

**Communication de M. Philippe Séguin,  
Premier président devant la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale  
Mercredi 16 septembre 2009**

Monsieur le président,

Mesdames et messieurs les parlementaires,

Mesdames et messieurs,

C'est toujours pour moi un honneur de présenter devant votre commission le rapport annuel de la Cour sur la sécurité sociale. Comme à l'accoutumé, le rapport 2009 commence par l'analyse des comptes de l'exercice clos, soit ici 2008, et rassemble ensuite divers travaux, relatifs aux différentes branches et régimes de base de sécurité sociale.

Certains sujets, vous le constaterez, sont totalement dans l'actualité : ainsi en va-t-il notamment des travaux sur les avantages familiaux de retraite, qui devraient être révisés par la prochaine loi de financement de la sécurité sociale. Certains autres sujets sont plus techniques, mais tout aussi importants à mes yeux : ainsi en va-t-il des travaux relatifs à la durée d'assurance pour le calcul des retraites ou à la mise en œuvre de la T2A.

J'ai tout à fait conscience, malgré la variété des sujets traités, nous ne répondrons pas à toutes les curiosités : nous ne disons rien sur la grippe A, vous vous en doutez, c'est trop tôt. Rien non plus sur la crise et ses conséquences éventuelles pour notre protection sociale. Notre rapport porte en effet sur l'application de la loi de financement pour 2008, année encore peu marquée par la crise.

Nous avons donc bien conscience que notre travail pourrait apparaître, de ce fait, comme « décalé » ou même « déphasé ». Il est en effet évident que la crise et les réponses qui lui ont été apportées ont désormais, en 2009, et auront encore en 2010 un impact majeur sur les comptes sociaux. On sait déjà que les résultats de 2009 vont se dégrader très fortement, notamment sous l'effet des moins values de recettes et de la progression, toujours dynamique, des charges. Le déficit va sans doute dépasser les 20 milliards. **Mais tout cela, nous l'avions déjà évoqué devant vous en juin dernier lors de la présentation de notre rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques devant votre commission et la commission des finances. Inutile donc d'y revenir surtout que l'évolution de la situation n'a fait que conforter notre première analyse.**

En outre, rien ne serait plus dangereux à mes yeux que de tirer prétexte de la situation conjoncturelle pour ne pas voir, qu'avant même la crise, la sécurité sociale faisait face à un déficit structurel de plus de 10 milliards d'euros et à une dette cumulée de plus de 100 milliards. C'est ce que montre ce rapport. Il est ainsi tout à fait actuel ou en tout cas essentiel car il traite du problème de fond, celui des causes du déficit structurel, c'est-à-dire de ce qui demeurera, voire se dégradera encore, une fois les effets de la crise dissipés.

Rien ne serait donc plus dangereux que de faire de la crise un prétexte pour différer les indispensables réformes de notre protection sociale et de son financement.

On ne peut plus, en effet, se contenter de demi-mesures. Il faut certes lutter contre la fraude, revoir certaines réglementations obsolètes ; en d'autres termes on peut, on doit, toujours « optimiser » le système existant. Mais il faut avoir conscience que cela ne pourra suffire à résorber les milliards de dette accumulée et que cela ne suffira pas à répondre à l'explosion des dépenses. Il faudra des mesures de plus grande ampleur, tant pour les retraites que pour l'organisation et le fonctionnement du système de santé. Elles seront douloureuses pour beaucoup et seront certainement impopulaires. Mais c'est nécessaire si l'on veut sauvegarder au profit des générations futures le bénéfice de ce que nous ont légué ceux qui nous ont précédé.

J'en viens même à penser que certaines des mesures ponctuelles qu'on a prises ont, faute de vision d'ensemble, des effets contreproductifs, pour ne pas dire des effets pervers. Que penser en effet de ce report croissant de charges sur des mutuelles et des complémentaires alors qu'on connaît le caractère anti-redistributif d'une telle évolution ? Que penser également de ce réflexe consistant à faire porter sur le malade une charge croissante ? La logique de notre système n'était-elle pas précisément d'organiser une solidarité entre les Français, entre les bien-portants et les malades, entre les actifs et les retraités ?

Il n'y a pas à s'étonner de la situation que nous vivons. Nous sommes dans un contexte qui n'est plus du tout celui de 1945 : d'un côté nous devons faire face à une explosion des dépenses sous l'effet du vieillissement, du progrès médical, du soin accru porté à la santé. De l'autre, la mondialisation fait du poids des charges sociales une hypothèque pour la compétitivité de notre pays. Voilà le problème structurel que nous devons traiter. Pour y répondre, il faut des réformes profondes, des réformes de fond, pas des demi-mesures ou des ajustements ponctuels. Et ces réformes doivent porter autant sur les dépenses que sur les recettes. En d'autres termes, il faut rationaliser les dépenses et remettre à plat le système de financement en gardant à l'esprit deux impératifs : celui de la compétitivité de notre économie et celui de l'équité.

Le rapport que je veux vous présenter aujourd'hui, comme ceux qui l'ont précédé, n'a d'autre ambition que d'analyser à cette aune deux des réformes structurelles engagées, mais trop timidement à notre sens, en ce qui concerne les retraites et l'hôpital. Il passe en revue également plusieurs exemples de réformes, moins profondes mais qui seraient pourtant utiles et qui se trouvent trop souvent à peine amorcées ou renvoyées à plus tard.

## **1. Les comptes de 2008**

Mais avant de revenir sur ces points, je commencerai, comme tous les ans, par rendre compte des résultats des régimes obligatoires de base et des fonds de financement. Je ne dirai rien cette année des tableaux d'équilibre, sauf pour signaler que nous continuons à contester la présentation retenue pour ces tableaux dans le projet de loi, présentation qui, par le jeu de contractions de produits et de charges (provisions et reprises de provisions, par exemple), conduit à afficher des montants inférieurs à ceux résultant de la consolidation des comptes des régimes. Pour autant, il est vrai, les soldes, eux, ne sont pas modifiés.

**Mais de façon générale, des progrès très importants restent à faire en matière de tenue des comptes. Je le rappelle : la Cour a refusé de certifier cette année deux branches du régime général (les branches retraite et famille) et quatre autres régimes n'ont pas été certifiés par les commissaires aux comptes, et non des moindres puisqu'il s'agit du régime des salariés et exploitants agricoles, du régime social des indépendants, de la caisse d'assurance vieillesse des professions libérales et de la caisse de sécurité sociale des mines. Au total, les comptes qui ont fait l'objet d'un refus de certifier représentent 45 % de l'ensemble des produits et charges des régimes de base. Cela donne une idée de l'ampleur des progrès à réaliser pour disposer de comptes fiables ! Voilà un sujet qui, à notre sens, pourrait faire l'objet d'un examen tout particulier à l'occasion de la discussion du PLFSS afin de connaître les intentions du gouvernement en la matière.**

Je referme la parenthèse.

Le solde 2008, pour l'ensemble des régimes de base et des fonds de financement, ressort à -11,9 Md€ contre -11 Md€ en 2007, si l'on met à part la reprise des dettes du FFIPSA par l'Etat. Ce résultat traduit une légère dégradation par rapport à celui de 2007, mais il reste dans la ligne de ceux constatés depuis 2003, période au cours de laquelle les déficits ont toujours été supérieurs à 10 Md€

Preuve que la crise n'avait que tardivement produit ses effets en 2008, les cotisations ont continué à augmenter, même si le rythme s'est un peu ralenti. La croissance de la masse salariale du privé, assiette des cotisations, s'est ainsi élevée à 3,6 % en 2008, contre 4,25 % en 2007.

Du côté des dépenses, de même, le rythme de progression ne s'est que peu infléchi : +5,5 % pour les prestations de retraites du régime général, au lieu de +6,1 % en 2007. Et +3,7 % pour les prestations en maladie, au lieu de +4,1 % en 2007. Les déficits de ces deux branches restent donc importants : de -4,4 Md€ pour le seul régime général en maladie, en légère amélioration ; et de -5,6 Md€ pour la branche retraite du régime général, encore en dégradation sensible ; -10 Md€ au total pour les deux branches.

Comme on le voit, pour ces deux principaux risques, l'effet de ciseaux entre l'évolution des produits et des charges s'était déjà un peu accentué avant même la crise ; inutile de préciser qu'il va encore fortement s'accroître au cours des prochaines années. En 2009 et 2010, les recettes devraient au mieux stagner alors que l'évolution des dépenses devrait rester inchangée.

Il faut préciser qu'en 2008 les résultats ont été améliorés par le rattachement à l'exercice de recettes non récurrentes : il s'agit notamment de la prise en compte de deux années de recettes de CSG sur les placements (du fait d'une réforme des règles de prélèvement), ce qui améliore les résultats pour environ 1,4 Md€ et de celle de cinq trimestres de cotisations sociales dues par les employeurs indépendants, pour 0,9 Md€

Au total, avec diverses autres opérations exceptionnelles, le résultat a été amélioré de près de 3 Md€. Ce qui signifie que l'on devrait en réalité retenir un résultat structurel, j'insiste sur ce terme, d'environ -15 Md€ en 2008.

Comme chaque année, la Cour a ensuite examiné les conditions de financement des découverts. Les déficits accumulés ont un coût : il est désormais nécessaire de consacrer plus de 7 milliards de prélèvements sociaux et fiscaux au paiement des intérêts et à l'amortissement de la dette sociale<sup>1</sup>. Et la sécurité sociale rencontre de plus en plus de difficultés à organiser le « portage » de cette dette. En témoignent les tensions intervenues entre l'ACOSS et la Caisse des dépôts, notamment pour le calcul des rémunérations liées aux avances faites au régime général. Là encore, le caractère structurel du problème semble négligé puisque cette dette est traitée comme si elle correspondait à des découverts infra-annuels, alors qu'elle résulte de déficits accumulés, pour des montants croissants. Nous soulignons donc que la composante de l'endettement qui dépasse les seuls besoins infra-annuels devra être isolée dans la LFSS et que sa reprise par la CADES doit être prévue sans attendre que les déficits cumulés atteignent des dizaines de milliards d'euros. En effet, la pratique actuelle revient à priver de son sens la règle, pourtant posée par la loi organique, qui prévoit que l'endettement de long terme est porté par la CADES et que celle-ci doit disposer de ressources nouvelles, en cas de reprise de dette, de sorte que son horizon d'apurement reste inchangé. J'ajoute qu'en cas de remontée des taux d'intérêt, cette pratique s'avèrerait immanquablement coûteuse.

Je suis bien conscient que le retour à l'équilibre, dont l'horizon n'avait d'ailleurs cessé de s'éloigner d'une LFSS à l'autre, est maintenant hors d'atteinte tant que la croissance ne sera pas revenue. Il faut donc, en attendant, refinancer la dette en fonction de ses composantes et donc ne pas exclure de prévoir les recettes fiscales nécessaires à son amortissement.

Nous savons par ailleurs que les mesures d'économies ont rarement un rendement important immédiat. Cela ne dispense pas d'en prévoir à condition qu'elles soient chiffrées de manière réaliste et effectivement mises en œuvre. Or, nous notons également, dans notre analyse de l'ONDAM, le rendement finalement amoindri, par rapport aux prévisions, des différentes actions d'économies ciblées. Toutes ces questions seront, j'en suis sûr, débattues lors de l'examen du prochain projet de loi de financement. Elles devraient inciter à relancer la recherche de redéploiements et d'économies, partout où c'est possible sans fragiliser notre cohésion sociale.

## **2. Les politiques sociales**

### *a) Tout ne va pas mal*

Comme les années précédentes, une part importante de notre rapport porte donc sur les différentes politiques sociales et sur la gestion des organismes sociaux pour identifier des sources d'efficacité et d'efficience.

Je ne voudrais cependant pas que les membres de votre commission et nos lecteurs en général en retirent le sentiment que, pour la Cour, tout est négatif et contestable. Nous relevons, au contraire, nombre de progrès dans la gestion des organismes du régime général, dans la mise en œuvre du contrôle interne ou dans les performances des différentes branches. Le mouvement de regroupement des organismes, qui permet de leur donner la masse critique nécessaire, est désormais bien engagé. Dans le cadre des missions permanentes qui sont

---

<sup>1</sup> Page 43

confiées à la Cour par la loi, nous rendons compte en effet du plus ou moins bon fonctionnement des organismes que nous contrôlons par l'intermédiaire du réseau d'alerte. Nous avons dans ce cadre spécifiquement examiné la situation des caisses générales de sécurité sociale dans les DOM, les CGSS, qui, elles, ne vont pas très bien. Il faut dire que leur mission à vocation multibranches et multirégimes est objectivement difficile. Nous appelons les caisses nationales à les soutenir davantage.

Nous montrons également, dans notre analyse des versements de cotisations sociales par l'Etat employeur, que celui-ci respecte correctement ses obligations, le ministère de la défense faisant cependant l'objet de nombreuses observations. Nous avons également analysé certains aspects des politiques de gestion du personnel des caisses du régime général, en relevant les progrès, encore hétérogènes il est vrai, vers une plus grande prise en compte des mérites individuels des personnels.

Ces diverses missions de contrôle, essentielles dans un Etat de droit et pour des services publics de cette importance, ont également pour mérite de nous aider à mettre en évidence les points sensibles. Elles nous permettent d'identifier les faiblesses dans la mise en œuvre des réformes en cours ou d'identifier diverses mesures susceptibles d'améliorer l'efficacité ou l'efficience des politiques sociales.

Car du point de vue, non plus de la gestion courante, mais de la mise en œuvre des réformes souhaitables, le constat est beaucoup plus critique. Beaucoup de réformes qui pouvaient apparaître courageuses semblent en effet se perdre dans les sables ou souffrent, dans nombre de cas, d'une application insuffisante ou trop partielle. Je voudrais illustrer cette affirmation tout d'abord pour deux réformes d'ampleur que nous avons examinées cette année : le plan « hôpital 2007 », lancé en 2003 et la réforme des retraites de 2003. Je donnerai ensuite d'autres exemples, de moindre portée, mais qui témoignent également, je crois, de cette difficulté et souvent de cette lenteur que nous constatons dans les évolutions indispensables des politiques sociales, difficulté et lenteur qui résultent souvent de l'insuffisante préparation des réformes, de la précipitation de leur mise en place ou des modifications de dernière minute dont la faisabilité est mal expertisée.

*b) Des réformes d'ampleur mises en œuvre de manière décevante.*

i) Les trois volets du plan « hôpital 2007 »

Premier exemple, la réforme hospitalière, initiée en 2003. Nous examinons successivement ses trois volets : la réforme de la gouvernance avec notamment la création des pôles d'activité et plus généralement la question de l'organisation de l'hôpital public ; le volet immobilier du plan d'investissement « hôpital 2007 » ; enfin la mise en œuvre de la T2A, c'est-à-dire la tarification et l'activité.

Ces trois réformes auraient pu, auraient même dû sans doute, dessiner un cercle vertueux, au service d'un projet de restructuration de la carte hospitalière. Des tarifs fondés sur l'activité devaient pousser à rechercher une meilleure efficacité dans les différents services et à regrouper les établissements dont l'activité est insuffisante. Les aides à l'investissement devaient en priorité aider ces opérations de restructuration. Enfin les outils nouveaux, dans les pôles et les services, devaient être désormais au service d'une approche intégrant le souci d'efficacité et d'efficience des soins, favorisant les regroupements de moyens et les synergies.

Or que constatons-nous ? L'enquête sur l'organisation de l'hôpital, menée avec le concours de plusieurs chambres régionales des comptes, a confirmé l'étonnante disparité des performances, même pour des hôpitaux de taille comparable : les résultats économiques, la productivité des personnels, le coût des urgences, la part des examens dans ces urgences, le coût de la permanence des soins... Je pourrais multiplier les constats, détaillés dans le rapport, qui montrent des écarts souvent surprenants. Un seul exemple cependant : en chirurgie orthopédique, secteur où les comparaisons sont les plus aisées à établir, l'encadrement en personnel médical par lit varie de 1 à 10 selon les établissements considérés. Pour les personnels non médicaux la variation reste importante et va de 1 à 3. Et tout le reste à l'avenant... Aucun établissement n'obtenait d'ailleurs en 2006 des résultats satisfaisants dans les trois filières examinées, chirurgie orthopédique, obstétrique et pneumologie, ce qui suggère que des progrès sont possibles dans tous les établissements. Autrement dit, que ces progrès restent encore à faire...

L'enquête a également permis de montrer que les recommandations de la mission d'évaluation et d'audit hospitalier (MEAH, qui sera fusionnée dans la nouvelle agence nationale d'appui à la performance), par exemple sur l'utilisation des blocs opératoires ou l'organisation des urgences, restaient souvent ignorées ou non appliquées. On peut mettre ces constats en lien avec la mise en œuvre encore limitée des pôles qui ne disposent qu'exceptionnellement des outils, des données et des délégations de compétence qui leur permettraient de contribuer à l'amélioration de la gestion des soins.

Deuxième constat, cohérent avec le premier, la tarification à l'activité (T2A) a été introduite avec une rigueur insuffisante, ce qui a conduit tout d'abord à une succession de mesures correctives, le plus souvent prises en cours d'année, peu expliquées aux établissements, qui ont subi plus que compris les tarifs qui leur étaient notifiés. A mi parcours (puisque, comme vous le savez, une période de transition est ouverte jusqu'à fin 2012), plusieurs questions de fond, posées depuis l'origine, n'avaient toujours pas été véritablement traitées : quels coûts les tarifs doivent-ils couvrir ? Que peut signifier l'objectif de convergence entre les deux secteurs public et privé ? Quelle part donner aux dotations affectées au financement des missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation (MIGAC) ? L'absence d'une stratégie d'ensemble se traduit également par une absence de cohérence dans l'évolution des différentes sources de recettes, qu'il s'agisse des arbitrages entre tarifs et dotations, du calcul des tickets modérateurs fondés sur des prix différents des tarifs T2A, ou de la tendance des hôpitaux publics à facturer des suppléments. Il en résulte une réduction insidieuse de la part des soins hospitaliers pris en charge par l'assurance maladie, même si elle reste encore nettement plus élevée dans le secteur public que dans l'hospitalisation privée. Bref, le profit attendu d'une tarification à l'activité, pour dynamiser et mobiliser les ressources dans les établissements, a pu s'en trouver sensiblement amoindri.

Notre dernier constat concerne le volet immobilier du plan « hôpital 2007 ». Certes, il fallait aider les établissements à se moderniser, c'était même indispensable. Mais les moyens disponibles auraient dû être concentrés sur les projets véritablement structurants, en complément des efforts d'adaptation imposés par le nouveau dispositif tarifaire. C'est bien ce qui était prévu, à l'origine, avec une enveloppe significative de 6 Md€ Mais très vite, on a laissé dériver le montant des travaux aidés, porté dès le démarrage du plan à 10,6 Md€ puis encore accru au fil des mois jusqu'à plus de 16 Md€ Si quelques aides supplémentaires ont été mobilisées, à partir de la réserve ministérielle ou des réserves régionales des ARH, le solde, soit près de 10 Md€, a été financé par les emprunts que les établissements ont dû

contracter, dans des conditions parfois contestables, alors même que leur situation financière devenait plus fragile.

Quant à l'appréciation des effets qualitatifs du plan, elle est encore plus difficile en l'absence de recueil de l'information utile et de méthode adaptée. Des cas d'investissement peu efficaces ont été notés : ainsi en est-il du pôle femmes/enfants, au Havre, analysé par la chambre régionale des comptes de Haute-Normandie ; et de bien d'autres, non détaillés dans le rapport, qui ont mis en lumière des cas de suréquipement manifeste. Avant même la fin des travaux, une ARH<sup>2</sup> a ainsi annoncé que certaines salles d'opérations neuves ne seraient pas ouvertes ! Les exemples donnés dans le rapport sont d'ailleurs équitablement répartis sur le territoire de la France puisqu'à Tarbes ce sont 10 nouveaux blocs opératoires qui ont été construits (hors plan hôpital 2007, faut-il préciser) alors que l'activité chirurgicale baisse dans cette ville depuis 2004.

Au total, aucune de ces réformes n'est critiquable, sur le fond. C'est leur liaison défailante et le manque de rigueur dans leur application qui a, au moins en partie, conduit à des résultats jusqu'ici encore décevants. Mais je ne sous estime évidemment pas la difficulté du chantier de la réforme hospitalière. La loi Hôpital, patient, santé et territoire du 21 juillet 2009 vient encore d'en faire la démonstration. Notre ambition est que les recommandations de la Cour soient utiles aux futures prises de décisions.

#### ii) la durée d'assurance dans les droits à retraite

Deuxième sujet d'importance traité par la Cour cette année : les retraites. Nos travaux abordent en partie les effets de la réforme importante de 2003, parce qu'ils se sont concentrés cette année sur la durée d'assurance, l'un des paramètres du calcul des retraites, réformé en 1993, puis en 2003. Je ne vous surprendrai guère en concluant que de nouvelles évolutions sont indispensables. Comme chacun sait, un nouveau rendez vous sur les retraites est prévu en 2010. Les temps ont en effet changé : la générosité des régimes de retraite, découlant de réformes mises en place dans les années 70 et 80, n'est aujourd'hui plus soutenable, vu la dégradation des rapports démographiques et leur corollaire, l'accroissement des déficits des régimes de retraite, et cela indépendamment même de la crise économique actuelle.

La loi de 2003, en rendant encore plus complexe un corpus de règles déjà particulièrement dense et peu lisible, a rendu très difficile la prévisibilité des évolutions affectant les retraites. Il apparaît d'ores et déjà que le coût des départs en retraite anticipée pour carrières longues (8,3 Md€ pour le seul régime général depuis 2003) a été très largement supérieur aux prévisions, en raison du recours massif à des systèmes de validations de trimestres mal calibrés et mal encadrés, faute d'avoir été réformés en temps utile. Le nombre de bénéficiaires a ainsi été supérieur de 80 000 au nombre initialement prévu<sup>3</sup>. **Au total, l'âge moyen de départ à la retraite a diminué entre 2001 et 2007, passant de 62 à 61 ans. On constate donc l'effet exactement inverse de celui attendu par la réforme !**

En matière de retraites, l'heure n'est plus à la multiplication des avantages catégoriels. Cette idée simple mérite encore d'être rappelée. Sans entrer dans le détail des mesures dont ont bénéficié les assurés du régime des travailleurs indépendants en 2009, je me contenterai

<sup>2</sup> il s'agit de l'ARH de Normandie. Les équipements en question avaient été programmés à la demande de M. Debré (pour Evreux)

<sup>3</sup> Le chiffrage du dépassement financier est plus délicat, les chiffres prévisionnels utilisés en 2003 n'ayant jamais été communiqués.

de souligner que pour gratifier les quelque 6 000 volontaires ayant participé à l'organisation de la coupe du monde de rugby en France on aurait quand même pu trouver un autre moyen que l'octroi de trimestres pour la retraite, partiellement financé par l'Etat !

La Cour recommande donc que l'équilibre des règles d'acquisition de trimestres pour la durée d'assurance soit modifié, dans le sens d'une contributivité renforcée, pour toutes les catégories d'assurés et pour toutes les générations.

Dans cette perspective, les pistes de réformes proposées dans le rapport sont nombreuses, je vous invite à vous y reporter. Parmi elles, certaines concernent plus spécifiquement la prise en compte des enfants dans la durée d'assurance pour les retraites. Les constats relatifs à la complexité du dispositif de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) ou à la nécessité de réformer la majoration de durée d'assurance (MDA) pour éviter son extension aux pères apparaissent aujourd'hui largement partagés. Ces dispositifs sont aujourd'hui inadaptés et peu compatibles avec l'objectif d'une augmentation du taux d'activité des femmes fixé par la stratégie de Lisbonne. Chacun convient qu'une réforme est incontournable.

Encore faut-il en dessiner plus précisément les contours, clarifier les enjeux et les contraintes. Selon nous, en premier lieu, il n'appartient pas aux régimes de retraite de compenser l'effet sur le niveau des pensions des différences de salaires entre hommes et femmes, mais uniquement les interruptions de carrière dues aux jeunes enfants. Les prestations minimales sous condition de ressources sont précisément destinées à compléter les revenus trop faibles de certains retraités : c'est là leur objet même.

Deuxièmement, le contexte démographique et financier de la branche retraite nous paraît disqualifier toute solution qui consisterait seulement à partager des droits existants entre les parents ou à les étendre sans conditions aux pères, ce qui coûterait au moins 3 Md€ La perspective sur laquelle nos travaux débouchent est donc celle d'une réforme des deux dispositifs, à la fois de la majoration de durée d'assurance et de l'assurance vieillesse des parents au foyer, pour mieux cibler leurs effets et améliorer leur articulation. Ainsi, une assurance vieillesse des parents au foyer simplifiée compenserait les interruptions de carrières des parents motivées par l'éducation des jeunes enfants et une majoration de durée d'assurance réduite serait attribuée aux seules femmes en raison de l'accouchement ou de l'adoption.

### *c) Des réformes trop partielles et trop lentes*

Au-delà de ces deux chantiers d'ampleur-la réforme hospitalière et celle des retraites-d'autres études confirment également le caractère trop partiel ou trop lent des réformes conduites jusqu'à présent. Premier exemple développé dans le rapport, celui des centres d'examen de santé, qui offrent aux assurés du régime général, tous les cinq ans, un examen de prévention. Nous mettons en évidence que le contenu de cet examen est très variable et que les liens avec les médecins traitants sont peu rigoureux. Nous rappelons que depuis des années, les spécialistes de santé publique interrogés par la CNAMTS doutent de l'utilité de tels examens et que les efforts pour les recentrer vers les publics précaires sont restés largement lettre morte. Dans ces conditions, comment justifier que près de la moitié des crédits de prévention de la CNAMTS, soit environ 150 M€par an, aille vers ces structures, où travaillent plus de 2 000 personnes, personnel médical et surtout administratif ? Nous

préconisons de les reconvertir, partout où c'est utile et possible, en centres de soins et de les supprimer dans les autres cas. Le diagnostic de lenteur des évolutions est ici d'autant plus évident que la Cour avait fait un constat identique en 1999.

Notre constat sur le contrôle médical de la CNAMTS, de même, reprend celui fait il y a près de 10 ans, même si depuis lors une importante réforme structurelle a été réalisée. Depuis 2004, les services liquidant les prestations et les services du contrôle médical travaillent ensemble. Pour autant, le basculement que nous appelons de nos vœux vers des missions de contrôle a posteriori, à partir d'une analyse préalable des risques, n'a pas encore été accompli. Les quelque 9 000 médecins et personnels administratifs restent encore pour l'essentiel accaparés par des tâches d'instruction des autorisations préalables à certains soins, d'autant moins utiles que les taux de rejet sont le plus souvent très faibles. Par ailleurs, le contrôle des admissions en ALD serait plus efficace, selon nous, s'il était exercé a posteriori, au moins pour les affections où les taux de rejet sont très faibles. En contrepartie, les moyens rendus disponibles par un allègement des contrôles a priori devraient être affectés au contrôle de la facturation des soins à l'hôpital, encore trop peu développé.

Toujours en ce qui concerne la gestion de l'assurance maladie, nous revenons également, cinq ans après de premières observations, sur les politiques de maîtrise, très insuffisantes, des dépenses de radiologie et de biologie, respectivement de 5,6 Md€ et 6,1 Md€. Dans ces deux secteurs, les évolutions technologiques permettraient des baisses de tarifs très supérieures à celles qui ont été jusqu'ici pratiquées. Les données disponibles, sur le coût comparé des analyses biologiques, montrent ainsi que les prix en France sont deux à trois fois supérieurs à ceux de pays voisins, selon les comparaisons disponibles. Un seul exemple, l'analyse microbiologique d'urine, qui coûtait en 2004 2,74 € en Suède, 6,93 € en Italie et 18,90 € en France, selon les données rassemblées par l'IGAS ! Pour autant, ce montant n'avait toujours pas diminué en France, en 2009. Nous préconisons donc à la fois de poursuivre les baisses tarifaires et de supprimer les entraves actuelles au regroupement des laboratoires. Le potentiel d'économies est donc très élevé dans ces deux domaines.

Une trop grande lenteur caractérise aussi la réforme du régime des mines, qui a été tardive et reste inaboutie. Son système de soins (cabinets médicaux ou dentaires) ne s'ouvre qu'à grand peine aux assurés des autres régimes et sa gestion assurantielle devrait être totalement déléguée : ce n'est pas encore le cas pour l'assurance maladie, les projets en ce sens ayant pris du retard, alors que la gestion des retraites et le recouvrement des cotisations ont été déléguées à la Caisse des dépôts. Je citerai un chiffre à valeur de symbole : les actifs assurés par ce régime étaient 400 000 en 1950, ils ne sont plus que 10 000 aujourd'hui, dont environ 30 % sont des agents administratifs des caisses minières ! Ce régime devrait donc être mis en extinction.

Et que dire des quelque 4 000 travailleurs sociaux des caisses d'allocations familiales (leur nombre n'est connu que de manière approximative), dont l'activité est très peu encadrée au niveau national, alors même qu'elle ne l'est que très inégalement au plan local : seules 35 CAF sur 123 disposaient d'un projet de travail social formalisé, seules 38 avaient un volet correspondant dans leur contrat pluriannuel de gestion. Plus grave, seules 40 CAF avaient signé une convention d'action sociale départementale avec les conseils généraux en 2008, alors que ce sont les départements qui ont la responsabilité de droit commun de l'action sociale. Pour les différentes aides financières individuelles, examinées en particulier par la Cour, seules quatre CAF avaient coordonné leur versement avec les différents partenaires. L'enjeu, soit le traitement de la précarité et de l'insertion, devrait cependant mobiliser toutes

les énergies, au-delà du principe du « chacun chez soi » ou même du « pour vivre heureux, vivons cachés ».

### 3. L'avenir de notre protection sociale

Ces quelques exemples montrent que les réformes sont, non pas inexistantes, mais lentes et qu'elles ne sont pas à la hauteur de l'évolution du contexte et des besoins (**quand elles ne produisent pas des effets contraires à ceux initialement recherchés comme je l'ai montré pour les retraites**).

Certes, vous verrez dans le rapport que nombre de nos recommandations sont suivies d'effet, complètement ou partiellement. Pour autant, plusieurs sujets examinés cette année, que j'ai brièvement résumés, révèlent souvent une forme de résistance, au fond assez naturelle contre les adaptations. Résistance des organismes, quitte à s'inventer, comme pour les centres d'examen de santé, d'étonnantes missions dans le cadre d'enquêtes de santé publique, résistance des régimes qui défendent la spécificité de leurs missions même quand la réalité sociologique qui les fondait a disparu, comme aux mines, routine des procédures du contrôle médical qui étouffent, sous la masse des autorisations préalables, un ciblage plus rentable... Ce qui est moins naturel, par contre, c'est la trop grande passivité des tutelles et des décideurs, seuls porteurs de l'intérêt général, devant ces pesanteurs. Car leurs coûts, additionnés, finissent par compter.

La crise économique et ses conséquences sur les finances publiques et les déficits publics ne font que renforcer notre conviction de la nécessité de réformes structurelles fondées sur des principes clairs et sur des priorités, tenant compte des équilibres démographiques et des capacités de financement. Il faut avoir le courage de repenser certaines prestations, fruit d'une sédimentation historique de réformes et qui ne correspondent plus au contexte social et économique du 21<sup>ème</sup> siècle. De même, la recherche d'une plus grande efficacité et d'une plus grande efficacité plaide pour que soient remis en cause les particularismes catégoriels non justifiés. Economie et équité doivent guider des réformes qui, je le sais, sont très difficiles dans le domaine social où le concept de droits acquis reçoit une définition extensive pour ne pas dire excessive.

Dès lors, il peut paraître provoquant, dans le contexte médiatique actuel, d'insister sur la nécessité de restructurer les hôpitaux pour améliorer la sécurité sanitaire et accroître la productivité ; ou encore d'affirmer que la remise en cause partielle des avantages familiaux de retraite est nécessaire. Il m'arrive de me sentir un peu isolé.

Mais comment justifier de reporter sur les générations suivantes le coût des inadaptations structurelles entre les dépenses que nous ne voulons pas maîtriser et les recettes que ne voulons pas augmenter ?

La Cour n'est pas seule à penser que la recherche d'économies ne suffira pas à équilibrer notre protection sociale obligatoire et qu'il faudra chercher des ressources nouvelles, en commençant par réduire les « niches sociales », comme la Cour avait suggéré de le faire il y a deux ans. A défaut, cela reviendrait à faire financer le coût de ces exonérations, dont la Cour a démontré leur justification souvent contestable, par des économies supplémentaires sur les dépenses au moyen, par exemple, de moindres remboursements de soins ! Cela ne me paraît pas juste.

Nous ne revenons pas directement cette année sur le sujet des recettes, même si une insertion du rapport traite de la question sensible des contrôles des URSSAF, de leur ciblage, des suites qui leur sont données, de leur organisation qui peut être améliorée selon nous par un regroupement des moyens au plan régional

Si nous ne revenons pas sur le volet recettes cette année, si nous avons privilégié le volet dépenses, il doit être cependant clair que la Cour juge éminemment dangereux de laisser filer des déficits sociaux qui pourraient bientôt constituer de l'ordre de 10% des flux annuels. Ils mettent en danger le socle même de notre protection sociale obligatoire, à laquelle les Français sont à juste titre si attachés. Dès lors, on ne doit plus exclure toute augmentation des prélèvements sociaux. Ce serait une capitulation et l'explosion assurée du système. Je sais que cette idée reste taboue. Mais sans la traiter frontalement, on n'aboutira jamais qu'à de fausses solutions. Mieux vaut mettre la question du financement sur la table pour trouver les solutions les plus satisfaisantes, notamment en termes de compétitivité et d'équité.

Je souhaite pour finir que ce rapport contribue à éclairer votre commission, et au-delà, toute l'Assemblée, au moment où des décisions pas forcément populaires doivent être envisagées. Votre commission a déjà montré les années passées tout l'intérêt qu'elle porte à nos travaux en reprenant dans ses propres réflexions certaines propositions de la Cour.

Ce 13<sup>ème</sup> rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale fait partie de la mission qui incombe à la Cour, aux termes de la Constitution, d'« assister le Parlement et le Gouvernement dans le contrôle de la sécurité sociale ». Mais bien évidemment, par l'intermédiaire du Parlement, c'est aussi à l'opinion que ce rapport rendu public s'adresse. C'est une exigence démocratique de transparence, mais c'est aussi et en même temps une exigence d'efficacité, tant il est vrai qu'aucune réforme ne peut progresser sans que les débats publics utiles aient pu au préalable avoir lieu. C'est particulièrement vrai dans le domaine de la sécurité sociale.

L'ouverture de cette séance de votre commission à la presse, que vous avez décidée cette année, M. le Président, constitue ainsi une initiative particulièrement symbolique de ce double souci, de transparence et d'efficacité.