

N° 544

SÉNAT

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2008-2009

Enregistré à la Présidence du Sénat le 8 juillet 2009

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 d'orientation des finances publiques pour 2010**,*

Par M. Alain VASSELLE,

Sénateur

Rapporteur général

(1) Cette commission est composée de : Mme Muguette Dini, *présidente* ; Mme Isabelle Debré, M. Gilbert Barbier, Mme Annie David, M. Gérard Dériot, Mmes Annie Jarraud-Vergnolle, Raymonde Le Texier, Catherine Procaccia, M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *vice-présidents* ; MM. François Autain, Paul Blanc, Jean-Marc Juilhard, Mmes Gisèle Printz, Patricia Schillinger, *secrétaires* ; M. Alain Vasselle, *rapporteur général* ; M. Nicolas About, Mmes Jacqueline Alquier, Brigitte Bout, M. Jean Boyer, Mme Claire-Lise Champion, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Mme Jacqueline Chevé, M. Yves Daudigny, Mme Christiane Demontès, M. Jean Desessard, Mmes Sylvie Desmarescaux, Bernadette Dupont, M. Guy Fischer, Mme Samia Ghali, MM. Bruno Gilles, Jacques Gillot, Mme Colette Giudicelli, MM. Jean-Pierre Godefroy, Alain Gournac, Mmes Sylvie Goy-Chavent, Françoise Henneron, Marie-Thérèse Hermange, Gélita Hoarau, M. Claude Jeannerot, Mme Christiane Kammermann, MM. Marc Laménie, Serge Larcher, André Lardeux, Dominique Leclerc, Jacky Le Menn, Jean-François Mayet, Alain Milon, Mmes Isabelle Pasquet, Anne-Marie Payet, M. Louis Pinton, Mmes Janine Rozier, Michèle San Vicente-Baudrin, MM. René Teulade, François Vendasi, René Vestri.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
RAPPORT EN VUE DU DÉBAT SUR LES ORIENTATIONS DES FINANCES PUBLIQUES	9
I. LES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN 2008 ET EN 2009 : LE RETOUR À L'ÉQUILIBRE COMPROMIS POUR LONGTEMPS	9
A. LES COMPTES DU RÉGIME GÉNÉRAL	9
1. <i>2008 : une dégradation limitée</i>	9
a) Des recettes encore dynamiques	10
b) Les dépenses : des évolutions contrastées.....	11
c) La certification des comptes de la sécurité sociale	12
2. <i>2009 : le choc</i>	15
a) Une loi de financement caduque dès son adoption	16
b) Des recettes brutalement stoppées	18
c) Toutes les branches dans le rouge	18
B. LE FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE EN RECHUTE MASSIVE	24
C. LA SUPPRESSION DU FFIPSA ET L'ATTENTE DE SOLUTIONS PÉRENNES POUR LE FINANCEMENT DES RETRAITES DES NON-SALARIÉS AGRICOLES	25
II. LA DETTE SOCIALE : LE RISQUE DU RENONCEMENT	28
A. UN BREF RAPPEL : COMMENT EN EST-ON ARRIVÉ LÀ ?	28
1. <i>L'accroissement continu de la dette</i>	28
2. <i>La situation actuelle de la Cades</i>	30
a) L'amortissement de la dette reprise	30
b) Les ressources de la Cades.....	32
c) Le financement des reprises de dette par la Cades	32
B. QUEL SORT POUR LES DETTES NOUVELLES ISSUES DES DÉFICITS À VENIR ?	33
1. <i>Les limites du recours aux ressources non permanentes de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss)</i>	33
2. <i>Quelle reprise de dette ?</i>	35
III. AGIR SANS ATTENDRE LE RETOUR DE LA CROISSANCE	39
A. PRÉSERVER ET ACCROÎTRE LES RECETTES DE LA PROTECTION SOCIALE	39
1. <i>Une priorité : préserver les recettes actuelles</i>	40
a) Mieux évaluer les dispositifs d'exonérations de charges	40
b) Accroître l'assiette des cotisations.....	42
c) Respecter la discipline de la loi de programmation des finances publiques	46
d) Clarifier les relations entre l'Etat et la sécurité sociale	47
2. <i>Une nécessité : mobiliser des ressources nouvelles</i>	47
a) Ne pas s'interdire de taxer certains prélèvements comportementaux.....	47
b) Instituer un fléchage de la nouvelle fiscalité écologique vers l'assurance maladie.....	49
c) Engager une réflexion sur l'harmonisation des assiettes de la CSG	49
B. RÉFORMER LES RETRAITES POUR LES SAUVER	51
1. <i>2008 : un rendez-vous manqué</i>	51
a) Des avancées louables	51

b) Des questions essentielles restées en suspens	51
c) Aucune réponse au besoin structurel de financement de la branche vieillesse	52
2. 2010 : un rendez-vous à ne pas manquer	53
a) Repenser le contrat social passé entre les générations	53
b) Quels paramètres activer ?	53
c) A plus long terme, envisager une réforme non plus seulement paramétrique mais systémique	55
C. MAÎTRISER LES DÉPENSES DE SANTÉ	55
1. Les économies proposées par la Cnam	56
2. La réforme de l'hôpital	57
a) La loi HPST et la création des ARS	57
b) Tarification à l'activité et convergence tarifaire	58
TRAVAUX DE LA COMMISSION	61
I. AUDITIONS.....	61
• Audition de Philippe SÉGUIN, Premier président, Rolande RUELLAN, présidente de la 6^e chambre, André GAURON et Jean-Philippe VACHIA, conseillers maîtres, de la Cour des comptes (mardi 30 juin 2009).....	61
• Audition de Frédéric VAN ROEKEGHEM, directeur général de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam), accompagné de Jean-Marc AUBERT, directeur délégué à la gestion et à l'organisation des soins, de la Cnam (mercredi 1^{er} juillet 2009)	73
• Audition de Jean-Louis DEROUSSEN, président du conseil d'administration, et Hervé DROUET, directeur général, de la caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf) (mercredi 1^{er} juillet 2009).....	86
• Audition de Danièle KARNIEWICZ, présidente du conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (Cnav) (jeudi 2 juillet 2009).....	90
• Audition de Pierre BURBAN, président du conseil d'administration, Pierre RICORDEAU, directeur, et Alain GUBIAN, directeur financier, de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) (jeudi 2 juillet 2009).....	98
II. EXAMEN DU RAPPORT	102

« ...la perspective d'un déficit très important du régime général, qui pourrait atteindre 30 milliards d'euros, est de nature à compromettre la pérennité de la protection sociale ».

Rapport de la Cour des comptes sur la situation et les perspectives des finances publiques (juin 2009)

Mesdames, Messieurs,

Le débat d'orientation des finances publiques s'inscrit cette année dans un contexte qui peut être qualifié de dramatique pour les finances sociales. Alors qu'il y a moins d'un an encore, un retour à l'équilibre des comptes sociaux était envisagé pour 2012, moyennant une maîtrise renforcée des dépenses, alors que d'authentiques progrès ont été réalisés au cours des dernières années dans certains domaines, le déficit de l'assurance maladie ayant par exemple été ramené de 11,6 milliards d'euros à 4,4 milliards d'euros en quatre ans, **le régime général finira l'année en déficit de plus de 20 milliards et pourrait connaître en 2010 un déficit voisin de 30 milliards.**

La profonde crise économique que traverse notre pays a provoqué un arrêt brutal de la croissance des recettes de la sécurité sociale, particulièrement sensibles à la conjoncture, tandis que les dépenses ont continué à croître dans les proportions attendues avant la récession.

Les chiffres ne doivent pas tromper : il ne s'agit plus d'une aggravation du « trou de la sécu » comme notre pays en a connu au cours des deux dernières décennies, mais d'un changement d'échelle, d'une situation totalement inédite face à laquelle les solutions habituelles seront insuffisantes.

Assurément, la dégradation massive des comptes sociaux résulte cette année en totalité des effets de la crise économique et rien ne sera possible sans un retour de la croissance. Pour autant, il faut bien constater que si la sécurité sociale avait affronté cette crise sans le handicap sévère d'un déficit structurel de 10 milliards d'euros, elle aurait pu y faire face dans des conditions très différentes.

Le retard pris dans l'engagement de réformes structurelles, dont chacun sait depuis longtemps qu'elles sont absolument indispensables, pourrait être payé fort cher dans le contexte de la récession actuelle.

Il faut surtout prendre conscience dès à présent que le retour de la croissance aux niveaux qu'elle a connus avant la crise permettra seulement de stabiliser le déficit au niveau qui aura été atteint à l'issue de la récession, soit peut-être 30 milliards d'euros. Le retour d'une croissance modérée des recettes de la sécurité sociale assortie d'une croissance également modérée des dépenses ne permettra en aucun cas - ou de manière marginale - de résorber les déficits massifs qui auront été atteints. Leur résorption ne pourra passer que par une croissance des recettes durablement plus forte que la croissance des dépenses.

Or, si la sécurité sociale a pu supporter, depuis 2003, des déficits annuels voisins de 10 milliards d'euros au prix d'un accroissement important de la dette sociale, elle ne résistera pas à plusieurs années d'un déficit qui se stabiliserait à 30 milliards d'euros.

D'ores et déjà, la question est posée des conditions dans lesquelles sera portée la dette sociale résultant de la crise en cours, qui pourrait atteindre 50 milliards d'euros à la fin de l'année 2010. L'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) ne pourra durablement financer ces déficits par des ressources de trésorerie, même si le niveau actuel des taux d'intérêt à court terme justifie parfaitement le choix de ne pas prendre de décision précipitée.

De son côté, conformément à la loi organique du 2 août 2005, la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) ne peut désormais reprendre de dettes qu'accompagnées des ressources nécessaires pour les financer afin de ne pas augmenter la durée de vie de la caisse.

Face à une situation particulièrement critique, le débat d'orientation des finances publiques doit tracer des perspectives et préparer ces réformes structurelles qui peuvent seules permettre de sauver le système de protection sociale.

A cet égard, la commission des affaires sociales regrette une nouvelle fois que le rapport sur l'évolution de l'économie nationale et les orientations des finances publiques, présenté par le Gouvernement, ne comporte toujours pas d'évaluation pluriannuelle de l'évolution des recettes et des dépenses des administrations de sécurité sociale et de l'Ondam, alors que celle-ci est prévue par l'article L.O.111-5-2 du code de la sécurité sociale.

Dans la perspective du débat d'orientation, du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale et du rendez-vous essentiel que constituera l'année 2010 pour l'avenir des retraites, le présent rapport dresse un état des comptes de la sécurité sociale et formule quelques propositions pour faire face à une situation qui n'avait pas été envisagée jusqu'alors.

Comme l'a justement fait remarquer le Premier président de la Cour des comptes lors de son audition par la commission, compte tenu du temps qu'elles mettront à produire leurs effets sur les comptes du régime général, les réformes ne peuvent plus être différées. Il en va de la pérennité de la protection sociale¹.

¹ *Audition de Philippe Séguin par la commission des affaires sociales du 30 juin 2009, cf. p. 61.*

RAPPORT EN VUE DU DÉBAT SUR LES ORIENTATIONS DES FINANCES PUBLIQUES

I. LES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN 2008 ET EN 2009 : LE RETOUR À L'ÉQUILIBRE COMPROMIS POUR LONGTEMPS

A. LES COMPTES DU RÉGIME GÉNÉRAL

1. 2008 : une dégradation limitée

En 2008, le déficit de la sécurité sociale, au sens de la loi de financement, s'est élevé, pour l'ensemble des régimes de base, à 10,2 milliards d'euros, en augmentation de 700 millions par rapport à 2007. **Après le ralentissement économique des années 2002-2003, le déficit du régime général, qui n'était que de 3,5 milliards d'euros en 2002, s'est stabilisé autour de 10 milliards, ce qui constitue un précédent particulièrement inquiétant dans le contexte de la crise économique que traverse actuellement notre pays.**

Soldes par branche du régime général sur la période 2004-2008

(en milliards d'euros)

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

Pour la première fois depuis 1983, le déficit de la caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) dépasse en 2008 celui de l'assurance maladie, tandis que la branche accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) est la seule à dégager un léger excédent.

Le déficit global du régime général dépasse de 900 millions d'euros les prévisions établies en loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 et d'1,7 milliard celle incluse dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

L'écart entre la prévision établie dans la dernière loi de financement et le résultat constaté s'explique largement par la révision à la baisse de la croissance de la masse salariale (3,6 % contre 4,25 % dans la prévision associée à la loi de financement de la sécurité sociale).

a) Des recettes encore dynamiques

En 2008, les recettes de la sécurité sociale sont, dans l'ensemble, demeurées dynamiques, malgré un net infléchissement en fin d'année.

- Les **cotisations sociales** ont représenté 52 % des recettes du régime général et ont progressé de 2,4 % par rapport à 2007, sous l'effet d'une masse salariale du secteur privé encore vigoureuse (+ 3,6 %), même si sa croissance s'est révélée inférieure aux prévisions inscrites en loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 (+ 4,25 %).

L'écart entre la croissance de la masse salariale et celle des cotisations s'explique principalement par l'augmentation des exonérations de cotisations, liée en particulier à la montée en charge des exonérations sur les heures supplémentaires entrées en vigueur en octobre 2007. L'impact de ces exonérations est particulièrement important pour la Cnav, dès lors que les heures supplémentaires sont exonérées non seulement de cotisations patronales mais également de cotisations salariales dont la plus grande partie est affectée à la Cnav.

A l'inverse, les cotisations des branches famille et AT-MP augmentent plus vite que la masse salariale. La branche famille bénéficie d'une forte augmentation non reconductible des cotisations des travailleurs indépendants due à la modification de leur calendrier de recouvrement. La croissance des cotisations de la branche AT-MP s'explique largement par l'extinction des exonérations ciblées de cotisations pour cette branche qui n'étaient pas compensées par l'Etat.

- Les **impôts et taxes affectés au régime général** ont augmenté de 7,9 % en 2008, en raison, d'une part, d'une CSG encore dynamique, d'autre part, de l'affectation de nouvelles recettes fiscales. La CSG assise sur les revenus d'activité a progressé plus vite qu'en 2007 malgré la moindre croissance de la masse salariale. Selon la commission des comptes de la sécurité sociale, cette évolution s'explique par la progression plus rapide que la masse salariale des éléments non salariaux de la rémunération des salariés, ainsi que par la mise en place de l'« *interlocuteur social unique* » pour les travailleurs indépendants, qui a entraîné pour l'année 2008 une forte augmentation des produits de CSG.

Le montant des recettes fiscales perçues par le régime général pour compenser les exonérations de cotisations sociales s'est élevé à 24,8 milliards d'euros en 2008, soit une augmentation de 15,5 % par rapport à 2007, largement due à la montée en charge des exonérations de cotisations sur les heures supplémentaires qui sont compensées à l'euro près par l'affectation de recettes fiscales.

Le panier fiscal destiné à compenser les allègements généraux de cotisations (principalement la réduction Fillon) a connu une progression de 5,1 % en 2008. Ainsi, la compensation des allègements généraux par le panier fiscal fait apparaître un **excédent en droits constatés de 218 millions d'euros** en 2008 pour le régime général.

Votre rapporteur note à ce propos, pour s'en féliciter, que, jusqu'à présent du moins, la substitution en 2006 du panier fiscal au mécanisme de compensation intégrale des allègements généraux de cotisations par dotations budgétaires ne s'est pas traduite par des pertes de recettes pour la sécurité sociale.

En ce qui concerne les autres exonérations de cotisations, celles ciblées en direction de publics définis ou de certaines zones du territoire, qui avaient connu une progression significative en 2007, reculent de 3,5 % en 2008, sous l'effet notamment de la suppression de l'exonération spécifique attachée aux contrats de professionnalisation, ces derniers bénéficiant désormais des allègements généraux.

b) Les dépenses : des évolutions contrastées

Les dépenses des différentes branches du régime général ont, en 2008, connu des évolutions très contrastées :

- **la branche maladie** a poursuivi son redressement en 2008, mais dans des proportions beaucoup plus réduites que les années précédentes, le déficit passant de 4,6 à 4,4 milliards d'euros.

Les dépenses dans le champ de l'Ondam ont connu une progression de 3,4 % par rapport à 2007, comparable à celle des années précédentes, mais ont enregistré un **dépassement de 860 millions d'euros** par rapport à l'objectif voté. Ce dépassement est paradoxalement imputable aux soins de ville, pourtant en forte décélération, à cause d'un effet de base, les dépenses pour 2007 s'étant révélées plus élevées que le montant anticipé lors de la construction de l'objectif pour 2008.

En termes de dynamique, les dépenses de soins de ville ralentissent notablement (+ 2,5 %) par rapport à 2007 (+ 4,4 %), en grande partie du fait du **dispositif de franchises** mis en place en janvier 2008. Les dépenses afférentes aux établissements de santé connaissent une certaine accélération (+ 3,9 % contre + 3 % en 2007). Parmi les raisons de cette évolution, la commission des comptes de la sécurité sociale met en avant le passage de la tarification à l'activité de 50 % en 2007 à 100 % en 2008, qui a pu inciter les établissements à produire davantage d'activité afin d'obtenir des recettes supplémentaires.

Les charges des prestations invalidité ont poursuivi le ralentissement observé depuis 2006 et n'ont augmenté que de 0,9 % contre 3 % en 2007.

Enfin, les autres postes de charges (hors prestations, provisions pour prestations et hors caisse nationale de solidarité pour l'autonomie), qui représentent environ 9 % des charges nettes de la branche, ont progressé de 4,5 %, essentiellement à cause de la hausse des charges financières et de l'augmentation des charges de transferts d'équilibre liées à la hausse des déficits de certains régimes spéciaux ;

- le déficit de la **Cnav** s'est fortement creusé pour atteindre 5,6 milliards d'euros. Les charges de prestations légales ont augmenté de 5,6 %, sous l'effet du rythme de progression soutenu de départs à la retraite des générations du « baby-boom » et au coût des retraites anticipées, qui a continué à progresser (voir *infra* le bilan de cette mesure).

Les charges au titre des transferts d'équilibre ont progressé de manière importante compte tenu principalement de la détérioration en 2008 du solde technique du régime des salariés agricoles, financièrement intégré au régime général.

Enfin, les charges financières ont augmenté de 160 millions d'euros pour s'établir à près de 650 millions du fait de l'accroissement du déficit propre de la Cnav ;

- la **branche famille** a vu son déficit s'aggraver légèrement pour atteindre 342 millions d'euros, sous l'effet d'une progression des prestations légales, notamment des prestations spécifiques à la petite enfance, plus rapide qu'en 2007. Les dépenses d'action sociale conservent également un rythme soutenu de croissance, toutefois légèrement inférieur à celui constaté en 2007.

Par ailleurs, à la demande de la Cour des comptes, la caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf) a modifié les modalités de calcul des dotations pour provisions sur indus et rappels, celles-ci augmentant de ce fait de 538 millions d'euros par rapport à 2007 ;

- la **branche accidents du travail-maladies professionnelles** a vu son résultat, déficitaire en 2007, s'améliorer de près de 700 millions d'euros pour s'établir à 241 millions d'excédent.

La contraction des dépenses résulte pour une grande part de l'atténuation des facteurs exceptionnels de charge constatés en 2007. La provision au titre du déficit du fonds de cessation d'activité anticipée des travailleurs de l'amiante (Fcaata) s'élève ainsi à 23 millions d'euros en 2008 contre 150 millions en 2007.

c) La certification des comptes de la sécurité sociale

Pour la troisième fois, la Cour des comptes a procédé à l'examen des comptes du régime général de la sécurité sociale en vue d'obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalie significative.

- **Rappel des positions de la Cour sur les comptes de 2007**

En 2007, la Cour avait certifié avec réserves les comptes des branches maladie, AT-MP et retraite et des caisses nationales correspondantes. Elle avait refusé de certifier les comptes de la branche recouvrement et de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss). Comme en 2006, elle s'était déclarée dans l'impossibilité d'exprimer une opinion sur les comptes de la branche famille et de la Cnaf.

- **Les positions de la Cour sur les comptes de 2008**

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

La branche famille et la Cnaf

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

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

La branche vieillesse et la Cnav

Alors qu'elle avait certifié avec réserves les comptes de la branche vieillesse et de la Cnav en 2006 et 2007, la Cour refuse cette certification pour 2008, considérant que les travaux d'audit menés avec le concours de la Cnav démontrent que les erreurs de toute nature affectant les pensions de retraite revêtent un caractère significatif. Trois motifs principaux justifient la position de la Cour :

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

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

L'activité de recouvrement et l'Acoss

En 2007, la Cour avait refusé de certifier les comptes de l'activité de recouvrement et de l'Acoss en raison de trois désaccords avec cette agence et sa tutelle, dont l'impact total sur le résultat du régime général était évalué à 980 millions d'euros (il s'agissait pour l'essentiel de produits de CSG et de compensations des exonérations de cotisations des heures supplémentaires comptabilisées en 2007 alors qu'il auraient dû l'être en 2008).

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

- le montant des charges et produits est affecté d'incertitudes liées aux écritures d'inventaire ;
- la grande majorité des litiges en cours avec les cotisants ne sont pas provisionnés ;
- la mise en place de l'interlocuteur social unique (ISU) pour les indépendants a conduit à des difficultés importantes dans le calcul et le paiement des cotisations. En particulier, la constitution du fichier des cotisants de l'ISU, à partir du rapprochement des fichiers du régime social des indépendants (RSI) et des Urssaf, a permis de détecter plusieurs centaines de milliers de cotisants ne payant qu'une partie de leurs cotisations. L'incertitude sur le calendrier de résorption de cette situation n'a pas permis de comptabiliser un produit à recevoir en 2008.

Les branches maladie et AT-MP et la Cnam

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

- la Cnam constate en fin d'année des provisions au titre des paiements dus aux hôpitaux pour un montant calculé par le ministère de la santé, dans des conditions qui ne permettent pas à la Cour de les contrôler ;
- si la Cnam a amélioré son suivi du contrôle interne dans les mutuelles qui gèrent des prestations du régime obligatoire, ce contrôle est encore insuffisant pour procurer à la Cour une assurance sur la qualité des données ;

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

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

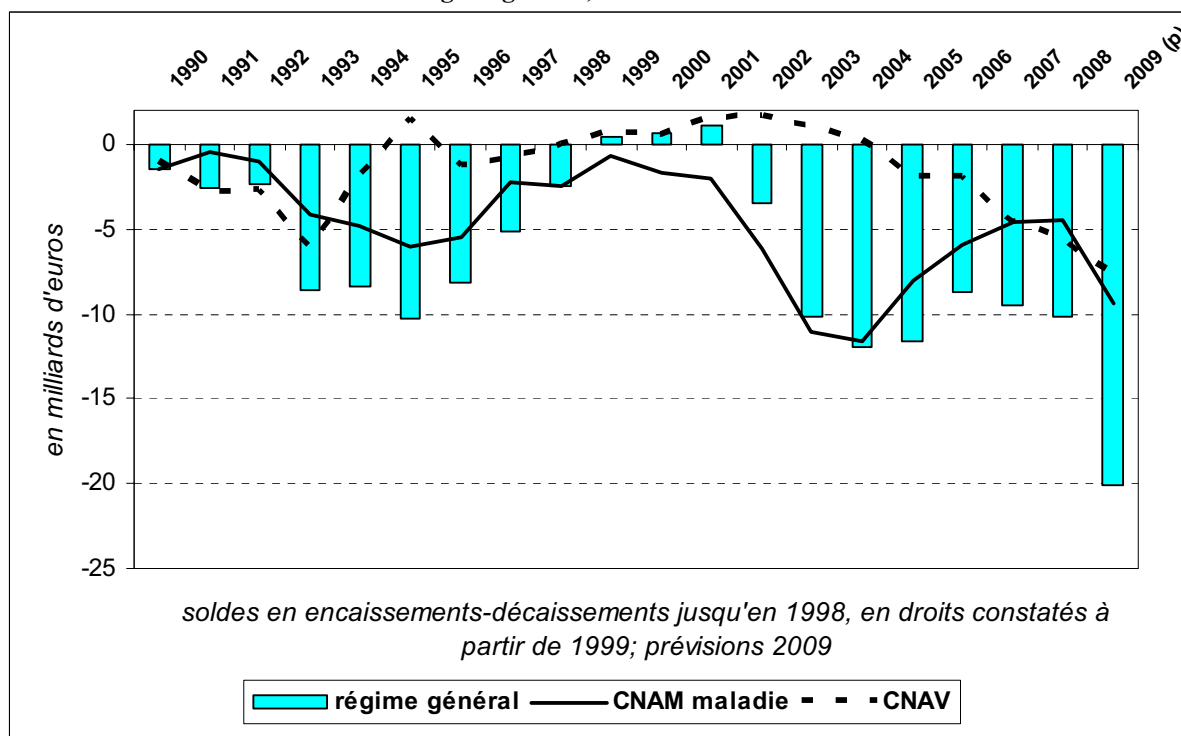
Il convient enfin de noter que, pour la première fois, les comptes des autres régimes de sécurité sociale ont fait l'objet d'un examen par des commissaires aux comptes en vue de leur certification. Compte tenu des relations financières complexes existant entre les différents régimes, la Cour des comptes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

Pour la première année de soumission à cette procédure, les comptes du régime social des indépendants (RSI) comme ceux de la mutualité sociale agricole (MSA) n'ont pas été certifiés par les commissaires aux comptes.

2. 2009 : le choc

La récession très profonde que connaît la France depuis quelques mois est venue anéantir l'ensemble des prévisions relatives aux résultats des comptes du régime général pour cette année. **Le régime général devrait enregistrer en 2009 un déficit de 20,1 milliards d'euros, qui serait porté à 22,2 milliards en incluant le déficit du fonds de solidarité vieillesse (FSV). Les premières projections évoquées par le Gouvernement et la Cour des comptes font état d'une nouvelle dégradation en 2010, le déficit risquant d'approcher 30 milliards d'euros.**

Soldes du régime général, de la Cnam maladie et de la Cnav



Source : direction de la sécurité sociale

a) Une loi de financement caduque dès son adoption

La loi de financement pour la sécurité sociale pour 2009 a été élaborée au moment précis où la crise atteignait notre pays, alors qu'il était encore difficile d'en mesurer l'ampleur.

Dans ces conditions, les hypothèses économiques prises en compte pour bâtir les équilibres financiers n'ont été modifiées qu'à la marge. Alors que le projet de loi initial tablait pour 2009 sur une croissance du Pib de 1 % et une croissance de la masse salariale de 3,5 %, la loi finalement adoptée a retenu les hypothèses d'une croissance du Pib de 0,5 % et d'une croissance de la masse salariale de 2,75 %.

On estime aujourd'hui que **le Pib reculera de 3 % en 2009, la masse salariale se contractant pour sa part de 1,25 %**. Dans ces conditions, l'ensemble des équilibres votés par le Parlement ont perdu toute signification pratiquement dès leur adoption comme en témoigne le tableau suivant sur les soldes des différentes branches du régime général tels qu'ils ressortaient de la loi de financement et tels qu'ils sont à présent estimés par la commission des comptes de la sécurité sociale.

Ecart entre les prévisions de soldes du régime général établies en loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 et par la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2009

(en milliards d'euros)

	Prévisions loi de financement de la sécurité sociale pour 2009	Prévisions commission des comptes de la sécurité sociale pour 2009
Maladie	- 4,6	- 9,4
AT – MP	- 0,1	- 0,3
Famille	- 0,5	- 2,6
Vieillesse	- 5,3	- 7,7
Ensemble du régime général	- 10,5	- 20,1

Compte tenu de la caducité immédiate des hypothèses ayant fondé l'élaboration de la loi de financement, plusieurs mesures initialement prévues n'ont pas été mises en œuvre, en particulier la hausse des cotisations vieillesse qui devait intervenir le 1^{er} janvier 2009 en contrepartie d'une baisse des cotisations chômage.

Dans ces conditions, il est possible de s'interroger sur le caractère particulièrement volontariste des hypothèses économiques retenues en novembre dernier, qui a eu pour effet de fausser le débat parlementaire. Au cours de son audition par les commissions des finances et des affaires culturelles de l'Assemblée nationale, le Premier président de la Cour des comptes a noté qu'« *il ne saurait y avoir de démarche crédible de rétablissement des comptes sans un effort accru de vérité sur l'état de nos finances. Dans un récent rapport, l'OCDE rappelait notamment que le Canada avait fait le choix, dans les années quatre-vingt-dix, de construire ses budgets selon des prévisions de croissance volontairement pessimistes, afin de garantir que les objectifs seraient atteints, voire dépassés. Selon l'OCDE, cette démarche aurait contribué au succès de l'assainissement des finances publiques réalisé dans ce pays. Force est de constater que nous adoptons trop souvent la démarche inverse en France, ce qui nuit à la crédibilité de nos programmes pluriannuels* ».

On peut également se demander s'il n'aurait pas été opportun cette année de présenter au Parlement un **projet de loi de financement rectificatif**, au moins pour entériner la modification profonde des équilibres retenus en loi de financement. Certes, ce texte n'aurait servi, pour l'essentiel, qu'à constater une situation, mais il aurait au moins permis d'entamer plus tôt la réflexion sur les solutions à mettre en œuvre. Rappelons que deux projets de loi de finances rectificatifs ont déjà été soumis au Parlement pour corriger le budget de l'Etat pour 2009.

b) Des recettes brutalement stoppées

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a été construite sur l'hypothèse d'une croissance de la masse salariale du secteur privé de 2,75 %. Les dernières prévisions font état d'une décroissance du Pib de 3 % et d'une baisse de la masse salariale de 1,25 %, alors que celle-ci avait progressé de 4,8 % en 2007 et de 3,6 % en 2008. Dans ces conditions, les recettes de la sécurité sociale, très fortement dépendantes de l'évolution de la masse salariale, n'augmenteraient que faiblement en 2009, cette stagnation dégradant mécaniquement le solde des comptes.

L'évolution des principales recettes de la sécurité sociale en 2009 devrait être la suivante :

- les **cotisations sociales** pourraient rester stables malgré la diminution de la masse salariale. En effet, les allègements généraux de cotisations diminueraient plus rapidement que la masse salariale et auraient ainsi un impact positif sur le montant des cotisations ;

- la **CSG** serait en recul de 1,4 % en 2009. La baisse serait particulièrement importante pour la CSG assise sur les revenus du capital, en raison des fortes baisses des plus-values mobilières et immobilières et de la conséquence de la mesure d'élargissement du prélèvement à la source aux dividendes intervenue en 2008 ;

- si les **recettes fiscales** finançant des allègements de cotisations devraient demeurer stables en 2009, les autres impôts et taxes affectés du régime général croîtraient substantiellement grâce à de nouvelles recettes, en particulier la création du forfait social de 2 % instauré en 2009 et l'augmentation de la part des droits de consommation sur les tabacs affectés à la Cnam ;

- les **transferts à la charge d'organismes tiers** devraient également augmenter fortement, du fait notamment d'une hausse des transferts du FSV vers la Cnav au titre de la prise en charge des cotisations des chômeurs. Cette augmentation des recettes de la Cnav aura naturellement pour corollaire une dégradation importante de la situation du FSV.

c) Toutes les branches dans le rouge

Face au cataclysme qui affecte les recettes de la sécurité sociale, les dépenses paraissent à ce stade relativement contrôlées, ce qui ne suffit naturellement pas à empêcher une dégradation profonde du solde des différentes branches, singulièrement de l'assurance maladie.

Soldes par branche du régime général sur la période 2006-2009

(en milliards d'euros)

	2006	2007	2008	2009 (LFSS 2009)	2009 (CCSS juin 2009)
Maladie	- 5,9	- 4,6	- 4,4	- 4,6	- 9,4
Vieillesse	- 1,9	- 4,6	- 5,6	- 5,3	- 7,7
Famille	- 0,9	0,2	- 0,3	- 0,5	- 2,6
AT – MP	- 0,1	- 0,5	0,2	- 0,1	- 0,3
Total régime général	- 8,7	- 9,5	- 10,2	- 10,5	- 20,1

• **Maladie**

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a fixé l'Ondam à **157,6 milliards d'euros**, soit une augmentation de 3,3 % par rapport à l'objectif de dépenses de l'année 2008 telles qu'il était estimé à la rentrée 2008.

Compte tenu du montant définitif de l'Ondam pour 2008, légèrement supérieur aux prévisions faites en septembre, le respect de l'objectif pour 2009 impliquerait d'en limiter la croissance à 3,2 %.

Dans son avis du 29 mai 2009, le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie note que la progression des soins de ville demeure modérée en début d'année, les postes les plus dynamiques étant les indemnités journalières et les frais de transport.

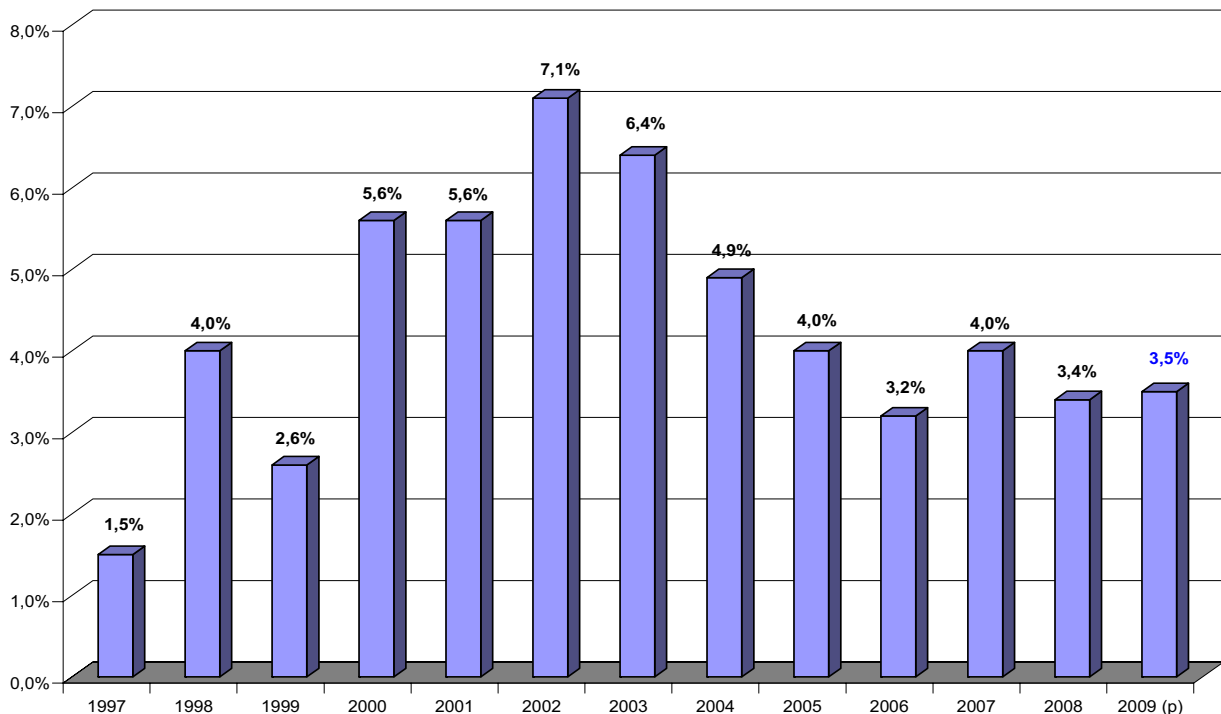
En revanche, le comité d'alerte considère que les mesures d'économies prises en compte dans la construction de l'Ondam connaîtront des degrés de réalisation très différents. Certaines accusent du retard par rapport au calendrier prévu (augmentation du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins, limitation du nombre de séances des paramédicaux). D'autres n'ont pas encore été engagées ou n'auront pas le rendement attendu (baisse de prix des médicaments, autres baisses de tarifs, encadrement des transports sanitaires par taxi).

Dans ces conditions, le comité d'alerte prévoit que 500 à 600 millions d'euros des économies intégrées dans la construction de l'Ondam ne seront pas réalisés. En revanche, certaines dépenses nouvelles devraient être inférieures à celles anticipées, à hauteur de 150 à 200 millions d'euros, en raison notamment de reports de revalorisation.

Au total, et en insistant sur les nombreuses incertitudes qui entourent encore l'évolution de l'Ondam à cette période de l'année, notamment en ce qui concerne les dépenses des établissements de santé, le comité d'alerte a estimé que l'Ondam pourrait être dépassé de 300 à 500 millions d'euros à la fin de l'année. **La commission des comptes de la sécurité sociale a retenu un dépassement de 400 millions.**

Devant cette commission, le ministre du budget et des comptes publics a fait part de la détermination du Gouvernement à corriger cette situation d'ici la fin de l'année, notamment en demandant à la Cnam de renforcer ses contrôles en matière d'arrêts de maladie.

Evolution des dépenses dans le champ de l'Ondam sur la période 1997-2009



Source : direction de la sécurité sociale

En termes de recettes, la branche maladie serait particulièrement pénalisée par la crise actuelle, dès lors que les cotisations et la CSG représentent 91 % de ses produits. Tandis que les cotisations stagneraient, la CSG attribuée à la Cnam connaîtrait une baisse plus marquée que celle de la CSG maladie dans son ensemble, le mécanisme de répartition de cette contribution entre les régimes d'assurance maladie étant défavorable à la Cnam en 2009.

Compte tenu d'une progression globale des charges de l'assurance maladie estimée à 3,9 % et d'une croissance quasiment nulle des produits, **le déficit de la branche s'établirait à 9,4 milliards d'euros, soit 5 milliards de plus qu'en 2008.**

Cette prévision ne prend pas en compte les dépenses éventuelles résultant d'une décision de vaccination de la population contre la grippe A ou d'une épidémie liée à ce virus.

• **Vieillesse**

En 2009, la croissance des charges nettes de la Cnav ralentirait de plus d'un point (4 % contre 5,2 % en 2008) du fait de la moindre augmentation des prestations versées, d'une diminution des transferts de compensation et de la réduction importante des charges financières qui découle de la reprise des déficits cumulés du régime par la Cades.

Le ralentissement de la croissance des prestations (4,9 % contre 5,6 % en 2008) s'explique essentiellement par la diminution du nombre de départs en retraite anticipée, compte tenu du resserrage des règles relatives à cette mesure depuis le 1^{er} janvier 2009.

Bilan du dispositif de départ en retraite anticipée pour carrière longue

L'article 23 de la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites a ouvert aux salariés ayant effectué des carrières longues, du fait d'une entrée précoce sur le marché du travail, la possibilité de partir à la retraite avant soixante ans. Mesure « phare » de la réforme Fillon, le dispositif de départ anticipé pour carrière longue a été présenté comme un instrument de justice sociale : ceux qui ont contribué, pendant une longue période, au financement du système de retraite se voient reconnaître des droits particuliers.

Depuis le 1^{er} janvier 2004, les assurés du régime général peuvent donc partir à la retraite avant l'âge de soixante ans lorsqu'ils remplissent des conditions minimales de durée cotisée et de durée validée tous régimes¹, ainsi que des conditions d'âge (âge de début d'activité, âge de liquidation).

Conditions d'éligibilité à la retraite anticipée au régime général

Age de liquidation	Début d'activité	Durée validée	Durée cotisée
A partir de 56 ans	Avant la fin de l'année des 16 ans	168 trimestres	168 trimestres
A partir de 58 ans			164 trimestres
A partir de 59 ans	Avant la fin de l'année des 17 ans		160 trimestres

Entre 2005 et 2008, le dispositif a connu une montée en charge continue, non anticipée par les projections réalisées en 2003. L'année 2008 a été marquée par un afflux particulièrement important de départs (122 200) dû à l'anticipation par les futurs retraités du durcissement des conditions d'accès au dispositif à compter du 1^{er} janvier 2009. Depuis la mise en place de la mesure en 2004, celle-ci a bénéficié à 560 000 personnes.

Flux annuels des départs anticipés au régime général

2004	2005	2006	2007	2008
112 000	102 210	107 710	115 120	122 200

¹ La période validée correspond à la somme des périodes cotisées et des périodes n'ayant pas donné lieu à cotisations (chômage, maladie, majorations pour enfant).

Les départs à l'âge de cinquante-six ans sont plus importants en nombre qu'aux âges suivants. Entre 2005 et 2008, le nombre de départs en retraite anticipée a été relativement stable pour les cinquante-sept, cinquante-huit et cinquante-neuf ans (autour de 20 000 à 25 000 par an, à chaque âge). En revanche, les départs à l'âge de cinquante-six ans ont été non seulement plus importants en nombre, mais ils ont aussi augmenté fortement sur la période, passant d'environ 22 000 en 2004 à environ 52 000 en 2008. Cette évolution s'explique par une proportion des régularisations de cotisations arriérées plus élevée à l'âge de cinquante-six ans qu'aux autres âges. En outre, la forte augmentation des flux de départs à cinquante-six ans observée en 2008 semble liée à l'anticipation des changements réglementaires relatifs aux conditions d'accès au dispositif intervenus la même année.

Parallèlement à l'augmentation continue des effectifs concernés, la mesure a coûté sans cesse davantage à la Cnav sur la période 2004-2008 pour atteindre 2,4 milliards d'euros en 2008.

Coût, pour la Cnav, de la mesure de départ en retraite anticipée pour carrière longue

(en milliards d'euros)

Coût de la mesure	2004	2005	2006	2007	2008
	0,6	1,3	1,8	2,1	2,4

Afin d'endiguer la montée en charge du dispositif et de diminuer son coût financier, plusieurs mesures réglementaires ont été prises en 2008. Celles-ci ont pour objet d'**encadrer davantage la procédure de régularisation de cotisations arriérées** qui permet aux assurés de valider des périodes d'apprentissage ou de salariat pour lesquelles l'employeur n'a pas versé de cotisations :

- la circulaire du 2 janvier 2008 a renforcé les modalités de contrôle des demandes de régularisations d'arriérés de cotisations *via* notamment un recours restreint à l'utilisation des attestations sur l'honneur et un formulaire d'attestation plus complet ;

- le décret n° 2008-845 du 25 août 2008 a instauré de nouvelles modalités de calcul des arriérés de cotisations, explicitées dans la circulaire du 10 novembre 2008. Une majoration de 2,5 % par an a notamment été introduite.

Une autre restriction est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2009, en application de l'article 120 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, portant sur le durcissement des droits ouverts grâce à l'utilisation des attestations sur l'honneur. Lorsque la preuve de l'activité rémunérée ne peut être faite par des éléments probants, l'attestation sur l'honneur admise le cas échéant ne permet plus de valider que quatre trimestres au maximum.

En limitant le recours aux régularisations de cotisations, ces diverses mesures rendent l'acquisition de trimestres par les assurés plus difficile et ainsi, restreignent l'accès au dispositif de retraite anticipée. Une baisse significative (environ 60 %) du nombre de régularisations de cotisations arriérées par rapport aux années précédentes est d'ores et déjà observable en 2008. Pour le seul régime général, cette diminution engendrerait une économie de l'ordre de 78 millions d'euros en 2009 et 116 millions en 2010 (compte tenu du délai existant entre la régularisation et la liquidation des pensions).

Outre la poursuite du ralentissement de la dynamique des régularisations, deux autres facteurs expliqueraient la fin de la montée en charge du dispositif en 2009 :

- l'évolution des critères d'éligibilité en lien avec l'augmentation de la durée d'assurance prévue par la loi de 2003. Ainsi, à partir du 1^{er} janvier 2009, le nombre de trimestres requis pour un départ avant soixante ans augmente de un à quatre pour les assurés des générations 1949 et suivantes, liquidant leurs pensions à compter de cette date ;

Flux annuels des retraites anticipées du régime général

Année de naissance	Age de départ	Durée d'assurance totale (en trimestres)	Durée cotisée (en trimestres)	Début d'activité*
1949	59 ans	169	161	Avant la fin de l'année civile des 17 ans
1950	58 ans	170	166	Avant la fin de l'année civile des 16 ans
	59 ans	171	162	Avant la fin de l'année civile des 17 ans
1951	57 ans	171	171	Avant la fin de l'année civile des 16 ans
	58 ans	171	167	
	59 ans	172	163	Avant la fin de l'année civile des 17 ans
1952 et après	56 ou 57 ans	172	172	Avant la fin de l'année civile des 16 ans
	58 ans	172	168	
	59 ans	172	164	Avant la fin de l'année civile des 17 ans

* Cinq trimestres validés avant la fin de l'année civile requis (ou quatre trimestres pour les personnes nées au cours du dernier trimestre).

- l'impossibilité de remplir la condition de début d'activité pour les générations 1953 et suivantes du fait de la scolarité rendue obligatoire jusqu'à l'âge de seize ans à partir de 1959.

Au final, ces nouvelles conditions d'ouverture du droit à la retraite anticipée devraient contribuer à freiner le recours au dispositif et donc à diminuer son coût pour la Cnav. Ainsi, la commission des comptes de la sécurité sociale prévoit que les départs anticipés seraient réduits de moitié en 2009 (environ 50 000 contre 122 000 en 2008) et que, pour la première fois, le coût de la mesure diminuerait d'environ 140 millions d'euros. Cette évolution expliquerait, pour partie, le ralentissement de la croissance en volume des prestations légales servies par la caisse en 2009 (3,7 % contre 4,6 % en 2008).

Les produits nets de la Cnav progresseraient de 2 % en 2009 et seraient moins affectés par la crise que ceux des autres branches, en raison de la **forte hausse des transferts du FSV** et de l'incidence favorable sur les cotisations du relèvement du plafond de la sécurité sociale, supérieur en 2009 à la hausse prévisible du salaire moyen.

• **Famille**

Indépendamment de toute autre évolution, les comptes de la Cnaf seront substantiellement modifiés en 2009 - tant en charges qu'en produits - par la substitution du RSA à l'Allocation de parent isolé (API) en métropole, le RSA n'étant pas, contrairement à l'API, comptabilisé dans les comptes de la Cnaf.

Si l'on met de côté les effets de cette substitution, qui n'a pas d'effet sur le solde des comptes, les prestations légales à la charge de la Cnaf progresseraient de 3,6 % en 2009. Tandis que la croissance de la Paje ralentirait du fait d'une évolution moins marquée du complément de garde, les allocations logement à caractère familial seraient dynamiques à cause de la hausse du chômage.

Par ailleurs, les transferts au titre des majorations de pensions pour enfants augmenteraient fortement, en raison de la progression de la part de la Cnaf dans ce financement (la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a prévu qu'elle passera de 60 % à 70 % en 2009, puis à 85 % en 2010 et à 100 % en 2011).

- **AT-MP**

La branche AT-MP, qui est la seule en excédent en 2008, serait de nouveau **déficitaire dès 2009**. Les charges redeviendraient dynamiques, sous l'effet en particulier de l'augmentation de 300 millions d'euros du transfert à la Cnam au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles et de l'augmentation de la dotation de la branche au Fcaata.

Compte tenu d'une croissance nulle des produits, le solde de la branche se dégraderait de 585 millions d'euros pour enregistrer un déficit de 345 millions.

B. LE FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE EN RECHUTE MASSIVE

Créé par la loi du 22 juillet 1993, le fonds de solidarité vieillesse (FSV) est chargé du financement des avantages vieillesse à caractère non contributif relevant de la solidarité nationale. Le FSV est un établissement public de l'Etat à caractère administratif, disposant de l'autonomie administrative, budgétaire, financière et comptable.

Le résultat annuel du FSV est sujet à d'importantes fluctuations, compte tenu de la nature des ressources dont il bénéficie et des charges qui lui incombent.

Les produits du fonds sont constitués pour l'essentiel d'une fraction du produit de la CSG et d'une fraction de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), ainsi que d'un transfert de la Cnaf vers le FSV au titre des majorations de pension pour enfant à charge.

Les charges du FSV sont principalement les cotisations prises en charge au titre des périodes validées gratuitement par les régimes d'assurance vieillesse (chômage pour l'essentiel).

Alors que son solde annuel avait été constamment négatif depuis 2002, le FSV a dégagé un excédent en 2007 (0,2 milliard d'euros) et 2008 (0,8 milliard d'euros). Le bon résultat obtenu en 2008 s'explique par la stabilité des prises en charge de cotisations au titre du chômage (- 0,3 % par rapport à 2007) et par la progression soutenue de la CSG qui représente plus des trois quarts des produits du fonds.

Compte tenu de cette situation apparemment favorable, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a prévu la reprise par la Cades des déficits cumulés du FSV qui s'élevaient à 4 milliards d'euros fin 2008, ainsi qu'un transfert de 0,2 % de la CSG auparavant affectée au FSV à la Cades pour lui permettre d'amortir la dette transférée du FSV et du régime général sans augmenter la durée d'amortissement.

Ce transfert de ressources, associé à la diminution importante de la masse salariale liée à la crise économique, auront pour effet, en 2009, de diminuer les produits du FSV de 10,5 %, tandis que les prises en charge des cotisations au titre du chômage progresseront de 17,4 % du fait de la forte dégradation de la situation de l'emploi.

La Cour des comptes, dans son dernier rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques, a fait une analyse lucide sur le transfert de CSG opéré fin 2008 du FSV vers la Cades : « *Par cette opération, on a en fait réduit les recettes servant au financement des dépenses actuelles de sécurité sociale (le financement des retraites via le FSV) pour en affecter une partie au financement de déficits passés (l'amortissement de la dette de la Cades). Cet arbitrage illustre les inconvénients d'un déficit persistant du régime général : le financement différé de dépenses anciennes soustrait des ressources nécessaires au financement des dépenses actuelles. Des dispositions importantes de la loi de financement de la sécurité sociale se trouvent ainsi inadaptées à la conjoncture de 2009.* »

Dans ces conditions, selon les prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale, le déficit du FSV devrait atteindre 2,1 milliards d'euros dès 2009, sans espoir d'une amélioration quelconque en 2010.

Evolution du solde du FSV

(en millions d'euros)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 (p)
Solde annuel	- 933	- 639	- 2005	- 1259	151	812	- 2068
Solde cumulé	- 1056	- 1695	- 3700	- 4959	- 4808	- 3996	- 2068

Source : commission des comptes de la sécurité sociale

Il est vraisemblable que, sauf affectation de nouvelles recettes, le FSV est appelé à être de nouveau fortement déficitaire en 2010, ce qui devrait provoquer l'apparition d'un déficit cumulé équivalent à celui repris par la Cades au début de 2009.

Or le déficit du FSV a, indépendamment de son caractère préoccupant en lui-même, des conséquences néfastes, dans la mesure où il provoque un report de charges sur la Cnav et l'Acoss, même si cet inconvénient est actuellement limité du fait du niveau très bas des taux d'intérêt à court terme.

C. LA SUPPRESSION DU FFIPSA ET L'ATTENTE DE SOLUTIONS PÉRENNES POUR LE FINANCEMENT DES RETRAITES DES NON-SALARIÉS AGRICOLES

Il y a un an, la commission des affaires sociales réclamait instamment que des pistes d'évolution sérieuses soient proposées pour l'avenir du Ffipsa (fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles) et le

financement de la protection sociale agricole dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale et de finances pour 2009.

Rappelons que ce fonds, créé pour remplacer à compter de 2005 le budget annexe des prestations sociales agricoles (Bapsa), a été constamment déficitaire pendant toute la durée de son existence, dans la mesure où il a d'emblée repris le déficit de gestion du Bapsa et où sa situation n'a cessé de s'aggraver par la suite.

Alors que l'Etat aurait dû verser une subvention d'équilibre à ce fonds en application de l'article L. 731-4 du code rural, il n'a jamais honoré cette obligation, laissant se creuser le déficit cumulé du Ffipsa.

La commission a été partiellement entendue puisque le Ffipsa a été purement et simplement supprimé à la fin de l'année dernière tandis que sa dette cumulée était reprise par l'Etat. Les décisions prises n'épuisent cependant pas le sujet, dans la mesure où **aucune solution pérenne n'a encore été proposée pour le financement des retraites des non salariés agricoles.**

Les modalités de suppression du Ffipsa

La disparition du Ffipsa résulte de deux dispositions prises en loi de financement de la sécurité sociale et en loi de finances pour 2009 :

- **l'article 17 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009** a réécrit l'ensemble des articles du code rural portant sur les ressources du régime de protection sociale des exploitants agricoles, entraînant *de facto* la disparition du Ffipsa. En application de ce texte, l'ensemble des droits et obligations du Ffipsa a été transféré, à compter du 1^{er} janvier 2009, à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), qui a reçu la charge directe d'encaisser l'ensemble des recettes auparavant perçues par le Ffipsa. En outre, la CCMSA s'est vu délivrer l'autorisation de recourir à l'emprunt, à l'instar de l'Acoss pour le régime général.

Le même article du projet de loi de financement a prévu **l'intégration financière de la branche maladie du régime des exploitants agricoles au régime général**, conformément à la solution retenue pour les salariés agricoles depuis 1963. Concrètement, la branche maladie est gérée tout au long de l'année par la MSA, la Cnam étant appelée à intégrer dans les comptes le solde annuel de la branche. La dégradation des recettes de la branche maladie du régime des exploitants agricoles du fait du contexte économique défavorable devrait nécessiter le versement par la Cnam d'une dotation d'équilibre de 150 millions d'euros en 2009 ;

- **l'article 61 de la loi de finances pour 2009** a prévu le transfert à l'Etat de la dette contractée par le Ffipsa jusqu'au 31 décembre 2008. Afin d'assurer la neutralité financière de l'intégration de la branche maladie du régime des exploitants agricoles à celle du régime général, cet article a en outre prévu l'affectation à la CCMSA de la totalité du produit de la taxe sur les véhicules de société, dont le montant est de l'ordre d'1,2 milliard d'euros par an ;

- **le décret n° 2008-1495 du 30 décembre 2008** a explicitement prévu la dissolution du Ffipsa et sa mise en liquidation à compter du 1^{er} janvier 2009.

La dette du Ffipsa a été reprise par l'Etat au 30 décembre 2008 selon la règle des droits constatés après estimation des cotisations restant à émettre et des prestations restant à payer au titre de 2008, ainsi que des provisions pour créances douteuses. Au total, l'Etat a repris une dette de 7,972 milliards d'euros, somme qui s'est révélée supérieure de 371 millions d'euros au déficit cumulé définitivement constaté du fonds. Le rapport sur l'évolution de l'économie nationale et les orientations des finances publiques précise que cet excédent sera laissé à la protection sociale agricole.

Afin d'assumer ses nouvelles missions de gestion de trésorerie, la CCMSA a contracté au début de l'année une convention de financement auprès d'un syndicat d'établissements bancaires emmené par Calyon afin de couvrir son besoin de financement prévisionnel. Le plafond d'emprunt fixé par la loi de financement pour 2009 à 3,2 milliards d'euros devrait être suffisant pour faire face aux besoins de financement du régime en 2009.

Il reste que la disparition du Ffipsa et la reprise de sa dette par l'Etat, si elles méritent d'être saluées, ne règlent pas la question du déficit structurel de la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles. Certes, la reprise par l'Etat des dettes du Ffipsa permet à la branche vieillesse du régime agricole d'économiser de lourdes charges d'intérêt, mais ce progrès ne constitue en rien l'amorce d'une solution durable au déséquilibre structurel de ce régime.

Il est absolument indispensable de ne pas laisser se reconstituer un déficit cumulé de la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles. **Pour ces motifs, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 devra être l'occasion de dessiner des solutions pérennes pour le financement de ce régime.**

II. LA DETTE SOCIALE : LE RISQUE DU RENONCEMENT

2009 marque une date importante dans l'histoire de la dette sociale. En 1996, en effet, lorsque le gouvernement d'Alain Juppé décida de mettre en œuvre un plan ambitieux de sauvegarde de la sécurité sociale, l'ordonnance créant la Cades assigna à celle-ci la mission d'apurer les déficits cumulés par le régime général sur une période de treize ans et un mois qui devait s'achever en conséquence en 2009 au plus tard.

Treize ans plus tard, non seulement la Cades existe toujours, mais le montant de la dette qu'elle doit encore rembourser est beaucoup plus élevé que celui de la dette initiale reprise en 1996.

Dans le même temps, une nouvelle dette est en cours de constitution sous la forme de déficits massifs du régime général de la sécurité sociale.

Dans ces conditions, le risque est désormais grand de voir disparaître toute perspective d'extinction de la dette sociale, alors même que le système de gestion de cette dette avait été précisément conçu pour éviter cette pérennisation et le report de la dette sur les générations futures.

A. UN BREF RAPPEL : COMMENT EN EST-ON ARRIVÉ LÀ ?

1. L'accroissement continu de la dette

A l'origine, la mission de la Cades était d'apurer, d'ici à 2009, la dette cumulée du régime général de la sécurité sociale estimée à la fin 1996, soit 20,886 milliards d'euros.

Elle devait également verser 0,457 milliard d'euros à la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs non salariés des professions non agricoles, la Canam, pour combler ses déficits de 1995 et 1996.

La Cades devait enfin verser une soulte de 1,906 milliard d'euros par an à l'Etat pendant douze ans, au titre du remboursement de la dette de 16,77 milliards d'euros, contractée par l'Acoss et reprise, fin 1993, par l'Etat dans la loi de finances pour 1994. A la suite de modifications à l'échéancier de versement de la soulte, le montant global remboursé par la Cades au titre de cette dette s'est élevé à 23,38 milliards d'euros. La dette initiale reprise par la Cades s'élevait donc au total, et compte tenu des ajustements réalisés ultérieurement, à 44,723 milliards d'euros.

Par la suite, divers textes sont venus élargir les missions de la Cades et accroître considérablement le montant de la dette qui lui était confiée. Le tableau suivant retrace les différentes étapes qui ont conduit à la constitution de la dette actuelle qu'elle porte.

Reprise de dette par la Cades depuis l'origine

(en milliards d'euros)

Année	Nature de la dette reprise	Montant
1996	Déficits cumulés des exercices 1994 et 1995 et déficit prévisionnel 1996 du régime général	20,886
	Déficits 1995 et 1996 de la Canam	0,457
	Emprunt Acoss, repris par l'Etat en 1994	23,380
1998	Déficits cumulés du régime général depuis 1996 (après déduction de la fraction déjà prise en charge en 1996) et déficit prévisionnel de 1998	13,263
2003	Dette du Forec ¹ (première moitié régime général et autres régimes)	1,283
2004	Dette du Forec (deuxième moitié régime général)	1,097
	Déficits cumulés de la branche maladie du régime général au 31 décembre 2003 et déficit prévisionnel 2014	35,000
2005	Déficit prévisionnel de la branche maladie en 2005	6,610
2006	Déficit prévisionnel de la branche maladie en 2006 et régularisation de la reprise de dette opérée en 2005 (- 0,3 milliard d'euros)	5,700
2007	Revalorisation de la reprise de dette opérée en 2006	- 0,065
2008	Premier versement pour la reprise des déficits cumulés à fin 2008 des branches maladie et vieillesse du régime général ainsi que du fonds de solidarité vieillesse (FSV)	10,000
2009	Versements complémentaires pour la reprise cumulée - dans la limite de 27 milliards d'euros - des déficits cumulés à fin 2008 des branches maladie et vieillesse du régime général ainsi que du fonds de solidarité vieillesse (FSV) ²	17,000
TOTAL		134,611

¹ La Cades a été invitée à se substituer à l'Etat pour rembourser, en 2003 et 2004, la créance détenue depuis 2000 par les organismes de sécurité sociale sur le fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (Forec), fonds centralisant les recettes destinées à compenser, pour le compte de l'Etat, les exonérations de cotisations sociales décidées dans le cadre de la mise en place des trente-cinq heures.

² A ce jour, 16,9 milliards d'euros ont été repris par la Cades. L'ensemble des déficits cumulés ayant finalement atteint 27,02 milliards et la loi de financement pour 2009 ayant fixé à 27 milliards le montant repris par la Cades, un décret pris au cours de l'été permettra la reprise de 100 millions de dette supplémentaire par la Cades.

Ce montant total de la dette reprise par la Cades diffère légèrement de celui de la dette votée par le Parlement (137,4 milliards d'euros), dans la mesure où le Parlement a, à plusieurs reprises, voté la reprise par la Cades de déficits prévisionnels qui se sont révélés *in fine* légèrement inférieurs aux prévisions.

2. La situation actuelle de la Cades

a) L'amortissement de la dette reprise

L'estimation de la dette amortie par la Cades est, au 31 décembre 2008, de 37,541 milliards d'euros. A cette date, la dette restant à rembourser s'élevait à 80,070 milliards.

Au 31 décembre 2009, compte tenu des nouvelles reprises de dette intervenues ou à intervenir au titre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, le montant de la dette amortie cumulée devrait atteindre 41,564 milliards et le montant de la dette restant à rembourser 92,974 milliards.

Le tableau suivant récapitule les conditions d'amortissement de la dette reprise par la Cades depuis sa création.

Amortissement de la dette reprise par la Cades

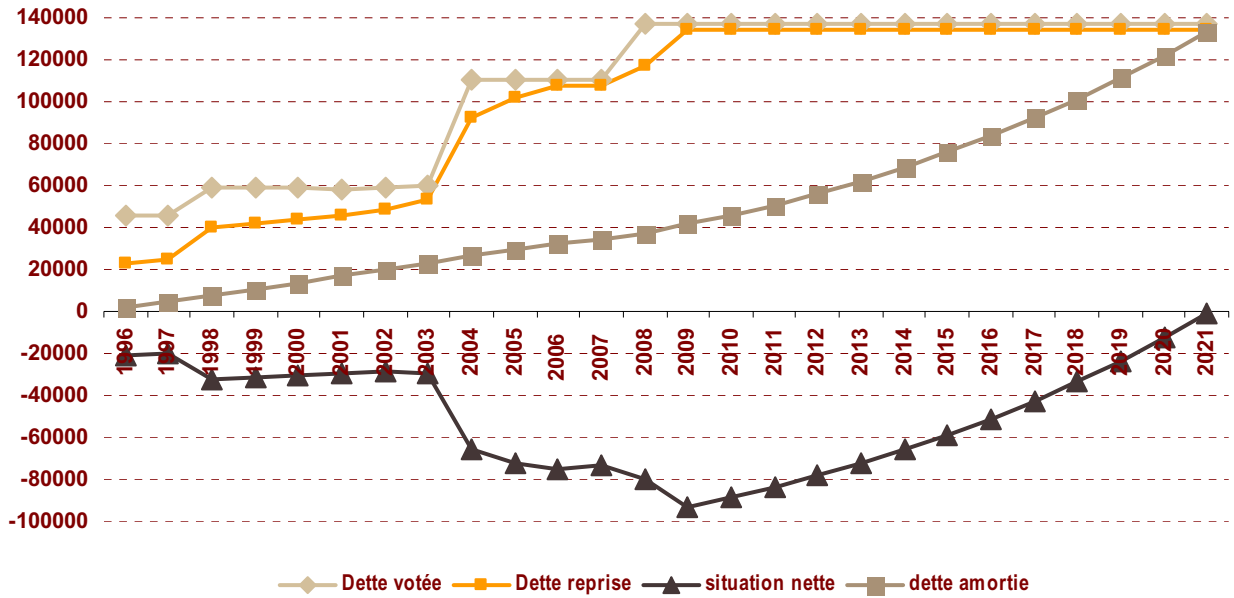
Année de reprise de la dette	Dette reprise cumulée	Estimation amortissement de l'année	Estimation amortissement cumulé	Situation nette (dette restant à rembourser au 31/12 de l'année)
1996	23 249	2 184	2 184	21 065
1997	25 154	2 907	5 091	20 063
1998	40 323	2 444	7 535	32 788
1999	42 228	2 980	10 515	31 713
2000	44 134	3 226	13 741	30 393
2001	45 986	3 021	16 762	29 224
2002	48 986	3 227	19 989	28 997
2003	53 269	3 296	23 285	29 984
2004	92 366	3 345	26 630	65 736
2005	101 976	2 633	29 263	72 713
2006	107 676	2 815	32 078	75 598
2007	107 611	2 578	34 656	72 955
2008	117 611	2 885	37 541	80 070
2009 (p)	134 511 ¹	4 023	41 564	92 947

Selon les informations fournies par la Cades à votre rapporteur, l'horizon de remboursement médian espéré est actuellement de douze ans (2021). Il existe 5 % de risques de ne pas avoir remboursé avant quatorze ans (2023) et 5 % de chances d'avoir terminé avant onze ans (2020).

¹ La Cades doit encore reprendre 100 millions d'euros de dette au cours de l'été au titre de la reprise votée en loi de financement pour la sécurité sociale pour 2009.

Dette votée, reprise et amortie et situation nette de la CADES

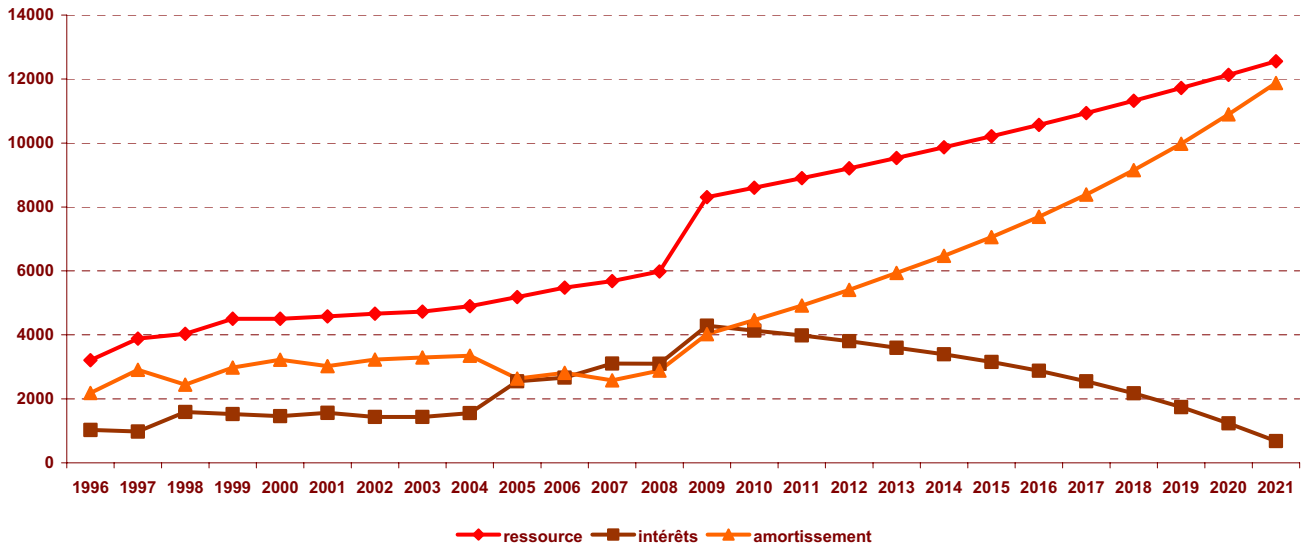
en m€



Source : Cades

Répartition entre intérêts et dette amortie

en m€



Source : Cades

b) Les ressources de la Cades

Jusqu'à la fin de l'année 2008, l'essentiel des ressources de la Cades était constitué du produit de la CRDS, contribution au taux de 0,5 % assise sur les revenus d'activité, de remplacement, de placement et du patrimoine ainsi que sur les jeux et les objets précieux.

En 2008, le rendement de la CRDS a été de 5,98 milliards d'euros, en progression de 5,3 %. Le produit attendu en 2009 est estimé à 5,97 milliards, soit une diminution de 0,3 % par rapport à 2008.

A compter du 1^{er} janvier 2009, la Cades reçoit également une fraction de 0,2 point de CSG, dont le rendement prévisionnel, sur 2009, est de 2,3 milliards d'euros.

c) Le financement des reprises de dette par la Cades

Pour faire face à ses engagements, la Cades est habilitée à contracter des emprunts, selon une stratégie élaborée par son conseil d'administration et dont les principes fondamentaux sont :

- la minimisation du coût des financements ;
- la crédibilité de la signature : la Cades a eu dès l'origine la volonté d'émettre des emprunts de référence et, de fait, depuis sa mise en place en 1996, elle s'est positionnée comme un émetteur international de tout premier rang bénéficiant de la notation triple A par les principales agences de notation internationale ;
- l'utilisation d'une grande palette d'instruments financiers ;
- une diversification géographique des sources de financement (émissions obligataires en dollars américains, australiens, canadiens...), le risque de change étant cependant neutralisé.

Le statut comptable de la Cades contesté par la Cour des comptes

Comptablement, la Cades figure actuellement dans les immobilisations financières de l'Etat en tant qu'entité non contrôlée.

Dans son rapport sur la certification des comptes de l'Etat pour 2008, la Cour des comptes a formulé une réserve substantielle liée au statut comptable de la Cades, en estimant qu'elle remplit toutes les conditions pour être classée en participation contrôlée de l'Etat. Elle a souhaité une clarification des intentions du législateur.

La Cour a fait valoir que « deux options sont ouvertes : l'application stricte des normes comptables et l'intégration de la Cades dans les comptes de l'Etat en tant qu'entité contrôlée, ce qui aura des conséquences sur le bilan et la situation nette de l'Etat, ou le rattachement de la Cades aux comptes de la sécurité sociale, ce qui réduirait l'intérêt du mécanisme de défaisance mis en place en 1996 »¹.

¹ Audition de Philippe Séguin par la commission des affaires sociales le 30 juin 2009, cf. p. 61.

B. QUEL SORT POUR LES DETTES NOUVELLES ISSUES DES DÉFICITS À VENIR ?

Alors que la Cades vient à peine de reprendre 27 milliards d'euros de dette au régime général de la sécurité sociale et au FSV, la reconstitution immédiate d'un déficit massif en 2009 et vraisemblablement en 2010 repose dès à présent la question du sort de cette nouvelle dette. D'après les prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale, le déficit du régime général et du FSV atteindra, on l'a dit, 22,2 milliards d'euros en 2009. Selon le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, ce même déficit pourrait s'établir à plus de 30 milliards d'euros en 2010.

Ainsi, d'ici à la fin de l'année 2010, **une nouvelle dette sociale de plus de 50 milliards d'euros pourrait s'être reconstituée**. Dans ces conditions, des choix lourds de conséquences devront être opérés.

1. Les limites du recours aux ressources non permanentes de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos)

Face à la reconstitution d'un déficit considérable, le Gouvernement n'a pour l'instant prévu que de relever par décret le plafond des ressources non permanentes de l'Acos, fixé à 18,9 milliards d'euros par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. Ce plafond devrait en effet être dépassé dès l'automne.

Dans la limite des plafonds qui lui sont fixés, l'Acos recourt actuellement à deux types de financement :

- un financement par la Caisse des dépôts et consignations dans le cadre d'une convention signée en 2006 par les deux organismes, qui permet à l'Acos de bénéficier d'un financement moins coûteux que celui qui pourrait lui être consenti par les banques ;

- l'émission de billets de trésorerie dans la limite d'un plafond de 11,5 milliards d'euros. En réalité, l'Acos n'a jamais jusqu'à présent placé sur le marché plus de 5 milliards d'euros de billets de trésorerie. En revanche, au cours des dernières années, et notamment à la fin de l'année 2008, des billets de trésorerie ont été acquis directement par l'Etat.

Les relations entre l'Acoss et la Caisse des dépôts et consignation (CDC)

Les rapports entre l'Acoss et la CDC, partenaire financier traditionnel du régime général, sont régis par la convention 2006-2010 du 21 septembre 2006.

Celle-ci prévoit différents types d'avances : les avances prédéterminées (demandes d'emprunt formulées au moins sept jours avant l'échéance), les avances à 24 heures et les avances le jour même. Plus la demande de fonds intervient tôt, plus la marge sur le taux Eonia¹ qui sert de référence est faible.

L'Acoss adresse chaque mois des prévisions de tirages pour les trois mois suivants, qui déterminent un « tunnel » : si les avances effectivement demandées à la CDC sont supérieures ou inférieures aux bornes notifiées pour le tunnel, des pénalités sont appliquées.

En 2008, la CDC a notifié à l'Acoss que les conditions conventionnelles de financement ne s'appliqueraient qu'à hauteur de 25 milliards d'euros. Au-delà de ce plafond, les avances de trésorerie de la CDC devraient prendre en compte les conditions de marché, sur la base du taux Euribor 3 mois². L'Acoss n'a cependant pas eu à recourir à cette deuxième tranche.

Pour 2009, la CDC, considérant que l'application de la convention de 2006 lui a causé en 2008 une perte de 25 millions d'euros environ, a fait part à l'Acoss de son intention de modifier la convention par voie d'avenant, un an avant l'échéance de renouvellement (une nouvelle convention doit être signée en juin 2010). Les négociations relatives à cet avenant sont en cours d'achèvement.

Au cours de son audition par la commission des affaires sociales, le 2 juillet 2009, Pierre Burban, président du conseil d'administration de l'Acoss, a précisé que l'avenant en discussion comporte trois points :

- le premier concerne les volumes que la CDC pourra honorer, à savoir 25 milliards d'euros à des conditions prédéterminées, et en tout état de cause pas plus de 31 milliards ;

- le deuxième est relatif au coût des sommes prêtées par la CDC, le principe retenu étant que celle-ci ne devra ni perdre ni gagner de l'argent à l'égard de la sécurité sociale ;

- le troisième point expose les autres conditions et notamment l'engagement de l'Acoss à fournir très régulièrement à la CDC les prévisions les plus précises possible sur le profil de ses besoins. En contrepartie, la caisse a accepté de laisser une plus grande marge de manœuvre à l'Acoss pour gérer ses émissions de billets de trésorerie.

Enfin, l'Acoss a obtenu qu'une évaluation des conditions tarifaires proposées par la CDC dans cet avenant puisse être effectuée d'ici quelques mois par un organisme tiers, évaluation indispensable pour aborder dans de bonnes conditions la négociation de la prochaine convention.

Compte tenu des prévisions de déficit du régime général pour 2009, le plafond des ressources non permanentes de l'Acoss, fixé à 18,9 milliards d'euros par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, sera atteint dès le début de l'automne. Devant la commission des comptes de la sécurité sociale réunie le 15 juin 2009, Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, a indiqué que le plafond des ressources non permanentes de l'Acoss serait relevé de près de 10 milliards d'euros par décret

¹ Euro overnight index average : taux interbancaire au jour le jour.

² Taux des emprunts interbancaires à trois mois.

d'ici le mois d'octobre. Il a surtout précisé que le traitement de cette nouvelle dette interviendrait lorsque le retour de la croissance le permettra, **le Gouvernement s'engageant à ce que l'Acoss dispose des moyens de trésorerie nécessaires pour passer le cap de l'année 2010.**

Il conviendra que cet engagement de l'Etat se manifeste de manière particulièrement explicite pour éviter que la crédibilité de l'Acoss ne se trouve mise à mal.

Une possibilité consisterait à relever le plafond d'émission des billets de trésorerie, l'Etat ou d'autres entités publiques se portant acquéreurs d'une partie substantielle des billets émis.

Ainsi, l'Acoss devra prendre en charge par des ressources non permanentes les déficits cumulés du régime général sur les années 2009 et 2010, soit au total une somme avoisinant 50 milliards d'euros. Dans ces conditions, le plafond des ressources non permanentes, qui pourrait s'établir à près de 30 milliards d'euros en 2009 après réévaluation par décret, devrait être fixé **entre 50 et 60 milliards d'euros pour 2010**. Jamais ce plafond n'a jusqu'à présent été fixé à un niveau aussi élevé.

Ce changement d'échelle de la gestion de trésorerie de l'Acoss pose plusieurs difficultés :

- comme le souligne avec constance la Cour des comptes, le plafond des ressources non permanentes de l'Acoss est en principe destiné à couvrir un besoin de trésorerie courant et non un déficit provenant du décalage entre les dépenses et les recettes de sécurité sociale ;

- par ailleurs, les taux d'intérêt à court terme sont aujourd'hui particulièrement faibles, ce qui permet à l'Acoss de se financer dans des conditions avantageuses. Une telle situation pourrait cependant ne pas durer et la remontée des taux d'intérêt pourrait faire exploser les charges d'intérêt payées par l'Acoss ;

- enfin, comme l'a fait valoir le Premier président de la Cour des comptes devant votre commission, le recours à l'émission de billets de trésorerie n'est pas sans limites, dès lors que le marché de ces billets est relativement étroit et que l'Acoss en est déjà le principal acteur. Il est cependant vrai que l'Etat ou d'autres entités publiques pourraient se porter acquéreurs de billets de trésorerie émis par l'Acoss.

Dans ces conditions, il est indispensable de réfléchir dès à présent au sort de la nouvelle dette sociale en cours de constitution du fait des déficits prévisibles en 2009 et 2010.

2. Quelle reprise de dette ?

Inévitablement, l'accumulation de nouveaux déficits sociaux d'une ampleur jusqu'alors inconnue justifiera une prochaine reprise de dette. Or, si

plusieurs solutions sont envisageables, les pouvoirs publics n'auront à choisir qu'entre des inconvénients différents, aucune hypothèse n'apparaissant pleinement satisfaisante.

Devant la commission des comptes de la sécurité sociale, le ministre du budget et des comptes publics a ainsi présenté la situation :

« Les différents scénarios de traitement de la dette sociale sont connus :

- une reprise de la dette sociale par la Cades rend nécessaire une augmentation des recettes qui lui sont affectées ;

- une reprise de la dette sociale par l'Etat est juridiquement possible mais reviendrait sur le principe vertueux du cantonnement de la dette sociale ;

- certains ont avancé comme option une reprise de la « dette de crise » dans un organisme spécifique du type " caisse d'amortissement de la dette publique " ».

Il est difficile de percevoir l'intérêt que présenterait la création d'un nouvel organisme spécifique appelé à porter l'ensemble de la dette de crise.

De la même manière, la commission des affaires sociales considère que la dette sociale est gérée dans de bonnes conditions par la Cades et qu'une reprise de la nouvelle dette par l'Etat présenterait plus d'inconvénients que d'avantages :

- le mélange de la dette de l'Etat et d'une partie de la dette sociale remet en cause le principe du cantonnement de cette dernière, dont les vertus pédagogiques sont essentielles ;

- actuellement, la dette sociale est gérée de manière souple et efficace par la Cades, dont les conditions de financement sont certes légèrement moins avantageuses que celles de l'agence France Trésor, mais sans que cet écart justifie de renoncer à l'autonomisation de la dette sociale. L'existence de deux signatures portant chacune une partie de la dette de la France peut même être un avantage auprès de certaines banques centrales dont les portefeuilles font l'objet de quotas par pays et par signature.

Dans ces conditions, la meilleure solution de gestion de la nouvelle dette en cours de constitution demeure la Cades.

Néanmoins, le recours à celle-ci posera à l'avenir de sévères difficultés. L'article 20 de la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale a modifié l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale pour prévoir **qu'à toute nouvelle reprise de dette par la Cades doivent être associées les ressources supplémentaires nécessaires pour ne pas allonger la durée estimée de son mandat, qui devrait en principe s'achever en 2021.**

Ce dispositif adopté à l'initiative de l'Assemblée nationale, et dont le Conseil constitutionnel a estimé qu'il revêtait un caractère organique, visait à empêcher le report de la dette sociale sur les générations futures.

Le « tarif » des futures reprises de dette par la Cades

La mise en œuvre de l'article 20 de la loi organique du 2 août 2005 a conduit la Cades à estimer le montant de ressources supplémentaires nécessaires au transfert de nouvelles dettes, à l'aide d'un modèle d'adossement actif-passif de la caisse.

Ainsi, le « tarif » qui a été déterminé pour la dernière reprise de dette intervenue à la fin de l'année 2008 et au début de l'année 2009 était de 0,07 point de CRDS par tranche de 10 milliards d'euros de dette. Ayant exclu toute augmentation des prélèvements, le Gouvernement a proposé de transférer une part de la CSG affectée au FSV à la Cades. Celle-ci a alors évalué à 0,189 point de CSG la ressource nécessaire au transfert de la dette de 27 milliards d'euros accumulée à la fin de l'année 2008. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a affecté 0,2 point de CSG à la Cades.

Dans la perspective de la reprise éventuelle d'une nouvelle dette sociale, la Cades a calculé les « tarifs » de cette reprise :

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

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

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

Ainsi, plus la reprise de dette interviendra tardivement, plus elle sera coûteuse. La reprise de 50 milliards d'euros de dette en 2011 par la Cades impliquerait d'augmenter la CRDS de 0,425 point, ce qui représenterait pratiquement un doublement de son taux, actuellement fixé à 0,5 %.

Dans les conditions actuelles de reprise de dette, telles qu'elles résultent de la loi organique du 2 août 2005, les transferts de dettes deviendront pratiquement impossibles d'ici quatre à cinq ans.

Compte tenu du coût de plus en plus prohibitif de toute reprise de dette par la Cades au fur et à mesure qu'approchera la date prévue pour l'extinction de la dette sociale, il sera vraisemblablement difficile d'éviter un débat sur une éventuelle prolongation de la durée de vie de la caisse au moyen d'une modification de l'ordonnance de 1996 par le biais d'une loi organique.

En effet, s'il se révèle absolument impossible d'éteindre la dette sociale à l'horizon prévu, il n'est pas certain que la création d'une nouvelle structure de cantonnement serait plus efficace que la prorogation d'un outil qui a fait la preuve de la qualité de sa gestion.

Il reste que supprimer le verrou posé par le législateur organique en 2005 pourrait conduire à une pérennisation durable de la Cades, à une banalisation de la dette sociale et à un report de cette dette sur les

générations futures que le législateur a précisément souhaité empêcher jusqu'à présent.

Dans ces conditions, une éventuelle modification de la loi organique sur ce point ne devrait intervenir qu'en encadrant très strictement la prolongation de la durée d'existence de la Cades, celle-ci devant au minimum être accompagnée d'un transfert de ressources nouvelles, afin de marquer la détermination des pouvoirs publics à conserver un horizon raisonnable pour le remboursement des dettes que provoqueront les déficits en cours de formation.

III. AGIR SANS ATTENDRE LE RETOUR DE LA CROISSANCE

Face à la situation grave et inédite des comptes sociaux, il serait peu responsable de croire qu'une reprise - à une date incertaine - de la croissance suffirait à rétablir les comptes. Retrouver le niveau de croissance antérieur à la crise permettra, au mieux, la stabilisation du déficit au niveau où l'aura porté la récession. Sa résorption, indispensable à la pérennité de la protection sociale, suppose en effet une croissance des recettes durablement supérieure à celle des dépenses. Dans la perspective de la préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, la commission des affaires sociales considère que trois leviers devraient être utilisés pour faire face à la situation actuelle :

- préserver et accroître les recettes de la sécurité sociale, notamment en agissant de manière plus déterminée sur les niches sociales ;

- préparer activement le rendez-vous sur les retraites de 2010, pour qu'il débouche sur une véritable réforme qui ne peut plus être reportée ;

- poursuivre et intensifier les efforts d'économies de l'assurance maladie, en faisant notamment porter l'effort sur l'hôpital. La création des agences régionales de santé (ARS) devra rapidement conduire à des progrès visibles.

A. PRÉSERVER ET ACCROÎTRE LES RECETTES DE LA PROTECTION SOCIALE

Comme le montrent de façon convergente les divers rapports publiés préalablement au débat d'orientation des finances publiques de cette année, l'essentiel de l'aggravation du déficit de la sécurité sociale pour 2009 et 2010 provient d'un manque de ressources, principalement du fait de l'impact de la crise économique.

Néanmoins, au-delà de cette conjoncture particulière et comme cela a été dit précédemment, la question du financement durable de la protection sociale reste plus que jamais posée. Hier, il s'agissait de faire face à un déficit annuel structurel de l'ordre de 10 milliards d'euros ; demain, il s'agira de combler un déséquilibre considérablement dégradé, proche de 30 milliards d'euros.

L'enjeu est donc de pouvoir faire face à des dépenses extrêmement dynamiques dans un contexte financier de plus en plus contraint : le niveau des prélèvements obligatoires a en effet atteint un niveau très élevé dans notre pays, environ 43 points de Pib en 2008, et les marges de manœuvre permises à une économie partie prenante à la mondialisation restent de ce fait limitées.

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

1. Une priorité : préserver les recettes actuelles

La préservation des recettes actuelles de la sécurité sociale suppose, avant tout, de maintenir l'assiette des ressources. Cela signifie qu'une réflexion doit s'engager sur l'ensemble des dispositifs d'exonérations de charges ainsi que sur les divers mécanismes d'exemptions d'assiette.

a) Mieux évaluer les dispositifs d'exonérations de charges

Le développement des dispositifs d'exonérations qui atteignent, on l'a vu, 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 adoptées dans le cadre de la loi Tepas pour favoriser l'augmentation du pouvoir d'achat : exonérations de charges sur les heures supplémentaires et sur les rachats de jours de RTT.

Evolution des exonérations de cotisations

(en milliards d'euros)

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

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

L'annexe 5 au projet de loi de financement fournit le détail de ces exonérations : il présente d'abord une sorte de panorama de l'ensemble des dispositifs d'exonération existants, puis en mesure l'enjeu financier.

**Présentation des dispositifs d'exonération de cotisations
ou de contributions sociales**

- allègement général sur les bas salaires (« réduction Fillon ») ;
- heures supplémentaires et complémentaires (loi Tepas) ;
- mesures visant à promouvoir l'apprentissage, la qualification et les stages ;
- mesures destinées à favoriser l'emploi de publics en difficulté : jeunes et titulaires de minima sociaux ;
- mesures ciblées sur les services à la personne ;
- dispositifs propres à l'emploi dans le secteur agricole ;
- exonérations ciblées sur certains territoires (zones de revitalisation rurale ou urbaine, zones franches urbaines, Dom) ;
- exonérations ciblées sur certains secteurs d'activité (hôtels, cafés, restaurants, jeunes entreprises innovantes, marins salariés) ;
- exonérations applicables aux travailleurs non salariés non agricoles.

Dans le document annexé au projet de loi de financement pour 2006, ces dispositifs étaient au nombre de quarante-six ; il y en avait cinquante-quatre dans l'annexe au projet de loi de financement pour 2007, soixante et un dans le document annexé au projet de loi de financement pour 2008 et soixante-cinq dans l'annexe 5 du projet de loi de financement pour 2009. Cette progression témoigne parfaitement du recours sans cesse croissant au mécanisme d'allègement de charges, pour des raisons qui ne tiennent pas uniquement à la politique de l'emploi mais parfois à la simple commodité ou à l'affichage.

On constate par ailleurs que **la quasi-totalité des niches sociales créées depuis 2004 n'est pas compensée**. Compte tenu de leur conséquence en termes de manque à gagner pour les finances de la sécurité sociale - manque à gagner en progression sensible depuis 2004 malgré une relative stabilisation en 2008 et 2009 -, cela signifie que l'Etat fait le choix délibéré de **mettre à la charge de la sécurité sociale des politiques qui sont de sa responsabilité**.

Or, la multiplication des dispositifs d'exonération et le caractère non systématique de leur compensation sont en contradiction flagrante avec le principe de compensation posé dans l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale. Les règles de bonne gouvernance définies dans le cadre de la loi de programmation des finances publiques devraient néanmoins permettre d'inverser la tendance constatée ces dernières années, comme le souhaite depuis longtemps votre commission qui a maintes fois indiqué qu'il lui paraîtrait **préférable que ces décisions d'allègements relèvent de la compétence exclusive de la loi de financement**.

Dans ses derniers rapports sur la sécurité sociale, la Cour des comptes a mis plusieurs fois en exergue **le caractère coûteux et l'effet parfois incertain des mécanismes d'exonérations de charges sociales**.

En ce qui concerne les allégements généraux, elle recommande dans son rapport de septembre 2008 :

- soit de limiter le bénéfice des allégements aux seules entreprises de moins de vingt salariés, ce qui représenterait une économie de 9 à 10 milliards d'euros ;

- soit de réduire leur seuil de sortie à 1,3 Smic, au lieu de 1,6 Smic actuellement, pour une économie qu'elle évalue à 7 milliards d'euros.

Compte tenu du poids financier de ces allégements, soit 21,2 milliards d'euros prévus pour 2009, montant qui n'a cessé d'augmenter au cours des dernières années, **une évaluation approfondie de leur impact réel en termes d'emplois** est devenue aujourd'hui impérative. L'analyse devrait non seulement porter sur l'emploi mais aussi sur le coût du dispositif et mettre en regard les deux aspects de la question.

Il est donc nécessaire qu'**un large débat, ouvert et transparent, soit lancé sur ce sujet en levant toutes les questions taboues** qu'il peut susciter.

Toutes sortes de pistes devront être abordées, isolément et ensemble, comme le coût du travail, l'emploi non qualifié, la compétitivité économique, la délocalisation d'emplois, les phénomènes de « trappe à bas salaires », de « travailleurs pauvres », le recours au temps partiel, le financement de la sécurité sociale, la soutenabilité d'un financement par l'Etat, les effets d'aubaine, etc. L'analyse ne peut d'ailleurs être uniquement économique : d'autres facteurs interviennent dans le comportement des différents acteurs. Il est par exemple indispensable de déterminer quels sont les secteurs économiques où ce mécanisme est le plus utilisé et d'expliquer pourquoi, dans des secteurs non exposés à la concurrence internationale et au risque de délocalisation, comme la grande distribution, on observe une si grande diffusion du mécanisme des exonérations de charges.

Certes la loi du 3 décembre 2008 en faveur des revenus du travail a entrepris de poser une condition au bénéfice des allégements généraux de charges, mais celle-ci reste encore modeste puisqu'il s'agit seulement de lier leur effectivité à l'ouverture chaque année de la négociation annuelle obligatoire.

C'est pourquoi votre commission avait choisi, lors de la discussion de la dernière loi de financement, de proposer **de réserver le droit aux allégements de charges aux entreprises de moins de cinquante salariés** qui, selon les données de l'annexe 5 du projet de loi de financement, bénéficient de 60 % du montant total des exonérations de charges. Une telle mesure aurait représenté une économie d'environ 7 milliards d'euros.

b) Accroître l'assiette des cotisations

Les divers mécanismes d'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.

Certaines de ces exemptions sont anciennes, comme celles qui concernent l'intéressement et la participation ; d'autres sont plus récentes, par exemple dans le cadre du développement de l'actionnariat salarié ou des aides aux services à la personne. 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 des pertes d'assiette liées à ces mécanismes a été évalué par le Gouvernement à **46,1 milliards d'euros** dans l'annexe 5 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

Montants des exemptions d'assiettes en 2009

(en milliards d'euros)

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

Source : annexe 5 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009

Ce même rapport évalue **la perte de recettes potentielles à 9,4 milliards d'euros**. Cette perte doit naturellement être interprétée avec prudence car elle ne tire pas les conséquences du fait que les employeurs pourraient faire des arbitrages différents si les sommes concernées étaient soumises aux cotisations sociales de droit commun.

Néanmoins, cette estimation est calculée en tenant compte des prélèvements spécifiques existants sur certains de ces dispositifs et du forfait social de 2 % institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. Celui-ci devrait rapporter **410 millions d'euros** cette année.

Poursuivre dans la voie d'une remise en question des niches sociales est une nécessité pour votre commission qui, d'ailleurs, n'avait pas attendu les observations de la Cour des comptes en septembre 2007 pour, dès la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007,

présenter **un amendement visant à remettre en cause l'exonération applicable aux stock options**. Son initiative s'était alors heurtée à l'opposition du Gouvernement. Un an plus tard toutefois, grâce aux observations appuyées de la Cour des comptes, la situation a pu évoluer et une contribution spécifique être adoptée.

De la même façon, à l'automne 2008, votre commission avait proposé au Sénat **un amendement tendant à appliquer un taux faible de cotisation à l'ensemble de l'assiette représentée par les niches**, sorte de cotisation patronale généralisée avec assiette large et taux réduit (*flat tax*). Là encore, elle avait dû faire face à l'opposition du Gouvernement. Mais un an après, dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, et selon la même inspiration, il mettait en place le forfait social de 2 %.

Votre commission avait naturellement approuvé le principe du forfait social puisqu'elle l'appelait de ses vœux, mais elle avait **souhaité en élargir l'assiette** car celle-ci excluait certains dispositifs, en particulier les aides directes diverses consenties aux salariés. Une nouvelle fois, ses propositions ont essuyé un refus du Gouvernement.

Elle en conclut aujourd'hui que les évolutions qu'elle estime nécessaires devraient être possibles dans le cadre de la prochaine loi de financement. Plusieurs pistes pourraient ainsi être envisagées :

- **un élargissement de l'assiette du forfait social ;**
- **un relèvement du taux de ce forfait, dont le montant reste encore très limité par rapport au taux de cotisation de droit commun ;**
- **un relèvement du taux spécifique applicable aux attributions de stock-options et d'actions gratuites ;**
- **une remise à plat de la taxation des indemnités de rupture ;**
- **la taxation des retraites chapeau.**

Sans aller jusqu'au jugement sans appel de la Cour des comptes pour laquelle les niches fiscales et sociales « *ont démontré le caractère obsolète, injuste et inefficace et qui privent l'Etat et la sécurité sociale de ressources importantes* », votre commission est persuadée que **la poursuite d'une remise en cause progressive des niches sociales permettra de mobiliser de façon plus équitable des ressources indispensables pour la sécurité sociale.**

c) Respecter la discipline de la loi de programmation des finances publiques

Votre commission avait proposé d'instituer un **système de validation obligatoire des mesures d'exonération en loi de financement de la sécurité sociale**. Cette préconisation a fait l'objet d'une proposition de loi organique votée par le Sénat le 22 janvier 2008¹.

La loi de programmation des finances publiques a permis de constituer un véritable corpus de règles à suivre dans ce domaine. Votre commission s'en est félicitée et souhaite que dès la prochaine loi de financement les bilans prévus puissent donner lieu à des mesures concrètes.

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

Sur les recettes, plusieurs articles édictent des règles nouvelles qui devraient encadrer plus strictement les modalités de création de nouvelles niches. **Votre commission approuve l'inscription de ces règles de bonne gouvernance dans la loi**. Il importera maintenant de veiller à leur entière application.

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

Afin de respecter les principes énoncés dans la programmation, la loi définit plusieurs règles de bonne gouvernance et d'encadrement des dépenses fiscales et des niches sociales. Ces règles sont inscrites aux articles 10 à 12 de la loi.

L'article 10 fixe le principe de l'interdiction de l'adoption de mesures nouvelles qui auraient pour conséquence la diminution des ressources affectées au budget de l'Etat ou à la sécurité sociale.

Cette contrainte s'apprécie par rapport à un montant défini pour chaque année de la période de programmation.

L'article 11 pose une règle de gage : toute création ou extension d'une niche fiscale ou sociale devra être compensée par la suppression ou la diminution d'une autre de ces niches pour un montant équivalent.

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

Par ailleurs, les dispositifs institués pendant la période de programmation ne seront valables que pendant les quatre années qui suivront leur entrée en vigueur.

¹ 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).

L'article 12 prévoit que, chaque année, avant le 15 octobre, le Gouvernement présente au Parlement un objectif annuel de coût des niches fiscales et sociales, ainsi qu'un bilan des dispositifs créés, modifiés ou supprimés au cours de l'année qui précède. Par ailleurs, dans les trois années suivant l'entrée en vigueur d'une nouvelle mesure, le Gouvernement devra présenter au Parlement un rapport d'évaluation de l'efficacité et du coût de la mesure considérée. Enfin, avant le 30 juin 2011, tous les dispositifs actuellement en vigueur devront avoir été évalués.

d) Clarifier les relations entre l'Etat et la sécurité sociale

Les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale se sont récemment améliorées, en raison d'une rigueur accrue dans la budgétisation des sommes dues à la sécurité sociale.

Néanmoins, après l'apurement d'une dette de 5,1 milliards d'euros par l'Etat en octobre 2007, on observe la reconstitution d'une nouvelle dette de l'Etat envers la sécurité sociale, qui a atteint **3 milliards à la fin de l'année 2008**. Elle est due pour une part importante aux insuffisances de crédits budgétaires destinés à compenser les exonérations ciblées de cotisations.

Selon l'Acoss, en l'absence de tout versement par l'Etat dans le cadre d'une loi rectificative, la dette de l'Etat pourrait atteindre 4,6 milliards à la fin de l'année 2009¹.

Les frais financiers produits par la dette de l'Etat se sont élevés à 130 millions en 2008 et pourraient se monter à 30 millions en 2009, soit environ 20 % du total des charges financières supportées par l'Acoss.

2. Une nécessité : mobiliser des ressources nouvelles

Votre commission est persuadée que des marges existent et que plusieurs pistes peuvent être explorées dans le cadre de la mobilisation de nouvelles ressources en faveur de la sécurité sociale.

a) Ne pas s'interdire de taxer certains prélèvements comportementaux

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

¹ *Audition de Pierre Burban, président de l'Acoss, par la commission des affaires sociales le 2 juillet 2009, cf. p. 98.*

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

- les droits sur le tabac

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

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

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

- les droits sur l'alcool

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

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

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

- la taxation des produits gras ou sucrés

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

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

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

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

b) Instituer un fléchage de la nouvelle fiscalité écologique vers l'assurance maladie

Les groupes de travail du Grenelle de l'environnement avaient proposé la mise en œuvre de taxes écologiques, en particulier la création d'une **taxe carbone**. Le rapport Lagarde sur la TVA sociale proposait, en alternative à la TVA sociale, une **taxe de lutte contre le changement climatique** (taxe « climat-énergie ») qui pourrait servir à financer une baisse du coût du travail par une taxation des émissions de gaz à effet de serre et des pollutions.

Une réflexion est aujourd'hui engagée sur la mise en place d'une **contribution climat-énergie**, à la demande du Président de la République.

Il apparaîtrait tout à fait **légitime qu'une partie au moins du produit de ces taxes soit affectée au financement de l'assurance maladie**, compte tenu des conséquences néfastes des pollutions sur la santé.

c) Engager une réflexion sur l'harmonisation des assiettes de la CSG

A sa création en 1991, la CSG était essentiellement assise sur les revenus du travail et se substituait largement à des cotisations maladie. L'un des objectifs poursuivis pour accroître son efficacité était aussi de faire participer les retraités au financement de l'assurance maladie. Par la suite, elle a été étendue aux revenus du capital, ce qui permet à notre pays de disposer, à l'instar de ses partenaires européens, d'un **outil de financement moderne et dynamique** de la protection sociale.

Dans le cadre de la concurrence fiscale très vive entre les pays de l'Union européenne qui exerce une pression à la baisse sur les coûts salariaux, les Etats sont en effet incités à réduire les cotisations sociales et à recourir, à la place, à la TVA ou à des recettes nouvelles, comme la CSG.

Votre commission a déjà attiré l'attention sur le fait qu'en matière de CSG, **quelques éléments d'assiette peuvent encore être taxés**. De même, l'existence de quatre barèmes différents applicables respectivement aux revenus de remplacement (pour lesquels deux barèmes coexistent), aux revenus d'activité et aux revenus de placement est parfois source d'inégalité. Enfin, les règles applicables à la CSG sont plus hétéroclites qu'un rapide examen ne pourrait le montrer à première vue, ce qui justifierait notamment que quelques effets de seuil sur les revenus des retraités soient corrigés.

Il serait donc souhaitable qu'une réflexion soit engagée sur ce sujet et que les évolutions possibles soient proposées au vote du Parlement. En ce qui concerne la CSG applicable aux revenus des retraités, il conviendra sans doute d'inclure cet élément dans le cadre plus global de la réforme d'ores et déjà prévue pour 2010.

Votre commission rappelle d'ailleurs qu'en tenant compte du rendement important qu'elle produit, la CSG est certainement le moins mauvais impôt auquel on puisse avoir recours. **Une augmentation de ses taux ne serait toutefois acceptable que pour compléter une action drastique et efficace de maîtrise des dépenses et assurer de manière durable, et si possible définitive, l'équilibre des comptes sociaux.**

Enfin, 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**. En raison de la crise, les deux transferts prévus dans le cadre de la dernière loi de financement, à savoir 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, ont dû être reportés ou n'ont pas eu l'effet escompté. Il n'en demeure pas moins que cette voie aussi devra continuer d'être explorée.

B. RÉFORMER LES RETRAITES POUR LES SAUVER

1. 2008 : un rendez-vous manqué

La loi du 21 août 2003 a prévu des rendez-vous quadriennaux destinés à examiner les différents paramètres des régimes de retraite, en fonction des nouvelles données économiques, sociales et démographiques disponibles, afin de procéder ensuite aux ajustements nécessaires. Le rendez-vous 2008 a été le premier de ces bilans d'étape, qui s'échelonnent jusqu'en 2016. Malgré quelques mesures utiles en faveur de l'emploi des seniors et des petites retraites, inscrites dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, ce rendez-vous n'a pas répondu aux attentes, pourtant nombreuses, sur le financement de l'assurance vieillesse.

a) Des avancées louables

L'amplification de la mobilisation pour l'emploi des seniors figurait parmi les priorités du rendez-vous 2008. Cet objectif s'est trouvé concrétisé dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. Celle-ci a posé non seulement des mesures visant à inciter les salariés et les fonctionnaires à prolonger leur activité au-delà de l'âge légal (libéralisation du cumul emploi-retraite, revalorisation de la surcote, suppression des clauses « couperets » dans la fonction publique), mais aussi des mesures incitant les entreprises à mieux intégrer les seniors dans leur politique de gestion des ressources humaines (mise en œuvre d'accords ou de plans d'action en faveur de l'emploi des salariés âgés sous peine de pénalités, suppression de la mise à la retraite d'office).

Le rendez-vous 2008 devait aussi être l'occasion d'accroître l'effort de solidarité envers les retraités touchant des revenus modestes. Après la mesure d'urgence prise en mars 2008, qui s'est traduite par un versement exceptionnel de 200 euros en leur faveur, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, a prévu la revalorisation du minimum vieillesse de 25 % d'ici 2012, recentré le minimum contributif sur les assurés ayant eu de longues carrières faiblement rémunérées et revalorisé les pensions de réversion.

b) Des questions essentielles restées en suspens

Le bilan d'étape n'a, en revanche, pas permis de débloquer les négociations sur le dossier de la **pénibilité**. La loi de 2003 invitait en effet les partenaires sociaux à engager, dans un délai de trois ans, une négociation interprofessionnelle sur la définition et la prise en compte de la pénibilité au travail. Malgré plusieurs cycles de rencontres entre les partenaires sociaux (en 2005, 2007 et 2008), le dossier est actuellement dans l'impasse. Chaque partie semble s'arc-bouter sur sa position. D'un côté, les syndicats souhaitent tirer profit du dossier de la pénibilité pour faire valoir un certain nombre de revendications (contreparties salariales, amélioration des conditions de travail,

effort en matière de prévention, etc.). De l'autre, nombre d'employeurs craignent que les négociations n'aboutissent à donner de trop nombreux gages aux salariés, en termes de compensations.

Composante majeure de la réflexion sur l'allongement de la durée d'activité, la question de la pénibilité ne manquera pas d'être relancée à l'automne, lors de la remise d'un rapport du Conseil économique, social et environnemental sur ce sujet. Les syndicats conditionnent d'ailleurs toute nouvelle réforme paramétrique (augmentation de la durée de cotisation ou report de l'âge légal) à la prise en compte de la pénibilité de certains métiers et à la possibilité, pour les salariés concernés, de partir en retraite avant les autres.

Le rendez-vous 2008 n'a pas non plus tenu ses promesses concernant le **redéploiement des cotisations chômage** au bénéfice des cotisations vieillesse, prévu par la loi de 2003. Pour garantir le financement des retraites d'ici à 2020, son exposé des motifs envisageait en effet des hausses de cotisations vieillesse compensées à due concurrence par des baisses de cotisations à l'assurance chômage afin de ne pas peser sur la compétitivité des entreprises et l'emploi. Ce scénario reposait toutefois sur deux préalables : d'une part, la baisse du chômage, d'autre part, l'accord des partenaires sociaux gestionnaires de l'Unedic sur le principe du redéploiement et la réduction des cotisations chômage.

Alors que Gouvernement avait annoncé le 1^{er} octobre 2008 une augmentation de la part patronale dé plafonnée des cotisations retraite de 0,3 % en 2009, de 0,4 % en 2010 et de 0,3 % en 2011, le fort ralentissement économique et la dégradation du marché du travail l'ont conduit, en janvier dernier, à poser un moratoire à cette augmentation. En 2009, l'opération aurait dû rapporter 1,8 milliard d'euros à la Cnav. En 2012, l'absence de transfert d'un point de cotisation retraite en provenance de l'Unedic priverait la branche vieillesse de 6,5 milliards d'euros.

c) Aucune réponse au besoin structurel de financement de la branche vieillesse

Le bilan d'étape 2008 peut être qualifié de rendez-vous manqué, dans la mesure il n'a apporté aucune réponse pérenne à la question du financement de l'assurance vieillesse. Sa situation financière très dégradée et les perspectives d'aggravation de son déficit à l'horizon 2020-2050 justifient pourtant de trouver rapidement des solutions.

Depuis 2005, la Cnav connaît en effet un creusement rapide de son déficit qui a atteint 5,6 milliards d'euros en 2008, faisant de la branche vieillesse la branche la plus fortement déficitaire pour la deuxième année consécutive. Le déficit record qui vient d'être annoncé pour 2009 (7,7 milliards d'euros) a certes, une cause exceptionnelle - le manque de recettes découlant de la récession -, mais il ne doit pas pour autant masquer

une vérité : les paramètres actuels du régime par répartition ne permettent pas de répondre au besoin structurel de financement suscité par le choc démographique.

Alors qu'en 1960, la France comptait quatre cotisants pour un retraité, elle n'en comptabilise plus que 1,43 pour un retraité. Le ratio démographique devrait continuer à se dégrader dans les décennies à venir en raison du départ massif à la retraite des générations nombreuses nées pendant les Trente Glorieuses. Par ailleurs, ce phénomène est accentué par l'accroissement de la longévité : depuis presque deux décennies, l'espérance de vie à la naissance progresse, en France, d'un trimestre tous les ans. En conséquence, pour financer un volume toujours plus important de pensions, le système de retraite - dans son ensemble - aura besoin de 24,8 milliards d'euros en 2020 (dont 13 milliards pour la seule Cnav) et 68,8 milliards en 2050 (dont 46 milliards pour la Cnav).

2. 2010 : un rendez-vous à ne pas manquer

a) Repenser le contrat social passé entre les générations

Pilier du « modèle social français » hérité de l'après-guerre, le système de retraite par répartition repose sur un contrat social : chaque génération a droit au fait que ses enfants lui assurent une retraite correspondant à celle qu'elle a assurée elle-même à ses parents. Or le vieillissement de la population ébranle les fondements de ce pacte générationnel puisqu'un transfert de revenu inéquitable entre les différentes générations est en train de s'établir : une fraction de plus en plus réduite de la population (les actifs) prend en charge financièrement les besoins d'une fraction de plus en plus nombreuse (les retraités).

Face au risque de voir les jeunes générations refuser de payer indéfiniment des cotisations toujours plus lourdes, sans même la certitude de bénéficier, à leur tour, de la solidarité des générations suivantes, l'équité intergénérationnelle doit être rebâtie. Pour ce faire, il est impératif que le rendez-vous 2010, sur la base d'un examen approfondi de l'ensemble des paramètres du système de retraite actuel, débouche sur des solutions pérennes à même de garantir sa viabilité financière.

b) Quels paramètres activer ?

Dans un système par répartition, quatre leviers d'action peuvent être mobilisés pour piloter les régimes de retraite.

Le premier consiste en une **hausse des cotisations de retraite**. A moins que cette augmentation soit compensée à due concurrence par une diminution d'autres cotisations (cotisations d'assurance chômage par exemple), cette solution semble exclue pour deux raisons. Elle pèserait non seulement sur la compétitivité des entreprises et l'emploi, mais elle aboutirait aussi à taxer plus fortement les jeunes générations que les précédentes.

Le deuxième repose sur une **baisse des pensions de retraite**. Là encore, une telle mesure paraît inenvisageable car elle reviendrait à abaisser le niveau de vie des retraités. Il faut, au contraire, maintenir l'objectif d'un haut niveau de retraite pour les générations actuelles et futures.

Le troisième levier, privilégié jusqu'ici, est l'**allongement de la durée de cotisation** nécessaire pour bénéficier d'une retraite à taux plein. Par ce biais, l'on cherche à inciter les assurés à prolonger leur activité et à retarder leur âge de départ à la retraite. Actuellement, un salarié français peut choisir sa date de départ à la retraite entre soixante et soixante-dix ans, mais il lui faut quarante annuités (quarante et une en 2012) pour bénéficier d'une retraite complète, s'il n'a pas encore atteint l'âge de soixante-cinq ans. La question qui se pose aujourd'hui est donc de savoir si la durée de cotisation ne doit pas être portée à quarante-deux voire à quarante-trois annuités. Une telle réforme nécessite cependant de surmonter l'obstacle du dossier de la pénibilité. Les syndicats n'accepteront pas l'augmentation de la durée de cotisation si, parallèlement, la pénibilité au travail n'est pas prise en compte.

Enfin, le quatrième levier, sans doute le plus controversé, est le **report de l'âge légal de départ en retraite** qui, en France, a été abaissé à soixante ans en 1983. Ce qui à l'époque a été vécu comme un progrès social, entre aujourd'hui en contradiction avec les évolutions démographiques en cours. Alors que l'espérance de vie ne cesse d'augmenter, la période consacrée au travail au cours d'une vie est de moins en moins longue. Selon l'OCDE, en 1960, un homme passait près de trois quarts de sa vie au travail (cinquante ans sur ses soixante-huit ans d'existence). Trente-cinq ans plus tard, en 1995, il n'y consacrait plus que la moitié (trente-huit ans sur soixante-seize ans d'existence). La logique voudrait donc que l'âge légal de départ en retraite soit repoussé, comme l'ont fait plusieurs pays européens (Italie, Allemagne, Royaume-Uni, Pays-Bas).

Cependant, l'utilisation de ce levier se heurte, en France, à un obstacle de taille : le taux d'emploi des seniors, qui est l'un des plus bas des pays développés (38 %). La question du report de l'âge de départ en retraite doit en effet s'apprécier en liaison avec la situation de l'emploi des seniors car un recul de l'âge de la retraite ne conduit pas mécaniquement à un recul équivalent de l'âge de cessation d'activité. Une étude récente de la Drees¹ confirme que l'âge auquel les personnes cessent définitivement d'être en emploi et celui auquel elles liquident un premier droit à la retraite ne coïncident que rarement. Les Français arrêtent de travailler, en moyenne, un an et demi avant de prendre leur retraite (l'âge médian de sortie du marché du travail étant de cinquante-huit ans). Entre-temps, ils sont en invalidité, en préretraite ou au chômage.

¹ *Etudes et résultats n° 692.*

Cette singularité française est liée aux politiques publiques menées depuis la fin des années 1970 : au nom de la sauvegarde de l'emploi, la France a choisi la voie du partage du travail en incitant les salariés les plus âgés à partir en préretraite pour laisser la place aux plus jeunes. Avec la multiplication des mesures d'âge, le travailleur âgé a fini par être considéré comme inemployable. La politique de cessation anticipée d'activité des seniors est devenue une véritable « culture de la sortie précoce », partagée par tous les acteurs du marché du travail, entraînant une spirale d'effets pervers (dépréciation et inaction des seniors). Depuis, les pouvoirs publics ont tenté de revenir sur ces mesures mais, dès que la croissance est en berne, les gouvernements et les entreprises ont à nouveau tendance à recourir à ces dispositifs.

Dans ces conditions, retarder l'âge de la retraite, sans favoriser le maintien dans l'emploi des seniors, aboutirait à créer des demandeurs d'emplois supplémentaires.

Par ailleurs, il faut avoir à l'esprit que l'augmentation de l'âge de la retraite ne peut, à elle seule, résoudre le problème du financement des régimes de retraite. Pour le régime général, le report à soixante-deux ans apporterait 6,6 milliards d'euros en 2020 (sur 13 milliards de besoins), mais seulement 5,7 milliards sur un besoin total de 46 milliards en 2050. Il s'agirait en définitive d'une mesure de court terme.

c) A plus long terme, envisager une réforme non plus seulement paramétrique mais systémique

Au-delà de la nécessité d'une nouvelle réforme paramétrique à brève échéance, il est indispensable de préparer l'étape suivante : réfléchir à d'autres modes de gestion de l'assurance vieillesse (régime par points, comptes notionnels). Le pilotage actuel des régimes de retraite ne pourra en effet enrayer le mouvement de dégradation de la situation financière de la branche vieillesse ni proposer de solution solide face au défi démographique à l'horizon 2020-2050.

Cette situation plaide pour l'engagement d'une réforme de type structurel ou systémique, seule à même de rétablir la confiance des assurés sociaux dans leur système de retraite et de permettre un équilibre financier durable de la branche. La remise par le conseil d'orientation des retraites d'un rapport sur ce sujet, attendu en février 2010, sera l'occasion d'engager un vaste débat public.

C. MAÎTRISER LES DÉPENSES DE SANTÉ

L'assurance maladie, qui avait réduit son déficit de manière significative en quatre ans, ramené de 11,6 milliards d'euros en 2004 à 4,4 milliards d'euros en 2008, verra cet effort anéanti en 2009 sous l'effet de la crise.

Selon la Cnam¹, **le taux de croissance spontanée des dépenses de santé devrait atteindre, pour la période 2009-2012, en moyenne 3,7 % par an, ce qui confirme la tendance lourde à une progression de ces dépenses supérieure à celle de la richesse nationale.**

Il est donc nécessaire de poursuivre une action particulièrement volontariste pour maîtriser les dépenses de santé. Devant la commission des comptes de la sécurité sociale, le ministre du budget et des comptes publics a d'ailleurs estimé possible de limiter à 3 % la croissance annuelle de l'Ondam (3,4 % en 2008).

Hormis la **nécessaire réflexion sur le régime des affections de longue durée (ALD)**, qui constituent la principale source de progression des dépenses d'assurance maladie, deux directions peuvent être explorées et recevoir des réponses concrètes dans le cadre du PLFSS pour 2010.

1. Les économies proposées par la Cnam

En application de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) transmet chaque année au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement un rapport sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie pour l'année suivante.

Selon la Cnam², des économies paraissent possibles dans plusieurs domaines :

- **les services de soins de suite et de réadaptation** représentent environ 100 000 lits et places, dont un peu plus de 40 % en secteur public, un peu moins de 40 % en secteur privé à but non lucratif et 20 % en secteur privé à but lucratif. L'offre est très inégalement répartie sur le territoire et donne lieu à une tarification qui peut varier, pour des cas de gravité comparable, de plus de 50 % ;

- **les dépenses de médicament** sont en France parmi les plus importantes des pays de l'OCDE et se caractérisent par le nombre de doses consommées et la forte pénétration des nouveaux médicaments. Des possibilités d'économies existent encore dans ce secteur, notamment en ce qui concerne la hiérarchisation des traitements ;

- en matière de **dialyse rénale**, les comparaisons internationales montrent que la France se caractérise par le niveau élevé des tarifs et le faible développement de la dialyse à domicile. Des économies de l'ordre de 100 millions d'euros par an paraissent possibles dans ce secteur grâce à une meilleure organisation de l'offre ;

¹ *Audition de Frédéric Van Roeyghem, directeur général de la Cnam, par la commission des affaires sociales le 1^{er} juillet 2009, cf. p. 73.*

² *Idem.*

- dans le domaine des **transports de malades**, la dépense, qui a fortement progressé au cours de la dernière décennie, est très hétérogène et les coûts varient, par patient utilisateur, entre 320 et 852 euros, sans que cette diversité s'explique par des caractéristiques géographiques ou de peuplement ;

- en matière d'**indemnités journalières**, les comparaisons géographiques doivent être faites avec une grande prudence, les risques d'arrêts de travail pouvant varier largement, en fonction du sexe ou de la structure de la population active en termes d'âge, de secteur d'activité, de qualification. Il existe cependant des variétés de pratiques locales qui mériteraient d'être harmonisées, même s'il est très difficile en ce domaine d'élaborer des référentiels et plus encore de les rendre obligatoires.

Enfin, le directeur général de la Cnam a mentionné également les importants gisements de productivité existant dans les établissements de santé, sur lesquels il convient de s'arrêter davantage.

2. La réforme de l'hôpital

Les établissements de santé devront nécessairement participer aux efforts de maîtrise des dépenses, d'importantes possibilités d'économies existant dans ce secteur.

La Cour des comptes a indiqué qu'elle mettra en évidence, dans son prochain rapport sur la sécurité sociale, « *l'existence de multiples gisements d'économies dans tous les établissements par des progrès d'organisation et de fonctionnement* »¹.

De son côté, la Mecss avait, en 2008², montré les insuffisances du pilotage de la politique hospitalière et formulé des propositions tendant à une adaptation de l'offre de soins, à une restructuration des services et du secteur hospitalier sur l'ensemble du territoire, à une meilleure maîtrise du processus de tarification à l'activité, et notamment de la convergence des tarifs.

a) La loi HPST et la création des ARS

Le projet de loi « **Hôpital, patients, santé et territoires** » HPST devrait être prochainement promulgué, après son examen par le Conseil constitutionnel. Ce texte réforme la gouvernance de l'hôpital, crée de nouvelles formes de coopération hospitalière, met enfin en place les ARS, qui disposeront de prérogatives particulièrement étendues pour réorganiser le secteur hospitalier et auxquelles est explicitement assignée la mission de participer à la maîtrise des dépenses de santé.

¹ Audition de Philippe Séguin par la commission des affaires sociales le 30 juin 2009, cf. p. 61.

² Pour une gestion responsable de l'hôpital - Rapport d'information Mecss - Sénat n° 403 (2007-2008) d'Alain Vasselle et Bernard Cazeau.

Ainsi, son article 26, qui définit le rôle et l'organisation des ARS, prévoit notamment que celles-ci :

- contribuent au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ;

- autorisent la création et les activités des établissements et services de santé ;

- veillent à ce que la répartition territoriale de l'offre de soins permette de satisfaire les besoins de santé de la population ;

- définissent et mettent en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et avec la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, les actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et des actions complémentaires. Ces actions portent sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé, en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux.

Les ARS devraient se mettre en place au cours des prochains mois, la désignation d'agents préfigurateurs étant envisagée dès la promulgation de la loi. Elles disposeront d'importants outils pour favoriser la réorganisation du tissu hospitalier.

Selon la Cnam, « *les ARS seront un nouvel outil pour développer la productivité des établissements de santé publics et privés et la Cnam entend être, dans le cadre de la négociation de la convention d'objectifs et de gestion avec l'Etat comme de celui du nouveau contrat pluriannuel prévu par la loi HPST, une force de proposition pour parvenir à une meilleure gestion du risque de santé, y compris dans le domaine des soins hospitaliers* »¹.

La commission des affaires sociales, et notamment sa Mecss, ne manqueront pas de faire le point, le moment venu, sur les conditions dans lesquelles les ARS s'acquittent des missions très étendues qui leur sont confiées.

b) Tarification à l'activité et convergence tarifaire

La convergence des tarifs entre établissements de santé est l'un des moyens qui peuvent permettre de réaliser des économies sans remettre en cause la qualité des soins dispensés. La loi de financement pour la sécurité sociale pour 2005 a ainsi prévu que le processus de convergence entre les tarifs des établissements publics et ceux des établissements privés devrait être achevé en 2012.

¹ Audition de Frédéric Van Roekeghem par la commission des affaires sociales le 1^{er} juillet 2009, cf. p. 73.

La réalisation de cet objectif imposait de disposer d'informations complètes et fiables sur l'importance des écarts de coûts entre établissements et sur les raisons susceptibles de les expliquer. En 2008, la Mecss, dans son rapport sur l'hôpital, a constaté que le retard pris dans la réalisation de ces études, avait bloqué le processus de convergence.

Un récent avis du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) a pourtant montré que ce processus demeure pertinent : « *Le constat de disparités - non justifiées par la nature des charges - entre établissements permet de conclure qu'une meilleure organisation dégagerait des marges substantielles de productivité. L'approche prudente des convergences tarifaires pousse à leur mobilisation* »¹.

Dans cet avis, le Haut Conseil recommande de poursuivre très activement les études sur les différences dans la nature des charges que supportent les établissements, afin d'arriver à un resserrement de l'estimation de l'écart de coûts et d'établir ainsi la ligne de convergence à assurer.

Quelques jours après la publication de cet avis, Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé et des sports, a annoncé un report de 2012 à 2018 de l'achèvement du processus de convergence, mettant en avant la nécessité de réaliser des études complémentaires sur les écarts de coûts entre établissements. **Une telle annonce mérite à tout le moins des explications plus détaillées et justifierait la présentation d'un calendrier ferme et définitif pour la réalisation des études qui restent à conduire.**

Le report effectif de la date d'aboutissement du processus de convergence nécessitant une modification de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, dans sa rédaction résultant de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 devrait permettre d'avoir un débat approfondi sur cette question.

¹ Avis du Hcaam sur la situation des établissements de santé, 23 avril 2009.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I. AUDITIONS

Audition de Philippe SÉGUIN, Premier président, Rolande RUELLAN, présidente de la 6^e chambre, André GAURON et Jean-Philippe VACHIA, conseillers maîtres de la Cour des comptes
(mardi 30 juin 2009)

Réunie sous la présidence de Nicolas About, président, la commission a procédé à l'audition de Philippe Séguin, Premier président, Rolande Ruellan, présidente de la 6^e chambre, André Gauron et Jean-Philippe Vachia, conseillers maîtres de la Cour des comptes sur la certification des comptes de la sécurité sociale et la situation des finances sociales.

Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes, a présenté le rapport de la Cour des comptes, adopté la veille, sur la certification des comptes du régime général de la sécurité sociale, dont la Cour s'est acquittée pour la troisième fois en vertu de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale. La certification consistant à donner une assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives, cet exercice permet d'apporter une indication fiable sur la situation financière et patrimoniale du régime général et une information sincère sur le montant du déficit.

La certification donne par ailleurs à la Cour l'occasion d'analyser systématiquement les procédures de contrôle du régime général et d'évaluer l'efficacité, conduisant ainsi les caisses de sécurité sociale à prendre conscience des risques de leur activité : risques d'erreurs de liquidation ou risques de fraudes aux prestations et aux cotisations par exemple. La dynamique créée par la certification a contribué à accélérer l'effort de mise en place de dispositifs de contrôle interne effectifs. Ainsi, c'est dans le cadre des contrôles liés à la certification que la caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) a repéré, à la fin de l'année 2007, une erreur systématique concernant des millions de retraités liée aux informations envoyées par l'Unedic sur les périodes de chômage assimilées à des trimestres de cotisations retraite. La certification est donc un moteur puissant de développement du contrôle interne et, par là-même, d'une meilleure maîtrise des finances sociales, voire de la qualité du service rendu aux assurés.

Pour la première fois en 2008, les comptes des autres régimes de sécurité sociale ont été soumis à une certification par des commissaires aux comptes. Compte tenu des relations financières complexes existant entre ces régimes et le régime général, la Cour a défini avec leurs commissaires aux comptes un cadre contractuel d'échanges d'informations. Elle a également pris en compte les opinions de ces derniers, notamment le refus de certification des comptes de la mutualité sociale agricole (MSA), dans l'élaboration de ses positions.

Abordant les neuf opinions de la Cour relatives aux cinq branches (maladie, accidents du travail-maladies professionnelles, famille, retraite, recouvrement) et aux quatre caisses nationales (caisse nationale d'assurance maladie [Cnam], caisse nationale d'allocations familiales [Cnaf], Cnav et l'agence centrale des organismes de sécurité sociale [Acoss]), M. Philippe Séguin a signalé le refus de la Cour de certifier les comptes de la branche famille et de la Cnaf, ainsi que ceux de la branche vieillesse et de la Cnav, les autres comptes étant certifiés avec réserves.

A propos de la branche famille et de la Cnaf, il a rappelé que la Cour n'avait pas été en mesure d'émettre une opinion sur les comptes 2006 et 2007 en raison de trop grandes incertitudes sur le contrôle interne. En 2008, elle a pu évaluer beaucoup plus précisément les défaillances du contrôle interne en collaboration avec l'agence comptable de la Cnaf. Cette analyse l'a conduite à refuser de certifier les comptes. Le dispositif de contrôle interne souffre en lui-même de graves insuffisances et ne permet pas de maîtriser suffisamment les risques de fraudes ou d'erreurs de calcul. Plus de 4 % des dossiers d'allocations familiales présentent une anomalie financière, pour un montant significatif. Par ailleurs, les provisions et charges à payer enregistrées au moment de l'inventaire font l'objet d'importantes sous-estimations. Enfin, comme en 2007, le suivi comptable des flux liés à l'assurance vieillesse des parents au foyer n'est toujours pas fiable.

Il reste que des améliorations ont été constatées puisqu'un fichier national des allocataires - le « répertoire national des bénéficiaires » - dont la Cour souhaitait la mise en place depuis plusieurs années, est en cours de déploiement. Les caisses d'allocations familiales (Caf) disposent par ailleurs d'une connaissance plus sûre des ressources des allocataires, données qu'elles obtiennent désormais directement auprès de l'administration fiscale. Enfin, la Cnaf a prévu de revoir complètement en 2009 son dispositif d'analyse des risques de contrôle interne. Ces progrès sont rendus d'autant plus indispensables que la branche va être confrontée à un défi de grande ampleur avec la mise en place du revenu de solidarité active (RSA).

*Evoquant ensuite les comptes de la branche vieillesse et de la Cnav, **Philippe Séguin** a rappelé que la Cour avait certifié les comptes pour 2007 en émettant des réserves, la principale portant sur le caractère potentiellement significatif des erreurs affectant le calcul des pensions de retraite.*

Les travaux d'audit menés depuis lors par la Cour avec le concours de la Cnav ont permis de constater que ces erreurs sont effectivement significatives. Plus de 5,4 % des pensions de retraite calculées en 2008 présentaient une anomalie financière, ce qui correspond en valeur absolue à des montants significatifs. A ces erreurs internes s'ajoutent des défaillances dans le contrôle des données entrantes, c'est-à-dire des flux d'information en provenance des employeurs et des organismes sociaux. Ce problème est à l'origine de la fameuse « erreur » de calcul qui a récemment défrayé la chronique. En 2007, la Cour avait recommandé à la Cnav de formaliser dans une convention avec l'Unedic la nature des données adressées par cet organisme, qui n'était fixée par aucun document. La Cnav a ainsi découvert que le nombre de périodes assimilées, notifié au titre du versement d'indemnités de chômage, était majoré à tort depuis 1992, voire antérieurement. Cette erreur systématique résulte non d'un « bug » informatique, comme on l'a lu dans la presse, mais d'un manque d'attention portée à la nature et à la qualité des données adressées par les organismes sociaux.

Par ailleurs, la Cour a constaté l'absence de rapprochement entre le montant des salaires déclarés par les employeurs pour servir de base au calcul des retraites et le montant des salaires sur la base desquels ils versent leurs cotisations. Dès lors, des cotisations payées peuvent ne pas ouvrir de droits à la retraite tout comme des droits peuvent être ouverts sans paiement des cotisations correspondantes.

Pour autant, des avancées sont à attendre en 2009 dans la mesure où la Cnav connaît mieux les risques encourus grâce aux efforts conduits en matière de contrôle interne.

*A propos de la branche recouvrement et de l'Acoss, **Philippe Séguin** a observé que la Cour avait refusé de certifier leurs comptes pour 2007 en raison d'un désaccord sur un montant de 980 millions d'euros qui minorait d'autant le déficit affiché par le régime général. Le désaccord a été surmonté en 2008 et tous les problèmes relevés par la Cour en 2007 ont fait l'objet d'un plan d'action de la part de l'Acoss. Des progrès sont néanmoins encore possibles et la Cour formule plusieurs réserves qui concernent, comme pour la branche famille, les écritures d'inventaire et l'insuffisance des provisions pour contentieux notamment. Par ailleurs, l'activité de recouvrement a été confrontée en 2008 à un défi majeur avec la mise en place de l'interlocuteur social unique. La montée en charge de ce dispositif a entraîné des difficultés de gestion importantes. Les conséquences financières de certains dysfonctionnements ont pu être chiffrées et intégrées dans les comptes. Pour les autres, en particulier les pertes de recettes liées à l'absence de recouvrement forcé des cotisations ou les difficultés de rapprochement des fichiers de cotisants, la Cour a été amenée à formuler une réserve générale.*

En ce qui concerne, enfin, les comptes pour 2008 de la branche maladie, de la branche accidents du travail-maladies professionnelles et de la Cnam, la Cour les a, comme en 2007, certifiés avec réserves. Des progrès

notables ont été réalisés depuis 2006 dans la performance du dispositif de contrôle interne des branches et de la Cnam, mais des lacunes subsistent concernant, par exemple, les provisions relatives aux paiements aux hôpitaux, les flux d'informations échangés avec les mutuelles ou les règlements aux établissements sociaux et médico-sociaux.

En définitive, les opinions émises par la Cour sur la certification des comptes peuvent paraître traduire une exigence de plus en plus forte de sa part, justifiée par une connaissance plus complète des branches et fondée sur la capacité à chiffrer les conséquences des insuffisances des contrôles. Pour autant, elle a constaté de nombreux progrès qui la confortent dans la conviction que la certification a permis d'engager une démarche salubre d'amélioration du contrôle interne comptable et financier et de rationalisation des processus.

Puis **Philippe Séguin** 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. En 2008, le déficit du régime général s'est établi à 10,2 milliards d'euros, soit un niveau comparable à celui de 2007. Certes, la croissance des charges a été inférieure d'un demi-point par rapport à 2007, mais l'évolution des recettes a également été inférieure en raison des premiers effets de la contraction de la masse salariale. Comme l'Etat, la sécurité sociale a donc abordé la crise financière en situation de déséquilibre structurel et va subir en 2009 les conséquences du décrochage de la masse salariale.

Les branches présentent toutefois des évolutions contrastées :

- le déficit de l'assurance maladie a été stabilisé en 2008 légèrement en dessous de 5 milliards d'euros du fait du ralentissement tant de l'ensemble des dépenses figurant dans l'Ondam (3,4 % en 2008 contre 4 % en 2007) que des seuls soins de ville (2,5 % en 2008 après 4,4 % en 2007) et de l'instauration des franchises sur les remboursements mises en place au 1er janvier 2008. Néanmoins, l'objectif fixé en loi de financement a été dépassé de 860 millions d'euros (il l'avait été de 3 milliards en 2007). Le progrès est donc relatif et encore insuffisant ;

- le déficit de la branche vieillesse continue, en revanche, à s'aggraver puisqu'il a atteint 5,6 milliards d'euros contre 4,6 milliards en 2007, sous l'effet de l'arrivée massive de nouveaux retraités et de la poursuite des départs anticipés consécutifs à la réforme de 2003, qui pèsent pour 2,4 milliards sur les comptes de 2008 ;

- enfin, la branche famille connaît une rechute inquiétante du fait d'une augmentation des prestations de 3,5 %. Excédentaire de 0,2 milliard d'euros en 2007, la branche est redevenue déficitaire de 0,3 milliard en 2008.

L'ampleur du déficit constaté en 2008, ajouté à celui accumulé depuis le dernier transfert de dettes à la Cades ainsi qu'à l'endettement du fonds de solidarité vieillesse (FSV), avait conduit le Gouvernement à prévoir, dans la

loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, une nouvelle reprise de dettes par la Cades pour un montant de 26,9 milliards d'euros. Conformément à la loi organique sur les lois de financement de la sécurité sociale, selon laquelle tout nouveau transfert doit s'accompagner de la ressource nécessaire à son amortissement, 0,2 % de CSG ont été transférés du FSV à la Cades. Or, malgré l'excédent dégagé par le FSV en 2008, il était évident, dès les premiers signes de la crise financière de l'automne dernier, que la dégradation de l'emploi allait à nouveau peser sur les résultats de ce fonds et qu'il n'était pas raisonnable de le priver d'une partie, même faible, de ses ressources. La commission des comptes de la sécurité sociale prévoit ainsi un déficit du FSV de 2,1 milliards d'euros en 2009.

Les modalités retenues pour la reprise de ces nouveaux déficits par la Cades confirment le bien-fondé de la position de la Cour, qui juge prioritaire de rééquilibrer les comptes sociaux pour ne plus continuer d'accumuler des dettes.

En définitive, les comptes sociaux sont dans une situation critique depuis plusieurs années : le choix affiché d'un retour très progressif à l'équilibre des comptes du régime général conduit à l'accumulation d'une dette de plus en plus lourde qu'il faut bien financer par un supplément de recettes affectées à la Cades. Certes, ce choix limite à court terme l'augmentation des prélèvements obligatoires mais ne fait que rendre celle-ci à la fois inévitable et plus importante à plus ou moins long terme.

En ce qui concerne la situation des comptes sociaux pour 2009, il faut constater que le régime général a abordé la crise avec un handicap important. Son déficit devrait s'élever en 2009 à 20,1 milliards d'euros, soit un doublement par rapport au déficit structurel de l'année précédente. Le financement de ce déficit posera un problème dès cette année puisque le plafond des ressources non permanentes auxquelles peut recourir l'Acoss, fixé à 18,9 milliards d'euros en 2009, sera dépassé dès l'automne.

Le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique a assuré que le Gouvernement va procéder par décret à un relèvement de ce plafond, qui risque d'être très élevé en 2010 si aucune autre mesure n'est prise. Or, le recours aux ressources non permanentes pour financer les déficits cumulés du régime général comporte un double risque. D'une part, l'Acoss bénéficie actuellement d'une situation financière caractérisée par des taux d'intérêt à court terme très bas, qui pourrait durer moins longtemps que le portage de déficits croissants. D'autre part, la Caisse des dépôts et consignations a annoncé qu'elle limiterait ses encours au-delà d'un certain montant, ce qui contraindra l'Acoss à émettre des billets de trésorerie, alors même que le marché de ces billets est relativement restreint.

***Philippe Séguin** a alors souligné que la Cour, avec une grande constance, estime que la priorité est le retour à l'équilibre structurel. Or, un déficit structurel appelle des réformes également structurelles qui ont rarement un impact immédiat, ce qui justifie de ne pas en différer la conduite,*

mais pourrait rendre également inévitable, à plus court terme, une hausse des prélèvements sociaux. Des aménagements de prestations sont cependant possibles à brève échéance, qu'il s'agisse du durcissement des conditions d'accès au départ anticipé pour carrière longue, qui a déjà des effets positifs sur les comptes, ou de la mise en cause des majorations de durée d'assurance pour enfants.

Dans la branche famille, la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje) devrait être mieux encadrée. Par ailleurs, les enveloppes qui financent l'action sociale doivent rester limitatives et leur montant respecté. Pour l'assurance maladie, la Cour a montré que les réformes entreprises ces dernières années ont certes permis une meilleure maîtrise des dépenses, mais qu'elles ont entraîné également des coûts pourtant parfaitement évitables. En matière de soins de ville, les franchises participent, au-delà de leur rendement direct, à l'inflexion souhaitée des comportements. Mais elles ne sont pas extensibles, dans la mesure où l'effort de maîtrise est imposé aux seuls patients et, parmi ceux-ci, à ceux qui ne souffrent pas d'une affection de longue durée. A l'opposé, la compensation pour les professionnels de santé de la moindre mesure d'organisation ou de maîtrise des dépenses par des rémunérations complémentaires va à l'encontre de l'objectif recherché, sans gain réel en matière de pratique médicale.

En ce qui concerne l'hôpital, le prochain rapport de la Cour sur la sécurité sociale mettra en évidence l'existence de multiples gisements d'économies dans tous les établissements par des progrès d'organisation et de fonctionnement. La loi de réforme de l'hôpital (HPST), définitivement adoptée par le Parlement, donne de nouveaux outils aux futures agences régionales de santé (ARS) pour accentuer l'effort de réorganisation du tissu hospitalier.

Enfin, la croissance du nombre de patients en affection de longue durée et l'importance de la dépense correspondante (64 % des remboursements en 2007 contre 51 % en 2004), qui ne concerne que 13 % des assurés, n'est pas durablement soutenable. L'explication de cette hausse par le vieillissement de la population, un meilleur dépistage des affections et des traitements à vie de plus en plus coûteux, paraît insuffisante dès lors qu'il est évident, dans le même temps, que les Français vivent plus longtemps en bonne santé.

***Philippe Séguin** a alors évoqué les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale pour souligner que, si l'Etat continue d'apurer ses dettes à l'égard des régimes de sécurité sociale, les insuffisances de crédits ouverts en lois de finances initiales en reconstituent de nouvelles. Ainsi, à la fin de l'année 2008, l'Etat a apuré ses dettes à l'égard de différents régimes autres que le régime général, mais sa dette à l'égard du seul régime général a augmenté de 1,3 milliard d'euros en dépit d'un réel effort pour mieux prévoir en loi de finances initiale les crédits budgétaires nécessaires au financement de l'aide médicale gratuite, de l'allocation aux adultes handicapés ou au remboursement d'exonérations ciblées de cotisations. A la fin de l'année 2008, les dettes de l'Etat à l'égard de l'ensemble des régimes de base s'élevaient à 3,6 milliards d'euros.*

Concluant son propos, il a estimé que la situation financière des régimes de sécurité sociale est sombre. L'impact de la crise sur les recettes s'ajoute à une situation initiale dégradée. Autant la crise justifie la recherche de solutions exceptionnelles, autant le déficit qui existe depuis plusieurs années exige des réformes de fond préparant la sécurité sociale au vieillissement croissant de la population. Compte tenu de la nécessaire progressivité des effets des réformes, il convient, d'une part, de ne pas les différer, d'autre part, de ne pas exclure une augmentation des recettes à défaut de laquelle seront reportés sur les générations futures des déficits de plus en plus considérables.

***Nicolas About, président,** revenant sur le refus de la Cour de certifier les comptes de la Cnaf, a rappelé que cette caisse n'a plus de conseil de surveillance depuis un an, le Gouvernement n'ayant pas pris l'arrêté désignant les membres de ce conseil.*

***Alain Vasselle, rapporteur,** a rappelé que la Cour, dans son rapport sur la certification des comptes de l'Etat pour 2008, a formulé une réserve substantielle à propos de la Cades et appelé de ses vœux une clarification des intentions du législateur, considérant que la Cades devrait être reclassée en participation contrôlée alors qu'elle figure actuellement dans les immobilisations financières de l'Etat en tant qu'entité non contrôlée. Il a souhaité avoir des précisions sur les hypothèses envisageables pour clarifier le statut de la Cades.*

***Philippe Séguin** a fait valoir que la Cades remplit toutes les conditions pour être classée en participation contrôlée de l'Etat. Dans ces conditions, deux options sont ouvertes : l'application stricte des normes comptables et l'intégration de la Cades dans les comptes de l'Etat en tant qu'entité contrôlée, ce qui aura des conséquences sur le bilan et la situation nette de l'Etat, ou le rattachement de la Cades aux comptes de la sécurité sociale, ce qui réduirait l'intérêt du mécanisme de défaisance mis en place en 1996.*

***Alain Vasselle, rapporteur,** a interrogé le Premier président sur les premières conclusions de l'étude entreprise par la Cour sur la gestion de la trésorerie du régime général et la couverture des découverts des régimes de sécurité sociale.*

*Précisant que cette étude figurera dans le rapport de la Cour sur la sécurité sociale qui sera publié en septembre, **Philippe Séguin** a indiqué que quelques conclusions apparaissent d'ores et déjà. Le financement de l'Acoss par la Caisse des dépôts et consignations est moins coûteux que le financement bancaire. Cependant, le recours à la Caisse des dépôts et consignations et l'émission de billets de trésorerie, qui constituent les deux sources de financement de l'Acoss, ne sont pas adaptés à un portage de dettes sur des durées longues. Tandis que la Caisse des dépôts a fixé une limite à ses concours, le marché des billets de trésorerie, sur lequel l'Acoss constitue déjà le plus gros opérateur, est étroit. La Cades est un instrument plus adapté que l'Acoss au portage de dettes sur longue période, mais tout transfert de dettes à*

cet organisme doit s'accompagner d'un transfert de ressources permettant le remboursement. Tant que les taux d'intérêt à court terme demeureront aussi faibles qu'aujourd'hui, le financement de la dette par des ressources à court terme ne posera que des problèmes limités, mais rien ne permet d'affirmer que cette situation va perdurer.

Alain Vasselle, rapporteur, a souhaité avoir des précisions sur les préconisations formulées par la Cour dans son rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques, notamment en ce qui concerne la remise en cause des niches sociales, les effets éventuels de la loi HPST sur la limitation de la croissance des dépenses de santé, les moyens privilégiés de renforcer la maîtrise médicalisée des dépenses à l'hôpital et la prise en charge des affections de longue durée.

Philippe Séguin a rappelé que la Cour s'intéresse depuis fort longtemps aux niches sociales autant qu'aux niches fiscales. Ainsi, dans le rapport qu'elle vient de présenter sur les concours publics aux établissements de crédit, elle invite les pouvoirs publics à préciser le statut de l'ensemble des éléments de rémunération au regard des règles fiscales et sociales plutôt que d'interdire certaines formes de rémunération. Les lois de financement de la sécurité sociale pour 2008 et 2009 ont permis des progrès dans la limitation des niches sociales, qu'il s'agisse de l'adoption de mesures relatives aux stock-options et aux indemnités pour certains départs en retraite, de la création d'un forfait social de 2 % ou de la taxation des parachutes dorés. En revanche, les indemnités de rupture de contrat inférieures à trente fois le plafond de la sécurité sociale demeurent soumises au régime social des indemnités de licenciement alors qu'une plus large part de ces indemnités pourrait être soumise au régime de droit commun. La taxation des stock options et actions gratuites pourrait être accentuée. Les retraites chapeaux, qui concernent plus d'un million de salariés, bénéficient encore d'un cadre fiscal et social très avantageux. Il conviendrait en outre de se rapprocher des taux de droit commun pour les assiettes soumises au forfait social en augmentant le taux de ce forfait. Enfin, les cotisations sociales de l'Etat devraient s'appliquer à une assiette plus proche de la réalité en intégrant les primes.

Pour les retraites, certains avantages familiaux de retraite pourraient être plafonnés, fiscalisés ou réduits. La Cour, après avoir travaillé sur le minimum contributif, s'intéressera prochainement aux durées d'assurance. Sur les affections de longue durée, la Cour n'a pas travaillé récemment sur le sujet, mais la Haute Autorité de santé (HAS) a élaboré différents scénarii en 2007, notamment la modification des conditions d'entrée dans le dispositif d'affection de longue durée ou le remplacement de ce dispositif par le bouclier sanitaire. En ce qui concerne l'hôpital, d'importantes marges de productivité existent, mais les économies envisageables se traduiront très certainement par une diminution des effectifs de la fonction publique hospitalière.

Alain Vasselle, rapporteur, a souhaité connaître la position de la Cour sur la situation du FSV et les conséquences de la suppression du fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (Ffipsa).

Philippe Séguin a rappelé que le FSV a dégagé des excédents en 2007 et 2008, mais que la montée du chômage provoquera mécaniquement une dégradation de sa situation en 2009, aggravée par le transfert d'une partie des ressources de CSG de ce fonds vers la Cades. La suppression du Ffipsa, fonds qui avait été fortement critiqué par la Cour, s'est accompagnée d'un adossement de la branche maladie du régime des exploitants agricoles au régime général et l'attribution de recettes nouvelles à cette branche. Il convient encore de trouver une solution durable au déficit structurel de la branche vieillesse du régime, qui devrait s'élever à 1,2 milliard d'euros en 2009.

André Lardeux a demandé des précisions sur les positions de la Cour à l'égard des comptes de la branche famille et de la Cnaf. Le meilleur encadrement de la Paje passe-t-il par un resserrement des conditions d'accès à cette prestation ou par un renforcement des contrôles de sa distribution ? L'action sociale de la branche famille étant soumise à un budget limitatif, quelle est l'explication des dépassements constatés ? Les erreurs constatées dans les dossiers d'allocations familiales sont-elles majoritairement favorables aux Caf ou aux allocataires ? Enfin, concernant les comptes de la branche vieillesse, à combien le coût de l'adossement à la Cnav du régime de retraite des industries électriques et gazières est-il évalué ?

Rolande Ruellan, présidente de la 6^e chambre, a indiqué que les conditions d'octroi de la Paje devraient faire l'objet d'une vigilance particulière, la montée en charge de cette prestation ne semblant pas s'arrêter pour l'instant. Le budget du fonds national d'action sociale (Fnas) est en principe limitatif, mais les caisses d'allocations familiales ont pris des engagements en termes de financement des dépenses de crèches et se sont trouvées liées pour plusieurs années, ce qui a provoqué des dépassements d'enveloppe avant qu'une correction soit opérée. Enfin, à propos des erreurs constatées dans les dossiers d'allocations familiales, l'essentiel n'est pas, pour la Cour, le montant des pertes provoquées par ces erreurs pour une caisse ou pour les allocataires, mais l'efficacité des systèmes de contrôle interne mis en place par les différentes caisses.

Jean-Philippe Vachia, conseiller maître à la Cour des comptes, a précisé que les erreurs dans les dossiers d'allocations familiales provoquent une perte, sans doute sous-estimée, de 300 millions d'euros pour la Cnaf. L'adossement du régime des industries électriques et gazières augmente le déficit de la Cnav à hauteur de 262 millions, compte étant tenu des particularités du traitement comptable de la soulte due par les entreprises de ces industries, dont une partie est gérée par le fonds de réserve des retraites pour le compte de la Cnav.

Dominique Leclerc est revenu sur l'erreur, récemment constatée par la Cnav, sur les périodes de chômage assimilées à des trimestres de cotisations retraite pour s'étonner que les systèmes informatiques de la Cnav et de l'Unedic ne soient pas compatibles et que, au sein même de certaines caisses, certains services ne soient pas dotés des mêmes systèmes informatiques. Il a souligné, en outre, le poids très lourd du dispositif de départ anticipé pour carrière longue dans les comptes de la Cnav.

Philippe Séguin a fait observer que, si les problèmes informatiques peuvent provoquer de graves erreurs, l'affaire mentionnée par Dominique Leclerc s'explique par une insuffisance de contrôle interne de la Cnav à l'égard des données qui lui sont transmises par d'autres organismes.

Evoquant la mise en place des franchises médicales, **François Autain** a rappelé que les sommes dégagées grâce à celles-ci étaient censées servir, non à réaliser des économies mais à faire face à des enjeux de santé publique importants tels que le cancer ou la maladie d'Alzheimer. Ne peut-on craindre que les économies immédiates qui en résultent ne se traduisent, à terme, par des dépenses plus importantes, certains patients renonçant aux soins primaires mais recourant ultérieurement à une hospitalisation et à des soins lourds qui auraient pu être évités ?

Philippe Séguin a tout d'abord observé que la Cour ne peut émettre d'avis sur la légitimité des décisions prises par les pouvoirs publics en matière de santé publique. La recherche d'un éventuel impact négatif sur les finances sociales de la mise en place des franchises relève de l'évaluation des politiques publiques, récemment consacrée lors de la révision constitutionnelle de 2008, et non de l'audit de performance tel que le pratique régulièrement la Cour. Peut-être celle-ci sera-t-elle conduite à l'avenir à assister le Parlement dans cette mission d'évaluation, mais elle devra alors s'entourer d'autres compétences, en particulier médicales.

Alain Gournac a constaté que plusieurs des réserves émises par la Cour à propos de la certification des différentes branches du régime général sont liées à d'importantes erreurs dans le versement des prestations. Ces erreurs étant aggravées par des fraudes, comment peut-on progresser dans ce domaine ?

Sans nier l'importance de la lutte contre les abus et les fraudes, **Philippe Séguin** a considéré que la disparition de toutes les erreurs et fraudes constatées dans le fonctionnement de la sécurité sociale ne corrigerait pas pour autant le grave problème de déficit structurel que connaissent les comptes sociaux.

Christiane Demontès a questionné le Premier président sur l'efficacité des outils de contrôle mis en œuvre par les différentes branches du régime général. Eu égard à la situation de plus en plus dégradée de la branche vieillesse, ne serait-il pas pertinent de créer, dès à présent, le cinquième risque pour mieux distinguer ce qui relève de la retraite de ce qui relève de la prise en charge sanitaire au titre de la dépendance ?

Philippe Séguin a souligné que les instruments de contrôle mis en œuvre par les différentes caisses marquent d'incontestables progrès, mais qu'il est nécessaire que la Cour demeure vigilante pour que l'effort ne se relâche pas.

Jean Desessard s'est interrogé sur la compatibilité du système de protection sociale mis en place au lendemain de la Seconde Guerre mondiale avec une politique libérale et ouverte au marché, telle que celle qui est aujourd'hui conduite.

Philippe Séguin a constaté que, pour l'assurance maladie, l'objectif doit être de rechercher en permanence les moyens d'assurer la compatibilité entre un système de protection généralisée et un système de distribution des soins fondé sur les principes de liberté, cette compatibilité n'étant pas spontanée.

Gilbert Barbier a souhaité savoir si les différentes caisses ont mis en place des instruments de lutte contre les fraudes et les abus suffisamment efficaces.

Nicolas About, président, s'est demandé si les responsables de ces caisses ne se doutaient pas, depuis fort longtemps, de l'existence et de l'importance des abus et des fraudes.

Philippe Séguin a confirmé que d'importants progrès, probablement trop tardifs, ont été faits dans la lutte contre les abus et les fraudes, celle-ci devant encore être accentuée, notamment dans un souci d'équité entre les usagers.

Rolande Ruellan, évoquant les travaux de la Cour sur les fraudes dans les différentes branches, a indiqué à son tour que beaucoup de progrès ont été accomplis sous l'impulsion du Gouvernement. Pendant longtemps, les différentes branches, à l'exception de la branche recouvrement, étaient peu sensibilisées à cette question. La branche maladie s'est cependant bien organisée pour lutter contre les fraudes. En revanche, pendant longtemps, la branche famille n'avait pas de fichier national des allocataires.

Jacky Le Menn s'est demandé pourquoi, lorsque la HAS formule des recommandations pour le traitement de certaines pathologies, elle ne fournit pas d'étude économique sur les coûts comparatifs des différents traitements de la pathologie. Ce type d'action ne permettrait-il pas d'importantes économies dans le secteur ambulatoire ?

François Autain a jugé nécessaire que la Cour se penche sur les conditions de mise en circulation et de remboursement des médicaments. 80 % des médicaments mis sur le marché chaque année ne permettent aucun progrès dans le traitement des pathologies alors qu'ils sont vendus plus chers que les médicaments existants.

Alain Vasselle, rapporteur, a relevé que la Cour mentionne des niveaux d'erreurs significatifs dans le cadre de la certification des comptes, sans toujours préciser le montant de ces erreurs. Il a demandé si cette démarche est volontaire et si des montants chiffrés figurent dans le rapport. Evoquant l'adoption, contestable à son sens, d'un amendement du Gouvernement autorisant, dans la loi HPST, l'AP-HP à présenter des budgets en déséquilibre, il s'est demandé s'il ne conviendrait pas de rechercher les moyens de permettre à la Cour de refuser de certifier des comptes en déséquilibre.

Philippe Séguin a constaté que la législation actuelle n'autorise pas la Cour à refuser de certifier les comptes au motif qu'ils sont déséquilibrés. La réalisation des études d'impact, telles qu'elles sont désormais prévues par la Constitution, peut permettre des progrès dans ce domaine en garantissant une information fiable au Parlement sur les conséquences financières des mesures qui lui sont proposées. A propos de la certification des comptes, il a souligné que celle-ci repose sur un faisceau d'indices et non sur le seul niveau des erreurs constatées. Ainsi, la Cour refuse toute discussion sur un éventuel seuil de signification, en deçà duquel les comptes seraient systématiquement certifiés.

Rolande Ruellan, répondant à Jacky Le Menn, a précisé que la HAS est désormais habilitée à réaliser des études médico-économiques et que la Cour procédera prochainement à un contrôle de cette autorité. D'ores et déjà, la HAS a réalisé d'importants travaux en matière de référentiels pour le bon usage, qui sont appelés à se développer encore. Enfin, les précédents travaux de la Cour sur le médicament montrent que, effectivement, un grand nombre de médicaments mis sur le marché à des prix supérieurs aux traitements existants n'apportent aucun progrès thérapeutique.

Audition de Frédéric VAN ROEKEGHEM, directeur général de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam), accompagné de Jean-Marc AUBERT, directeur délégué à la gestion et à l'organisation des soins, de la Cnam
(mercredi 1^{er} juillet 2009)

Réunie sous la présidence de Nicolas About, président, la commission a entendu, sur l'état des comptes de la sécurité sociale, Frédéric Van Roekeghem, directeur général de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam), accompagné de Jean-Marc Aubert, directeur délégué à la gestion et à l'organisation des soins de la Cnam.

Evoquant la certification, avec réserves, par la Cour des comptes, des comptes de la Cnam, Frédéric Van Roekeghem, directeur général de l'Uncam et de la Cnam, a salué l'esprit positif dans lequel se déroule le processus de certification, qui offre l'occasion d'améliorer la comptabilité analytique et de développer les systèmes informatiques de la Cnam.

La certification des comptes, si elle rend compte de l'effort de la Cnam pour produire des comptes sincères, ne doit cependant pas occulter le problème principal qui est celui de l'équilibre général des comptes sociaux.

Alors que le conseil de la Cnam et celui de l'Uncam sont à la veille de présenter leurs propositions sur les charges et produits d'assurance maladie pour l'année 2010, il convient de rappeler les tendances et les facteurs de l'évolution des dépenses de santé.

En fonction des évolutions tendanciennes, le taux de croissance annuelle spontanée des dépenses de santé devrait être, pour la période 2009-2012, en moyenne de 3,7 % par an en volume, c'est-à-dire hors application d'éventuelles modifications du prix des prestations. Cette estimation confirme la tendance lourde à une croissance de ces dépenses supérieure à celle de la richesse nationale.

On connaît les causes de cette dynamique : la croissance plus rapide des pathologies lourdes et l'intensification des soins.

En 1992, la proportion des dépenses liées aux pathologies lourdes prises en charge au titre des affections de longue durée (ALD) représentait 50 % de la dépense totale. Cette proportion est aujourd'hui supérieure à 60 % et pourrait atteindre 70 % en 2015. Selon des études en cours, il semblerait que la stabilité du taux de prise en charge moyen observée depuis une quinzaine d'années puisse s'expliquer, en dépit de la baisse du taux de prise en charge des populations en ALD et hors ALD, par un effet de moyenne dû à la croissance des ALD.

L'intensification des soins, deuxième facteur majeur d'évolution des dépenses, est beaucoup plus rapide pour les pathologies lourdes ou chroniques, qui sont à l'origine de 84 % de la croissance totale du volume des soins, dont 30 % pour les pathologies cardio-vasculaires, 20 % pour les cancers et 14 % pour les pathologies psychiatriques et neurologiques, y compris les affections liées à l'âge et la maladie d'Alzheimer. L'augmentation en volume des médicaments tire vers le haut cette croissance : ainsi, la pharmacie représente 13 % de la croissance des dépenses pour les cancers en raison de l'apparition de médicaments nouveaux disponibles initialement dans le cadre hospitalier puis en officine de ville. Les dépenses liées aux traitements nouveaux ne se traduisent cependant pas toujours par un équilibrage plus efficace des pathologies comme on a pu le constater dans le cas de l'asthme, où les traitements nouveaux ont représenté ces dernières années des dépenses de l'ordre de 250 millions d'euros. Ceci met en évidence l'importance de la question du rapport qualité-prix, qui sera un sujet majeur dans les années à venir.

Mais l'intensification des soins tient aussi au développement de la demande. Dans le domaine de la chirurgie fonctionnelle, le nombre des prothèses de hanche a progressé de 40 % entre 1998 et 2007, celui des interventions sur les ligaments du genou de 50 %, celui des cataractes de 60 %, progressions qui excèdent largement celles que l'on peut imputer à des raisons démographiques.

On dispose donc désormais d'une vision assez claire des moteurs du développement des dépenses, ce qui constitue une bonne base pour déterminer les mesures à prendre.

***Frédéric Van Roekeghem** a également relevé l'évolution plus rapide en ville qu'à l'hôpital des dépenses en volume de médicaments. Ce transfert de l'hôpital vers la médecine de ville, qui n'est pas en lui-même une mauvaise chose, tient au fait que pour certaines pathologies, cancers ou affections cardio-vasculaires, l'accès à certains traitements est devenu possible en officine de ville.*

On assiste aussi à une nette augmentation du nombre des patients traités, qui tient, à côté de facteurs épidémiologiques - c'est le cas du diabète - à l'évolution des politiques et des pratiques de soins, comme le dépistage, et à des effets d'offre.

On peut s'interroger sur l'efficacité du recours au « bouclier sanitaire » pour régler le problème de la dynamique des dépenses. Le bouclier sanitaire s'analyse en effet comme un mécanisme de réassurance au-delà d'un certain montant de dépenses, éventuellement variable en fonction du revenu, tandis que le système des ALD correspond à une réassurance fondée sur la gravité de la pathologie, en quelque sorte sur la « sinistralité ». Mais, au final, que le mécanisme de réassurance soit fonction du montant des remboursements ou de la pathologie, c'est toujours le réassureur qui supportera la dynamique de la dépense, liée aux sinistres lourds, et si les paramètres du bouclier sanitaire évoluent au même rythme que l'inflation, on ne changera pas la dynamique de la dépense.

Il ne paraît donc pas possible de rééquilibrer le régime général en recourant au bouclier sanitaire. De surcroît, tout le poids de ce mécanisme pèserait sur les personnes modestes atteintes de maladies graves, qui seraient les plus touchées par les relèvements de seuil.

Le bouclier sanitaire peut en revanche être utilisé à d'autres fins, par exemple pour alléger le reste à charge (RAC) des patients aux revenus les plus bas, mais en tout état de cause son financement reposera sur les assurés à revenus modestes, à l'instar de celui de l'impôt, toujours assuré par les classes les plus nombreuses, donc les plus modestes.

Ceci étant, s'il existe des tendances lourdes à la croissance des dépenses qu'il ne paraît pas possible de changer, cela ne veut pas dire que l'on ne peut rien faire.

***Frédéric Van Roekeghem** a détaillé à cet égard les inflexions constatées dans l'évolution annuelle moyenne des dépenses de santé entre la période 1998-2003 et la période 2003-2009.*

Pour l'ensemble des soins de ville, l'augmentation annuelle moyenne en valeur était de 7 % par an sur la première période, mais de 3,3 % seulement sur la seconde, soit, sur cinq ans, une économie comprise entre 2 et 2,5 milliards d'euros, équivalente à un point de contribution sociale généralisée (CSG). Pour les honoraires médicaux, hors dépassements (dont le rythme annuel de progression a lui-même baissé, passant de 10 % à 5 %), ces taux d'évolution ont été respectivement de 4,3 % et 2,2 % ; de 7 % et 6 % pour les honoraires des auxiliaires médicaux ; de 9,1 % et 6,5 % pour les transports sanitaires ; de 7,2 % et 2 % pour les dépenses de biologie (qui pendant trois années consécutives ont baissé de 100 millions d'euros par an) ; de 8,2 % et 1,8 % pour les arrêts maladie ; de 7,9 % et 3,3 % pour les médicaments ; de 7 % et 4,9 % pour les cliniques ; de 4,4 % et 3,3 % pour les hôpitaux publics. Le secteur médico-social est le seul dans lequel les dépenses moyennes annuelles ont crû plus vite (8,9 %) entre 2003 et 2009 qu'entre 1998 et 2003 (6,6 %).

Certes, ces progrès n'ont pas tout réglé, mais on peut estimer que si la gestion des dépenses avait été la même entre 1998 et 2003 qu'entre 2003 et 2009, le déficit de l'assurance maladie aurait été effacé : l'effort de redressement des cinq dernières années a en effet permis de le ramener de 11,7 milliards d'euros en 2004 à 4,4 milliards d'euros en 2008.

*L'effondrement des recettes consécutif à la crise remet en cause le résultat de cet effort : **Frédéric Van Roekeghem** a souligné à cet égard l'importance du déficit prévu pour 2009, récemment estimé par la commission des comptes de la sécurité sociale à 9,4 milliards d'euros.*

Dans ce contexte, le problème de la soutenabilité des dépenses publiques se posera avec une acuité nouvelle : certes, pour l'instant, tous les pays sont dans la même situation, mais certains réagiront peut-être plus vite que d'autres pour rééquilibrer leurs déficits publics, et la question de l'efficacité du système de soins sera alors un des éléments fondamentaux que l'on ne pourra écarter.

Il existe certes des marges de manœuvre, que l'on peut même estimer importantes, mais dont l'utilisation ne sera pas facile.

Dans le secteur de la médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), après le débat sur la loi « HPST », on ne peut pas ne pas citer le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), qui évalue à 26 % l'écart « facial » entre les tarifs des secteurs public et privé, l'écart entre établissements au sein de chacun de ces secteurs étant vraisemblablement du même ordre.

Pour la Cnam, une partie de ces écarts tient à des différentiels de productivité qu'il faut réduire par une meilleure organisation des établissements publics et privés, ce qui est possible en conciliant la qualité du résultat médical et une meilleure maîtrise des coûts. La mise en place des agences régionales de santé (ARS) devrait contribuer à y parvenir. On peut ainsi envisager, suivant l'exemple des pays étrangers, un développement des interventions en ambulatoire, auxquelles 85 % des patients sont favorables et qui permettent de réaliser, avec une excellente qualité médicale, une économie annuelle de 100 millions d'euros. Il faut aussi poser la question de l'utilisation des plateaux techniques lourds, qui peut varier de un à deux selon les établissements. Les ARS seront un nouvel outil pour développer la productivité des établissements de santé publics et privés et la Cnam entend être, dans le cadre de la négociation de la convention d'objectifs et de gestion avec l'Etat comme de celui du nouveau contrat pluriannuel prévu par la loi HPST, une force de proposition pour parvenir à une meilleure gestion du risque de santé, y compris dans le domaine des soins hospitaliers.

***Frédéric Van Rookeghem** a ensuite indiqué que la Cnam a inclus cette année dans son rapport une réflexion sur les soins de suite et de rééducation (SSR) qui sont un secteur très important pour les patients, surtout dans la perspective de la réorganisation des parcours de soins et d'une amélioration de la qualité et de la gestion des services de soins.*

Ces services représentent environ 100 000 lits et places, dont un peu plus de 40 % en secteur public, un peu moins de 40 % en secteur privé à but non lucratif et 20 % en secteur privé à but lucratif.

Cette offre est très inégalement répartie entre les départements et les régions : elle varie entre 0,4 et 9,36 lits ou places pour 1 000 habitants. Cette constatation invite à la modestie sur les problèmes de démographie médicale et d'implantation des services de soins, qui sont très loin de se limiter à la répartition des professionnels libéraux et concernent d'ailleurs, dans le cas des infirmiers, aussi bien les professionnels salariés que les libéraux. Elle

pose la question de savoir, quand on planifie, si on planifie bien et de manière adaptée aux besoins de la population. Une deuxième question à soulever est celle de la tarification, qui peut varier, pour des cas de gravité comparable, de plus de 50 %. L'exemple des établissements, à but non lucratif, gérés par la sécurité sociale, illustre l'effet positif sur leur compétitivité des contraintes budgétaires imposées par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH). Pour y faire face, les établissements ont consenti des efforts d'organisation et diminué le taux d'encadrement par lit, ce qui est compatible avec un service de qualité à condition que les locaux soient adaptés et donc, en général, relativement récents. Il faut aussi que les établissements soient bien informatisés, afin de pouvoir anticiper l'arrivée des patients.

Enfin, il est nécessaire de ne pas faire obstacle au développement des établissements par des objectifs quantifiés d'offre de soins (OQOS) qui organisent parfois de façon artificielle les parts de marché et limitent souvent la capacité d'accueil des structures les plus performantes et offrant un bon rapport qualité-prix : la Cnam a d'ailleurs proposé l'an dernier, mais en vain, la remise en cause des objectifs quantifiés. Cette proposition n'avait pourtant rien de novateur : beaucoup de pays voisins ont déjà mis en place des systèmes de pilotage de l'offre fondés sur la qualité du service et le rapport qualité-prix.

Estimant inutile d'insister sur le sujet du médicament, bien connu de la commission, **Frédéric Van Roekeghem** s'est ensuite félicité du succès rencontré par le nouveau « contrat d'amélioration des pratiques individuelles » (Capi) : 30 % des médecins contactés par les délégués de l'assurance maladie adhèrent au contrat dès la première visite et 12 % seulement refusent de le faire. En réponse à une question d'**Isabelle Debré**, il a indiqué que ce refus est généralement motivé par la position prise par le conseil national de l'ordre sur ce contrat, qui « interpelle » certains médecins. Il semble donc que l'objectif de diffusion de ce contrat sera dépassé dès avant les vacances d'été.

Interrogé par le **président Nicolas About** sur la position des médecins qui n'acceptent ni ne refusent le contrat dès la première proposition, **Frédéric Van Roekeghem** a répondu que 20 % environ ont souhaité prendre le temps de réfléchir. Il a ensuite précisé que le Capi s'analyse comme un système de capitation aux résultats, les médecins signataires s'engageant à respecter les objectifs de prévention définis par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, en matière par exemple de dépistage du cancer du sein et de iatrogénie médicamenteuse. La rémunération, en principe de 7 euros par an et par patient ayant choisi le médecin comme médecin traitant, est fonction des résultats obtenus pour les différents indicateurs retenus. On doit noter cependant que ce n'est pas la rémunération mais l'amélioration des résultats de santé publique qui est la principale motivation de l'adhésion au Capi : ce contrat est d'ailleurs soutenu par le directeur général de la santé.

Passant en revue les domaines où peuvent exister des marges de manœuvre, **Frédéric Van Roekeghem** a évoqué, hormis le secteur du médicament dans lequel existent encore des possibilités d'action, notamment en ce qui concerne la hiérarchisation de traitement, la dialyse rénale, les transports de malades et les indemnités journalières.

En ce qui concerne la dialyse, les comparaisons internationales font apparaître que la situation française se caractérise par le niveau élevé des tarifs et le faible développement de la dialyse à domicile, qui comporte pourtant des avantages en termes d'adaptation du traitement, d'autonomie et de qualité de vie du patient mais aussi de coûts : le coût moyen annuel de la dialyse à domicile (dialyse péritonéale ou hémodialyse) est de l'ordre de 50 000 euros, celui de l'autodialyse en centre de 60 000 euros et celui de la dialyse en centre d'hémodialyse de 80 000 euros. On pourrait sans doute réaliser dans ce secteur des économies de l'ordre de 100 millions d'euros par an, à condition d'organiser l'offre.

Dans le domaine des transports de malades, la dépense, qui a fortement progressé au cours la dernière décennie, est très hétérogène et les coûts annuels varient, par patient utilisateur, entre 320 et 852 euros, sans que cette diversité s'explique, comme on pourrait le penser, par des caractéristiques géographiques ou de peuplement.

Les indemnités journalières (IJ) sont accordées au titre des risques maladie et accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP). L'action menée par l'assurance-maladie a été centrée, pour les arrêts maladie, sur les prescripteurs et les assurés mais entend prendre en compte aussi la dimension de l'employeur. Des analyses sont en cours sur les taux d'IJ par branche professionnelle et l'on constate, dans certaines branches, des corrélations entre les arrêts maladie et les arrêts AT.

Les IJ sont un sujet très compliqué, les risques d'arrêts de travail pouvant varier largement, par exemple en fonction du sexe : les femmes et les hommes n'ont pas d'arrêts de travail pour les mêmes raisons médicales, ni aux mêmes périodes de la vie. D'autres disparités peuvent tenir à la structure de la population active en termes d'âge, de secteur d'activité, de qualification. Mais l'on constate aussi des variétés de pratiques locales que font apparaître les analyses par pathologie : la durée d'arrêt pour une appendicectomie peut ainsi varier de dix-sept à vingt-cinq jours selon le département, de trente à plus de quatre-vingt-dix jours pour les lésions internes du genou : il y a donc des diversités relevant d'usages qu'il conviendrait d'harmoniser.

Mais il est très difficile d'élaborer des référentiels et plus encore de les rendre obligatoires : on peut fort bien comprendre que la durée d'un arrêt de travail puisse varier selon la nature et la pénibilité de ce travail. Il serait cependant souhaitable de parvenir, par voie de recommandations et en fonction de critères médicaux et professionnels, à une plus grande homogénéité de traitement sur l'ensemble du territoire, ainsi qu'à la localisation et à la prévention des abus.

Alain Vasselle, rapporteur, a demandé des précisions sur les moyens d'améliorer le taux de réalisation des mesures de maîtrise médicalisée des dépenses, que le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de santé évalue à 60 % environ, et pour renforcer, comme l'a souhaité le ministre chargé des comptes publics, le contrôle des IJ.

Il a interrogé Frédéric Van Roekeghem sur le chiffrage des économies qui pourraient résulter de l'utilisation des « marges de manœuvre » indiquées, sur ce que l'on peut attendre de l'action des ARS, qui semblent être chargées d'accomplir tout ce que la Cnam n'a pu réaliser, ainsi que sur la possibilité de parvenir, en dépit de la crise, au rééquilibrage des dépenses d'assurance maladie en 2012.

Il a également souhaité savoir quel peut être l'aboutissement de la négociation sur le secteur optionnel dans le délai imposé par l'amendement à la loi « HPST » adopté en commission mixte paritaire à l'initiative de l'Assemblée nationale.

Il a voulu connaître l'état des réflexions de la Cnam sur la prise en charge des ALD, évoquant le souhait du Président de la République de confier de nouvelles responsabilités en ce domaine aux organismes d'assurance maladie complémentaire.

Il s'est interrogé sur les raisons pour lesquelles il a été facturé une journée d'hospitalisation entière à un patient admis à 23 heures 30 pour des soins chroniques et il a demandé confirmation, relayant une question de Marie-Thérèse Hermange, du fait qu'une personne en arrêt de travail pendant trois années consécutives passe automatiquement au régime de l'invalidité.

Raymonde Le Texier a demandé à quoi correspond l'écart tarifaire entre établissements de santé publics et privés : le tarif s'entend-il du coût global de la prise en charge, de l'entrée du patient à sa sortie de l'établissement ou de la tarification d'une intervention ? Elle a noté que, selon son expérience personnelle, le montant des prestations que les établissements privés facturent à leurs clients et les économies de coûts de personnel résultant de l'entrée en début de semaine de patients que l'on fait ensuite sortir le vendredi, ou au plus tard le samedi, peuvent expliquer que le coût global pour l'assurance maladie des hospitalisations en clinique privée soit inférieur à celui des séjours dans les hôpitaux publics.

Au sujet du Capi, elle a relevé que le développement du dépistage précoce du cancer du sein peut certes représenter à terme une économie, sans parler de son intérêt pour les patientes, mais qu'il occasionne, dans l'immédiat, des dépenses supplémentaires d'assurance maladie. Elle a demandé si le Capi comporte aussi des engagements permettant de faire des économies, par exemple en évitant de multiplier sans nécessité les examens radiologiques ou les analyses biologiques.

A propos de la crise et de ses conséquences sur les recettes des régimes sociaux, elle a souhaité connaître le chiffrage des recettes supplémentaires que représenterait la remise en cause de certains choix politiques, par exemple la suppression des exonérations des heures supplémentaires ou celle des « niches sociales » dénoncées par la Cour des comptes. Elle a voulu savoir si les régions et les départements où le coût des transports de malades est le plus élevé sont aussi ceux où l'on relève certains excès en termes d'arrêts de travail.

Sur les soins ambulatoires et la dialyse à domicile, elle a noté la nécessité de prendre en compte les angoisses ou les malaises que ces pratiques peuvent occasionner à des patients âgés ou vivants seuls.

Enfin, elle a souligné le risque d'explosion des indemnités journalières qui pourrait résulter de la proposition, qui ne semble heureusement pas devoir aboutir, de permettre de faire travailler chez elles les personnes en arrêt maladie.

***Gisèle Printz** a évoqué le cas d'un employeur qui faisait venir travailler en taxi un salarié victime d'un accident de travail pour éviter la déclaration de cet accident et elle s'est interrogée sur la régularité de ce comportement.*

***Sylvie Desmarescaux** a demandé si le Capi est réservé aux médecins conventionnés en secteur 1 et, si tel est le cas, pour quelles raisons.*

***Guy Fischer** s'est inquiété de l'importance des réductions d'emplois dans les organismes d'assurance maladie et de leur incidence sur le fonctionnement des caisses. Il a aussi voulu savoir s'il serait possible de respecter, comme l'a annoncé le ministre chargé du budget, l'Ondam pour 2009.*

***André Lardeux** a déclaré admirer la constance avec laquelle la Cnam s'efforce chaque année de remonter le « rocher de Sisyphe » de la maîtrise médicalisée des dépenses et de réaliser, par-ci par-là, des économies dont le montant ne semble pas en rapport avec celui du déficit. Il a jugé impossible d'échapper à une maîtrise comptable passant par un relèvement des recettes et une réduction des dépenses.*

Il s'est interrogé sur l'imputation à l'assurance maladie, relevée par la Cour des comptes, de dépenses d'hospitalisation relevant des AT-MP et il a demandé confirmation de l'information selon laquelle la Cnam finance des aides à la fourniture de médicaments aux pays en voie de développement depuis l'interdiction des collectes de médicaments usagés.

***François Autain** a estimé que le choix de développer les dialyses à domicile relève d'une approche technocratique qui ne tient pas compte du fait que les malades ont changé. On dialyse désormais des personnes beaucoup plus âgées qu'autrefois et on ne peut pas demander à un patient de quatre-vingts ans de s'autodialyser : la pratique actuelle correspond donc au changement des caractéristiques de la patientèle et son inversion ne serait sans doute pas réalisable dans les faits.*

Il a rappelé que la Cnam a publié, en mars 2008, un bilan des dépenses en 2007 dans le domaine du médicament et il a regretté que ne soit pas paru cette année, à sa connaissance, un bilan identique portant sur l'année 2008. Par ailleurs, selon le premier bilan, 85 % de la croissance des dépenses sont imputables à de nouveaux médicaments dont 45 % n'apportent pas d'amélioration significative du service médical rendu : c'est le cas, par exemple, d'un antiépileptique, le Lyrica, inscrit sur la liste en violation, apparemment, des dispositions de l'article R. 163-5-1-2 du code de la sécurité sociale puisqu'il ne correspond à aucune amélioration thérapeutique et ne permet aucune économie, et dont le coût du traitement journalier est au contraire nettement supérieur à celui d'autres médicaments de la même classe thérapeutique. Regrettant de n'avoir pas obtenu de réponse à la question écrite qu'il avait posée sur ce sujet à la ministre de la santé, il s'est interrogé sur la possibilité de faire des économies si l'on met sur le marché des médicaments beaucoup plus chers que les produits analogues déjà disponibles.

***Jacky Le Menn** a demandé si l'on a constaté que l'hospitalisation à domicile (HAD) permet de réaliser des économies et, dans l'affirmative, s'il est envisagé de la développer et d'élargir le champ des pathologies qu'elle couvre.*

***Marie-Thérèse Hermange** a souhaité qu'il soit possible d'éviter d'entrer à l'hôpital la veille d'une intervention si ce n'est pas absolument nécessaire.*

*Sur le même sujet, le **président Nicolas About** a indiqué qu'il avait envisagé d'imposer, dans le cadre de la loi HPST, que les patients qui doivent être hospitalisés loin de chez eux puissent passer près de leur domicile la visite pré anesthésique, au lieu d'être obligés de se déplacer ou d'être hospitalisés un jour plus tôt. Il n'y a en effet aucune raison que cette visite ne puisse avoir lieu dans un autre établissement, pourvu que l'on se conforme à un protocole rigoureux et accepté par tous, et cela permettrait des économies.*

*En réponse aux intervenants, **Frédéric Van Roekeghem** a notamment apporté les précisions suivantes :*

- la santé est un problème médico-économique et on ne peut donc pas l'aborder de façon uniquement comptable. Cela ne veut pas dire que l'on ne puisse pas prendre de mesures tarifaires restreignant les dépenses, qui sont d'ailleurs généralement considérées comme relevant d'une maîtrise comptable, mais la Cnam préfère parler de gestion du risque et il faut tenir compte de l'économie de la santé. Si on équilibre les dépenses des établissements, mais à un niveau d'efficacité très faible, on n'aura pas nécessairement gagné. Le comité d'alerte a été prudent dans son estimation du taux de réalisation des objectifs de maîtrise médicalisée et l'on peut considérer que cette prudence est raisonnable si on veut s'assurer qu'il n'y a pas de risque d'alerte. Mais la Cnam espère faire mieux et ne pas atteindre les objectifs à 100 % n'est en soi pas satisfaisant ;

- le retour à l'équilibre financier de l'assurance maladie paraît très compliqué : il est en effet difficile de mettre de côté la crise qui affecte fortement les recettes. Si on voulait en neutraliser les effets, il faudrait trouver des ressources à due concurrence. En 2009, on prévoit que la masse salariale va diminuer de 1,25 %, soit un écart de 4,25 points avec la hausse de 3 % que l'on peut attendre en période normale. Une baisse d'un point de la masse salariale diminue de 900 millions d'euros les ressources de l'assurance maladie et du double celles du régime général. Avec une baisse de la masse salariale de 1,25 % en 2009 et, selon les prévisions, de 0,5 % en 2010, il est clair que l'on va continuer à s'enfoncer dans les déficits ;

- l'effort de maîtrise des dépenses est-il suffisant ? Le tendanciel de l'Ondam l'an prochain est de 4,2 %. Chaque année, si l'on veut contenir les dépenses d'un point, il faut trouver des mesures correspondant à 1,5 milliard d'euros d'économies avant de commencer à réduire le déficit. Le rééquilibrage en 2012 de l'assurance maladie pose donc un vrai problème. Cela doit conduire à mettre en œuvre toutes les mesures qui, sans perte de chance pour les patients, permettront de mieux gérer la ressource. Mais il est clair qu'aujourd'hui, on est confronté à une crise de recettes ;

- la mise en place des ARS demandera un peu de temps et l'année 2010 lui sera en partie dédiée. Mais l'important est moins l'outil que la manière de l'utiliser, et la question est celle du pilotage et du management qui permettront d'optimiser le système ;

- la difficulté de création du secteur optionnel n'est pas technique mais politique. Un protocole d'accord a été conclu entre les complémentaires, de nombreux syndicats de médecins et la Cnam en juillet 2008, mais il reste un léger réglage à opérer sur la question de la régulation du secteur 2 ;

- en ce qui concerne l'association des organismes d'assurance complémentaire à la gestion des ALD, le Président de la République s'est exprimé et des solutions nouvelles seront donc expérimentées dans le courant de l'année prochaine. La doctrine de la Cnam est qu'il faut être prudent avant de prendre des décisions que l'on pourrait regretter. Des expériences étrangères, aux Pays-Bas ou aux Etats-Unis, montrent que lorsque l'on met en concurrence des assureurs et en même temps des offreurs de soins, on n'aboutit pas forcément à une amélioration du service rendu aux usagers ;

- la Cnam a encore des marges de productivité. En 2008, elle a fourni un très grand effort en réduisant, en exécution, son budget administratif de 1 % par rapport à 2007. Elle va dépasser les engagements pris en matière de réduction des effectifs, les départs en retraite ayant été beaucoup plus importants que prévu après la loi de 2003 et les taux de remplacement ayant été respectés. On peut encore sans doute diminuer les effectifs dans le domaine de la production en tirant tous les bénéfices de la dématérialisation et espérer réduire aussi le coût des fonctions de support. Mais il faut que la Cnam ait la possibilité de développer les fonctions de contrôle, la gestion du risque et les services aux assurés, même si, dans ce dernier domaine, la

dématérialisation permet aussi de développer les activités sans augmentation d'effectifs. La Cnam peut donc encore faire des progrès de productivité et l'Etat lui demandera certainement d'en faire dans le cadre de la prochaine convention d'objectifs et de gestion. Mais il faut les faire à bon escient et pouvoir continuer à améliorer la qualité des services : dans les caisses les plus productives, on atteint la limite de l'exercice ;

- le tarif ne représente pas un coût, mais le prix auquel l'assurance maladie rémunère un offreur de soins pour une opération, par exemple une appendicectomie. Les coûts complets d'une telle opération sont en moyenne supérieurs dans le public, ce qui n'exclut pas qu'ils puissent être dans certains établissements privés beaucoup plus élevés que dans les établissements publics. En revanche, le reste à charge est en moyenne supérieur dans le privé, en raison des suppléments d'honoraires payés aux médecins. Ceci étant, le débat public ne doit pas se focaliser uniquement sur le reste à charge. Il faut parvenir à des coûts complets raisonnablement comparables, pour des interventions comparables et des patients comparables. Il faut bien sûr définir, et rémunérer à leur juste prix, les missions de service public mais aussi avoir des tarifs adaptés et une productivité comparable dans les autres cas. Il est possible de modifier l'organisation des établissements publics, même si ce n'est pas facile, car les personnels peuvent comprendre l'intérêt de maîtriser les coûts. Mais, et c'est l'intérêt du secteur optionnel, les dépassements doivent aussi être limités, car il faut veiller à ce que l'offre de soins à tarifs opposables ou limités soit suffisante. Il faut noter qu'en moyenne les dépassements représentent 8 % du tarif global mais davantage, évidemment, rapportés à l'acte du professionnel. C'est un vrai sujet mais, au risque d'être provocateur, on peut relever qu'un radiologue exerçant en secteur 1 gagne 200 000 euros nets par an et un chirurgien 150 000 euros avec un dépassement de 100 %. On peut aussi penser qu'il faudrait plutôt chercher à harmoniser les tarifs et la productivité des établissements et resserrer les dépassements, sauf à les financer par une meilleure productivité des établissements ;

- il est vrai que les objectifs de prévention du Capi ont un coût. Mais celui-ci comporte aussi des objectifs de baisse de certaines prescriptions et de meilleure utilisation de la pharmacopée, par exemple en diminuant le traitement de l'hypertension par des sartans - beaucoup plus utilisés en France qu'à l'étranger - au profit des inhibiteurs d'enzyme de conversion qui ont une efficacité comparable ;

- la Cour des comptes a chiffré le coût des niches sociales, et le ministère des finances celui des heures supplémentaires ;

- la cartographie des dépenses importantes de transport recouvre quelquefois celle des dépenses importantes d'IJ. Mais elle est surtout liée à la structure de l'offre ;

- il est évident que l'on ne va pas imposer une autodialyse à un patient âgé sans avis médical : c'est là que l'on retrouve la distinction entre la maîtrise comptable et la maîtrise médicalisée des dépenses, qui passe d'abord par la persuasion, par des efforts de développement de l'offre mais peut aussi comporter des mesures plus contraignantes, comme la mise sous accord préalable des prescripteurs ;

- demander de travailler à domicile à un salarié en arrêt de travail, idée à laquelle il s'est déclaré hostile, pourrait créer la tentation de faire financer le travail salarié par la sécurité sociale. En revanche, on peut envisager, dans l'entreprise, l'adaptation du poste de travail et aussi, dans certains cas, le travail à domicile ;

- les médecins généralistes conventionnés constituent la cible des Capi mais, sous réserve de vérification, ce contrat n'est pas exclusivement destiné aux praticiens du secteur 1 ;

- on s'oriente vers un respect de l'Ondam, qui a été construit à partir d'une base 2008 sincère. L'évolution des dépenses de ville n'est pas mauvaise, mais une incertitude demeure en ce qui concerne les dépenses hospitalières pour lesquelles une variation de 1 % se traduit par 500 millions d'euros. Le vrai problème est celui des recettes ;

- compte tenu de la situation de sa trésorerie, le régime général aurait du mal, si l'Etat n'était pas son financeur ultime, à en trouver un autre. Faut-il imposer des mesures d'économies plus dures ? Ce sera à l'Etat d'en décider mais le ralentissement des dépenses de ville a été appréciable. En ce qui concerne le déficit hospitalier, le HCAAM pourrait proposer que l'évolution des dépenses MCO soit inférieure à celle de l'Ondam. Il faut rappeler qu'il existe des marges de manœuvre en matière de dépenses hospitalières mais, si on les utilise, il faudra en tirer les conséquences au niveau des équipes ;

- il est vrai que des dépenses hospitalières relevant des AT-MP sont mises à la charge de l'assurance maladie. C'est l'hôpital qui devrait veiller à leur facturation correcte mais il n'y a pas de sanction s'il ne le fait pas et l'on peut aussi comprendre que sa première préoccupation soit plutôt de soigner les malades, d'autant plus que cette erreur de facturation est neutre pour lui ;

- il est exact que depuis l'affaire Cyclamed, la sécurité sociale finance à la demande de l'Etat et pour des montants limités, de l'ordre de 4 millions d'euros par an, les associations spécialisées dans la fourniture de médicaments aux pays qui en ont besoin ;

- le bilan des dépenses 2008 dans le domaine du médicament sera publié. Les chiffres principaux figureront déjà dans le rapport qui sera transmis officiellement au Parlement avant le 10 juillet prochain. On constate une baisse des dépenses des médicaments de soins aigus de plus de 100 millions d'euros et l'augmentation la plus importante reste celle des

médicaments de spécialité. Les dépenses de vaccins enregistrent également une progression liée à la montée en puissance du vaccin contre le cancer du col de l'utérus ;

- sur le dossier Lyrica, il faudra demander l'opinion du président du comité économique du médicament. Pour sa part, la Cnam compte demander, comme elle l'a déjà fait l'an dernier, que l'assurance maladie puisse s'opposer à l'inscription de médicaments ;

- la HAD représente vraisemblablement une économie, qui n'a pas encore été suffisamment étudiée, surtout si elle bénéficie à des patients qui auraient été hospitalisés plutôt qu'à des personnes qui peuvent être traitées en ambulatoire. Il faut aussi mettre un terme à la pratique consistant à faire sortir les patientes de maternité deux ou trois jours après l'accouchement pour les hospitaliser ensuite en HAD. Il serait préférable de prévoir un accompagnement par une sage-femme.

Jean-Marc Aubert, directeur délégué à la gestion et à l'organisation des soins de la Cnam, a ensuite apporté les réponses suivantes :

- la facturation par journée entière d'hospitalisation, même en cas d'admission tardive, résulte de la réglementation, qu'il serait possible de modifier pour prévoir des facturations par partie de journée. L'on pourrait aussi appliquer des réfections de tarifs en fonction de l'heure d'admission ;

- l'organisation de la dialyse en France résulte, comme c'est souvent le cas, de facteurs structurels. On peut se demander pourquoi l'offre de dialyse à domicile est très variable selon les régions, sans que cela s'explique par des différences au sein des populations concernées, ou pourquoi elle est plus élevée dans des pays où elle s'adresse aux mêmes types de population qu'en France. Il faudrait aussi, pour développer la dialyse à domicile, pouvoir proposer un accompagnement, ce qui rejoint la question plus générale de l'accompagnement des soins à domicile et de l'évolution des techniques de prise en charge hospitalière en France, où les soins ambulatoires restent peu développés : la situation française contraste sur ce point avec ce que l'on constate ailleurs. Ainsi, en Vénétie et dans des pays d'Europe du Nord, 50 % des opérations de la cataracte sont réalisés dans des centres ambulatoires, ce qui est quasiment interdit en France, bien que cette formule présente toutes garanties en matière de qualité, réduise les risques d'infection nosocomiale et soit beaucoup moins coûteuse.

**Audition de Jean-Louis DEROUSSEN, président du conseil
d'administration, et Hervé DROUET, directeur général, de la caisse
nationale d'allocations familiales (Cnaf)**
(mercredi 1^{er} juillet 2009)

réunie sous la présidence de Nicolas About, président, la commission a procédé à l'audition de Jean-Louis Deroussen, président du conseil d'administration, et Hervé Drouet, directeur général de la caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf) sur l'état des comptes de la sécurité sociale.

Jean-Louis Deroussen, président du conseil d'administration de la Cnaf, a indiqué que les 350 millions d'euros de déficit de la branche famille en 2008 sont essentiellement dus à une croissance des charges plus rapide qu'en 2007 : bien que le coût de fonctionnement des caisses soit resté stable, les dépenses liées à la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje), à l'allocation de rentrée scolaire (ARS) et à l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ont connu une forte hausse. Si celle-ci devait se poursuivre, le déficit de la Cnaf se creuserait inévitablement dans les prochaines années.

Il a ensuite rappelé qu'après s'être déclarée, pour les exercices 2006 et 2007, dans l'impossibilité d'émettre un avis sur les comptes de la branche famille, la Cour des comptes a refusé de certifier les comptes de 2008, notamment en raison des déficiences du contrôle interne. La Cour a ainsi procédé à un test de reliquidation de quatre mille dossiers, révélant que pour 4 % d'entre eux, le traitement réalisé par les caisses d'allocations familiales (Caf) comportait des erreurs. La Cnaf prend donc acte de ce refus mais regrette que la mobilisation des agents qui ont, à la demande de la Cour, élaboré en moins d'un an un répertoire national des bénéficiaires (RNB) recensant trente-huit millions de numéros d'identification au répertoire (Nir), n'ait pas été mieux récompensée. Ceci étant, la qualité du RNB est bien reconnue puisqu'il servira de point de départ à la construction du répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS), utilisable par tous les organismes de sécurité sociale. Par ailleurs, la fiabilité des comptes de la branche famille devrait être renforcée en 2009 grâce à une procédure sécurisée de transmission par le fisc des informations concernant les ressources des allocataires.

André Lardeux, rapporteur du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour la branche famille, a souhaité savoir si, comme le laisse entendre la Cour des comptes, le taux d'erreur dans le traitement des dossiers serait en réalité supérieur à 4 %. Quoi qu'il en soit, quelles sont les mesures envisagées par la Cnaf pour résoudre ce problème ? En ce qui concerne la nécessité de contenir l'augmentation des charges, que penser d'un

resserrement des critères ouvrant droit à la Paje ? Est-il exact, par ailleurs, que l'enveloppe du fonds national d'action sociale (Fnas) n'a pas été fermée malgré les engagements pris dans la convention d'objectifs et de gestion (Cog) ? Dans un autre registre, quelle est la position de la Cnaf sur l'évolution du mode de financement de la branche famille ? Enfin, quelles sont les attentes de la caisse vis-à-vis du Haut conseil de la famille dont les membres viennent de se réunir pour la première fois ?

***Jean-Louis Deroussen** a jugé contestable le raisonnement de la Cour des comptes qui conduit à considérer que le taux d'erreur dans le traitement des dossiers est supérieur à 4 % : celui-ci repose en effet sur l'hypothèse que ce taux est plus important pour les allocations logement, qui n'ont pas fait l'objet d'un test de reliquidation par la Cour. Or, les études de la Cnaf montrent que le versement de ces allocations ne produit pas plus d'erreurs que celui des autres prestations. Par ailleurs, la maîtrise de la croissance du Fnas, qui a bien été actée par la Cour, prouve que l'enveloppe de ce fonds est effectivement restée fermée.*

***Hervé Drouet, directeur général de la Cnaf,** a précisé que les remarques de la Cour des comptes concernant le Fnas ne portent pas sur le respect de l'enveloppe mais sur ses modalités de suivi, qui restent perfectibles.*

*En ce qui concerne la réduction des charges, **Jean-Louis Deroussen** a considéré qu'un durcissement des critères d'accès à la Paje, dont les plafonds de ressources sont certes supérieurs à ceux des autres prestations, aurait certainement un impact négatif sur le taux de natalité et constituerait à ce titre une remise en cause de la politique familiale.*

Pour ce qui est du mode de financement de la branche famille, les partenaires sociaux sont très attachés aux cotisations patronales, qui sécurisent les moyens de la politique familiale à un niveau satisfaisant.

Enfin, la Cnaf considère que le Haut conseil de la famille offrira un lieu de débat public utile mais regrette que les organisations syndicales y soient sous-représentées.

***Alain Vasselle, rapporteur,** s'est enquis des frais de gestion occasionnés par la mise en place du revenu de solidarité active (RSA) : les effectifs supplémentaires accordés à ce titre aux Caf vont-ils permettre un versement de la prestation dans de bonnes conditions ? Par ailleurs, quel sera l'impact sur les comptes de la branche de la prise en charge progressive des avantages de retraite familiaux ?*

***Claude Jeannerot** s'est demandé si la mise en œuvre opérationnelle du RSA fait l'objet d'une coopération satisfaisante entre les Caf et les conseils généraux.*

***Christiane Demontès** s'est interrogée sur l'opportunité de maintenir l'universalité des allocations familiales. Rappelant que les fraudes ne représentent, de l'avis même de la Cour des comptes, qu'une proportion très faible du montant des prestations versées, elle a par ailleurs estimé que la*

lutte contre la fraude ne saurait seule résoudre le problème structurel du financement de la sécurité sociale.

***Isabelle Pasquet** s'est inquiétée des conséquences d'un récent arrêt de la Cour de cassation qui juge discriminatoire le traitement différencié entre les hommes et les femmes dans l'accès aux avantages de retraite familiaux.*

***Alain Gournac** a estimé légitime que les organisations syndicales soient peu représentées au Haut conseil de la famille, dans la mesure où ce sujet ne les concerne pas en priorité. Il a par ailleurs souligné le mécontentement de nombreux conseils municipaux qui ont été contraints d'augmenter leur subvention aux établissements d'accueil des jeunes enfants pour pallier le désengagement des Caf.*

***Sylvie Desmarescaux** a souhaité connaître le niveau de l'aide financière qui sera apportée par les Caf aux communes qui choisissent de mettre en place des jardins d'éveil.*

***Isabelle Debré** a jugé nécessaire que les Caf transmettent aux communes une fiche énonçant les critères qui permettront d'obtenir leur soutien pour la création de ces nouvelles structures.*

***Nicolas About, président,** a indiqué que l'enveloppe consacrée aux jardins d'éveil étant limitée, les communes intéressées ont intérêt à présenter un dossier le plus rapidement possible. Il a également souhaité qu'une réflexion soit menée sur la possibilité de supprimer l'exonération fiscale dont bénéficient aujourd'hui certaines prestations familiales.*

***Sylvie Desmarescaux** a rappelé que la mission qu'elle a conduite sur les droits connexes locaux a fait des propositions allant dans ce sens.*

***Jean-Louis Deroussen** a alors apporté les éléments de réponse suivants :*

- les Caf seront en mesure de procéder au premier versement du RSA le 5 juillet prochain, dans de bonnes conditions. La collaboration avec les conseils généraux sur ce sujet est tout à fait satisfaisante. Ceci étant, le nombre d'allocataires du RSA reste, à ce jour, inférieur aux prévisions de la direction de la sécurité sociale : 500 000 bénéficiaires potentiels ne se sont pas encore fait connaître ;

- la prise en charge par la branche famille des avantages de retraite familiaux est maintenant un fait acquis, mais un souci de clarté devrait conduire à mettre un terme à la tuyauterie financière qu'elle occasionne ;

- l'universalité des allocations familiales a déjà été remise en cause pendant quelques années, mais la réforme n'a pas duré car l'universalité est un principe fondateur de la politique familiale depuis la Libération ;

- le récent arrêt de la Cour de cassation n'aboutira pas obligatoirement à la suppression des avantages de retraite réservés aux mères : le régime actuel peut être maintenu à condition de trouver une formule juridique adéquate, par exemple en prévoyant qu'un avantage de retraite est

ouvert aux personnes ayant bénéficié d'un arrêt de travail lié à un accouchement ;

- les organisations syndicales ont toutes leur place au sein du Haut conseil de la famille dans la mesure où, justement, la majorité du financement de la branche est assurée par des cotisations patronales ;

- le mécontentement des communes vis-à-vis des Caf, qui ont réduit leur prise en charge des frais de fonctionnement des établissements d'accueil des jeunes enfants, est compréhensible, mais les caisses n'ont fait que respecter la convention d'objectifs et de gestion (Cog). La nouvelle convention prévoit par ailleurs une augmentation de 10 % des crédits alloués à ces établissements.

**Audition de Danièle KARNIEWICZ, présidente du conseil
d'administration de la caisse nationale d'assurance vieillesse des
travailleurs salariés (Cnav)**
(jeudi 2 juillet 2009)

Réunie sous la présidence de Nicolas About, président, la commission a procédé à l'audition de Danièle Karniewicz, présidente du conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (Cnav), sur l'état des comptes de la sécurité sociale.

Le président, Nicolas About a rappelé le refus de la Cour des comptes de certifier les comptes 2008 de la branche retraite et de la Cnav. Alors que, ces dernières années, l'exercice de certification a contribué à accélérer l'effort de mise en place de dispositifs de contrôle interne au sein de la Cnav, il peut sembler paradoxal qu'aujourd'hui, celle-ci soit sanctionnée pour des erreurs affectant les pensions de retraite.

Danièle Karniewicz, présidente du conseil d'administration de la Cnav, a expliqué que c'est justement à l'occasion de contrôles exercés dans le cadre de la certification que des erreurs ont été repérées. Plus les contrôles sont nombreux, plus la probabilité de déceler des anomalies est forte. Rappelant que 5,4 % des pensions de retraite attribuées en 2008 comportent une erreur financière, dont le montant moyen est évalué à 12 euros, elle a indiqué que la Cnav entend assumer ses responsabilités et remédier à ses manquements. Bien que s'apparentant à une sanction, le refus de certification des comptes doit néanmoins être pris positivement car il est, à terme, porteur de progrès. Elle a toutefois regretté que la Cour des comptes n'ait pas suffisamment mis en avant les bouleversements auxquels a dû faire face la Cnav depuis quelques années (réforme de 2003, augmentation du nombre de pensions liée au « papy boom » et aux départs anticipés à la retraite). En outre, les parlementaires doivent avoir conscience que les dispositions législatives régissant les pensions de retraite sont de plus en plus complexes et rendent in fine la mission des caisses de plus en plus délicate. Dans le cas des pensions de réversion par exemple, l'attribution sur conditions de ressources suppose que l'ensemble des régimes de retraites de base et complémentaires communiquent à la Cnav les informations nécessaires à la détermination du droit à réversion des assurés sociaux. Or la mise en place d'un tel système d'échange d'informations n'est pas sans poser des difficultés de gestion.

En ce qui concerne les comptes de la branche vieillesse et de la Cnav, les prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale tablent sur un besoin de financement de la branche vieillesse de 7,7 milliards d'euros en 2009 qui résulte, d'une part, de la perte de recettes due à la contraction de la masse salariale, d'autre part, de l'absence de redéploiement des cotisations chômage vers les cotisations retraite qui prive la Cnav de 1,8 milliard

d'euros. Face au besoin croissant de financement des régimes de retraite, une hausse des cotisations est à terme inéluctable.

Faisant suite aux observations de Danièle Karniewicz sur la complexité des dispositions législatives régissant les pensions de retraite, **Dominique Leclerc, rapporteur du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'assurance vieillesse**, a attiré l'attention de ses collègues sur la responsabilité du législateur en la matière. Même si les difficultés de gestion qui en découlent peuvent partiellement expliquer les erreurs commises par la Cnav dans le calcul des pensions, celle-ci ne peut en être totalement dédouanée. Aussi, quelles mesures envisage-t-elle de prendre afin de remédier aux lacunes pointées par la Cour des comptes dans son rapport sur la certification des comptes 2008 ?

Danièle Karniewicz a répondu que, conformément aux recommandations formulées par la Cour en 2007, la nouvelle convention d'objectifs et de gestion de la branche retraite avec l'Etat (2009-2013) fixe des objectifs de réduction des erreurs d'origine humaine et exige la mise en place de partenariats avec les organismes sociaux qui lui adressent des données servant au calcul des pensions (Pôle emploi, Cnam, Cnaf...). La qualité et la rigueur des informations transmises par ces organismes constituent en effet un enjeu de première importance, si l'on veut diminuer la proportion des pensions de retraite qui comportent une anomalie. C'est pourquoi la Cnav souhaite que soit instauré un cadre réglementaire relatif aux notifications de données de carrière effectuées par les organismes sociaux.

Revenant sur l'erreur récemment constatée par la Cnav sur les périodes de chômage assimilées à des trimestres de cotisations retraite, **Dominique Leclerc, rapporteur du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'assurance vieillesse**, s'est étonné que les systèmes informatiques de la Cnav et de l'Unedic ne soient pas compatibles et qu'au sein même de la Cnav, les services ne soient pas dotés des mêmes systèmes informatiques. Abordant ensuite la question des comptes de la branche vieillesse, il a tout d'abord demandé à Danièle Karniewicz de dresser un premier bilan des mesures de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 relatives à l'emploi des seniors (libéralisation du cumul emploi-retraite, revalorisation de la surcote) et de faire un point sur le dispositif de retraite anticipée pour carrières longues. Il a ensuite souhaité connaître son avis sur les pistes de réforme envisagées pour le rendez-vous 2010. Enfin, il a rappelé que le débat sur la pénibilité au travail constitue manifestement une spécificité française : aucun pays européen n'a songé à mettre en œuvre pareil dispositif sur le plan national. En Suède notamment, la prise en compte de la pénibilité a été refusée par les responsables de l'assurance vieillesse. En revanche, le montant des pensions y est modulé en fonction de l'espérance de vie des différentes générations.

Danièle Karniewicz a, dans un premier temps, souhaité faire une mise au point sur le « bug » informatique qui a défrayé la chronique il y a

quelques semaines. Lors de la négociation de la convention avec l'Unedic en novembre 2007, la Cnav a en effet découvert que, depuis 1983, des assurés sociaux se sont vus indûment comptabilisés des trimestres de cotisation retraite au titre du chômage. Comme l'a indiqué Dominique Leclerc, cette erreur résulte de l'incompatibilité qui existait alors entre le système informatique de l'Unedic et celui de la Cnav. Il a été depuis remédié à ce dysfonctionnement. A la suite d'une lettre adressée par ses ministres de tutelle, la Cnav s'est par ailleurs engagée à rectifier les comptes de carrière des assurés sociaux nés à partir de 1955. En revanche, la situation des assurés nés avant cette date, qu'ils soient retraités ou encore en activité, et dont les droits ont été ou seront liquidés avec des périodes injustifiées, ne pourra être révisée. Le système informatique de l'Unedic a en effet effacé les données relatives à ces personnes. En conséquence, **Danièle Karniewicz** a réitéré sa demande d'un encadrement plus rigoureux des flux d'information en provenance des organismes sociaux, qui pourrait défini être par le législateur.

Dans un second temps, elle est revenue sur les deux principales mesures de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 destinées à améliorer l'emploi des seniors, le passage de la surcote à 5 % dès le premier trimestre supplémentaire et la libéralisation du cumul emploi-retraite. Concernant la surcote, on constate une augmentation du nombre de bénéficiaires. Après un démarrage relativement lent de la mesure, la proportion des nouveaux retraités bénéficiant de la surcote s'établit à 9,5 % en 2008 - ce qui équivaut à 68 096 personnes - pour atteindre 12,5 % au premier trimestre 2009. Le montant mensuel moyen de la surcote s'élève à 35,6 euros pour une durée moyenne de 6,3 trimestres. Ce montant représente en moyenne une majoration de 5,2 % de la pension. Il est certes relativement modique, mais n'est pas négligeable rapporté au montant moyen des pensions de retraite servies par la Cnav (moins de 700 euros). Parmi les bénéficiaires de la mesure, les polypensionnés sont majoritaires, représentant 63,3 % du flux 2008. Quant à l'âge moyen de départ en retraite des bénéficiaires, il est de 62,6 ans contre 61,6 ans pour l'ensemble des nouveaux retraités (départs en retraite anticipés exclus). S'agissant du cumul emploi-retraite, **Danièle Karniewicz** a fait observer qu'il est encore trop tôt pour observer les effets de la réforme, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2009. Un recul d'au moins un an est nécessaire pour dresser un premier bilan de la mesure. Néanmoins, la Cnav a lancé une enquête auprès de trois mille nouveaux retraités afin de tirer les premiers enseignements, qui seront connus fin septembre.

Dominique Leclerc, rapporteur du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'assurance vieillesse, a rappelé que si la double condition de rupture du lien avec le dernier employeur et de plafond de ressources totales a été supprimée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, le dispositif s'applique à tous les retraités à partir de soixante ans, à condition qu'ils aient cotisé la durée nécessaire pour bénéficier d'une retraite à taux plein ou, à défaut, à partir de soixante-cinq ans.

Danièle Karniewicz a ajouté que les personnes cumulant un emploi et une retraite cotisent, sur la base de leur nouveau salaire, pour les régimes de base et complémentaires, mais que ces cotisations ne sont pas pour autant productrices de droits.

Complétant cette explication, **Dominique Leclerc, rapporteur du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'assurance vieillesse**, a précisé que la retraite de ces personnes n'est pas recalculée, une fois qu'elles cessent de cumuler un emploi et une retraite.

S'il est, là encore, trop tôt pour faire le bilan de la libéralisation du cumul emploi-retraite, **Danièle Karniewicz** a néanmoins tenu à fournir quelques données statistiques sur l'utilisation du dispositif avant l'entrée en vigueur de la réforme. En 2007, 207 000 personnes ont cumulé une pension servie par la Cnav et un salaire d'activité, ce qui représente 1,9 % des pensionnés du régime général. Cette population est constituée à 59 % d'hommes et à 41 % de femmes, dont l'âge moyen est de soixante-quatre ans. On note que 15 % des personnes ayant cumulé une retraite et un emploi ont bénéficié, au moment de leur départ en retraite, de la mesure « carrières longues ». Quant à la pension moyenne mensuelle des assurés cumulant, elle était de 711 euros en 2008, soit respectivement 767 euros pour les hommes et 632 euros pour les femmes. A titre de comparaison, les assurés du régime général ont perçu, en 2008, une pension moyenne de 612 euros (674 euros pour les hommes et 555 euros pour les femmes). En conclusion, on peut estimer que les nouvelles règles du cumul emploi-retraite, plus incitatives, devraient entraîner une montée en charge du dispositif dans les prochaines années.

Alain Vasselle, rapporteur, a demandé un bilan financier de la réforme de 2003 : des économies ont-elles pu être dégagées, comme cela avait été annoncé, alors que le dispositif de départ en retraite anticipé pour carrières longues mis en place en 2004 a coûté sans cesse plus cher à la Cnav ? Par ailleurs, les mesures de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 relatives à l'assurance vieillesse produisent-elles des effets d'ores et déjà observables ? Il a ensuite voulu savoir si le basculement d'une partie des cotisations chômage vers les cotisations retraite, tel que prévu par l'exposé des motifs de la loi de 2003, est encore d'actualité, alors que le Gouvernement a posé en janvier dernier un moratoire à l'augmentation des cotisations retraite. A quelle échéance et dans quelles conditions ce transfert pourrait-il devenir effectif ? Puis, il s'est enquis de la situation financière du fonds de solidarité vieillesse (FSV) qui, après avoir dégagé un excédent en 2008, redeviendrait déficitaire en 2009. Cette dégradation ne risque-t-elle pas d'affecter, par voie de conséquence, les comptes de la Cnav ? Enfin, s'adressant à la fois à la présidente de la Cnav et à la représentante syndicale, il a souhaité connaître l'avis de Danièle Karniewicz sur l'avenir du financement de la protection sociale à court, moyen et long termes, alors qu'on table sur un déficit du régime général de l'ordre de 80 milliards d'euros en 2011. S'agissant de la branche vieillesse, quelles économies pourraient être dégagées par un relèvement de l'âge légal de départ en retraite ?

Concernant les effets financiers de la réforme de 2003, **Danièle Karniewicz** a distingué deux types de mesures : le passage de la durée de cotisation de quarante à quarante et une annuités, qui est une mesure d'économie ; l'instauration du dispositif de départ en retraite anticipé pour carrières longues, mesure dont le coût est estimé en moyenne à 2,3 milliards d'euros par an. Depuis 2004, 550 000 personnes ont bénéficié d'un départ en retraite anticipé au titre d'une longue carrière. Pour la première fois depuis la mise en œuvre du dispositif, le rythme des départs anticipés devrait décélérer en 2009 puisque le flux serait de l'ordre de 50 000 (contre plus de 120 000 en 2008). Cette baisse, qui traduit la fin de la montée en charge de la mesure, s'explique par le durcissement des conditions d'attribution, la scolarité rendue obligatoire à seize ans à partir de la génération 1953 et le moindre recours aux régularisations de cotisations arriérées.

Vincent Poubelle, directeur chargé des statistiques et de la prospective de la Cnav, a ajouté que la caisse n'est pas, pour le moment, en mesure de chiffrer les économies dégagées par l'augmentation de la durée de cotisation puisque le passage à quarante et une annuités n'est effectif que depuis le 1er janvier 2009.

Danièle Karniewicz a précisé que des données plus fines sur cette question pourront toutefois être transmises à la commission ultérieurement. En tout état de cause, la sécurité sociale est confrontée à un sérieux besoin de financement, ce qui oblige à trouver rapidement des solutions. La Cour des comptes chiffre en effet à 50 milliards d'euros le besoin de financement cumulé du régime général pour 2009 et 2010. En matière de retraite, **Danièle Karniewicz** a déclaré refuser le discours tenu aujourd'hui aux Français selon lequel l'alternative se réduit à baisser les pensions ou à reculer l'âge légal de départ. Il est impératif que s'engage un véritable débat sur le taux de remplacement qui doit être visé et sur le niveau de vie qui doit être garanti aux retraités. Il en va de la crédibilité, donc de la pérennité, du système de retraite. Le moyen le plus sûr de consolider les régimes de retraite est, à son sens, d'afficher une très grande transparence, en particulier dans les arbitrages auxquels il faut procéder. Enrayer la dynamique actuelle de diminution du taux de remplacement du revenu d'activité suppose en effet que des efforts de financement soient réalisés, soit par un montant de cotisation plus élevé, soit par une durée de cotisation plus longue, soit par un report de l'âge légal de départ en retraite. Cet arbitrage relève d'un choix de société.

S'agissant du relèvement de l'âge de départ, il faut avoir à l'esprit qu'il ne constitue pas l'unique solution au problème de financement du système de retraite. Ainsi, les simulations réalisées par la Cnav montrent que porter l'âge de la retraite à soixante deux ans permettrait de réaliser 6,6 milliards d'euros d'économies, pour un besoin de financement de la Cnav de 13 milliards d'euros. En 2050, l'économie serait de l'ordre de 6 milliards d'euros pour faire face à un besoin de financement de 46 milliards d'euros. Le report de l'âge légal ne suffira donc pas à combler le déficit de la branche vieillesse du régime général. Convaincue qu'il faut jouer sur plusieurs

paramètres et non sur un seul, **Danièle Karniewicz** a estimé indispensable une hausse des cotisations. Toujours selon les simulations de la Cnav, une augmentation de 0,2 point du taux de cotisation vieillesse engendrerait des ressources supplémentaires de 800 millions d'euros en 2010 et d'un peu plus d'un milliard d'euros en 2020.

La réflexion sur les régimes de retraite doit par ailleurs s'inscrire dans une approche globale du financement de la protection sociale, qui doit permettre d'aborder deux questions : celle de l'assiette de financement et celle de la répartition des ressources entre les différentes branches de la sécurité sociale. Sur la première, elle s'est déclarée favorable à l'élargissement de l'assiette des cotisations, actuellement concentrée sur la masse salariale. Sur la seconde, prenant l'exemple des majorations de retraites pour enfant, elle a estimé que, si celles-ci sont parfaitement justifiées, la question de leur prise en charge par la branche retraite ou par la branche famille n'en est pas moins posée.

Trouver de nouvelles sources de financement pour la protection sociale suppose également de s'intéresser aux niches sociales et fiscales, dont l'assiette est aujourd'hui évaluée à 30 milliards d'euros (15 milliards pour les dispositifs d'intéressement et de participation, 15 milliards pour les mécanismes de prévoyance et de retraite supplémentaire). La remise en cause des niches permettrait certes de dégager des économies non négligeables, mais elle enlèverait aussi tout caractère incitatif aux mécanismes auxquels s'appliquent ces avantages sociaux et fiscaux. Enfin, on peut aussi poser la question d'un possible alignement de la contribution sociale généralisée (CSG) pesant sur les retraites sur celle pesant sur les salaires, dont les gains s'établiraient à 430 millions d'euros par an. Une telle mesure n'est toutefois guère acceptable dans la mesure où le niveau des pensions est bien inférieur à celui des salaires.

En définitive, le rendez-vous 2010, qui offre l'occasion d'engager un vaste débat public sur les fondamentaux du système de retraite et plus globalement sur le financement de la protection sociale, devra impérativement déboucher sur des solutions pour garantir la viabilité des régimes de retraite.

Souscrivant aux propos de Danièle Karniewicz sur la diminution du taux de remplacement, **Guy Fischer** a fait état de la très grande inquiétude des retraités face à l'érosion de leur pouvoir d'achat, évolution qui incite aussi à réfléchir à la dégradation continue des salaires. Il a souhaité que le montant de la pension moyenne servie par la Cnav (environ 700 euros) soit davantage diffusé afin que soit posée la question du niveau de vie des retraités. Par ailleurs, il s'est inquiété de la détérioration des conditions de travail des salariés de la Cnav à qui l'on demande de rendre un meilleur service au moindre coût. Alors que les missions de la caisse sont de plus en plus nombreuses et complexes, il est prévu de diminuer les effectifs de personnels.

Partageant les conclusions de Danièle Karniewicz sur la nécessité d'un système de retraite plus contributif et plus solidaire, **Christiane Demontès** a souhaité savoir par quels moyens parvenir à cet objectif. Elle a en outre évoqué la question des avantages de retraite accordés aux femmes, aujourd'hui appelés à être réformés en raison d'un récent arrêt de la Cour de cassation. Quelles pistes pourraient être envisagées sans que les femmes soient pour autant pénalisées ?

André Lardeux, rapporteur du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour la famille, a tout d'abord rappelé que le défi en matière de retraites consiste à garantir la solidarité intergénérationnelle. Constatant ensuite que le poids des dépenses de retraite dans le Pib ne cesse d'augmenter, il a demandé jusqu'où cette charge pourrait continuer à progresser. Enfin, évoquant la recherche de nouvelles sources de financement de la protection sociale, il s'est interrogé sur la possibilité d'introduire une dose de progressivité dans la CSG, actuellement entièrement proportionnelle.

François Autain a approuvé les propos de Danièle Karniewicz selon lesquels le report de l'âge légal de départ en retraite ne constitue pas la panacée. Cette question doit en effet s'apprécier en liaison avec la situation de l'emploi des seniors car un recul de l'âge de la retraite ne conduit pas mécaniquement à un recul équivalent de l'âge de cessation d'activité. Aussi, ne faudrait-il pas d'abord s'attaquer au problème de l'emploi des seniors, avant d'envisager un éventuel report de l'âge légal ?

Concernant l'érosion du taux de remplacement, **Dominique Leclerc, rapporteur du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'assurance vieillesse**, a rappelé que celle-ci s'explique principalement par la référence utilisée pour établir le montant de la pension, à savoir les salaires des vingt-cinq dernières années.

Faisant suite aux observations de Guy Fischer, **Danièle Karniewicz** a reconnu que l'évolution des salaires n'est actuellement pas satisfaisante. Or, le niveau de rémunération des salariés affecte directement le financement des caisses de retraite : des salaires plus élevés entraînent des cotisations plus importantes et donc davantage de ressources pour les régimes. Sur le fonctionnement des services de la Cnav, elle a rappelé que ces derniers sont très bien gérés. D'ailleurs, les frais de fonctionnement de la caisse sont inférieurs à 1 % des prestations servies, alors qu'ils s'élèvent, à titre de comparaison, à 20 % dans les fonds de pension. Il est vrai que les salariés de la caisse voient leurs missions s'élargir dans la mesure où l'ambition de la Cnav, pour les prochaines années, est de rendre véritablement effectif le droit à l'information des assurés sur leur retraite.

Répondant à Christiane Demontès sur le choix de société qu'appelle le financement des retraites, **Danièle Karniewicz** a jugé préférable de consolider le système de retraite par répartition par une augmentation des taux de 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, à terme, plus rentable et surtout beaucoup plus sûr qu'un mécanisme de rente par capitalisation.

Sur la question d'André Lardeux relative au pourcentage du Pib qui devrait être consacré aux retraites, elle a estimé qu'il est difficile de définir a priori un tel pourcentage. Elle a néanmoins rappelé que les dépenses de retraite pèsent de plus en plus lourd et qu'une fois encore, ce constat conduit à poser la question de l'assiette de financement des prestations vieillesse, et plus largement de l'ensemble des prestations sociales. C'est tout le débat qui doit s'ouvrir l'année prochaine à l'occasion du rendez-vous 2010.

En ce qui concerne les avantages de retraite accordés aux femmes, elle a déploré le fait que la majoration de durée d'assurance dont bénéficient les mères de famille pour le calcul de leur retraite (deux ans de cotisation par enfant) ne leur permette pas toujours de percevoir une retraite à taux plein. Beaucoup de femmes continuent en effet de travailler jusqu'à soixante-cinq ans afin de recevoir une retraite complète. Alors que leur pension est en moyenne égale à 70 % de celle des hommes, les femmes ont cruellement besoin de ces avantages retraite. Cependant, la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'Homme sur l'égalité hommes-femmes et celle, plus récente, de la Cour de cassation contraignent à réformer prochainement la majoration de durée d'assurance, sans doute en modifiant ses critères d'attribution. Une réforme est déjà entrée en vigueur dans la fonction publique : d'une part, la majoration a été ramenée à six mois pour les femmes qui ne s'arrêtent pas de travailler pour une durée excédant celle du congé de maternité, d'autre part, les périodes d'interruption ou de réduction d'activité sont prises en compte pour les pères comme pour les mères. Mais cette solution pénalise certaines femmes : celles qui n'interrompent presque pas leur activité professionnelle. En outre, elle ne résout pas le problème des pères qui élèvent seuls leurs enfants sans s'arrêter de travailler, une situation de plus en plus fréquente en cas de divorce ou de veuvage. Une autre piste, plus juste, serait d'accorder les deux années de majoration par enfant au couple. Cette solution a été adoptée dans d'autres pays, en Allemagne notamment. C'est alors au couple de décider qui, des deux parents, bénéficie de ce droit, ou bien de le partager entre les conjoints.

***Raymonde Le Texier** a rappelé qu'à formation équivalente et à travail équivalent, les femmes continuent à être moins bien payées que les hommes. Réformer leurs avantages retraite reviendrait donc à les pénaliser doublement.*

***Marie-Thérèse Hermange** a estimé qu'une telle réforme ne serait pas sans conséquence sur la natalité.*

*Pour conclure, **Danièle Karniewicz** a considéré que la question des avantages familiaux et conjugaux est aussi un enjeu important du rendez-vous 2010 qui justifie de traiter à la fois du financement de la branche vieillesse et de celui de la branche famille.*

**Audition de Pierre BURBAN, président du conseil d'administration,
Pierre RICORDEAU, directeur, et Alain GUBIAN, directeur financier, de
l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acosse)**
(jeudi 2 juillet 2009)

Réunie sous la présidence de Nicolas About, la commission a procédé à l'audition de Pierre Burban, président du conseil d'administration, Pierre Ricordeau, directeur, et Alain Gubian, directeur financier, de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acosse) sur l'état des comptes de la sécurité sociale.

Pierre Burban, président du conseil d'administration de l'Acosse, a d'abord présenté le contexte dans lequel cette agence doit faire face aux besoins financiers des différentes branches de la sécurité sociale : un déficit sans doute proche de 20 milliards d'euros pour le régime général en 2009, soit le double de la prévision initiale, et estimé aux alentours de 30 milliards en 2010 ; par ailleurs, les déclarations du ministre des comptes publics devant la commission des comptes de la sécurité sociale ont clairement fait apparaître qu'aucune reprise de ces déficits n'est à ce jour envisagée, que ce soit par la Cades ou par le budget de l'Etat.

Les relations entre l'Acosse et la Caisse des dépôts et consignations (CDC), sont régies par une convention, signée le 21 juin 2006, qui lie les deux organismes jusqu'en juin 2010. La crise financière et l'évolution de la situation sur les marchés ont conduit la CDC à demander à l'Acosse, à la fin de 2008, une renégociation de ses conditions financières car les nouvelles conditions de marché ont entraîné pour elle une perte de 25 millions d'euros en 2008. L'Acosse a accepté le principe de cette renégociation dès lors qu'un délai suffisant lui serait accordé pour engager des discussions approfondies. Une première phase de négociation s'est conclue début avril sur un constat partagé de la situation ; une seconde phase est en cours d'achèvement et doit aboutir à la signature d'un avenant dans les tous prochains jours. Celui-ci comporte trois points : le premier concerne les volumes que la CDC pourra honorer, à savoir 25 milliards d'euros à des conditions prédéterminées, et en tout état de cause pas plus de 31 milliards ; le deuxième est relatif au coût des sommes prêtées par la CDC, le principe retenu étant que celle-ci ne devra ni perdre ni gagner de l'argent à l'égard de la sécurité sociale ; le troisième point expose les autres conditions et notamment l'engagement de l'Acosse à fournir très régulièrement à la CDC les prévisions les plus précises possible sur le profil de ses besoins. En contrepartie, la caisse a accepté de laisser une plus grande marge de manœuvre à l'Acosse pour gérer ses émissions de billets de trésorerie. Enfin, l'Acosse a obtenu qu'une évaluation des conditions tarifaires proposées par la CDC dans cet avenant puisse être effectuée d'ici quelques mois par un organisme tiers, évaluation indispensable pour aborder dans de bonnes conditions la négociation de la prochaine convention.

L'ensemble des discussions ainsi menées l'ont été en relation étroite avec le ministère des comptes publics.

*Puis **Pierre Burban** a évoqué la question des frais financiers supportés par l'Acoss. Ceux-ci se sont élevés à 840 millions d'euros en 2008 dont plus de 300 millions sont imputables à la hausse du taux d'intérêt de référence, c'est-à-dire l'Eonia (Euro OverNight Index Average). Or, celui-ci étant passé de 3,86 % à 0,76 % à la fin mai 2009, on enregistre des charges financières bien moins élevées depuis quelques mois. Celles-ci sont actuellement évaluées à 143 millions d'euros pour 2009.*

Si les relations financières avec l'Etat se sont améliorées récemment, en raison d'une rigueur accrue dans la budgétisation des sommes dues à la sécurité sociale, on constate néanmoins la reconstitution d'une dette de l'Etat envers le régime général qui s'élève à 3 milliards d'euros au 31 décembre 2008 et devrait atteindre environ 4,6 milliards à la fin 2009, en l'absence de tout versement dans le cadre d'une loi de finances rectificative. Les frais produits par cette dette se sont élevés à 130 millions en 2008 et pourraient se monter à 30 millions en 2009, soit environ 20 % du total des charges financières supportées par l'Acoss.

Par ailleurs, le décret d'application de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, qui autorise l'Acoss à rémunérer la trésorerie que des organismes tiers pourraient déposer auprès d'elle, n'a pas encore été publié. En effet, le Conseil d'Etat a exigé que le projet de décret qui lui a été soumis soit présenté au nouveau conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), la consultation qui avait été effectuée n'étant plus valable du fait de l'annulation de la composition de ce conseil par le tribunal administratif de Paris. Plusieurs organismes pourraient utiliser ce dispositif, comme la Haute Autorité de santé, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ou encore la caisse nationale du régime social des indépendants (RSI).

*Puis **Pierre Burban** a rappelé que le plafond des ressources non permanentes que l'Acoss est autorisée à emprunter a été fixé pour 2009 à 18,9 milliards d'euros par la dernière loi de financement. Ce montant sera bien entendu insuffisant pour terminer l'année compte tenu du doublement du déficit prévisionnel ; il devrait donc être relevé, par décret, d'environ 10 milliards d'euros d'ici la fin de l'été afin de couvrir les besoins de l'Acoss pour le dernier trimestre. Pour 2010, rien n'est encore décidé mais, en l'absence de toute reprise de déficit, le plafond de trésorerie de l'Acoss devra être fixé entre 50 et 60 milliards.*

***Alain Vasselle, rapporteur**, a fait valoir que, certes, la CDC annonce une perte de 25 millions d'euros en 2008 au titre de sa gestion des engagements de l'Acoss mais il convient de mettre en regard cette perte avec les profits non négligeables qu'elle a réalisés au cours des années antérieures : si une évaluation transparente doit être faite, il est nécessaire qu'elle concerne aussi les années passées. Par ailleurs, existe-t-il une limite*

aux capacités d'émission de billets de trésorerie par l'Acoss ? Si oui, comment sera traité le solde des besoins de trésorerie de l'Acoss en 2010, sachant que la CDC ne pourra intervenir au-delà de 31 milliards d'euros ? Enfin, l'Acoss a-t-elle déjà provisionné dans ses comptes une charge d'intérêt au titre de la rémunération de la trésorerie d'organismes tiers ?

***Guy Fischer** a souligné que la CDC a été très sollicitée dans le cadre du plan de relance, ce qui n'a pu que restreindre ses disponibilités financières. Il a donc souhaité obtenir des informations supplémentaires sur les modalités possibles pour l'Acoss d'appel au marché financier.*

***François Autain** a demandé à combien pourrait s'élever la charge de la rémunération de la trésorerie d'organismes tiers et si on envisage des versements rétroactifs, une fois le décret attendu publié.*

*Sur cette question, **Pierre Burban** a rappelé que le décret d'application n'est toujours pas publié et qu'il n'aura pas d'effet rétroactif. En ce qui concerne la convention qui lie l'Acoss à la CDC, il est important de souligner qu'elle a permis une amélioration des conditions financières imposées à l'Acoss. Elle a d'ailleurs été signée, en 2006, à la suite d'une première expérience d'appel direct au marché par l'Acoss.*

***Pierre Ricordeau, directeur de l'Acoss**, a indiqué que le nouvel avenant sera mis en œuvre à compter du 21 septembre 2009 ; il s'appliquera pendant trois trimestres, jusqu'au mois de juin 2010. La discussion de ce document n'a pas été facile mais il s'est imposé du fait de l'évolution des conditions du marché depuis la fin 2008 en raison de la crise financière. En effet, si le taux Eonia s'est considérablement réduit, la même chute n'a pas été observée pour le coût des ressources financières, d'une maturité moins courte, de la CDC. En tout état de cause, l'accord de la CDC pour un meilleur approfondissement des éléments du débat est jugé très positif par l'Acoss.*

***Pierre Burban** a reconnu qu'une grande incertitude pèse sur la façon dont l'Acoss pourra faire face aux besoins financiers de la sécurité sociale en 2010 mais il a rappelé l'engagement du ministre des comptes publics pour que des solutions soient étudiées.*

***Pierre Ricordeau** a fait observer que les conditions actuelles du marché sont très favorables pour les institutions publiques et leurs demandes d'emprunt à très court terme. Cela étant, le marché des billets de trésorerie reste réduit et l'Acoss n'a juridiquement pas le droit d'y recourir au-delà de 11,5 milliards d'euros.*

***Pierre Burban** a estimé indispensable que l'Etat prévoie d'accompagner l'Acoss pour la gestion de son découvert en 2010. Ceci dit, il est important de rappeler que la couverture de dépenses structurelles par des moyens à court terme n'est pas satisfaisante, surtout dans des périodes fortement aléatoires ; il n'est pas dans la vocation de l'Acoss de financer des découverts aussi importants.*

Guy Fischer a souhaité savoir si le projet de création d'une caisse d'amortissement de la dette publique est une solution encore envisagée.

Pierre Burban a déclaré ignorer les modalités qui seront retenues par l'Etat ; pour l'Acosse en effet, seule importe la question du financement de ses besoins de trésorerie.

Alain Vasselle, rapporteur, a insisté sur la nécessité pour l'Etat d'intervenir puisque la CDC ne pourra être sollicitée au-delà de 31 milliards d'euros et que ne pourra être émis qu'un maximum de 11,5 milliards de billets de trésorerie.

Pierre Ricordeau a réaffirmé que les simples mécanismes de marché ne seront pas suffisants et qu'il conviendra de définir des modalités hors marché pour faire face à l'ensemble des besoins. La garantie de l'Etat sera, en tout état de cause, nécessaire.

II. EXAMEN DU RAPPORT

Réunie le **mercredi 8 juillet 2009** sous la présidence de **Muguette Dini, présidente**, la commission a procédé à l'**examen du rapport d'information de d'Alain Vasselle sur l'état des comptes de la sécurité sociale en vue de la tenue du débat d'orientation des finances pour 2010.**

Alain Vasselle, rapporteur général, a d'abord souligné que le débat d'orientation des finances publiques prend place cette année dans un contexte qui peut être qualifié de dramatique pour les finances sociales. Alors qu'il y a moins d'un an encore, un retour à l'équilibre des comptes sociaux était envisagé pour 2012, moyennant une maîtrise renforcée des dépenses, alors que d'authentiques progrès ont été réalisés au cours des dernières années, le déficit de l'assurance maladie ayant par exemple été ramené de 11,6 à 4,4 milliards d'euros en quatre ans, le régime général finira l'année 2009 en déficit de plus de 20 milliards d'euros, et pourrait connaître en 2010 un déficit voisin de 30 milliards.

Il ne s'agit donc plus d'une simple aggravation du « trou de la sécu » comme notre pays en a connu au cours des deux dernières décennies, mais d'un changement d'échelle, d'une situation totalement inédite face à laquelle les solutions habituelles seront insuffisantes.

Certes, la dégradation massive des comptes sociaux résulte cette année en totalité des effets de la crise économique et rien ne sera possible sans un retour de la croissance. La sécurité sociale aurait pu toutefois y faire face dans des conditions très différentes si elle n'avait subi le handicap d'un déficit structurel de 10 milliards d'euros. Ainsi, le retard pris dans l'engagement de réformes structurelles indispensables pourrait être payé fort cher dans le contexte de la récession actuelle.

Mais surtout, le retour de la croissance au niveau d'avant la crise permettra seulement de stabiliser le déficit à son niveau d'après-crise, soit peut-être 30 milliards d'euros. Le retour d'une croissance modérée des recettes de la sécurité sociale assortie d'une croissance également modérée des dépenses ne permettra en aucun cas - ou de manière marginale - de résorber les déficits massifs qui auront été atteints. Leur résorption ne pourra passer que par une croissance des recettes durablement plus forte que la croissance des dépenses.

Or, si la sécurité sociale a pu supporter, depuis 2003, des déficits annuels voisins de 10 milliards d'euros au prix d'un accroissement important de la dette sociale, elle ne résistera pas à plusieurs années d'un déficit de 30 milliards.

D'ores et déjà, la question est posée des conditions dans lesquelles sera portée la dette sociale résultant de la crise en cours, qui pourrait atteindre 50 milliards à la fin de l'année 2010. En effet, l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) ne pourra durablement financer ces déficits par des ressources de trésorerie, même si le niveau actuel des taux d'intérêt à court terme justifie le choix de ne pas prendre de décision précipitée. De son côté, la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) n'est autorisée à reprendre des dettes que si elles sont accompagnées des ressources nécessaires pour les financer sans allonger sa durée de vie.

***Alain Vasselle, rapporteur général,** a ensuite présenté les comptes de la sécurité sociale pour 2008 et les prévisions pour 2009.*

En 2008, le déficit du régime général de la sécurité sociale s'est élevé à 10,2 milliards d'euros, en augmentation de 700 millions par rapport à 2007, alors qu'il n'était que de 3,5 milliards en 2002. Sa stabilisation autour de 10 milliards constitue un précédent particulièrement inquiétant dans le contexte de la crise économique actuelle.

Les recettes sont restées relativement dynamiques en 2008, même si le ralentissement de la croissance a commencé à produire ses effets en fin d'année. Les différentes branches ont connu des évolutions contrastées :

- la branche maladie a poursuivi son redressement en 2008, mais dans des proportions beaucoup plus réduites que les années précédentes, le déficit passant de 4,6 à 4,4 milliards d'euros. En particulier, les dépenses dans le champ de l'Ondam ont connu une progression de 3,4 % par rapport à 2007, comparable à celle des années précédentes, mais en dépassement de 860 millions par rapport à l'objectif initial, lequel avait été voté sur la base de prévisions de réalisation de l'Ondam 2007 qui ont été finalement dépassées ;

- le déficit de la branche vieillesse s'est fortement creusé pour atteindre 5,6 milliards d'euros. Les charges ont augmenté de 5,6 %, sous l'effet du rythme de progression soutenu des départs à la retraite des générations du « baby-boom » et du coût des retraites anticipées, qui a continué à progresser ;

- la branche famille a vu son déficit s'aggraver légèrement pour s'établir à 342 millions d'euros, sous l'effet d'une hausse des prestations légales, notamment des prestations spécifiques à la petite enfance, plus rapide qu'en 2007. Les dépenses d'action sociale conservent également un rythme soutenu de progression, toutefois légèrement inférieur à celui constaté en 2007 ;

- enfin, la branche accidents du travail-maladies professionnelles présente un résultat amélioré de près de 700 millions d'euros par rapport au déficit de 2007 et qui s'établit en excédent de 241 millions.

Pour 2009, les prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale font état d'un déficit de 20,1 milliards d'euros, porté à

22,2 milliards en incluant le fonds de solidarité vieillesse (FSV), soit le double de ce qui avait été prévu en loi de financement.

En effet, celle-ci a été bâtie sur des hypothèses économiques qui se sont révélées aussitôt caduques. Elle tablait sur une croissance de la masse salariale de 2,75 %. Or, celle-ci devrait en fait diminuer de 1,25 %. Il y aurait donc quatre points d'écart entre la prévision et la réalité. Dans ces conditions, on peut évidemment s'interroger sur le caractère excessivement volontariste des prévisions économiques soumises au Parlement ; on peut aussi se demander s'il n'aurait pas été justifié cette année de présenter un PLFSS rectifié, au moins pour prendre acte de la caducité des équilibres votés en fin d'année dernière.

Quoi qu'il en soit, les prévisions pour 2009 sont caractérisées par un brutal arrêt de la croissance des recettes, qui progressaient régulièrement au cours des dernières années : les cotisations sociales devraient stagner, tandis que les recettes de CSG diminueraient.

La croissance des dépenses serait en revanche relativement maîtrisée, sans que cela ne contrebalance évidemment les pertes de recettes. Au total, les déficits des différentes branches pourraient s'établir aux niveaux suivants : 9,4 milliards pour la branche maladie, 7,7 milliards pour la branche vieillesse, 2,6 milliards pour la branche famille, 0,3 milliard pour la branche accidents du travail-maladies professionnelles.

En ce qui concerne la branche maladie, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a fixé l'Ondam à 157,6 milliards d'euros, soit une augmentation de 3,3 % par rapport aux dépenses de l'année 2008 telles qu'elles étaient estimées à la rentrée 2008.

Dans son avis du 29 mai 2009, le comité d'alerte sur les dépenses de l'Ondam note que la progression des soins de ville demeure modérée en début d'année, les postes les plus dynamiques étant les indemnités journalières et les frais de transport. En revanche, il considère que les mesures d'économies prises en compte dans la construction de l'Ondam connaîtront des degrés de réalisation très différents : certaines accusent du retard par rapport au calendrier prévu (augmentation du ticket modérateur en cas de non respect du parcours de soins, limitation du nombre de séances des paramédicaux), d'autres n'ont pas encore été engagées ou n'auront pas le rendement attendu (baisse de prix des médicaments, autres baisses de tarifs, encadrement des transports sanitaires par taxi).

Au total, et en insistant sur les nombreuses incertitudes qui entourent encore l'évolution de l'Ondam à cette période de l'année, notamment en ce qui concerne les dépenses des établissements de santé, le comité d'alerte a estimé que l'Ondam pourrait être dépassé de 300 à 500 millions d'euros à la fin de l'année. La commission des comptes de la sécurité sociale a retenu un dépassement de 400 millions.

Devant cette commission, le ministre du budget et des comptes publics a fait part de la détermination du Gouvernement à corriger cette situation d'ici la fin de l'année, notamment en demandant à la Cnam de renforcer ses contrôles en matière d'arrêts maladie.

En ce qui concerne la branche vieillesse, la croissance des charges de la Cnav devrait ralentir en 2009, essentiellement grâce à la diminution du nombre de départs en retraite anticipée, compte tenu de l'évolution des règles relatives à cette mesure. Le FSV, qui avait retrouvé une situation excédentaire en 2007 et 2008, devrait être à nouveau lourdement déficitaire en 2009 pour 2,1 milliards d'euros sous l'effet de l'augmentation du chômage et du transfert de CSG qui a été opéré de ce fonds vers la Cades pour accompagner la reprise d'une dette de 27 milliards par celle-ci au cours des derniers mois.

Enfin, malgré l'aspect positif de la reprise de la dette du fonds de financement des prestations sociales agricoles (Ffipsa) par l'Etat et de l'adossement de la branche maladie du régime des exploitants agricoles à la Cnam, aucune solution n'a pour l'instant été proposée pour assurer un financement pérenne de la branche vieillesse de ce régime. Le PLFSS pour 2010 devra permettre de dégager des solutions, à défaut desquelles le régime retombera dans des déficits considérables.

La conséquence immédiate de cette forte dégradation des comptes en 2009 est la reconstitution d'une dette sociale. Alors que la Cades vient à peine de reprendre une dette de 27 milliards d'euros, c'est, à la fin de l'année 2010, une dette de 50 milliards d'euros qui pourrait s'être reconstituée.

Pour l'instant, le Gouvernement ne souhaite pas prendre des décisions précipitées et a donc indiqué que l'Acoss aurait les moyens de faire face aux besoins qui découleront des déficits. Cette situation ne sera pourtant pas tenable très longtemps. L'Acoss a en effet deux sources de financement principales : la Caisse des dépôts et consignations et l'émission de billets de trésorerie. L'Acoss et la CDC achèvent actuellement une négociation pour la signature d'un avenant à la convention qui les lie : la CDC, considérant qu'elle a perdu de l'argent en 2008 en finançant l'Acoss, a souhaité redéfinir les conditions de financement qu'elle lui accorde. L'avenant en cours de discussion prévoit que l'Acoss pourra obtenir des financements à des conditions prédéterminées jusqu'à 25 milliards d'euros et qu'en tout état de cause, la caisse ne prêtera pas au-delà de 31 milliards. En ce qui concerne les billets de trésorerie, l'Acoss peut actuellement en émettre dans la limite d'un plafond de 11,5 milliards d'euros, mais en réalité elle ne place jamais plus de 5 milliards sur les marchés. A certains moments, l'Etat lui-même achète des billets de trésorerie.

Pour faire face aux déficits, le plafond des ressources non permanentes de l'Acoss, qui a été fixé à 18,9 milliards d'euros par le Parlement à l'automne dernier va devoir être relevé de près de 10 milliards par décret. Jusqu'à ce montant, l'Acoss devrait pouvoir se financer sans difficulté. En revanche, l'année prochaine, si aucune reprise de dette n'est

intervenue, l'Acoss risque de devoir faire face à un besoin de trésorerie compris entre 50 et 60 milliards. A ce moment-là, les 25 à 31 milliards de la CDC ajoutés aux 11,5 milliards de billets de trésorerie ne suffiront pas. Dans ces conditions, la solution consistera peut-être à augmenter le plafond d'émission des billets de trésorerie, étant entendu que l'Etat ou éventuellement d'autres entités publiques se porteraient acquéreurs d'une grande part de ces billets.

Quoi qu'il en soit, il conviendra de trouver une solution pérenne pour porter cette dette. Chacune des trois options envisageables, à savoir la reprise de la dette par l'Etat, la création d'une caisse chargée de porter la dette de crise ou la reprise par la Cades, présente des inconvénients ou pose des difficultés. La reprise par l'Etat mettrait fin au principe très sain du cantonnement de la dette sociale, scrupuleusement respecté jusqu'à présent ; la création d'une nouvelle caisse ne ferait qu'éclater la dette mais n'améliorerait en rien sa gestion ; enfin, le transfert à la Cades pose le problème des ressources qui devraient lui être attribuées concomitamment pour ne pas augmenter sa durée de vie. Le législateur organique a en effet décidé en 2005 qu'aucune reprise de dette ne pourrait plus être effectuée sans donner à la Cades la ressource nécessaire pour y faire face sans augmenter sa durée de vie. La Cades doit achever sa mission autour de 2021, soit dans douze ans. Plus cette date approchera, et plus les transferts de dette vont nécessiter la fourniture de recettes importantes pour que le remboursement soit achevé dans les délais prévus. Ainsi, le transfert de 50 milliards d'euros de dette au début de l'année 2011 impliquerait de fournir à la Cades 0,425 point de CRDS, ce qui représenterait quasiment un doublement de cette contribution dont le taux est aujourd'hui fixé à 0,5 %.

Aucune solution n'étant sans inconvénients, il sera sans doute difficile d'éviter un débat sur une éventuelle prolongation de la durée de vie de la Cades. Mais le risque serait alors très grand d'abandonner toute perspective d'extinction de la dette et de reporter celle-ci sur les générations futures, ce que, jusqu'à présent, la commission a toujours voulu éviter.

***Alain Vasselle, rapporteur général,** a alors présenté un certain nombre de pistes de réformes pour faire face à cette situation. En effet, le seul retour de la croissance ne suffira pas ; si les recettes repartent à la hausse, on parviendra au mieux à stabiliser les déficits. Il faut donc agir à la fois pour accroître les recettes de la sécurité sociale et pour mener à bien les réformes structurelles permettant de maîtriser les dépenses.*

Il est tout d'abord indispensable de préserver les recettes actuelles de la sécurité sociale. Cela passe par une meilleure évaluation des dispositifs d'exonérations de charges, qui sont certes compensés mais qui sont une source de fragilité pour les finances sociales, dans la mesure où la compensation ne se fait pas à l'euro près.

Il faut surtout accroître l'assiette des cotisations en remettant en cause ou en limitant, dans toute la mesure du possible, les différentes niches

qui viennent miter les recettes de la sécurité sociale. La perte de recettes potentielles représentée par ces mécanismes a été évaluée à 9,4 milliards d'euros. Même si ce chiffre doit être relativisé car les employeurs feraient sans doute des arbitrages différents si les sommes concernées étaient soumises aux cotisations sociales, il montre qu'il est possible d'agir dans la voie d'une plus grande remise en cause de ces exemptions. Quelques progrès ont déjà été faits puisque la loi de financement pour 2009 a permis la création d'un forfait social de 2 %.

Il est possible d'aller plus loin. Plusieurs pistes devront être explorées dans le prochain PLFSS : un élargissement de l'assiette du forfait social ; un relèvement du taux de ce forfait, dont le montant actuel est encore faible par rapport au taux de cotisation de droit commun ; un relèvement du taux spécifique applicable aux attributions de stock-options et d'actions gratuites ; une remise à plat de la taxation des indemnités de rupture ; la taxation des retraites chapeau.

Cette remise en cause de certains mécanismes devra aussi s'accompagner du respect des nouvelles règles fixées par la loi de programmation des finances publiques, selon lesquelles une création ou extension de niche fiscale ou sociale doit être compensée par la suppression ou la diminution d'une autre de ces niches pour un montant équivalent.

Au-delà de cette préservation des recettes de la sécurité sociale, il sera inévitablement nécessaire de mobiliser des ressources nouvelles si l'on veut éviter que les déficits ne se stabilisent à des niveaux insoutenables. A cet égard, plusieurs possibilités existent : les marges sur les droits tabac sont limitées car les taxes sont déjà très élevées mais après deux années sans augmentation, une hausse est envisageable ; de même, sur l'alcool, il existe de véritables possibilités d'aller plus loin, notamment en ce qui concerne les alcools forts.

Par ailleurs, la commission des affaires sociales a proposé par le passé la taxation des produits gras ou sucrés, dès lors qu'il ne s'agit pas de produits de première nécessité. Cette proposition demeure d'actualité et le produit de cette « taxe nutritionnelle », si elle avait déjà été créée, aurait été bien utile dans la situation actuelle.

De même, alors qu'une réflexion est en cours sur la création d'une contribution climat-énergie, ne serait-il pas légitime qu'une partie du produit de cette « taxe carbone » revienne à l'assurance maladie, compte tenu des conséquences néfastes des pollutions sur la santé ?

Enfin, il conviendrait d'engager une réflexion sur la CSG, pour laquelle coexistent quatre barèmes, tandis que certains éléments d'assiette sont exonérés. Il y a là une marge d'harmonisation qui permettrait d'accroître les recettes de la sécurité sociale.

Alain Vasselle, rapporteur général, a ensuite présenté les contours qui pourraient être ceux de l'indispensable réforme des retraites. Le rendez-

vous de 2008 a été une occasion manquée. Certes, quelques avancées louables ont été opérées sur l'emploi des seniors ou la solidarité envers les revenus les plus modestes mais des questions essentielles sont restées en suspens : le dossier de la pénibilité est bloqué et la hausse des cotisations vieillesse qui devait être compensée par une baisse des cotisations chômage n'a pu être menée à son terme.

Or, les besoins de financement de la branche vieillesse vont continuer à s'accroître rapidement. En 1960, la France comptait quatre cotisants pour un retraité, ce ratio est tombé aujourd'hui à 1,43 cotisant. Le système de retraite aura besoin de 24,8 milliards d'euros en 2020 (dont 13 milliards pour la seule Cnav) et de 68,8 milliards en 2050 (dont 46 pour la Cnav).

Dans ces conditions, le rendez-vous de 2010 devra déboucher sur une vraie réforme et non sur un renvoi à 2012. Jusqu'à présent, le levier privilégié a été l'augmentation de la durée de cotisation nécessaire pour bénéficier d'une retraite à taux plein. Ce levier devra sûrement être encore utilisé. Actuellement, un salarié français a besoin de quarante annuités (quarante et une en 2012) pour bénéficier d'une retraite complète, s'il n'a pas encore atteint l'âge de soixante cinq ans. Peut-être faudra-t-il porter cette durée de cotisation à quarante deux voire à quarante trois annuités, à condition toutefois d'avoir surmonté l'obstacle du dossier de la pénibilité du travail qui n'est toujours pas tranché.

On évoque également de plus en plus le report de l'âge légal de départ en retraite, mais cette solution impliquera un changement profond en ce qui concerne le taux d'emploi des seniors qui reste, en France, l'un des plus bas des pays développés. Néanmoins, l'augmentation de l'âge de la retraite ne peut, à elle seule, résoudre le problème du financement des régimes de retraite. En effet, pour le régime général, le report à soixante deux ans apporterait 6,6 milliards d'euros en 2020 (sur 13 milliards de besoins) et seulement 5,7 milliards sur un besoin total de 46 milliards en 2050 ; il s'agirait en définitive d'une mesure de court terme.

C'est pourquoi, à plus long terme, et dans la lignée des études de la Mecss sur cette question, il faut poursuivre la réflexion sur une réforme systémique du régime de retraite pour assurer sa survie sur le long terme.

La maîtrise des dépenses de santé est tout aussi essentielle pour assurer la pérennité du système de protection sociale. Ces dépenses ayant naturellement tendance à croître plus vite que la richesse nationale, il est nécessaire de conduire une action particulièrement volontariste pour les contenir, en améliorant l'efficacité du système et en utilisant toutes les marges qui existent.

Le directeur général de la Cnam a évoqué devant la commission des affaires sociales un certain nombre de secteurs où des progrès substantiels sont possibles : les soins de suite et de réadaptation, le médicament grâce à une meilleure hiérarchisation des traitements, la dialyse rénale, les transports

sanitaires ou encore les indemnités journalières, même si, dans ce domaine, il paraît difficile de mettre en place des référentiels obligatoires.

En ce qui concerne l'hôpital, tout le monde est convaincu qu'il existe d'importants gisements de productivité, dont la mobilisation ne remettrait pas en cause la qualité des soins dispensés. La Cour des comptes l'a clairement affirmé ; elle prépare d'ailleurs une étude sur ce sujet qui sera publiée en septembre. Les agences régionales de santé (ARS), créées par le projet de loi HPST récemment adopté par le Parlement, auront des prérogatives étendues en ce domaine. Mais pour améliorer le pilotage de la politique hospitalière et développer la productivité des établissements de santé, il faudra qu'elles agissent rapidement. La Mecss a d'ailleurs prévu de se pencher dans quelques mois sur les conditions dans lesquelles les ARS se mettent en place et remplissent les nombreuses missions qui leur sont assignées.

En ce qui concerne la convergence tarifaire, qui continue à être un sujet très polémique, la ministre de la santé a annoncé le report de son achèvement à 2018. Néanmoins, il faudra concrétiser cette annonce dans le PLFSS puisque la précédente date avait été fixée par la loi. Il conviendra alors d'exiger un calendrier précis et définitif de réalisation des études complémentaires puisque ce sont elles qui retardent le processus. Les chiffres disponibles sont en effet extrêmement variables sur les écarts de coûts entre établissements, que ce soit entre établissements publics et établissements privés ou même au sein des établissements publics, et il est urgent de progresser dans la connaissance de ces coûts afin de prendre les décisions qui permettront d'aller vers les coûts les plus efficaces.

***Alain Vasselle, rapporteur général,** a conclu sur le caractère inquiétant de la situation actuelle des finances sociales. Les déficits de 2009 et 2010 seront difficiles à résorber parce que les efforts nécessaires pour rétablir l'équilibre des comptes n'ont pas été faits quand la croissance était là. Aussi, distinguer le déficit de crise du déficit structurel ne doit pas masquer le fait que le déficit de crise ne pourra s'effacer avec le retour à une croissance normale. La survie de la protection sociale suppose donc une action rapide, le risque étant réel de voir émerger des solutions qui constitueraient une remise en cause profonde du système actuel.*

***Guy Fischer** a fait valoir que ce rapport ne fait que dramatiser la situation. L'effondrement des recettes est avant tout le résultat de l'explosion du chômage. La question centrale, à la veille de la préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, est de savoir qui va payer la crise. Ni le grand emprunt lancé par le Président de la République, ni le plan de relance n'auront d'impact sur le pouvoir d'achat des salariés et des personnes les plus modestes dont l'inquiétude est légitime et qui sont soumis à une pression sans précédent. Toutes les branches de la sécurité sociale accusent désormais un déficit avec, au total, un déséquilibre multiplié par trois en quelques années. La politique ultralibérale actuellement menée implique que les efforts seront demandés aux plus nombreux, c'est-à-dire aux salariés, qui devront payer la crise par un écrasement des salaires. Les*

propositions du rapporteur général en matière de niches sociales resteront marginales. Il est regrettable qu'une fois de plus, on stigmatise les arrêts maladie et les indemnités journalières.

Par ailleurs, de nombreuses questions non résolues subsistent : l'avenir de la branche retraite du régime agricole, le traitement de la dette sociale auquel sont liées une hausse éventuelle de la CRDS et la prolongation de la Cades, la réforme des retraites avec le débat engagé sur un relèvement de l'âge légal de la retraite ou l'augmentation de la durée de cotisation.

En ce qui concerne l'assurance maladie, la fusion ou la fermeture d'établissements de santé transformés en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) entraînera une division par quatre des dépenses et la réduction mécanique des emplois dans la fonction publique hospitalière.

***Dominique Leclerc** a insisté sur l'impossibilité de se réfugier derrière la crise pour expliquer l'ensemble des problèmes et déficits actuels. Toutes les branches de la sécurité sociale sont en déficit, ce qui place la France au pied d'un mur structurel et impose au pouvoir politique la prise de décisions courageuses. Le Président de la République a confirmé la nécessité de procéder à une réforme des retraites en 2010. Celle-ci ne pourra se limiter à modifier les paramètres que sont l'augmentation des taux ou l'allongement de la durée de cotisation. En effet, on observe une chute rapide du taux de remplacement et il faudra remédier à cette situation. A la demande du Sénat, le conseil d'orientation des retraites (Cor) a lancé une étude sur la mise en place d'un nouveau système de retraite ; réticent à l'origine, il a désormais bien engagé ses travaux qui devraient aboutir à la fin de l'année. Deux évolutions fondamentales sont intervenues depuis la mise en place du système de retraite : l'effondrement du taux d'actifs par retraité et la hausse très significative de la durée des pensions servies. En outre, le vieillissement de la population a des conséquences en matière de maladie, d'autonomie et de logement. Aussi, la solidarité ne pourra plus s'exprimer de la même façon à l'avenir, surtout si les jeunes générations refusent de maintenir le système actuel, très profitable aux plus âgés.*

***André Lardeux** a exprimé son soutien total aux propos du rapporteur général qui reflètent parfaitement la réalité et identifient de façon précise les efforts nécessaires. Il est en effet important de ne pas faire de « déni de la réalité ». En particulier, il n'y a pas de sens à distinguer de bons et de mauvais déficits, car ceux-ci apparaîtront identiques pour les générations futures. Il est évident qu'il faudra mobiliser de nouvelles recettes et sans doute augmenter la CSG. Cela étant, il faut aussi se préparer à un conflit de génération car le problème de l'acceptation de toutes ces dettes par les jeunes risque un jour de se poser.*

***François Autain** a demandé au rapporteur général à quel horizon on peut désormais espérer une résorption des déficits. En effet, la loi de 2004 avait prévu l'équilibre des comptes pour 2007, notamment grâce au dossier*

médical personnel (DMP) qui, cinq ans après, n'a toujours pas été mis en place ; par la suite, on a repoussé l'échéance à 2009, puis 2011 et enfin 2012 ; qu'en est-il aujourd'hui ? Le Gouvernement n'est-il pas justement dans ce « déni de la réalité » ?

Par ailleurs, est-il possible d'atteindre cet équilibre sans augmentation des prélèvements obligatoires ? L'emprunt est une solution de facilité pour aujourd'hui qui n'empêchera pas une hausse des impôts et taxes demain. La situation a en effet beaucoup changé depuis les années soixante où la croissance était vigoureuse, le chômage très faible, le nombre d'actifs par retraité élevé et les dépenses de santé limitées à 4 % du Pib. Aujourd'hui, ces dépenses représentent environ 12 % du Pib et ce taux devrait encore augmenter. Dans ces conditions, il est légitime de s'interroger sur la possibilité de respecter la promesse du Président de la République d'une baisse des prélèvements obligatoires de quatre points en cinq ans.

René Teulade a déclaré ne partager ni le constat ni la dramatisation de la situation posés par le rapporteur général. Il faudrait plutôt s'interroger sur les raisons pour lesquelles, depuis dix à quinze ans, les différentes mesures adoptées n'ont pas été appliquées. Il est regrettable que les travaux du Cor envisagent toujours le futur à partir de l'analyse du passé et de projections à trop long terme sujettes à caution : dix ou vingt ans constituent un horizon plus raisonnable que cinquante ans, même en matière démographique. En ce qui concerne la santé, la loi de janvier 1993 qui avait recueilli, après de nombreuses conférences de consensus, l'accord de toutes les professions de santé n'a jamais été mise en œuvre alors qu'elle devait permettre un retour à l'équilibre en trois ans. Il y a une réelle difficulté à concilier deux démarches économiquement incompatibles : un régime de prescriptions libéral dans un système de prestations socialisées. L'équilibre n'ayant jamais été trouvé entre ces deux démarches, on risque de devoir bientôt remettre en cause la plus grande conquête de notre pays depuis la Libération.

En matière de retraite, la facilité consiste à augmenter la durée de cotisation mais cela n'a aucun sens si les deux tiers de la population des seniors sont écartés de toute possibilité d'activité, comme c'est le cas actuellement, ce qui est à la fois un gâchis économique et un gâchis de compétences. Par ailleurs, il faut arrêter de se focaliser sur la question du troisième âge. En effet, dans une société qui couvre quatre ou cinq générations, la troisième génération est la clé de voute du système. Mettre fin à une activité professionnelle ne signifie pas l'arrêt de toute activité, en particulier sociale ou culturelle. Il est enfin important d'étudier ce qui se passe à l'étranger, par exemple aux Etats-Unis où l'administration Obama s'intéresse actuellement vivement au système français pendant que nous cherchons à imiter leur modèle dans lequel cinquante millions d'habitants se trouvent dépourvus de protection sociale.

En réponse aux différents intervenants, **Alain Vasselle, rapporteur général**, a réaffirmé l'importance d'une parfaite prise de conscience de la

réalité actuelle des comptes sociaux. Celle-ci justifie plus que jamais la nécessité absolue que tous les nouveaux textes ou mesures présentés au Parlement soient accompagnés d'études d'impact précises, notamment sur leur aspect financier. Il ne sera en tout état de cause pas possible d'échapper à une hausse des prélèvements obligatoires si l'on souhaite garder un même niveau de protection sociale.

*Puis la commission a **adopté les conclusions du rapporteur général et autorisé la publication du présent rapport d'information.***