

Allocution de Didier Migaud,
Premier Président de la Cour des comptes

Présentation à la presse

du rapport sur la Sécurité sociale pour 2012

jeudi 13 septembre 2012

Mesdames et messieurs,

Je suis heureux de vous accueillir ce matin à la Cour des comptes pour la présentation de son rapport 2012 sur la sécurité sociale. Il est élaboré, vous le savez, chaque année par la Cour en application de sa mission constitutionnelle d'assistance au Parlement et au Gouvernement pour le contrôle de l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Il est destiné à accompagner le projet de loi de financement pour 2013 qui sera prochainement déposé sur le bureau des Assemblées.

J'ai à mes côtés Antoine Durrleman, président de la sixième chambre de la Cour, Jean-Marie Bertrand, président de chambre et rapporteur général de la Cour, Jean-Pierre Laboureix, conseiller maître, rapporteur général de ce rapport, ainsi que son adjointe, Delphine Champetier de Ribes, auditrice, qui m'assisteront pour répondre à vos questions.

*

Dans son rapport de l'an dernier, la Cour avait fait le constat d'un déficit historiquement sans précédent, aggravant encore une spirale de la dette sociale particulièrement dangereuse pour la pérennité même de notre protection sociale, alors même que le déficit des comptes sociaux est en soi une anomalie et une injustice pour les générations futures. Elle avait souligné la banalisation des déficits sociaux et l'accoutumance à la dette sociale. Cette dette est en fait devenue le poison de la sécurité sociale.

Le rapport sur la sécurité sociale de cette année montre que le déficit a commencé à diminuer quelque peu. Mais il demeure à un niveau encore bien trop important : la dette continue toujours de s'accroître. Le cas des finances sociales illustre le propos plus général que la Cour a tenu en juillet dernier sur la situation et les perspectives des finances publiques : la France se situe à un moment crucial dans la conduite du redressement de ses comptes publics. Elle s'est engagée sur une trajectoire de retour à l'équilibre. Il est essentiel que tout soit mis en œuvre pour la respecter. A cet égard, les déficits des comptes sociaux doivent être rapidement éliminés. Cet impératif, le Président de la République l'a fait sien devant la Cour vendredi dernier.

Le rapport éclaire l'ampleur de cet indispensable redressement. Il montre également que cet effort est possible en identifiant de nouveaux exemples de marges de manœuvre, en maîtrise des dépenses comme en réduction des niches sociales et fiscales. Il délivre ainsi quatre principaux messages :

- malgré les mesures déjà arrêtées, l'essentiel du chemin reste à faire pour parvenir à l'équilibre des comptes sociaux et mettre fin à l'augmentation de la dette sociale ;

- les réformes de structure et d'organisation sont les gages les plus sûrs d'un retour à l'équilibre durable des finances sociales ;
- une plus grande responsabilisation des acteurs pourrait permettre d'obtenir une meilleure efficacité de la protection sociale pour un moindre coût et d'exploiter les importants gisements de productivité qui existent à tous les niveaux ;
- ces efforts de redressement fournissent l'opportunité de faire évoluer notre protection sociale vers plus de justice et de solidarité, principes fondateurs de notre système de sécurité sociale.

Je reviens au premier message : **l'essentiel du chemin reste à faire pour parvenir à l'indispensable équilibre des comptes sociaux.**

La situation financière des comptes sociaux reste extrêmement préoccupante même si le redressement a été engagé en 2011.

Regardons d'abord cette année 2011.

En ce qui concerne les régimes obligatoires de base et le fonds de solidarité vieillesse (FSV), - c'est-à-dire le périmètre le plus large d'organismes de sécurité sociale examiné par la Cour incluant notamment le régime général, la mutualité sociale agricole et ceux des travailleurs indépendants -, leur déficit a amorcé un repli en 2011, tout en restant à un niveau exceptionnellement élevé de 23,1 Md€, après avoir atteint le niveau sans précédent de 29,8 Md€ en 2010.

Concernant le périmètre plus restreint du régime général et du fonds de solidarité vieillesse (FSV), le déficit a atteint 20,9 Md€ en 2011, soit 1 % du PIB, contre 28 Md€ en 2010. Il représente encore plus du double de celui des années 2007-2008 qui précédaient la crise économique.

Les avis rendus par la Cour, conformément aux textes, sur la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial, joints au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, sont positifs sous réserve de diverses observations. Pour autant, ces documents comptables attestent l'état dégradé des comptes sociaux. Pour établir ces avis sur la qualité de l'information procurée au Parlement, la Cour s'appuie en particulier sur ses travaux de certification des comptes du régime général, dont elle dresse par ailleurs un premier bilan.

L'amorce d'amélioration constatée en 2011 est due avant tout à une bonne tenue de la masse salariale et à l'apport de ressources nouvelles. Une modération des dépenses y a aussi contribué, avec le respect pour la deuxième année consécutive, et la troisième fois seulement depuis son institution, de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Un pilotage plus fin et plus ferme de cet objectif, à travers la mise en réserve de crédits en début d'exécution, l'annulation de certains en cours d'année, ainsi que l'absence de mise en œuvre de diverses mesures nouvelles et le suivi attentif des mesures d'économies arrêtées, a conduit à ce résultat appréciable. Y a également contribué un niveau de dépenses inférieur aux prévisions de l'année précédente, et la surestimation de la base de construction de l'ONDAM qui en est résulté.

Ce début de redressement ne doit pas masquer le constat essentiel : les déficits sociaux se maintiennent à un niveau considérable. Le déficit 2011 du régime général est le troisième le plus élevé de son histoire, après 2009 et 2010. L'impact de la crise économique est souvent invoqué : il n'explique pourtant qu'un tiers de ce déficit en 2011. Les deux autres tiers, soit 0,6 point de PIB, ce qui représente 12 Md€, ont un caractère structurel et représentent la partie durable du déficit, dont la persistance depuis de nombreuses années a entraîné la montée de la dette sociale. C'est ce déficit structurel qu'il convient d'éliminer par d'ambitieuses réformes de fond. Or, il se situe encore en 2011 au niveau de la moyenne de la dernière décennie. Cela veut dire que l'essentiel reste à faire encore pour s'attaquer aux racines des déficits sociaux.

Cette répétition, année après année, des déficits sociaux reste une spécificité française. Aucun de nos voisins européens n'accepte un tel déséquilibre durable de ses comptes sociaux. L'ensemble du déficit social français s'élève à 0,6 point de PIB en 2011, alors que la moyenne de ceux des pays de la zone euro est nulle. Cet ensemble, appelé administrations de sécurité sociale, comprend non seulement la sécurité sociale mais aussi les autres régimes de protection sociale obligatoire, c'est-à-dire notamment l'assurance chômage et les régimes complémentaires de retraite. Sur les trois dernières années, dans toute la zone euro, seuls les Pays-Bas affichent un déficit des administrations sociales supérieur à celui de la France : 2,9 points de PIB en cumul sur les trois années contre 2,6 pour la France et 0,5 pour la moyenne de la zone euro. L'Allemagne, elle, dégagne un excédent de 0,1 point de PIB sur ces mêmes années.

Les déficits des régimes de sécurité sociale étant une nouvelle fois supérieurs à la capacité d'amortissement de la CADES, soit 11,2 Md€, la dette sociale a continué d'augmenter. Son encours était de 147,4 Md€ fin 2011. Pour illustrer la longueur du chemin qui reste à parcourir, il suffit de rapprocher ces presque 150 Md€ de dette sociale fin 2011 des 60 Md€ de dette amortie par la CADES depuis sa création en 1996.

J'en viens maintenant à l'année 2012 et aux années suivantes. La Cour a procédé à une actualisation au 1^{er} septembre des prévisions qu'elle a présentées début juillet en prenant notamment en compte les nouvelles mesures en recettes adoptées cet été.

En 2012, le rythme de réduction des déficits sociaux marque le pas. Malgré les nouvelles ressources apportées par la loi de finances rectificative du 16 août dernier, le déficit 2012 du régime général devrait être supérieur de près d'1 Md€ aux objectifs fixés par la loi de financement pour 2012, soit 14,7 Md€ contre 13,8 Md€, en l'état actuel des décisions prises.

Une nouvelle reprise de dette apparaît ainsi déjà indispensable dès la clôture de l'exercice 2012. En effet, si le transfert à la CADES jusqu'en 2018 des déficits prévisionnels de l'assurance vieillesse et du FSV est déjà organisé et financé, ce n'est pas le cas de ceux de la branche maladie et de la branche famille qui devraient atteindre plus de 9 Md€ en 2012. Ce transfert inéluctable nécessitera un surcroît de ressources pour la CADES : si, comme la Cour l'a précédemment préconisé, il passait par un relèvement du taux de la CRDS, ce dernier devrait alors passer de 0,50 % à 0,56 % en 2013.

Au-delà de 2012 persiste une spirale insoutenable des déficits sociaux si de nouvelles mesures de redressement ne sont pas prises. Sur la base d'hypothèses économiques prudentes et en intégrant les mesures de recettes votées cet été, le déficit de l'assurance vieillesse et du FSV perdurerait après 2018 à un niveau de l'ordre de 9 Md€ par an. La capacité de l'assurance maladie à retrouver un équilibre annuel suppose un effort continu sur la dépense, ainsi qu'un inévitable apport de recettes. Pour illustrer l'effort sur la dépense, la Cour met en évidence deux scénarios à prélèvements obligatoires constants. Le premier correspond à un effort de maîtrise de l'ONDAM pour limiter sa croissance annuelle à +2,35 %, permettant un retour à l'équilibre en 2017. Si ce taux augmentait davantage, de +2,7 %, le déficit ne disparaîtrait qu'en 2019. Pour ce qui est de la branche famille, confrontée à une diminution progressive de ses ressources, son déficit devrait être de l'ordre de 2 Md€ par an, en l'absence de mesures nouvelles, en dépenses comme en recettes.

Sans mesures complémentaires de redressement, près de 60 Md€ de dettes sociales pourraient ainsi s'accumuler d'ici la fin de la décennie, en plus des 62 Md€ que la loi a déjà prévu de transférer à la CADES au titre de la branche vieillesse et du FSV de 2011 à 2018. Les ressources nouvelles qui pourraient être dégagées risquent ainsi, si un effort exigeant de redressement n'était pas rapidement engagé, de devoir prioritairement financer une dette sociale qui continue à croître. Comme je l'ai déjà exprimé, la dette sociale constitue une anomalie profonde et ne peut continuer à être reportée davantage sur les générations futures. Le pays consacre déjà plus de 15 Md€ de ressources publiques chaque année pour la rembourser et en payer les

intérêts. La faiblesse actuelle des taux d'intérêt, exceptionnellement bas pour des raisons très conjoncturelles, ne fait que masquer pour un temps la réalité du coût d'une dette sociale croissante. Elle ne saurait justifier en aucune façon une inflexion de la trajectoire de retour à l'équilibre des comptes sociaux ni les tentations de différer les transferts de dettes à la CADES pour leur amortissement, lequel doit être financé, sous le contrôle du Conseil constitutionnel, par des ressources suffisantes sans dégradation des conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale.

Tous les leviers de l'action publique doivent être ainsi mobilisés pour revenir rapidement et effectivement à l'équilibre des comptes sociaux selon un calendrier cohérent avec la trajectoire des finances publiques sur laquelle la France s'est engagée. Pour éclairer les choix, la Cour a examiné, dans les 18 différents sujets qu'elle aborde cette année, 80 Md€ de recettes et 40 Md€ de dépenses. Cet examen conduit la Cour à formuler un deuxième message.

Ce message est que les réformes de structure et d'organisation sont le gage le plus sûr d'un retour à l'équilibre durable des finances sociales.

La Cour a ainsi analysé **le financement de la sécurité sociale par l'impôt**. Elle constate qu'à côté des cotisations sociales et de la contribution sociale généralisée (CSG), les impôts et taxes affectés constituent désormais de facto le troisième pilier des ressources de la sécurité sociale. En effet, en 2011 cette ressource représentait 12 % des recettes des régimes de base, c'est-à-dire 54 Md€, à comparer aux 16 % que constitue la CSG. Ces impôts et taxes affectés ont enregistré une forte progression ces dernières années, en particulier pour compenser le coût des allègements de charges sociales, et devrait atteindre environ 60 Md€ en 2013.

Or, la Cour constate que ce mode de financement est instable, peu lisible et peu responsabilisant pour l'ensemble des acteurs : il est fondé sur un foisonnement d'impôts, - plus d'une cinquantaine -, avec des assiettes différentes – essentiellement la consommation (49 % du produit total) et les rémunérations (26 %). D'une manière générale, ces assiettes n'évoluent pas cependant de manière plus dynamique que la masse salariale et on ne peut attendre de ce fait de l'évolution spontanée de ces impôts une contribution significative au retour à l'équilibre des comptes. La répartition de cette ressource entre les différentes branches est d'une grande complexité, rendant son pilotage malaisé. Le sujet du financement de la sécurité sociale est ainsi devenu, en quelques années, une affaire d'experts.

C'est pourquoi la Cour appelle à une réflexion d'ensemble sur la place de ces ressources fiscales, afin que le financement de la sécurité sociale redevienne un ensemble cohérent, transparent et stable. Cela passe sans doute par une restructuration de ces impôts et taxes affectés autour d'un nombre bien plus réduit. Sans jamais négliger la priorité absolue à la maîtrise de la dépense, et en raisonnant à niveau de ressources constant pour la sécurité sociale, différentes voies devraient être examinées. La Cour évoque notamment une augmentation de la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale, le renforcement de la fiscalité environnementale et l'affectation de son produit à la protection sociale. Une discussion générale unique des deux lois financières votées par le Parlement à l'automne, c'est-à-dire la loi de finances et la loi de financement de la sécurité sociale, suivie d'un examen commun des recettes devrait également permettre de mieux prendre en compte la mesure des enjeux et des voies d'action possibles. En tout état de cause la stabilisation du dispositif d'affectation de ces taxes pour compenser les exonérations de charges sociales devrait désormais conduire à intégrer ces dernières dans le barème des cotisations sociales de manière à mettre fin à l'affichage d'un niveau de prélèvements sur les salaires supérieur à ce qu'il est en réalité et qui peut fausser l'appréciation portée sur la compétitivité de notre pays.

L'examen d'une autre réforme structurelle, celle des **régimes spéciaux de retraite de la SNCF et de la RATP**, conduit à constater que l'aspect symbolique des changements survenus a été privilégié sur leur contribution à l'équilibre des finances publiques. En effet, l'objectif d'harmonisation avec la fonction publique

poursuivi par les réformes entreprises en 2007-2008 a été en partie atteint, mais avec un décalage de mise en œuvre de certains ajustements qui se prolongera jusqu'en 2022 : ainsi notamment de l'augmentation de la durée de service et d'âge pour pouvoir partir en retraite. Surtout, de nombreuses mesures de compensation conduisent à des surcoûts élevés pour les entreprises, particulièrement la SNCF. Les agents ont ainsi bénéficié d'avantages appréciables et, parfois, de réels « effet d'aubaine ». Ni les salariés du secteur privé, ni les fonctionnaires n'ont bénéficié de dispositions équivalentes dans le cadre des réformes respectives de leurs régimes de retraite.

Sur le plan de l'équilibre financier des régimes, les résultats prévisibles sont modestes et insuffisants pour garantir leur soutenabilité et alléger la charge de l'État qui verse près de 3,7 Md€ de subventions d'équilibre aux deux caisses en 2012, soit plus de la moitié de leurs ressources totales. Malgré la réforme et selon les projections encore imprécises que les entreprises et leurs caisses ont été en mesure de réaliser, cette subvention ne devrait connaître qu'une diminution limitée au cours des prochaines années pour la SNCF, et même vraisemblablement augmenter pour la RATP. Le bilan global de la réforme serait encore négatif pour la prochaine décennie et sans doute seulement légèrement positif pour les vingt ans qui viennent. Le « rendez vous 2013 » prévu par la loi sur les retraites contribuera à éclairer plus largement les enjeux des réformes des régimes de retraites. En tout état de cause, les contraintes pesant sur les finances publiques et l'accentuation des déséquilibres démographiques rendent nécessaires de nouvelles étapes, qui devront être mises en œuvre pour favoriser une meilleure équité du système de retraite.

Sur ce thème des réformes de fond, la Cour appelle en troisième lieu à une amélioration de la fluidité du parcours de soins des patients bénéficiant de **soins de suite et de réadaptation (SSR)**, c'est-à-dire de soins hospitaliers visant la rééducation et le réadaptation à la vie quotidienne, ainsi que la surveillance médicale de la convalescence. Situé à la charnière de la médecine de ville, du court séjour hospitalier et des prises en charge sociales ou médico-sociales, ce secteur représente un enjeu important, mais encore méconnu, conduisant à des dépenses pour l'assurance maladie estimées à 7,8 Md€ en 2012. Pourtant, il regroupe près de 1 800 établissements, et accueille chaque année 900 000 patients.

L'enquête de terrain conduite par la Cour et 14 chambres régionales des comptes montre que ces activités ont connu une expansion rapide, largement sous l'impulsion du secteur privé à but lucratif, entraînant une forte progression du financement de ces soins par l'assurance maladie. Mais cette croissance ne s'est pas véritablement accompagnée d'une analyse des besoins. En outre, les patients peuvent être confrontés à des blocages, des délais et des orientations inadéquates et coûteuses dans leur entrée comme dans leur sortie de ces services : de 10 à 20 % des places sont occupées par des patients qui devraient être pris en charge à domicile ou dans le secteur médicosocial ou qui au contraire sont sortis trop tôt d'un établissement de court séjour.

L'amélioration rapide du fonctionnement de la filière et la réalisation de gains d'efficience doivent être une priorité pour les agences régionales de santé avant même d'envisager le passage à une tarification à l'activité de ce secteur qu'il serait prématuré de mettre en œuvre dès 2013 comme cela avait été prévu.

S'agissant de réformes d'organisation, la Cour a étudié les conditions de mise en place des **26 agences régionales de santé (ARS)**. La réussite de cette réforme devrait bénéficier autant aux patients, avec une approche globale et cohérente de l'offre de soins, qu'à la maîtrise des plus de 170 Md€ de dépenses d'assurance maladie. Ces agences ont été créées en 2009 afin d'assurer, à l'échelon régional, un pilotage unifié du système de santé. La Cour observe qu'elles ont été installées rapidement et dans des conditions satisfaisantes. Cependant, elles ne disposent pas encore des marges de manœuvre suffisantes vis-à-vis des autres acteurs, qu'il s'agisse des préfets, de l'assurance maladie ou de l'administration centrale.

En outre, les ARS n'ont un véritable pouvoir de décision que sur moins de 2 % des dépenses de santé de leur ressort, soit 3 Md€, malgré la création récente du Fonds d'intervention régional qui élargit quelque peu leurs possibilités d'action. Il est désormais urgent de les doter des différents leviers qui sont indispensables pour leur permettre de mener à bien leurs missions en termes en particulier de système d'information et d'accès aux bases de données de l'assurance maladie : il est très anormal que cette dernière ait manifesté jusque récemment de la réticence à cet égard.

Par ailleurs, la Cour a étudié l'incidence de la création du **régime social des indépendants (RSI)** en 2005. L'objectif était alors de simplifier la gestion de la protection sociale des artisans, commerçants et professions libérales avec en particulier le transfert du recouvrement de leurs cotisations aux URSSAF et la mise en place en 2008 d'un **interlocuteur social unique (ISU)**. Or cette réforme a aussitôt provoqué des difficultés majeures pour nombre d'assurés, avec des risques de pertes de droits. A titre d'exemple, des assurés n'ont pas pu bénéficier de remboursement de leurs soins faute de carte vitale, parfois sur des périodes longues de plusieurs mois. Plus de 20 000 n'ont été immatriculés qu'avec deux ans de retard. A la mi-2011, les droits à retraite n'étaient pas à jour pour 25 à 40 % des comptes. La réforme a aussi entraîné des défauts d'encaissement de cotisations d'au moins 1 à 1,5 Md€ fin 2010 qui ont pesé sur les comptes sociaux, même si un bilan définitif des pertes effectives ne peut être à ce stade déjà établi.

Certes, depuis fin 2011, de nombreux chantiers progressent pour remédier progressivement aux difficultés. Mais le nouveau régime est encore aujourd'hui moins efficace et plus coûteux que les trois auxquels il a succédé. Le rétablissement de la fonction de recouvrement doit désormais être placé au tout premier rang des priorités, surtout pour un régime structurellement déficitaire dont l'équilibre dépend d'un impôt qui lui est affecté. La Cour formule des recommandations pour que les différents acteurs, État, branche recouvrement du régime général et RSI ne se défassent pas de leurs responsabilités les uns sur les autres, comme cela a été trop longtemps le cas, mais s'attellent ensemble à rétablir le fonctionnement efficient et efficace que les assurés attendent à juste titre.

D'une manière plus générale, le troisième message de la Cour est qu'une plus grande responsabilisation des acteurs de la protection sociale est indispensable pour permettre de mobiliser plus encore des marges d'efficience

Ainsi, la Cour a conduit une enquête détaillée sur les **transports de patients par les ambulances, les VSL (véhicules sanitaire légers) et les taxis**, qui constituent une prestation de plus en plus indispensable au bon fonctionnement du système de soins, en raison notamment du vieillissement de la population ou de la progression des pathologies chroniques. La prise en charge totale ou partielle de ces transports a bénéficié à 5 millions d'assurés en 2010, et a représenté un coût de 3,5 Md€ pour l'assurance maladie. Cette dépense a augmenté au rythme soutenu de 63 % sur les dix dernières années et représente désormais à elle seule l'équivalent de la moitié des remboursements des consultations de médecins généralistes en ville. Or, des économies substantielles pourraient être dégagées par une plus grande responsabilisation des acteurs, ce dont témoigne la très grande variabilité du recours aux transports sanitaires selon les départements, qui varie de 1 à 3. Par exemple en Haute-Savoie, on dénombre 0,3 trajet par habitant en 2010, mais près de 1 trajet par habitant dans les Bouches-du-Rhône ou dans la Somme. La maîtrise de la dépense suppose de mettre en œuvre un pilotage plus ferme des prescriptions, pour qu'elles respectent notamment plus strictement la règle de l'établissement approprié le plus proche. La Cour cite par exemple le cas d'un spécialiste qui continue à adresser ses patients pour des traitements dans des établissements situés à près d'une centaine de kilomètres de l'hôpital le plus proche.

La Cour recommande que certaines modalités de prise en charge soit redéfinies de façon plus stricte, et que le contingentement de l'offre de transport soit rendu plus efficace que le dispositif actuel. Ce dernier est en effet facile à contourner et facilite un suréquipement considérable par remplacement de VSL par des taxis

dont le nombre n'est pas plafonné. Pour les seules ambulances et VSL, le taux de dépassement atteint 123 % dans la Somme, 100 % à la Réunion, 65 % dans l'Aisne, 54 % en Seine-Saint-Denis. La maîtrise des dépenses passe aussi bien sûr par un contrôle plus rigoureux de ces dépenses, notamment celui de la facturation par les transporteurs, et un renforcement de la lutte contre la fraude, dont l'impact apparaît très sous évalué et la constatation parfois jamais sanctionnée comme dans les Bouches-du-Rhône. Au total, la Cour fait des propositions détaillées qui pourraient permettre d'économiser 450 M€ par an, c'est-à-dire 13 % de la dépense totale, sans fragiliser aucunement l'accès aux soins.

Dans le même esprit, la Cour a analysé de façon approfondie **les indemnités journalières pour maladie** servies par le régime général. Là encore, une plus grande responsabilisation des acteurs doit être un levier d'économies sur une dépense qui s'élève à 6,4 Md€ en 2011. Très dynamique, elle a progressé de près de 50 % sur la dernière décennie. Pourtant, les inégalités que la Cour a constatées en termes de fréquence et de durée des arrêts demeurent très largement inexpliquées : d'un département à un autre, la durée des journées indemnisées par salarié peut être multipliée par cinq. A Paris en 2010, 2,7 journées par salarié ont été indemnisées, contre 13 dans l'Ain ou le Var. Pour une opération de la cataracte, la durée moyenne d'arrêt de travail varie de 6 à 34 jours, pour une durée moyenne de 21 jours. De plus, alors que le nombre moyen de journées prescrites par médecin généraliste chaque année est de 2 700, les 10 % de médecins les plus actifs en la matière en prescrivent trois fois plus (7 900). Actuellement, la gestion des indemnités journalières mobilise près de 10 % des effectifs de l'assurance maladie, soit 5 300 « équivalents temps plein », avec un coût élevé et sans que la qualité de service soit satisfaisante : la Cour a ainsi observé des délais de règlements aux assurés pouvant atteindre plusieurs centaines de jours.

Une véritable politique de régulation reste largement à construire, afin d'améliorer l'efficacité de cette dépense. Cela suppose tout d'abord, au vu du faible nombre de fraudes détectées, de redéfinir la politique des contrôles, ainsi qu'un pilotage plus ferme et plus responsabilisant envers l'ensemble des acteurs -les assurés sociaux, les entreprises et le corps médical-. Enfin, de nouveaux efforts de simplification et de modernisation sont urgents pour accroître la qualité du service rendu aux assurés, et diminuer les coûts de gestion.

Enfin, la Cour a examiné **les systèmes d'information de la branche famille** où des changements s'imposent rapidement pour d'indispensables gains d'efficacité. La branche famille a versé près de 77 Md€ de prestations en 2011 à plus de 11 millions d'allocataires. C'est dire l'importance essentielle de son système d'information pour garantir une qualité de service satisfaisante, mais aussi pour améliorer sa productivité et limiter les coûts de gestion.

La Cour met en lumière des priorités stratégiques floues, des retards dans la modernisation des systèmes d'information et des insuffisances dans la gouvernance, aussi bien pour l'État que pour la caisse nationale d'allocations familiales. En raison de ces enjeux majeurs, il est indispensable que la négociation de la prochaine convention d'objectif et de gestion qui lie la caisse nationale d'allocations familiales à l'État permette de redéfinir en profondeur ses objectifs et ses modalités de pilotage et de gestion.

Le dernier message de la Cour est que les efforts de redressement ne sont pas seulement indispensables pour préserver l'avenir de notre système de protection sociale, ils fournissent aussi l'opportunité de le faire évoluer vers plus de justice et de solidarité, principe fondateurs de notre système de sécurité sociale.

La question de l'accessibilité aux soins et des dépassements d'honoraires est ainsi au cœur de l'analyse que fait la Cour des missions de **l'ordre national des médecins**. En effet, si la contribution de cette institution est satisfaisante pour ce qui concerne le suivi de la profession, son rôle de contrôle du respect par les médecins du tact et de la mesure dans la détermination de leurs honoraires a une portée trop limitée. Les saisines des instances disciplinaires sont rares, et les condamnations, quand elles ont lieu, sont généralement

peu sévères. Ainsi, sur les 61 condamnations prononcées les quatre dernières années, 12 se sont limitées à un avertissement ou un blâme, et une seule radiation a été décidée. Devant le constat de l'inefficacité de l'ordre, l'assurance maladie a développé ses propres procédures. Il en résulte de trop nombreux dispositifs qu'il est indispensable de rationaliser et de renforcer, pour que le système de santé fonctionne mieux, cela dans l'intérêt de la profession comme dans celui des patients.

La Cour a aussi analysé la **prise en charge par l'assurance maladie de certaines cotisations sociales des professionnels libéraux de santé** pour un coût de 2,2 Md€ par an. Il s'agit d'une contribution substantielle au revenu des professions de santé. Par exemple elles représentaient plus de 17 % des revenus des généralistes du secteur 1 en 2008. Autrement dit, pour chaque consultation d'un montant de 23 €, un médecin perçoit en réalité près de 26 € grâce à cette prise en charge de ses cotisations sans qu'il en soit toujours conscient car aucun récapitulatif de cette participation financière de l'assurance maladie ne lui est adressé.

Ces dépenses en croissance continue devraient être beaucoup plus activement mises au service des objectifs prioritaires de l'assurance maladie. En particulier, elles devraient contribuer à une meilleure répartition des professions de santé sur les territoires notamment par une modulation généralisée pour tous les médecins en fonction de leur zone d'implantation, c'est-à-dire à une moindre prise en charge dans les régions déjà surdotées et au contraire une prise en charge plus incitative dans les zones les moins denses. Ce système pourrait aussi être mis à profit pour contribuer à la limitation des dépassements d'honoraires, qui représentent près de 2,5 Md€ en 2011.

La Cour a examiné aussi la **réalité contrastée et multiforme de la situation des retraités**. Elle a analysé d'une part la couverture vieillesse des personnes âgées les plus pauvres, d'autre part l'adéquation à la situation des retraités des dispositifs fiscaux et sociaux adoptés, à l'origine, pour leur assurer une égalisation de leur niveau de vie avec celui des actifs.

Avec près d'un million de personnes couvertes, le **minimum vieillesse** conserve toujours aujourd'hui un rôle essentiel pour limiter le taux de pauvreté des retraités les plus modestes. Il représente une dépense de plus de 3 Md€. Ses allocataires sont pour plus de 55 % des femmes, dont un quart a plus de 80 ans. La généralisation, au sein des différents régimes de retraites, de pensions minimales n'a pas fait disparaître ce dispositif, et le nombre de bénéficiaires s'est même stabilisé depuis 2007. Pour permettre au minimum vieillesse de jouer plus efficacement son rôle, une information plus active et plus précoce des personnes éligibles est nécessaire, car la population potentiellement concernée demeure encore pour partie méconnue. Mais il est aussi impératif d'assurer un financement clair et soutenable de cette dépense de solidarité par un relèvement des ressources affectées au fonds de solidarité vieillesse qui la finance aujourd'hui par la dette.

Malgré la persistance ainsi de situations individuelles préoccupantes, il reste que, contrairement à une idée reçue, les retraités sont sous l'angle financier, dans une situation globale en moyenne légèrement plus favorable que celle des actifs, notamment des plus jeunes. Cette situation résulte pour une part de l'existence de **nombreux dispositifs fiscaux et sociaux en leur faveur**.

La Cour a procédé à l'examen approfondi de certains d'entre eux, représentant un coût total de près de 12 Md€. Dans un contexte où la contrainte s'exerçant sur les comptes publics exige une évaluation systématique des dépenses fiscales et des « niches » sociales pour s'assurer qu'elles apportent bien un soutien à ceux qui en ont le plus besoin, il s'avère nécessaire de reconsidérer cette accumulation de mécanismes. Ceux-ci ont en effet, pour la plupart, été mis en place dans le but, désormais atteint, de réduire l'écart de niveau de vie entre actifs et retraités. La Cour recommande une démarche progressive et livre un inventaire des options possibles qui permettent de dégager de substantielles ressources, qu'il s'agisse :

- d'un alignement du taux de CSG appliqué pour les pensions les plus élevées (6,6 %) sur celui de l'ensemble des actifs (7,5 %), pour un gain d'1,2 Md€ ;

- de la suppression, dans le calcul de l'impôt sur le revenu, de l'abattement de 10 % sur les retraites, pour un gain de 2,7 Md€ ;
- ou de celle de l'exonération d'impôt sur le revenu des majorations de pensions pour les parents de trois enfants, pour un gain de 0,8 Md€.

Ces deux dernières propositions doivent être bien comprises : il s'agit de bien intégrer, dans le calcul de l'impôt sur le revenu, certains revenus de pensions qui y échappent, et non de supprimer lesdits revenus.

Ces réformes nécessaires doivent être menées en préservant la situation des retraités les plus fragiles. Cela suppose de demander un effort prioritaire de solidarité à ceux dont les ressources sont les plus élevées, pour faire en sorte qu'ils contribuent au financement des besoins sociaux accrus qui se font jour en certains domaines, qu'il s'agisse de la prise en charge de la perte d'autonomie des plus âgés ou de l'insertion sociale et professionnelle des jeunes, et bien entendu qu'elles apportent également leur contribution à l'effort de retour à l'équilibre des comptes publics.

Autre élément fondamental et souvent cité en exemple de notre modèle social, la politique familiale. La Cour a cherché à apprécier dans quelle mesure les **prestations familiales conditionnées par les ressources** qui portent le plus expressément une finalité sociale et qui représentaient 13,3 Md€ en 2010, contribuent effectivement à réduire les inégalités de revenus entre les familles. Contrairement à ce que l'on aurait pu attendre, leurs effets redistributifs sont moins marqués que ceux des prestations dites universelles, comme les allocations familiales. Cela s'explique en grande partie d'une part par des plafonds de ressources trop élevés pour la prestation d'accueil du jeune enfant, c'est-à-dire exerçant une sélection limitée selon le revenu, d'autre part par des modalités d'attribution du complément du mode de garde - concrètement, le financement des gardes à domicile - trop larges. Ce dernier n'est en effet soumis à aucune condition de ressources et peut se cumuler avec des aides fiscales importantes. Les dispositions actuelles de cette prestation conduisent ainsi à verser un même montant de 171 € par mois pour un enfant, que la famille dispose de 20 000 euros de revenus mensuels ou qu'elle en ait 4 000. C'est pourquoi la Cour recommande que cette prestation soit soumise à une stricte condition de ressources.

*

Ce rapport au champ très large aboutit à de nombreuses recommandations : 72 au total. Vous constaterez à la lecture de l'annexe consacrée au suivi des recommandations des trois derniers rapports de la Cour sur la sécurité sociale que 65 % d'entre elles ont été suivies d'effet, soit qu'elles aient été totalement suivies, soit qu'elles aient été mises en œuvre au moins partiellement.

Avant de répondre à vos questions et pour conclure, je fais miens les propos qu'a prononcés le nouveau Procureur général près la Cour des comptes, Gilles Johanet, devant le Président de la République, en évoquant la protection sociale : « ce qui est déficitaire est précaire ». C'est l'inquiétude et la conviction qui animent la Cour : si le retour à l'équilibre des comptes ne pourra se faire sans l'apport de ressources nouvelles, ce redressement ne pourra produire des effets durables que s'il s'accompagne de progrès substantiels à tous les niveaux dans l'efficience des dépenses sociales. Les obtenir est donc indispensable. Il y faut une démarche volontaire, méthodique, rigoureuse et attentive au juste partage des efforts entre tous les acteurs. Plus fortement elle sera engagée, plus vite sera rétabli l'équilibre des comptes sociaux, mieux et plus durablement sera confortée notre sécurité sociale non seulement en termes financiers mais au regard des valeurs essentielles de solidarité qui sont les siennes.