sociale. Cette démarche devrait concerner en priorité les majorations de pension pour enfant, ainsi que la compensation des périodes de chômage.

Par ailleurs, le coût estimé du paiement des pensions dès le premier jour du mois est de 90 millions d'euros, ce qui devrait occasionner pour l'Acoss des surcoûts de trésorerie non négligeables. On peut d'ailleurs s'interroger sur la réelle valeur ajoutée pour les ménages d'une telle mesure, dès lors qu'une fois fixée la périodicité des versements des pensions, les retraités adaptent la gestion de leur budget.

Les économies réalisées par le régime général grâce au passage à quarante et une annuités seraient d'1 milliard d'euros par an à l'horizon 2015, de 2,2 milliards à compter de 2020 et de 8,4 milliards à partir de 2040. Qui plus est, en l'absence de cette mesure, ce sont plus de 110 000 personnes supplémentaires qui seraient parties à la retraite à partir de 2015, 204 000 à partir de 2020 et 344 000 à l'horizon 2040.

Il convient de relativiser l'impact financier de la surcote dont le coût est limité à environ 22 millions d'euros par an. Toutefois, ce faible coût ne permet pas aujourd'hui de préjuger de l'évolution des comportements à venir, les actifs en âge de partir ayant préféré jusqu'ici anticiper leur départ par crainte d'une dégradation de leur taux de remplacement à l'occasion des prochaines réformes. Ainsi, en 2007, 55 600 retraités ont bénéficié de la surcote, soit 7,6 % du flux, mais l'avantage financier retiré des années de cotisation au-delà des quarante annuités est très faible.

Puis Mme Danièle Karniewicz a dressé un premier bilan de la mise en place du système d'adossement au régime général des industries électriques et gazières (IEG). En 2006, le mécanisme de la soulte a permis de dégager un excédent net de 120 millions d'euros puisque le coût en trésorerie de l'intégration du régime des IEG - 240 millions - a été compensé par les produits financiers - 360 millions - dégagés par le placement des sommes au fonds de réserve des retraites (FRR). Il serait d'ailleurs souhaitable de prévoir une clause de révision des règles de calcul de la soulte car il est difficile d'anticiper sur des durées de vingt ou trente ans les évolutions démographiques, ainsi que celles des marchés financiers.

Les débats intervenus au sein du conseil d'administration de la Cnav ont fait valoir que le passage à quarante et une annuités ne serait acceptable que si des conditions d'emploi convenables étaient parallèlement garanties pour les seniors. Il est en effet indispensable que les personnes n'ayant pas

atteint le taux plein puissent accéder à un emploi pour continuer à cotiser. Aussi s'est-elle prononcée en faveur de la signature d'accords de branches ou d'entreprises concernant l'emploi des seniors et de l'application d'une surcotisation aux entreprises qui n'en auraient pas signé.

M. Nicolas About, président, s'est demandé si l'engagement d'une négociation pouvait être suffisant. Beaucoup d'accords seront probablement signés dans les entreprises, mais au-delà de cette obligation formelle, quelle sera la portée réelle de ces accords conventionnels ? Comporteront-ils vraiment des dispositions suffisamment fortes pour accroître le taux d'emploi des personnes de plus de cinquante ans ?

Mme Danièle Karniewicz a considéré qu'il ne suffirait pas d'ouvrir la négociation pour exonérer les entreprises qui ne jouent pas le jeu du maintien des seniors dans l'emploi de l'obligation d'acquitter une surcotisation. Mais la signature d'accords constitue un préalable indispensable et les sommes ainsi collectées doivent permettre de financer le manque à gagner que représentent les périodes chômées en fin de carrière pour les personnes de plus de cinquante ans. Elle a ainsi proposé la bonification éventuelle de la quarante et unième annuité ou, selon les capacités financières de la Cnav, des trois ou quatre dernières années d'activité. Une telle mesure pourrait également s'appliquer aux retraites complémentaires, qui ont connu, elles aussi, une diminution significative de leur taux de rendement au cours des dix dernières années.

Puis elle a adhéré au principe de la surcote, qui inciterait réellement les actifs de plus de soixante ans à prolonger leur activité, plutôt qu'à une sortie en capital. S'agissant du cumul emploi-retraite, le déplaçonnement total envisagé par les pouvoirs publics correspond, à son sens, à un refus implicite du Gouvernement de dégager les moyens nécessaires pour consolider le système de retraite par répartition. Cette mesure devait certes probablement intervenir tôt ou tard, mais la mettre en œuvre aujourd'hui et sans garde-fou apparaît risqué car elle est susceptible de créer des « effets d'aubaine » incitant paradoxalement à des départs précoces. De plus, le cumul emploi-retraite ne doit pas devenir le quatrième pilier de l'assurance vieillesse, en complément du régime général, de la retraite complémentaire et de l'épargne retraite. Il faudrait d'ailleurs surtout mettre un terme à la tendance à la diminution du taux de remplacement de la Cnav. A cette fin, elle a évoqué la possibilité d'augmenter les taux de cotisation, d'élargir l'assiette de prélèvement à d'autres types de revenus ou de faire appel à d'autres ressources.

Après avoir réaffirmé son attachement de principe à la retraite par répartition, M. Dominique Leclerc s'est inquiété de la faible capacité du système par annuités de la Cnav à faire face avec souplesse au choc démographique dont on commence à mesurer les effets. Faisant référence à la technique des points de retraite, ainsi qu'à la réforme dite des comptes notionnels réalisée en Suède, il a souhaité que des pistes de réflexion

alternatives puissent être rapidement envisagées. Il s'est en outre inquiété de l'équilibre fragile du fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Il a par ailleurs rappelé que la relative faiblesse du taux de remplacement s'explique en grande partie par une entrée tardive sur le marché du travail - à l'âge de vingt deux ans - et un départ à un âge qui n'excède guère cinquante-huit ans, ce qui ne permet pas d'atteindre un taux plein et déclenche, dans de nombreux cas, le mécanisme de la décote.

A cet égard, il a souligné l'inégalité de traitement entre les assurés de la Cnav et ceux de certains régimes, comme celui des IEG, où les salariés sont autorisés à partir en retraite dès l'âge de cinquante-cinq ans, sans que leur taux de remplacement ne soit diminué.

*Constatant à son tour l'effondrement continu du taux de remplacement, **M. André Lardeux** s'est dit pessimiste sur l'avenir du mécanisme de retraite par annuités. Il a appelé de ses vœux une réforme de fond, allant au-delà des mesures d'ajustement annoncées cette année et qui s'apparentent manifestement à la technique du sapeur Camembert consistant à creuser de nouveaux déficits pour combler ceux déjà constatés. Est-il pertinent d'envisager uniquement l'augmentation de la durée de cotisation, sans étudier d'autres alternatives, par exemple le passage à un système à cotisations définies qui permettrait aux cotisants d'accumuler des points et d'avoir ainsi une meilleure visibilité sur le niveau de leur retraite future ?*

*Réaffirmant son attachement au système de retraite par répartition, **M. Guy Fischer** a regretté que le passage de quarante à quarante et une annuités n'ait pu faire l'objet d'un débat ni avec les partenaires sociaux, ni au Parlement. Il s'est inquiété de l'augmentation du nombre des retraités en situation de précarité, qui résulte à la fois de la baisse continue du taux de remplacement au cours des dix dernières années et de la hausse du taux d'inflation, qui a grevé considérablement le pouvoir d'achat.*

***M. Alain Vasselle** a souhaité connaître la nature des mesures prises pour mieux encadrer la régularisation des périodes non cotisées dans le cadre du dispositif des carrières longues. Il s'est inquiété de l'annonce hâtive de l'utilisation des futurs excédents du FSV pour réduire le déficit de la Cades, alors que la dette accumulée dans le passé par le fonds n'a pas été soldée. Il a souhaité que contrairement à ce qui s'était produit en 2003, le Parlement dispose pour la prochaine réforme des retraites d'une étude d'impact financier des mesures envisagées. Puis il a fait valoir lui aussi l'intérêt de la réforme des retraites réalisée en Suède, qui pourrait être transposée en France.*

***M. Pierre Bernard-Reymond** s'est interrogé sur la possibilité d'élaborer plusieurs scénarii d'équilibre du régime en évaluant l'impact des mesures susceptibles d'être mises en œuvre.*

***Mme Danièle Karniewicz** a été convaincue par la nécessité d'apporter des ressources supplémentaires au régime pour en garantir la*

pérennité. Elle a estimé que cet arbitrage relève d'un choix de société. Elle a jugé pour sa part préférable de consolider le système de retraite par répartition par une augmentation des taux des cotisations, plutôt que par le développement de l'épargne individuelle. Le système de retraite par répartition permet en effet de mutualiser les coûts pour les cotisants et se révèle être, à terme, plus rentable qu'un mécanisme de rente par capitalisation dont le rendement avoisine 4 % sur quarante ans, contre 7 % pour la Cnav.

Elle a par ailleurs émis des réserves sur la mise en place d'un système à cotisations définies, calculées par points, estimant qu'il serait moins lisible que le mécanisme actuel. A titre d'exemple, elle a indiqué que la diminution régulière, depuis les années 1990, de la valeur du point des régimes de retraite complémentaire n'est pas perçue dans toute son ampleur par les cotisants.

Privilégiant une approche globale du financement de la protection sociale, elle s'est déclarée favorable à l'élargissement de l'assiette de prélèvement, actuellement concentrée sur la masse salariale. Elle a notamment évoqué la possibilité de financer l'assurance maladie et les prestations familiales grâce à un prélèvement sur la valeur ajoutée ou la consommation, ce qui permettrait de dégager une marge de manœuvre pour compenser une augmentation du taux de cotisation retraite prélevé sur les salaires.

***M. Nicolas About, président,** a souhaité savoir si l'élargissement de l'assiette des cotisations destinées à financer l'assurance maladie et la branche famille pourrait permettre une diminution des charges salariales.*

***Mme Danièle Karniewicz** a indiqué que l'élargissement de l'assiette peut effectivement avoir le double intérêt de dégager des marges de manœuvre supplémentaires pour financer la branche vieillesse et de diminuer les charges.*

Faisant suite aux observations de Dominique Leclerc sur le manque d'équité de l'assurance vieillesse, elle a constaté que des inégalités importantes existent entre les régimes spéciaux et le régime général, entre les salariés du secteur privé et ceux de la fonction publique, mais également au sein même du secteur privé, entre grandes entreprises et PME. A cet égard, la fixation d'un taux de remplacement identique, quels que soient les régimes, aurait l'avantage d'une meilleure lisibilité pour les cotisants.

Par ailleurs, elle s'est inquiétée des répercussions de l'adossement éventuel du régime des fonctionnaires de La Poste au régime général. Puis elle a fait part de sa préoccupation face à l'augmentation de la part des personnes disposant d'une retraite inférieure à 600 euros par mois en raison de carrières incomplètes, des emplois à temps partiel subi ou des longues périodes de chômage. La précarité des personnes s'aggrave lors de la disparition du conjoint, sans que le système de solidarité puisse offrir un minimum social supérieur à 618 euros.

En réponse à la question d'Alain Vasselle sur le FSV, Mme Danièle Karniewicz a indiqué que ce fonds accusait effectivement un endettement de 4,8 milliards d'euros en 2007, qui devrait revenir à 3,8 milliards à la fin de l'année 2008. D'une façon générale, il faudrait parvenir à un assainissement durable de la situation du FSV, afin que celui-ci puisse rembourser sa dette vis-à-vis de la Cnav.

En ce qui concerne les nouvelles règles encadrant la régularisation des périodes non cotisées dans le régime agricole pour être éligible à la mesure des carrières longues, elle a précisé que désormais, les deux témoins nécessaires devront se déplacer aux Urssaf et avoir travaillé dans la même exploitation que le demandeur.

En réponse à la demande formulée par Alain Vasselle et Pierre Bernard Reymond relative à la nécessité de disposer d'une étude d'impact pour la prochaine réforme des retraites, elle a souligné la difficulté d'apprécier l'incidence financière de la surcote et du cumul emploi-retraite qui relèvent de comportements contradictoires pour lesquels les hypothèses retenues peuvent être critiquables. En tout état de cause, il serait illogique de partir deux ans avant l'âge légal de la retraite au titre d'une carrière longue et de pouvoir choisir ensuite de cumuler une retraite et un emploi.

M. Alain Vasselle a réaffirmé la nécessité de disposer d'une étude d'impact financière sérieuse, pour que législateur puisse apprécier l'incidence des réformes envisagées sur les équilibres financiers des caisses de sécurité sociale.

M. François Autain, souscrivant à ces propos, a toutefois craint que les informations ne soient pas communiquées à temps au Parlement.

M. Paul Blanc a fait valoir la richesse produite et le surcroît de consommation qui résulteraient nécessairement du déplaçonnement du niveau de cumul emploi-retraite.

M. Pierre Bernard-Reymond a souligné l'intérêt qu'il y aurait à réaliser une audition commune des responsables de toutes les branches afin d'avoir une vision globale du financement de la sécurité sociale. Il a estimé par ailleurs que la perspective d'une augmentation des cotisations vieillesse ne semble guère envisageable, dans la mesure où cette solution nuirait au pouvoir d'achat des ménages et dégraderait la compétitivité de l'économie.

Mme Danièle Karniewicz a considéré que le système de retraite par répartition doit rester le socle protecteur de l'assurance vieillesse, sans être exclusif d'autres modalités de financement complémentaires, telles que l'épargne retraite.

Enfin, elle n'a pas exclu une réduction des charges grâce à l'élargissement de l'assiette de cotisations.

Audition de M. Dominique LIBAULT, directeur de la sécurité sociale
(mercredi 2 juillet 2008)

La commission a procédé à l'audition de M. Dominique Libault, directeur de la sécurité sociale, sur l'état des comptes de la sécurité sociale.

M. Dominique Libault, directeur de la sécurité sociale, a précisé que la réunion de la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS), qui s'est tenue le 18 juin dernier, a été l'occasion de dresser un tableau complet de l'état des comptes de la sécurité sociale et, sauf dégradation brutale de la situation économique, les objectifs de dépenses fixés par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 seront respectés.

Les tableaux récapitulatifs publiés par la CCSS font apparaître un déficit important de la branche vieillesse, dont la situation financière s'aggrave par rapport aux prévisions initiales, mais on constate aussi un redressement des comptes de la branche maladie, malgré le dépassement de l'Ondam en 2007, et l'amélioration de la situation financière du fonds de solidarité vieillesse (FSV).

L'environnement macro-économique n'a, pour l'instant, pas remis en cause l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. La bonne tenue du marché de l'emploi au dernier trimestre 2007, puis au premier trimestre 2008, a constitué un gage de sécurité pour les recettes, principalement fondées sur les cotisations salariales. Des incertitudes existent toutefois sur les comptes 2009 car si l'évolution de l'inflation n'a pas produit d'effets sur l'année en cours, elle peut avoir un impact sur le prochain exercice, notamment en raison de la nécessité de revaloriser certaines prestations, par exemple dans le domaine de la politique familiale.

Puis il a indiqué que la direction de la sécurité sociale (DSS), qui exerce la tutelle des caisses de sécurité sociale du régime général, ne partage pas l'avis émis par la Cour des comptes dans le cadre de sa mission de certification des comptes de ces organismes. Sur les comptes de l'Acoss, trois sujets font l'objet d'un désaccord entre la Cour et l'exécutif.

Le premier est relatif à la compensation des exonérations de charges sur les heures supplémentaires prévue dans le cadre de la loi en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat (Tepa), adoptée en août 2007. Or, lors de l'examen de ce texte, le Parlement a clairement exprimé le souhait que la sécurité sociale ne subisse pas de nouvelles pertes de recettes dues à la mise en œuvre du dispositif proposé. En conséquence, un mécanisme de compensation, reposant sur l'affectation d'une fraction de TVA sur les boissons alcoolisées, d'une fraction de la taxe sur les véhicules de société et,

enfin, d'un produit à recevoir au titre de la contribution sociale sur les bénéfiques (CSB), a été prévu. En cas d'insuffisance de ces recettes, une compensation intégrale doit être mise en œuvre dans le cadre de la loi de finances. Ce dispositif est plus rigoureux que la compensation budgétaire qui existe pour d'autres exonérations.

C'est précisément sur le point de la comptabilisation de ces compensations que porte le litige avec la Cour. La sécurité sociale a fait application des règles de comptabilité des organismes de sécurité sociale, qui est établie en fonction des droits constatés : de ce fait, les produits à recevoir de façon certaine peuvent être inscrits dans les comptes avant leur perception effective, d'autant que cette écriture n'a aucun impact sur les charges. Or, la Cour des comptes a considéré cette comptabilisation comme irrégulière pour les sommes effectivement perçues après le 31 décembre 2007. Cette position de la Cour soulève plusieurs difficultés, notamment au regard de la présentation annuelle des recettes perçues au titre de la compensation, dont les modalités vont fluctuer d'une année sur l'autre.

Le deuxième reproche de la Cour pour justifier sa décision de ne pas certifier les comptes de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) porte sur la répartition des créances entre organismes de sécurité sociale en 1996 et 1997, lors du passage à la comptabilité en droits constatés.

*Sur ce point, **M. Dominique Libault** s'est interrogé sur l'intérêt d'affecter au compte de résultats 2008 des erreurs commises dix ou quinze ans auparavant, ainsi que sur la pertinence d'une rectification du solde des comptes sociaux après le transfert de la dette des organismes de sécurité sociale à la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades). Cette démarche nuit à l'intelligibilité des comptes et n'apporte aucun élément nouveau à la politique de maîtrise des dépenses. En outre, cette présentation comptable a pour effet de masquer une partie des résultats positifs, près de 200 millions d'euros, obtenus en 2007. De manière plus générale, les obligations des organismes de sécurité sociale doivent être précisées afin de déterminer si leur comptabilité doit retranscrire toutes leurs opérations - ce que l'Etat, pour ne prendre que cet exemple, ne fait pas - ou si la présentation doit être limitée aux opérations relatives aux produits et charges de l'année.*

Le troisième point de désaccord est relatif aux conditions de rattachement des acomptes de contribution sociale généralisée (CSG) perçue sur les revenus de placement. Il est singulier de constater que ces revenus ont été inscrits dans les comptes de la sécurité sociale pour 2007 dans les mêmes conditions qu'en 2006, année pour laquelle la Cour des comptes n'avait pas soulevé d'objections à ce propos. Là encore, il n'est pas illégitime de considérer qu'une telle taxation doit être comptabilisée l'année du fait générateur, c'est-à-dire celle de la perception de l'intérêt. Or, les établissements bancaires ont des pratiques administratives différentes et comptabilisent les intérêts de l'année écoulée soit le 31 décembre, soit le 1^{er} janvier de l'année suivante.

M. Alain Vasselle a souligné l'intérêt de ces précisions, qui permettent de mieux comprendre la nature du désaccord entre la Cour et le Gouvernement sur les conditions de certification des comptes des organismes de sécurité sociale. L'usage par les organismes de sécurité sociale d'une comptabilité en droits constatés doit effectivement leur permettre d'affecter à l'exercice en cours les recettes attendues pour en financer les charges. Ceci étant, le nouveau plan comptable ne permet pas de procéder de cette manière et le rôle de la Cour des comptes est bien de veiller au strict respect de la règle. Ce problème de procédure doit donc être résolu, tout en conservant les avantages, en termes de transparence des comptes, d'une comptabilité en droits constatés. Par ailleurs, renvoyer à une loi de finances les décisions relatives à la compensation des exonérations de charges peut soulever des difficultés pour le financement de la sécurité sociale et le fait d'aller dans le sens d'une intégration des dispositions de la loi de financement à la loi de finances ne peut que nuire à la transparence des comptes sociaux.

Il s'est ensuite interrogé sur le possible transfert à la Cades des dettes accumulées de la sécurité sociale, ainsi que sur les recettes requises pour procéder à ce transfert de charge dans le respect de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale. A son avis, le choix de recourir aux excédents du FSV pour financer ce nouveau transfert vers la Cades ne lui donnerait pas une crédibilité suffisante pour mobiliser les financements nécessaires sur les marchés financiers.

Enfin, il a voulu connaître les intentions du Gouvernement à l'égard de la protection sociale agricole.

M. Dominique Libault a confirmé que des ajustements du plan comptable sont possibles, mais il a regretté que la Cour des comptes ait choisi la position extrême du refus de certifier les comptes de l'Acoss alors qu'elle avait la possibilité d'exprimer un jugement plus nuancé, par exemple en émettant des observations ou des réserves.

Il a indiqué que le ministre chargé des comptes publics doit faire des propositions à l'automne sur les conditions de prise en charge de la dette de la sécurité sociale par la Cades. La question de la ressource supplémentaire à lui affecter est très importante : la piste privilégiée semble bien être celle du transfert d'une partie des excédents du FSV, mais ce choix ne garantit effectivement pas le financement de la Cades dans les mêmes conditions que celles offertes par la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), ce qui peut dégrader son image auprès des marchés financiers.

Le redéploiement des recettes entre les différents organismes de sécurité sociale est un sujet capital pour faire face aux échéances à venir. Des objectifs forts en matière de maîtrise des dépenses ne suffisent pas à compenser l'évolution de la dépense, notamment dans le domaine de la vieillesse. Des réallocations de ressources doivent donc pouvoir être envisagées, aucune affectation de ressources n'étant intangible.

La question du financement de la protection sociale agricole, qui est reportée d'une année sur l'autre, doit être traitée prochainement, d'une part, pour organiser l'apurement de la dette du Fipsa, d'autre part, pour préparer l'avenir, avec le développement d'une solidarité accrue entre les régimes, notamment pour la branche maladie. L'hypothèse d'une intégration de la branche maladie de la protection sociale agricole au régime général a été étudiée. Une telle évolution devrait s'accompagner d'une modification des règles de tutelle, aujourd'hui assurée par le seul ministère chargé de l'agriculture, à laquelle la direction de la sécurité sociale pourrait être associée.

***M. Alain Vasselle** s'est interrogé sur l'inexistence d'étude d'impact préalable aux différentes réformes de la sécurité sociale afin de connaître le cadrage financier général et les objectifs pluriannuels qui leur sont assignés. De telles études éviteraient pourtant l'adoption de mesures ponctuelles, souvent catégorielles qui, par leur coût non maîtrisé, annulent les économies globales. La branche vieillesse illustre bien cette situation : la réforme de 2003, par exemple, est un échec si l'on en juge par les résultats financiers de la branche vieillesse.*

***M. Dominique Libault** s'est déclaré moins pessimiste sur les résultats de la réforme des retraites de 2003. Toutefois, une gestion trop sectorielle de la protection sociale produit souvent des effets négatifs en favorisant une hétérogénéité des situations. Les droits ouverts par la sécurité sociale doivent être conçus de façon universelle.*

Il a estimé que les processus de décision ne permettent pas toujours d'établir des études d'impact. La réalisation d'une étude de ce type préalablement à la réforme des retraites de 2003 aurait probablement produit des résultats erronés car certains phénomènes, notamment les départs anticipés pour carrière longue, auraient sans doute été sous-estimés, les effets de comportement n'étant pas toujours identifiables.

**Audition de M. Patrice RACT MADOUX, président du conseil
d'administration de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades)**
(mercredi 2 juillet 2008)

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 le montant de dette de la sécurité sociale reprise par la Cades au 31 décembre 2007 s'élève à 107,6 milliards d'euros. Sur ce total, 34,7 milliards ont déjà été remboursés ; il reste donc 72,9 milliards à amortir.

Les emprunts émis par la caisse sont souscrits dans le monde entier, principalement par les banques centrales de pays étrangers.

La Cades dispose d'une ressource unique, la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), dont le produit a atteint 5,7 milliards d'euros en 2007 : 3,1 milliards ont été affectés au remboursement des intérêts et 2,6 milliards à l'amortissement de la dette, conformément à l'objectif fixé en loi de financement.

En application de l'article 20 de la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, tout nouveau transfert de dette à la Cades doit être accompagné d'une augmentation des recettes de la caisse permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale. Selon les estimations les plus récentes, la Cades a 5 % de chances d'avoir terminé sa mission dans douze ans, une chance sur deux de l'avoir achevée dans treize ans et 5 % de chances de ne pas avoir abouti dans quinze ans.

Si un autre transfert de dettes devait être effectué, ce schéma de remboursement pourrait être préservé à la condition d'augmenter les ressources de la CRDS de 0,07 point par tranche de dix milliards d'euros de nouvelle dette reprise. La majoration de la CRDS représenterait la meilleure solution en cas de nouvelle reprise de dettes, car il s'agit d'une ressource dynamique et stable, assise à 80 % sur les revenus d'activité. Si une autre ressource était choisie, elle devrait présenter les mêmes caractéristiques de fiabilité pour rassurer les souscripteurs des emprunts de la caisse.

De ce point de vue, M. Patrice Ract-Madoux a exprimé des doutes sur la fiabilité d'une recette qui proviendrait d'éventuels excédents d'un fonds, quel qu'il soit. En revanche, la solution consistant à réallouer au profit de la Cades tout ou partie des ressources du fonds de solidarité vieillesse

(FSV) paraîtrait plus acceptable, dans la mesure où celles-ci sont dynamiques, même si elles apparaissent moins stables que la CRDS. Il a enfin souhaité que l'Etat transfère en une seule fois le reliquat de dettes qu'il envisage d'apporter à la Cades et ne se limite pas à un transfert partiel, au motif qu'il ne serait pas parvenu à dégager une nouvelle recette suffisante.

***M. Alain Vasselle** s'est montré dubitatif sur la possibilité de satisfaire ce souhait, soulignant le fait que même après l'opération de transfert qui pourrait intervenir en loi de financement pour 2009, rien ne garantit que les branches maladie et vieillesse seront à nouveau à l'équilibre dans les prochaines années.*

Audition de MM. Pierre BURBAN, président du conseil d'administration, Bernard BILLON, directeur-adjoint, et Alain GUBIAN, directeur financier, de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acosse)
(mercredi 2 juillet 2008)

M. Alain Gubian, directeur financier de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acosse), a d'abord insisté sur l'ampleur du besoin de financement global de l'Acosse, qui devrait atteindre 27 milliards d'euros à la fin du mois de septembre prochain et progresser encore jusqu'à la fin de l'année. Les perspectives pour 2009 présentent, en l'état, un accroissement de ce besoin de financement avec des aléas liés à l'éventuelle dégradation de la conjoncture économique. Or, ces perspectives sont incompatibles avec les possibilités de financement de l'Acosse.

La Caisse des dépôts et consignations, qui assure le financement de cette dette, a en effet fait savoir à l'Acosse qu'elle ne pouvait désormais garantir le financement de plus de 31 milliards d'euros en volume et que les taux favorables, négociés dans le cadre de la convention passée avec l'Acosse, ne pouvaient s'appliquer au-delà de 25 milliards, ce qui signifie que toutes les sommes empruntées entre 25 et 31 milliards le seront à un taux sensiblement plus élevé, fondé non pas sur l'Eonia (Euro OverNight Index Average) mais sur l'Euribor (Euro Interbank Offered Rate).

L'Acosse a la possibilité d'émettre des billets de trésorerie, mais les taux deviennent très élevés dès que la durée dépasse un jour, en dépit de l'excellente signature de l'Acosse sur les marchés. La situation financière de l'agence est donc devenue très contrainte et largement dépendante de la situation des marchés financiers.

M. Pierre Burban, président du conseil d'administration, a estimé que la situation actuelle de l'Acosse est très grave et qu'il n'est plus possible de financer des déficits structurels par des ressources conjoncturelles. Cet état de fait est connu depuis le mois d'août 2007, au moment du déclenchement de la crise financière, mais aucune mesure n'a été prise depuis lors.

La Caisse des dépôts et consignations a écrit à ce sujet en décembre 2007 aux ministres compétents. Elle a de nouveau fait part de ses observations écrites voici quelques semaines pour signifier au Gouvernement qu'elle ne pourrait sans doute même plus assurer le financement contractuel de 25 milliards d'euros en 2009, en raison des grandes incertitudes planant sur les marchés.

Le conseil d'administration de l'Acosse a, de son côté, émis de très vives inquiétudes et demandé aux représentants de la tutelle de lui faire part des mesures envisagées pour traiter la question des dettes financières de

l'Acoss avant la fin du mois d'août. En effet, malgré l'urgence de la situation, aucune solution n'a encore été présentée à ce jour par les autorités de tutelle. Le ministre des comptes publics s'est simplement engagé verbalement à résoudre la question.

L'année dernière aussi, il s'était engagé au remboursement de la dette de l'Etat envers la sécurité sociale. Celui-ci a bien été effectué, à hauteur de 5,1 milliards d'euros. Toutefois, une dette d'environ 2,5 milliards s'est reconstituée au titre de 2007. Elle grève une fois de plus la trésorerie de l'Acoss.

***M. Pierre Burban** a ensuite évoqué la décision de la Cour des comptes de refuser de certifier les comptes de la branche recouvrement, ainsi que ceux de l'Acoss. Il s'est d'abord élevé contre le fait que la décision ait été rendue publique avant même que les principaux intéressés ne soient prévenus. Puis il a replacé la décision dans son contexte, celui d'un triple désaccord avec la Cour, portant sur un montant d'un milliard d'euros environ, ce qui doit être relativisé quand on le rapproche des 331 milliards inscrits dans les comptes de la branche recouvrement.*

Il a constaté que, par sa décision, la Cour remet en question le principe de la compensation totale des exonérations de charges sociales auquel le législateur, et notamment la commission des affaires sociales du Sénat, sont de manière très légitime extrêmement attachés.

Il a insisté sur le caractère totalement démobilisateur d'une telle décision pour les collaborateurs de la branche recouvrement qui, au cours des dernières années, ont fourni de très importants efforts pour, en application de la convention d'objectifs et de moyens, moderniser leur activité, repenser leur organisation, accepter des regroupements de services, des suppressions d'emplois, des mutualisations d'activités et améliorer la qualité du service de recouvrement.

Il a ensuite rappelé que les comptes de la branche avaient été certifiés l'année dernière et que la Cour avait à nouveau la faculté d'émettre des observations ou des réserves cette année, sans pour autant tirer de ses constats des conséquences aussi extrêmes que le refus de certification, dont la résonance médiatique est particulièrement forte.

***M. Alain Vasselle** s'est interrogé sur le caractère parfois aléatoire des appréciations de la Cour des comptes, qui ne semble pas traiter de la même façon les sous-dotations budgétaires, en termes de sincérité des comptes, alors que celles-ci ont un impact direct sur la reconstitution de la dette de l'Etat envers la sécurité sociale. Il a émis le souhait que la même rigueur soit appliquée dans l'examen de l'exécution de la loi de finances et de la loi de financement de la sécurité sociale. Il a ensuite demandé quel est le montant des frais financiers résultant du découvert de l'Acoss.*

***M. Alain Gubian** a indiqué que, pour le régime général, le montant des frais financiers s'élève en 2008 à près d'un milliard d'euros.*

M. Guy Fischer a souhaité savoir quelles sont les conséquences de la mise en œuvre de la convention d'objectifs et de moyens sur les effectifs de l'Acoss.

M. Pierre Burban a noté qu'aux termes de la convention, à la fin 2009, un peu moins de six cents postes auront été supprimés sur un total de 14 000 collaborateurs.

Audition de M. Frédéric VAN ROEKEGHEM, directeur général de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam)
(mardi 8 juillet 2008)

La commission a procédé à l'audition de M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam) sur l'état des comptes de la sécurité sociale en vue du débat sur les orientations des finances sociales.

M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général de l'Uncam et de la Cnam, a rappelé que la situation financière de l'assurance maladie s'est régulièrement améliorée depuis trois ans. Entre 2004 et 2007, le montant du déficit a été ramené de 11,4 milliards d'euros à 4,6 milliards d'euros. Le creusement du déficit entre 2001 et 2003 peut s'expliquer par la conjonction d'une évolution rapide des dépenses de santé et d'un ralentissement conjoncturel qui a réduit les recettes disponibles. C'est, en outre, durant cette période que les pouvoirs publics ont fait le choix d'accorder des revalorisations importantes aux professionnels de santé, après une période de pause tarifaire relativement longue.

Les dispositions prises dans le cadre de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie n'ont pas permis de rétablir l'équilibre financier de la branche. Toutefois, un ralentissement de la progression des dépenses de santé peut être constaté, leur taux d'évolution étant identique à celui de la richesse nationale, et même légèrement inférieur à la croissance du Pib en 2006 et 2007. Le retour à l'équilibre financier de l'assurance maladie vers 2011 constitue donc un objectif raisonnable. Cependant, plutôt que de reporter les déficits cumulés sur les générations futures, les pouvoirs publics et les gestionnaires des caisses doivent poursuivre leur lutte contre une croissance tendancielle des dépenses de santé soutenue. En effet, au cours des quinze dernières années, les dépenses de santé ont connu une progression supérieure à celle du Pib, entraînant une dégradation annuelle des comptes évaluée à 2 milliards d'euros. Cette tendance défavorable est due en particulier aux pathologies chroniques ou aggravées, qui expliquent 66 % de la dépense et 90 % de l'accroissement annuel. Le nombre de patients pris en charge au titre d'une affection de longue durée (ALD) s'accroît de 4,5 % chaque année sous l'effet du vieillissement de la population et de l'augmentation de la prévalence des pathologies prises en charge à ce titre, les quatre principales étant les maladies cardio-vasculaires, les cancers, le diabète et les affections psychiatriques.

M. Frédéric Van Roekeghem a estimé que trois priorités doivent être dégagées pour contenir l'évolution des dépenses de santé : le développement de la prévention avec des exigences importantes en termes de résultats ; l'amélioration du recours au système de soins, avec une meilleure répartition des prises en charge entre soins ambulatoires et soins hospitaliers ; l'accroissement de la productivité des offreurs de soins, notamment des établissements de santé, dont les recrutements doivent faire l'objet d'une attention soutenue, tandis que le développement des bonnes pratiques doit être encouragé. Les études réalisées par la Cnam sur la base des factures qui lui sont adressées, font apparaître un écart de coût de 30 % entre les établissements d'un même secteur. La réduction d'une partie seulement de cet écart serait source d'économies substantielles et ne pas y procéder rendra plus difficile le rétablissement de l'équilibre financier.

Le conseil de la Cnam a validé des propositions en ce sens. Regroupées dans le rapport sur les produits et charges prévu la loi du 13 août 2004, ces propositions vont être transmises au Parlement et au Gouvernement. Ce rapport préconise également une meilleure hiérarchisation de la prise en charge des produits de santé et une prise en compte des gains de productivité dans l'élaboration du tarif des actes de radiologie et de biologie. Le conseil n'a toutefois pas souhaité remettre en cause les modalités de prise en charge de certains médicaments pour les patients souffrant d'une ALD, contrairement aux propositions initiales. Le rapport suggère également la compensation de la perte de recettes liée à la perception des acomptes de CSG sur les revenus de placement, perçue par la Cnam en 2007, et tient compte d'un possible allègement des frais financiers, évalué à 400 millions d'euros, consécutif au transfert du déficit de l'assurance maladie vers la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) évoqué par le Gouvernement.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a rappelé que le plan d'économies que propose le conseil de la Cnam s'élève à 3 milliards d'euros, tout en soulignant que les recettes supplémentaires sollicitées par l'assurance maladie ne sont pas identifiées. Or, la ministre chargée de la santé a d'ores et déjà estimé que ces propositions ne sont pas suffisantes pour envisager un retour vers l'équilibre en 2011 et qu'une économie supplémentaire d'un milliard d'euros est indispensable. Il s'est donc interrogé sur les pistes susceptibles d'être suivies pour atteindre cet objectif, la lutte contre la fraude ou la restructuration du réseau pouvant, selon une opinion régulièrement exprimée par certains observateurs, constituer une hypothèse de travail sérieuse. Il a également voulu savoir si la mise en œuvre prochaine des agences régionales de santé (ARS) peut contribuer à la réduction des dépenses d'assurance maladie.

M. Frédéric Van Roekeghem a précisé que la ministre et la Cnam ont une divergence d'appréciation sur l'évolution tendancielle des dépenses de santé. Selon l'interlocuteur, cette évolution est estimée entre 4,8 % et 5,2 % par an ; cet écart d'appréciation est inférieur au taux de 0,75 % qui détermine le déclenchement de la procédure d'alerte, mais représente un montant annuel

de 600 millions d'euros. Une telle divergence n'est pas surprenante. Chaque année par exemple, les autorités de tutelle et la principale organisation représentative des établissements publics de santé sont en désaccord sur le taux d'évolution des dépenses indispensables pour permettre à l'hôpital public d'assurer ses missions. Ce désaccord ne constitue pas un obstacle à la mise en œuvre d'économies supplémentaires à compter de 2009. Par ailleurs, la Cnam a considéré que son rôle se borne à attirer l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de lui attribuer de nouvelles recettes, en signalant que certaines recettes affectées à l'assurance maladie en 2008 ne seront pas reconduites l'année suivante. La détermination de ces recettes nouvelles relève de la compétence du Gouvernement et du Parlement.

Par ailleurs, la Cnam s'est engagée, dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion (Cog) conclue avec le Gouvernement, à diminuer ses frais de fonctionnement de 200 millions d'euros. Des réductions de personnel ont donc été entreprises dans le réseau des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), de l'échelon régional du service médical (ERSM), des centres informatiques et des unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam). Au total, ce sont 7 200 suppressions d'emplois qui ont été réalisées entre 2004 et 2007. Par ailleurs, un arrêté d'annulation de crédits de 100 millions d'euros a été pris sur le budget 2008.

Des efforts ont également été accomplis en matière de restructuration du réseau. Aussi souvent que possible, les directeurs sont invités à assurer la direction simultanée de deux structures, par exemple une CPAM et une Urcam. Des fusions de caisses ont également été organisées en Ardèche, dans l'Aisne, en Meurthe-et-Moselle, en Moselle et en Seine-Maritime. Une restructuration des caisses est prévue dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais, leur nombre revenant de treize à six. Sur ce sujet, une concertation est en cours avec l'ensemble des élus qui y portent déjà la plus grande attention. Deux schémas de restructuration peuvent être retenus, soit en tenant compte des territoires de santé, soit en respectant les circonscriptions administratives. Le maintien de la qualité de service et de la proximité est une préoccupation centrale de cette réforme. L'idée n'est pas de constituer des organismes de taille importante, mais de trouver un équilibre entre un réseau trop disséminé et l'existence d'une seule caisse départementale, dont le volume d'activité pourrait constituer un obstacle à son efficacité. Bien que la Cnam assure la tutelle du réseau, la direction nationale reste attachée au maintien d'une certaine autonomie locale, notamment dans les opérations de restructuration, et laisse les directeurs des caisses locales traiter ces sujets avec les élus locaux.

***M. Frédéric Van Roekeghem** a indiqué que les CPAM serviront de relais locaux des futures ARS. Cette réforme est source d'interrogation pour les agents de direction de ces caisses qui souhaitent connaître le plus rapidement possible leur rôle dans cette nouvelle organisation du système de santé. Les ARS ne constituent pas la seule proposition du Gouvernement pour résorber les dysfonctionnements du système de santé : les différents titres du*

futur projet de loi « Santé, patients, territoire » proposent un large éventail de réponses et permettent de traiter de nombreux sujets.

Il a estimé que des économies budgétaires peuvent être effectuées en assurant une régulation optimale des crédits alloués à certains fonds pour un montant évalué à 380 millions d'euros en 2008. Ces mesures concernent notamment le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus), le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Ficqs), dont les dotations doivent être régulées en 2008 et 2009 pour tenir compte de la réalité de leurs dépenses, lesquelles ont été surestimées les années précédentes.

Des recettes supplémentaires peuvent en outre être obtenues en professionnalisant les recours contre tiers, une activité qui demande un savoir-faire juridique qui n'est pas encore suffisamment développé dans les CPAM. Par ailleurs, une économie de 500 millions d'euros peut être recherchée dans le secteur des produits de santé, dont 100 millions sur les seuls dispositifs médicaux. La Cnam suggère par exemple, afin de neutraliser les effets négatifs des contournements des génériques et l'établissement de prescriptions hors du répertoire générique, la création d'un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) sur les inhibiteurs de pompes à protons (IPP), produits utilisés dans le traitement et la prévention des atteintes gastro-duodénales provoquées par les anti-inflammatoires non stéroïdiens. Les économies possibles suivant la classe thérapeutique choisie peuvent dépasser 100 millions d'euros. Des actions plus classiques de gestion des prix en fonction de l'ancienneté des molécules doivent se poursuivre, sous la responsabilité du comité économique des produits de santé (Ceps). La politique de prise en charge de l'assurance maladie en fonction du service médical doit être renforcée.

Par ailleurs, 150 millions d'euros d'économies supplémentaires peuvent être obtenus par l'intermédiaire d'un renforcement de la lutte contre la fraude, domaine dans lequel l'assurance maladie intensifie son action. La proposition de modification des conditions de remboursement de certaines catégories de médicaments prescrits aux personnes souffrant d'une ALD, non validé par le conseil de la Cnam, s'inscrivait dans cette perspective d'une réduction de la part des produits de santé dans les dépenses d'assurance maladie.

***M. Frédéric Van Roekeghem** a signalé que ce plan d'économies doit également comporter un volet relatif aux établissements de santé, à qui des efforts de productivité doivent être demandés.*

***M. Alain Gournac** a signalé que l'assurance maladie est chaque année victime d'escroqueries destinées à alimenter un trafic de médicaments vers l'étranger. Une attention particulière doit en outre être portée à l'évolution des dépenses de transports sanitaires. Enfin, quels sont les délais de mise en œuvre de la nouvelle carte Vitale 2, sur laquelle figurera une*

photographie de l'assuré destinée à favoriser l'identification de l'ayant droit ?

***M. Dominique Leclerc** a estimé que l'annonce de la mesure visant réduire la prise en charge de certaines catégories de médicaments prescrits aux personnes souffrant d'une ALD aurait dû être précédée d'un avis de la Haute Autorité de santé (HAS) et d'un long travail pédagogique. Des efforts doivent être entrepris pour optimiser la prise en charge des personnes souffrant d'une ALD, notamment au travers d'un meilleur respect des ordonnanciers bizones et des recommandations d'utilisation des médicaments. Par ailleurs, les autorités sanitaires doivent prendre garde à la trop grande médicalisation de ces pathologies, dont certaines, le diabète ou l'excès de cholestérol par exemple, peuvent, dans un premier temps, être traitées par l'intermédiaire de conseils hygiéno-diététiques. Les agences sanitaires ont leur responsabilité dans cette situation. En 2008, les patients et les soignants ne disposent d'aucune aide, sous forme de recommandations ou de conseils, pour limiter leur consommation médicamenteuse.*

***M. Guy Fischer** a estimé que le plan d'économies tel que présenté illustre la volonté des autorités de rétablir l'équilibre financier de l'assurance maladie à marche forcée. Or, certaines mesures, comme le développement de la politique de prévention, nécessiteront plusieurs années avant de produire des effets. Par ailleurs, ces mesures touchent les assurés, alors que les professionnels de santé ont bénéficié de revalorisations tarifaires importantes au cours des dernières années. Il a souhaité obtenir des précisions sur l'évolution récente des tarifs en radiologie et en biologie.*

***M. Paul Blanc** s'est à son tour enquis des délais de mise en œuvre de la carte Vitale 2. Il a souligné le retard pris par les structures régionales en matière de détermination des zones sous-médicalisées et de promotion d'une politique incitative d'installation et de maintien des professionnels dans ces zones. L'annonce de la création des ARS se traduit dans un premier temps par une démobilisation des structures régionales et produit des effets négatifs en matière d'offre de soins. Ceci est inquiétant si cette situation doit perdurer jusqu'à la mise en place des ARS, qui n'est pas attendue avant le 1^{er} janvier 2010.*

***M. François Autain** a émis des réserves sur les propositions avancées par la Cnam pour rétablir l'équilibre financier de l'assurance maladie, d'autant plus qu'aucun des objectifs de maîtrise médicalisée fixés depuis 2004 n'a été atteint.*

Abordant la question des produits de santé, il a rappelé que 45 % des dépenses de médicaments remboursées par la Cnam sont le fait de produits auxquels la HAS a attribué une amélioration de service médical rendu de niveau IV (ASMR IV) ou V (ASMR V), c'est-à-dire des produits considérés comme n'apportant qu'une amélioration thérapeutique mineure, voire inexistante, à l'arsenal thérapeutique existant. Cette situation est d'autant plus dommageable qu'elle est aggravée par les modalités de détermination des

prix des produits de santé qui, de facto, sont fixés par les laboratoires pharmaceutiques. La loi prévoit, en effet, que ces entreprises proposent leurs tarifs au Ceps, qui n'en conteste pas le montant, sous réserve qu'ils soient comparables à ceux pratiqués dans les autres pays de l'Union européenne.

Il s'est également interrogé sur le rôle des ARS et les divergences d'approche proposées par les rapports établis respectivement par Philippe Ritter et Yves Bur, notamment en matière de gestion du risque. Il s'est enfin enquis de l'état d'avancement des négociations relatives à la création du secteur optionnel et de la mise en œuvre des contrats individuels prévus par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

***M. Frédéric Van Roekeghem** a indiqué que l'architecture globale des contrats individuels vient d'être définie. Une concertation avec les professionnels de santé est prévue avant leur déploiement. Les premiers objectifs retenus portent sur le développement des politiques de prévention et la couverture de la population prise en charge par chaque médecin. Pour juger de la qualité de l'intervention de chaque signataire, des indicateurs de mesure sont prévus, par exemple sur le taux de vaccination grippale et la prévention du cancer du sein ou du col de l'utérus. Des indicateurs spécifiques peuvent être développés pour le suivi des pathologies chroniques.*

Dans le domaine des produits de santé, la Cnam a saisi la HAS, qui détient depuis cette année de compétences en matière d'évaluation médicoéconomique afin de mieux apprécier l'efficacité des produits de santé et de contribuer à une hiérarchisation des traitements, domaine dans lequel les recommandations françaises restent en retrait par rapport aux pratiques britannique ou allemande. Ce processus de hiérarchisation pourrait être élargi aux modalités conduisant à l'inscription des médicaments sur la liste des produits remboursables et se trouver ainsi placé au centre de la politique de tarification. Des compétences élargies pourraient également être confiées à la Cnam afin de lui permettre de refuser l'inscription des produits affectés de l'ASMR le plus faible.

Il a ensuite indiqué que le conseil de l'Uncam vient de proposer la réouverture des négociations relatives au secteur optionnel en estimant que les discussions doivent se tenir sur une base tripartite, c'est-à-dire avec les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels de santé, et se limiter aux spécialités nécessitant le recours à un plateau technique.

Il a reconnu que les objectifs de maîtrise médicalisée n'ont pas été atteints. En conséquence, la revalorisation des tarifs médicaux prévue au 1er juillet de cette année a été reportée. En 2009, les négociations conventionnelles doivent porter sur l'encadrement des dépassements d'honoraires et la régulation de la démographie médicale. Par ailleurs, 150 millions d'économies sont attendus de la baisse des tarifs de radiologie et de biologie.

Abordant la question de la création des ARS, M. Frédéric Van Roekeghem a estimé indispensable de veiller à ce que la valeur ajoutée acquise depuis 2004 par l'assurance maladie, notamment en matière d'organisation et de gestion du réseau, ne soit pas remise en cause. La gestion du risque ne doit pas constituer une source de conflit entre l'Etat et l'assurance maladie, les différents acteurs devant au contraire s'attacher à additionner les forces en présence.

Le surcoût lié à la présence d'une photographie sur les cartes Vitale 2 ne constitue pas un obstacle à leur diffusion, qui a débuté depuis septembre 2007. Ce processus est complexe car, d'une part, les assurés doivent retourner un dossier correctement rempli et accompagné de pièces justificatives, d'autre part, les caisses doivent procéder à des vérifications d'identité. Or, une part non négligeable d'assurés ne retourne pas son dossier et la Cnam a entamé une réflexion sur les modalités de délivrance de ces cartes. La mutualité sociale agricole (MSA) a mis en œuvre une expérimentation visant à favoriser la récupération des anciennes cartes Vitale, expérimentation qui, en cas de succès, fera l'objet d'une extension au régime général.

M. Frédéric Van Roekeghem a indiqué que la proposition visant à modifier les modalités de prise en charge de certains médicaments prescrits aux assurés souffrant d'une ALD relève de son initiative. La HAS a par ailleurs émis un certain nombre de recommandations sur la couverture de ces pathologies.

Il a enfin rappelé que la détermination des zones sous-médicalisées relève de la compétence des missions régionales de santé (MRS).

II. PRÉSENTATION DU RAPPORT D'INFORMATION

Réunie le **mardi 8 juillet 2008**, sous la présidence de **M. Nicolas About, président**, la commission a tout d'abord procédé à l'**examen du rapport**, établi par M. Alain Vasselle, au nom 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, rapporteur, a indiqué que le débat d'orientation budgétaire et des finances sociales, rebaptisé cette année débat d'orientation des finances publiques, intervient dans un contexte particulier pour au moins trois raisons. La première est que le document préparatoire à ce débat, imposé tant par la loi organique relative aux lois de finances (Lolf) que par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale (Lolfss), n'a toujours pas été transmis au Parlement, ce qui témoigne de la difficulté dans laquelle se trouve le Gouvernement pour définir des orientations précises et réalistes pour atteindre l'objectif du retour à l'équilibre des comptes publics en 2012. La deuxième raison est que ce débat intervient dans un contexte de finances budgétaires et sociales fortement dégradées, avec un déficit public total un peu inférieur à trois points de produit intérieur brut (Pib) et une dette publique supérieure à 63 % du Pib. Enfin, notre pays est aujourd'hui confronté à une conjoncture mondiale peu dynamique, dont les conséquences sont un ralentissement de l'activité et une hausse de l'inflation, ce qui accroît considérablement les contraintes financières pesant sur nos budgets.

L'ensemble de ces éléments impose qu'une véritable stratégie de redressement des finances publiques soit mise en place. Seules des réformes d'ampleur permettront en effet à notre pays de se mettre en condition de faire face au défi que constitue le vieillissement de la population. De fait, l'augmentation du poids des dépenses en matière de retraite, de santé et de dépendance pourrait atteindre plus de trois points de Pib d'ici à 2050. Aussi pour préserver notre modèle social, il convient au préalable d'assainir nos finances publiques et de cesser de reporter les dépenses d'aujourd'hui sur les générations de demain.

Cette démarche nécessite en premier lieu de prendre la vraie mesure des évolutions actuelles des finances de la sécurité sociale. Ainsi, après les déficits records de plus de 11 milliards d'euros de 2004 et 2005 et la légère décreue de 2006, 2007 a connu un nouveau dérapage des comptes, le déficit du régime général s'établissant à 9,5 milliards d'euros. Encore faut-il souligner que ce résultat bénéficie d'une progression particulièrement dynamique des recettes car, à l'inverse, on a constaté un dépassement de plus de 3 milliards d'euros de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) et une progression supérieure à 6 % des prestations de la branche vieillesse.

En 2008, on revient seulement à la situation de 2006, avec un déficit attendu de 8,9 milliards d'euros. Il n'y a donc pas d'amélioration mais simplement un maintien du déficit du régime général aux alentours de 9 milliards d'euros pour la troisième année consécutive, ce qui reste évidemment très préoccupant. La situation actuelle se caractérise par une bonne tenue des recettes, due à la poursuite de la croissance soutenue de la masse salariale du secteur privé. Toutefois, cette progression des recettes pourrait ne pas se prolonger au-delà des derniers mois de 2008, compte tenu de la mauvaise conjoncture économique. Du côté des dépenses, les évolutions sont très différentes selon les branches. Pour la première fois depuis quinze ans, le déficit de la branche retraite devrait être supérieur à celui de l'assurance maladie et atteindre 5,6 milliards d'euros. Les prestations vieillesse augmentent en effet de plus de 6 %, en raison de l'arrivée à l'âge de la retraite des générations du baby boom et de la poursuite des départs anticipés pour carrière longue. Pour la maladie, les dépenses progressent légèrement moins vite qu'en 2007 grâce aux effets conjugués du plan d'économie de l'été 2007 et de la mise en place des franchises. Toutefois, un nouveau dépassement de l'Ondam est prévu et évalué entre 500 et 900 millions d'euros par le comité d'alerte. Dans ces conditions, le déficit de la branche maladie pourrait dépasser l'objectif initial de 4 milliards d'euros. Les branches accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) et famille enregistrent pour la deuxième année consécutive chacune un excédent, d'environ 400 millions d'euros pour la première et de 300 millions d'euros pour la seconde.

Afin de permettre le respect de l'objectif gouvernemental d'un retour à l'équilibre du régime général en 2011, plusieurs conditions semblent devoir être impérativement respectées. La priorité est de régler trois questions qui restent en suspens depuis plusieurs mois et qui exigent désormais des réponses rapides. La première est celle de la dette cumulée du régime général, soit près de 30 milliards d'euros à la fin de l'année. Ce montant n'est plus soutenable compte tenu de la situation actuelle des marchés financiers. Le ministre des comptes publics a fait part de l'engagement du Gouvernement de régler la question en 2008. Cela passerait par un transfert de la dette à la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades). Mais, conformément à la Lolfss, ce transfert devra être accompagné d'une augmentation des recettes de la Cades de façon à ne pas allonger la durée d'amortissement de la dette sociale actuellement portée par cet organisme. Le Gouvernement ne souhaite pas augmenter le taux de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) mais évoque le redéploiement d'une partie des excédents du fonds de solidarité vieillesse (FSV). Cette proposition présente un risque car ce serait une ressource qui n'offre pas les mêmes garanties de régularité et de fiabilité que la CRDS. La deuxième question est celle de la clarification des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale. L'année 2007 a permis de très importantes avancées dans ce domaine, en particulier avec l'apurement de 5,1 milliards d'euros de dettes de l'Etat envers la sécurité sociale. Néanmoins, en dépit des efforts, une dette s'est reconstituée, d'environ 2,5 milliards

d'euros, liée pour l'essentiel à la sous-budgétisation des crédits destinés à compenser les exonérations de charges ciblées au profit de l'outre-mer ou de l'emploi. La troisième question concerne la situation extrêmement dégradée du fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (Ffipsa), dont le déficit annuel dépasse désormais 2 milliards d'euros et dont le déficit cumulé devrait approcher 6 milliards d'euros à la fin de l'année. Or, aucun début de solution n'est encore esquissé pour remédier à cette situation. Seules quelques pistes ont été évoquées lors de la discussion du dernier projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS).

Au-delà de ces trois questions qui devront être réglées à court terme, des mesures à caractère plus structurel apparaissent indispensables pour revenir à l'équilibre. En ce qui concerne l'assurance maladie, le directeur de la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) a présenté un plan qui repose sur la mobilisation de nouvelles recettes pour environ un milliard d'euros et la réalisation de 2 milliards d'euros d'économies. Ces mesures sont insuffisantes. Il faut donc envisager d'autres réformes de fond qui pourraient notamment concerner, d'une part, la prise en charge des personnes souffrant d'une affection de longue durée (ALD) puisque ce poste absorbe 66 % des dépenses, d'autre part, la mobilisation de l'hôpital pour contribuer à la réduction des déficits. Un récent rapport de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) sur les insuffisances du pilotage de la politique hospitalière a mis en exergue les priorités d'une telle réforme : l'adaptation de l'offre de soins passant par une restructuration des services et du secteur hospitalier, une politique active de redressement de la situation financière des hôpitaux, une meilleure maîtrise du processus de la tarification à l'activité, enfin une clarification des rôles dans le contrôle de l'hôpital et de ses dépenses.

Pour la branche vieillesse aussi, les réformes ne peuvent plus attendre puisqu'on enregistre un déficit cumulé de 10 milliards d'euros de cette branche pour les exercices 2007 et 2008. Le Gouvernement a rendu public, le 28 avril dernier, un document d'orientation dans lequel il fixe plusieurs objectifs : mieux prendre en compte l'allongement de l'espérance de vie, encourager l'emploi des seniors et accroître le pouvoir d'achat des petites retraites. Si ces orientations sont bonnes sur un plan général, il faudra que leur déclinaison permette réellement de réduire le déficit de la branche, et donc de corriger la situation actuelle sur au moins deux aspects : la promotion de l'emploi des seniors et la révision du dispositif des carrières longues. D'une façon générale, l'ensemble des besoins et des coûts liés au vieillissement de la population devra faire l'objet d'une approche globale prospective plus approfondie et précisément chiffrée afin d'éviter une nouvelle impasse.

***M. Alain Vasselle, rapporteur,** a ensuite présenté quelques observations sur la question du financement de la protection sociale, sujet essentiel pour la préservation du système de sécurité sociale. Cette question doit être examinée sous un double aspect, celui de la préservation des recettes*

actuelles, d'une part, celui de l'apport éventuel de ressources nouvelles, d'autre part. La préservation des recettes actuelles suppose de limiter le développement des dispositifs d'exonération, qui atteignent un niveau record de plus de 30 milliards d'euros, et de réfléchir au moyen de remettre en cause les diverses exemptions d'assiette ou niches sociales qui représentent une perte d'assiette de plus de 40 milliards d'euros. Le député Yves Bur vient de présenter un rapport extrêmement complet sur cette question, d'où il ressort que plusieurs dispositions pourraient être adoptées pour limiter la prolifération de ces exonérations. La commission des affaires sociales du Sénat a, de son côté, proposé un système de validation des mesures d'exonération en loi de financement de la sécurité sociale. Celui-ci a fait l'objet d'une proposition de loi organique votée par le Sénat en janvier 2008. Le Gouvernement avait alors indiqué qu'il pensait que cette mesure était d'ordre constitutionnel. C'est pourquoi le Sénat a adopté un amendement en ce sens dans le projet de révision constitutionnelle. Or, la commission des lois estime que cette disposition ne relève pas de la Constitution mais de la loi organique, aussi ne subsistera-t-elle pas dans le texte définitif, sachant qu'Yves Bur partage cette opinion. Il faudra donc que l'Assemblée nationale se saisisse à son tour de la proposition de loi organique du Sénat et l'adopte. Dans son rapport, Yves Bur reprend également l'une des propositions faites par la commission il y a un an, à savoir l'instauration d'une contribution forfaitaire de faible montant sur l'ensemble des niches sociales. Cette idée demeure naturellement intéressante, de même que la création d'une taxe sur les boissons sucrées et les produits de grignotage. Le Gouvernement avait promis un rapport sur cette question pour la fin du mois de juin, mais celui-ci n'est toujours pas disponible. Pour ce qui est de la mobilisation d'autres modes de financement, il faudra poursuivre la réflexion sur une éventuelle modification de la répartition des charges entre l'assurance maladie obligatoire et les assurances complémentaires, ainsi que sur l'utilisation de financements de type plutôt assurantiel, par exemple, pour financer certaines dépenses liées à la dépendance.

En conclusion, il faut souligner le caractère stratégique de l'année 2009, au cours de laquelle des décisions majeures, et sans doute douloureuses, devront être prises pour inverser les tendances actuelles et permettre un retour à l'équilibre à moyen terme des comptes sociaux.

M. Gilbert Barbier a estimé indispensable de parvenir à une meilleure maîtrise des dépenses hospitalières. Pour cela, il convient de retenir les préconisations faites par l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) dans un récent rapport, afin de favoriser le redressement financier des établissements de santé et de renforcer la responsabilité de leur directeur. Par ailleurs, il s'est interrogé sur le niveau de la prise en charge publique des dépenses sociales, estimant qu'il faudrait sans doute bientôt envisager de cesser de rembourser les petits risques.

Mme Sylvie Desmarescaux a souligné qu'on parle, chaque année, de retour à l'équilibre mais sans jamais y parvenir dans les faits. Elle s'est interrogée sur l'ampleur des différences constatées entre les coûts des établissements de santé, aussi bien publics que privés. Elle a observé que des économies de fonctionnement sont désormais réalisées dans les organismes de la sécurité sociale. Elle a enfin estimé que le temps est venu des décisions drastiques et non plus des promesses.

M. André Lardeux s'est déclaré très inquiet, regrettant l'absence de volonté gouvernementale pour prendre les mesures qui s'imposent. Il s'est élevé contre les hypothèses irréalistes récemment présentées par le Gouvernement pour 2009 : si l'on peut à la limite croire à un taux de 2 % de croissance, l'idée un baril de pétrole à 125 dollars relève de la fantaisie. Il a fait état de ses préoccupations sur les utilisations multiples, déjà annoncées, des excédents qui pourraient apparaître dans les comptes de la branche famille : la prise en charge de la totalité des majorations de pension pour enfant, le financement pour partie de la dépendance, la mise en place d'un droit opposable à la garde d'enfant. Sur les perspectives de la branche vieillesse, il s'est déclaré très pessimiste. L'emploi des seniors ne pourrait augmenter que si l'âge de départ en retraite augmente lui aussi et dépasse donc soixante ans. Il s'est élevé contre la prise en compte de la pénibilité, qui pourrait être une nouvelle façon de justifier le recours au mécanisme des préretraites. Enfin, il lui semble de plus en plus nécessaire de revenir en arrière sur les exonérations de charges sociales car celles-ci ont pour conséquence de créer une véritable « trappe à Smic » que traduit d'ailleurs le record français du taux de salariés touchant la rémunération minimum.

M. François Autain a estimé que l'objectif d'un retour à l'équilibre du régime général en 2011 n'est qu'une illusion et s'inscrira dans la suite des objectifs fixés précédemment pour un retour à l'équilibre en 2007, 2009 et 2010, car le Gouvernement ne se donne pas les moyens d'atteindre cet objectif. Il a demandé le détail de l'utilisation de l'argent issu des franchises. Il s'est opposé à l'idée d'un transfert de charges de l'assurance maladie obligatoire vers les assurances complémentaires car trop de nos concitoyens ne sont pas pourvus de mutuelles ou sont mal couverts par celles-ci. Il a regretté la stigmatisation des ALD, comme de l'hôpital. Il serait préférable de s'attaquer aux causes des ALD, rappelant que les personnes qui en souffrent ont un reste à charge moyen de 850 euros par an, et de développer la prévention pour éviter le très fort accroissement des entrées en ALD. Sur l'hôpital, il a souligné que le déficit de l'ensemble des établissements de santé pour 2008 pourrait se situer entre 500 millions et un milliard d'euros. Face à un tel déficit, il paraît difficile d'espérer des économies. Il a redit son opposition à la convergence intersectorielle car le secteur privé commercial et le secteur public ne font pas le même métier. L'augmentation du poids des dépenses de santé dans le Pib, qui est passé de 4 % dans les années soixante à plus de 10 % aujourd'hui, résulte d'un choix de société. Aussi, pour faire face aux besoins de nos concitoyens, il est impératif de mobiliser des ressources nouvelles car tous les risques, y compris les petits risques, doivent continuer à être remboursés.

M. Pierre Bernard-Reymond a insisté sur la gravité de la situation des comptes sociaux et sur le caractère quasi-unanime du diagnostic effectué sur l'ampleur des déficits. Il semble qu'une culture du déficit soit désormais installée dans notre pays où l'on constate une réelle incapacité à maîtriser aussi bien les dépenses budgétaires que les dépenses sociales. Pourtant, des solutions existent, mais c'est la volonté politique qui manque car il n'est pas satisfaisant d'entendre, année après année, les mêmes discours. Une audition des ministres compétents devant la commission serait la bienvenue.

M. Nicolas About, président, a rappelé que le déficit de l'Etat est bien supérieur à celui de la sécurité sociale. Il a insisté sur la position constante de la commission des affaires sociales qui refuse la fongibilité des branches de la sécurité sociale, de même qu'elle ne souhaite pas une fusion des comptes sociaux avec le budget de l'Etat.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe a estimé que le constat est clair et que les solutions préconisées par la commission sont de qualité mais il a regretté qu'elles ne puissent jamais aboutir. Il a donc souhaité que la commission formule des propositions plus fortes sur l'assurance maladie, notamment en utilisant ses rapports et ceux de la Mecss, en particulier ceux récemment publiés sur l'hôpital ou la prise en charge de la dépendance. De ce point de vue, une réflexion approfondie sur les ALD pourrait être utile. En matière de vieillesse, on voit bien l'intérêt d'augmenter le taux d'emploi des seniors, mais il apparaît aussi que l'on n'a pas encore trouvé le système qui permettra de faire évoluer la situation. En matière de recettes, la piste des niches doit continuer d'être explorée, de même que celle de l'instauration de recettes nouvelles, par exemple, fondées sur les flux financiers et les plus-values financières.

M. Paul Blanc a fait observer que la situation du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (Fiph) n'est plus acceptable : la nouvelle gouvernance n'a pas permis d'augmenter le montant des dépenses, ce qui risque d'entraîner, à nouveau, un prélèvement sur les crédits non dépensés pour les utiliser à d'autres fins.

M. Nicolas About, président, a indiqué qu'il serait utile de fusionner le fonds relatif au secteur privé et celui relatif au secteur public. C'est d'ailleurs la solution qu'avait préconisée la commission lors de l'examen de la loi « Handicap ».

M. Paul Blanc a insisté sur la nécessité du changement des mentalités, tant en médecine de ville qu'à l'hôpital, pour que les assurés sociaux soient davantage conscients du coût de leurs comportements pour la sécurité sociale. Il s'est également déclaré partisan d'une non-prise en charge des petits risques. La dette ne peut plus être reportée indéfiniment sur les futures générations.

M. Alain Vasselle, rapporteur, a confirmé la constance de ses propos et de ses analyses depuis plusieurs années, quels que soient les responsables à la tête des administrations gouvernementales. Il s'est déclaré d'accord avec

M. Gilbert Barbier sur l'utilité de s'appuyer sur le rapport de l'Igas pour faire avancer le dossier de l'hôpital ; toutefois, ce rapport visait une première génération de contrats, aujourd'hui remplacée par une nouvelle génération, dans l'ensemble plus satisfaisante. Il conviendra également de prendre en considération les propositions du rapport Larcher sur l'hôpital.

Face à la progression très dynamique des dépenses sociales, la réflexion sur le partage entre la solidarité nationale, les complémentaires et les assurances ne pourra pas être évitée. Il faudra du courage politique pour expliquer à nos concitoyens la difficulté de financer le même niveau de protection sociale, et cela dans un contexte de dégradation des perspectives économiques.

Il s'est déclaré également en accord avec les préoccupations très légitimes de M. André Lardeux sur la préservation de la branche famille et sur l'utilisation probable de ses excédents pour financer des dépenses des autres branches.

En matière de vieillesse, la réforme de 2003, qui a été un échec, a prévu un nouveau rendez-vous législatif en 2008 ; celui-ci tarde à se concrétiser et les études d'impact sur les différentes mesures qui pourraient être proposées sont toujours inexistantes. La question des exonérations de charges est incontestablement posée ; elle suscite néanmoins de fortes réactions compte tenu de son impact sur la compétitivité économique.

***M. Alain Vasselle, rapporteur**, a une nouvelle fois insisté sur la nécessaire harmonisation des coûts à l'intérieur des secteurs hospitaliers public, d'une part, et privé, de l'autre et proposé que la Mecss consacre un prochain rapport à la question des ALD.*

Pour conclure, il a incité les sénateurs de la commission à intervenir dans le débat d'orientation des finances publiques pour faire valoir leurs préoccupations, tout en gardant à l'esprit que le déficit de la sécurité sociale est quatre à cinq fois inférieur à celui de l'Etat. La dernière réforme de l'assurance maladie, intervenue en 2004, a permis un certain changement des comportements et des mentalités, mais le pari alors effectué n'est pas totalement gagné et il n'est pas impossible que des mesures à caractère plus coercitif puissent s'avérer nécessaires.

*La commission a alors **adopté le rapport d'information et en a autorisé la publication.***