

**COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES,
FAMILIALES ET SOCIALES**

COMPTE RENDU N° 73
(Application de l'article 46 du Règlement)

Jeudi 14 septembre 2006
(Séance de 9 heures 30)

Présidence de M. Jean-Michel Dubernard, président.

SOMMAIRE

	pages
– Audition, ouverte à la presse, de M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes, sur le rapport de la Cour relatif à l'application des lois de financement de la sécurité sociale	2

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a entendu **M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes**, sur le rapport de la Cour relatif à l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

Le président Jean-Michel Dubernard a souhaité la bienvenue à M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes, ainsi qu'à M. Michel Cretin, président de la sixième chambre, et à M. Michel Braunstein, conseiller maître, rapporteur général.

Ce rendez-vous annuel, le neuvième depuis l'instauration des lois de financement de la sécurité sociale, constitue pour les commissaires la première étape de l'examen et de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Il s'y en ajoutera un autre à partir de 2007, puisque la Cour aura chaque année à certifier avant le 30 juin, conformément à la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, les comptes du régime général de la sécurité sociale. Il faut par ailleurs souligner l'excellente coopération qui s'est instaurée entre la Cour et la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS), qui a notamment traité, cette année, de la tarification à l'activité (T2A) et des établissements d'hébergement des personnes âgées.

M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes, a remercié la commission de bien vouloir l'accueillir pour ce rendez-vous désormais rituel de septembre, à l'occasion duquel, depuis plusieurs années, la Cour lui réserve la primeur de son rapport annuel sur la sécurité sociale. Ce rendez-vous sera marqué, cette année, par deux innovations.

Première innovation : les conséquences de loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale du 2 août 2005 conduisent à présenter au Parlement non pas un mais deux rapports. En effet, la Cour produira l'an prochain, avant le 30 juin, son premier rapport de certification des comptes de la sécurité sociale. Elle a souhaité anticiper sur cette échéance et présenter l'état des travaux préparatoires à la certification de ces comptes dans une publication distincte du rapport annuel traditionnel. La commission et la Cour auront donc, à partir de 2007, deux rendez-vous annuels : l'un en juin pour le rapport sur la certification, l'autre en septembre sur l'analyse de la situation financière de la sécurité sociale et sur les thèmes relatifs à la gestion des risques.

Deuxième innovation : depuis cette année, la Cour a souhaité accorder une place importante au suivi de ses précédentes recommandations dans ses divers rapports annuels. Ce fut le cas dans le rapport public général ; c'est également le cas dans le présent rapport. Cette année, un chapitre est ainsi exclusivement consacré à l'effet des remarques et recommandations de la Cour, renouant ainsi avec une pratique déjà présente dans les rapports sur la sécurité sociale de 1999, 2000 et 2001.

L'exposé des résultats de l'exercice 2005 sera suivi de développements relatifs à la gestion des risques, ce qui permettra d'aborder des thèmes étudiés par la Cour à la demande de la commission.

Les résultats de l'exercice 2005 restent préoccupants. Les comptes du régime général ont déjà été publiés par la Commission des comptes de la sécurité sociale au printemps dernier, faisant apparaître un déficit de 11,6 milliards d'euros, certes en recul par rapport à celui de 2004 (13,2 milliards), mais cette amélioration relative ne doit pas masquer le fait que le déficit, tous régimes et fonds de financement confondus, est plus élevé que celui de 2004 : il atteint 14,4 milliards en 2005 contre 14,2 milliards l'année précédente. Les quatre branches du régime général sont en déficit.

La branche maladie du régime général a vu son déficit ramené de 12,3 milliards d'euros en 2004 à 8 milliards en 2005. Il faut en outre souligner que pour la première fois depuis sa création en 1997, l'ONDAM a été respecté en montant. Ce résultat s'explique par une modération de la progression des dépenses de soins de ville. C'est un réel progrès, même s'il convient de le remettre en perspective : en effet, le déficit de l'assurance maladie en 2005 reste le troisième plus fort de la branche depuis 1945 ; par ailleurs, les économies issues de la maîtrise médicalisée des dépenses ont été inférieures à ce qui était attendu pour 2005 (1,6 milliard d'euros contre 3 milliards) ; enfin, le dépassement des dépenses des établissements de santé sera, en fait, supérieur aux 669 millions d'euros annoncés au printemps 2006 par la Commission des comptes de la sécurité sociale, et ce notamment du fait des cliniques privées. Ce dépassement présumé de 669 millions d'euros se répartissait inégalement, selon la Commission des comptes, entre le secteur public (371 millions, soit + 0,7 % par rapport à l'objectif fixé) et le secteur privé (298 millions, soit + 3 %). Le dépassement réel risque, selon les investigations complémentaires menées par la Cour auprès du ministère, d'être majoré d'au moins 175 millions pour les cliniques privées, en raison de provisions insuffisantes. Par ailleurs, des risques de dépassement supplémentaires, qui ne peuvent encore être chiffrés, existent pour l'activité tarifée des deux secteurs. On reporte ainsi de nombreuses charges sur l'avenir, ce qui fait d'ores et déjà peser des incertitudes sur le respect de l'ONDAM hospitalier en 2006.

La Cour a contrôlé certains de ces postes de dépenses. S'agissant des soins infirmiers en secteur libéral par exemple, elle a constaté tout à la fois l'échec des mécanismes de régulation démographique de la profession et celui des mécanismes de maîtrise des dépenses qui ont été mis en place depuis une dizaine d'années dans ce secteur. Les tentatives de réorientation de l'activité des infirmiers des soins de *nursing* (pouvant être pris en charge par les aides à domicile) vers les actes techniques n'ont pas donné davantage de résultats.

Dans le cadre du suivi de ses recommandations, la Cour a aussi examiné la réforme de la rétrocession des médicaments achetés par les hôpitaux et revendus à des patients non hospitalisés. Les médicaments rétrocédés sont, on le sait, remboursés à 100 % aux assurés par l'assurance maladie non sur l'enveloppe hospitalière mais sur celle des soins de ville. L'intérêt pour l'hôpital est qu'il peut ainsi fournir à des patients des médicaments dont le coût ne pèse pas sur sa dotation budgétaire et sur lesquels il bénéficie d'une marge. Les entreprises pharmaceutiques y trouvaient également leur compte puisqu'elles pouvaient, jusqu'à très récemment, vendre ces médicaments à prix libres alors que les médicaments sur le marché de ville sont normalement soumis à des prix administrés. Cette pratique a beaucoup augmenté ces dernières années, alourdissant d'autant les dépenses de soins de ville : les rétrocessions représentaient 660 millions d'euros en 2000 et 1,4 milliard en 2004.

La réforme visait à faire baisser le montant de cette rétrocession en établissant une liste limitative des médicaments rétrocédés. Le bilan effectué par la Cour en 2006 montre que les objectifs n'ont pas été atteints : le volume des médicaments ainsi vendus reste important et l'établissement – long et difficile – de la liste des médicaments rétrocédés n'a pas empêché de vendre des médicaments non inscrits sur cette liste. Il conviendrait donc de mettre fin à cette curieuse exception française, très coûteuse pour l'assurance maladie.

La Cour est également inquiète pour les autres branches, surtout la branche retraite et la branche famille, qui s'enfoncent dans des déficits structurels.

La branche retraite est passée d'un très faible excédent en 2004 à un déficit de près de 2 milliards d'euros en 2005. Celui-ci résulte de l'augmentation des dépenses de prestations

(augmentation de 8 % en 2005 contre 3,8 % en 2003 et 5,2 % en 2004), consécutive notamment à l'augmentation des retraites anticipées pour cause de longue carrière qui ont plus que doublé entre 2004 et 2005.

La branche famille est également devenue déficitaire (1,3 milliard d'euros contre un excédent de 0,5 milliard en 2004). La raison en est simple et connue : les dépenses ont progressé plus vite que les recettes. La progression des aides légales à la petite enfance a été de 10 % et celle des dépenses d'action sociale de 15,4 %, progression sans commune mesure avec celle des recettes de la branche qui n'a été que de 4 %. L'effet de l'augmentation des aides légales à la petite enfance est tout particulièrement préoccupant en raison de l'assouplissement généralisé des conditions de ressources et d'une très mauvaise estimation du surcoût de la principale prestation, en l'occurrence la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), dont la dépense a doublé entre l'estimation faite en 2004 (850 millions d'euros) et le coût constaté en 2005 (1,6 milliard). De telles défaillances dans la prévision ne peuvent relever seulement de l'incertitude statistique. Il y a eu en la matière un défaut grave et coûteux de prévision.

Si l'on examine le régime général dans son ensemble, on constate une progression de 5,1 % des recettes en 2005, du fait notamment d'une augmentation des taxes affectées ; cela souligne que la cause principale des déficits constatés tient à l'insuffisante maîtrise des dépenses.

La Cour serait passée à côté d'un point essentiel si elle n'avait pas mentionné les fonds de financement des organismes de sécurité sociale, et sa conclusion sur ce point est claire : ces derniers ne jouent plus leur rôle car ils sont eux-mêmes lourdement et structurellement déficitaires. Cela vaut tout particulièrement pour le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) et le Fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA). Le FSV accuse un déficit de 2 milliards d'euros en 2005, portant son déficit cumulé à 3,7 milliards, soit près du tiers de ses ressources, et le FFIPSA, créé en 2005, enregistre, dès sa première année de fonctionnement, un déficit de 1,4 milliard. L'an passé, la Cour avait déjà appelé l'attention du Parlement sur la situation financière de ces deux fonds et constaté devant la commission que l'Etat ne semblait pas prendre la mesure de déficits structurels que le retour de la croissance ne parviendrait pas, tant s'en faut, à combler. Selon les prévisions de recettes et de dépenses annexées à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, ces deux fonds connaîtront des déficits jusqu'au terme de la période de prévision, c'est-à-dire en 2009. En 2009, la somme de leurs déficits cumulés dépasserait 17 milliards d'euros : 8 milliards pour le FSV et 9 milliards pour le FFIPSA.

Cette situation ne peut durer. Le gouvernement fait valoir l'hypothèse optimiste d'un retour à l'équilibre du FSV en 2009. C'est une hypothèse qui paraît à la Cour peu réaliste et qui, de plus, passe sous silence le fait que des ressources substantielles devront être dégagées par le fonds après 2009 pour compenser le déficit accumulé. Dès lors, à défaut de décisions rapides visant à rééquilibrer ces deux fonds, la Cour s'interroge sur l'opportunité – voire la légitimité – de leur maintien dans le dispositif de financement des régimes de retraite et du régime agricole. Pour le moment, les créances sur ces fonds étant considérées comme recouvrables, elles ne dégradent ni les comptes de la branche retraite ni ceux du régime agricole, masquant ainsi la réalité de leur situation financière. À titre d'exemple, en tenant compte des sommes dues par le FSV, le déficit réel de la branche retraite du régime général ne serait pas de 2 milliards d'euros, mais de 5,7 milliards. À l'heure de la certification, cette situation ne contribue pas, et c'est un euphémisme, à la transparence des comptes. Tôt ou tard, il faudra bien provisionner ces créances, ce qui dégradera alors mécaniquement les comptes

des régimes. Il serait sans doute plus simple et plus lisible d'affecter directement à ces régimes les ressources qui leur reviennent sans les faire transiter par des fonds qui ne remplissent plus leur fonction. Cela vaut tout particulièrement pour le FFIPSA qui, selon la Cour, devrait être supprimée.

La Cour avait l'an passé souligné que le système français de protection sociale n'était aujourd'hui plus totalement financé et que les générations futures risquaient d'hériter d'un lourd passif. Si l'on ajoute aux résultats prévisionnels du FSV et du FFIPSA jusqu'en 2009 les déficits prévisionnels des branches du régime général, il faudra faire face à 16 milliards d'euros de déficits cumulés non financés en 2006, et ce en dépit de la reprise par la CADES des déficits de l'assurance maladie pour 2004, 2005 et 2006. À l'horizon 2009, il faudra ajouter à ces 16 milliards quelque 21 milliards de déficit supplémentaires, portant le besoin de financement du régime général et des fonds de financement à plus de 37 milliards et, pour l'ensemble des régimes de base, à près de 44 milliards. Pour 2006, les déficits prévus ne sont financés que par des ressources, coûteuses, de trésorerie, qui entre 2000 et 2005, pour la seule assurance maladie, ont représenté des charges financières de 1,5 milliard d'euros.

Il n'appartient pas à la Cour de détailler les réformes qui permettraient le retour à l'équilibre financier de la sécurité sociale. Son rôle est d'abord de révéler l'exactitude et l'ampleur des besoins de financement auxquels les régimes sociaux sont confrontés. Ce n'est toutefois pas forcer le trait que d'affirmer une fois encore que la sécurité sociale est confrontée à une évolution de sa situation financière qui nécessitera dans de très brefs délais de nouvelles et profondes réformes.

S'agissant de la gestion des risques sociaux, les thèmes étudiés cette année correspondent (pour trois d'entre eux) à des demandes de l'Assemblée nationale, faites soit au titre de l'article 58-2 de la loi organique relative aux lois de finances (c'est le cas notamment de l'étude sur les régimes spéciaux, remis à la commission des finances de l'Assemblée nationale au mois de mai dernier), soit par la MECSS. Elles correspondent toutes les trois à des sujets sensibles, qui ont conduit à des positions de la Cour que l'on peut qualifier à la fois de vigoureuses et de critiques.

Le premier thème examiné est celui du pilotage de la politique hospitalière et, tout particulièrement, de la tarification à l'activité (T2A), qui a démarré en 2005. Il doit être bien clair que la Cour partage sans réserve l'objectif de la T2A, qui introduit un nouveau mode de rémunération des soins dispensés par les hôpitaux et les cliniques privées, à la fois identique pour tous les établissements et fondé sur l'activité réelle. Elle approuve la volonté, partagée par tous les acteurs, de mettre en œuvre la T2A dans les meilleurs délais.

Mais les contrôles auxquels elle a procédé montrent que la T2A souffre de nombreux péchés de jeunesse qui restent à corriger : des modalités de pilotage trop complexes ; un manque de lisibilité et de transparence dans la mise en œuvre ; une trop grande sophistication du dispositif tarifaire et enfin le poids trop important, et qui va croissant, des dotations pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), qui sont des dotations censées couvrir des missions de service public ne pouvant être l'objet d'un tarif, mais dont certaines, dans les faits, servent à financer des activités normalement soumises à un tarif, ce qui limite d'autant la portée de la réforme.

L'objectif de la T2A est de rémunérer un même séjour au même tarif, quel que soit l'établissement dans lequel il a été effectué. Elle implique donc non seulement une convergence intrasectorielle de ces tarifs mais aussi une convergence intersectorielle, c'est-à-

dire entre hôpitaux publics et cliniques privées, laquelle, selon le législateur, doit être réalisée à 50 % en 2008 et achevée en 2012.

Au terme de ses contrôles, la Cour estime que la réalisation de la convergence intersectorielle exige trois conditions préalables et non réunies à ce stade. Premièrement, cette convergence doit se faire à partir des tarifs des établissements les plus efficaces et non pas à partir des tarifs moyens actuellement constatés. Deuxièmement, elle doit s'appliquer à des tarifs complets, qui doivent donc inclure les honoraires des professionnels de santé exerçant dans les cliniques privées. Enfin, elle doit rémunérer des prestations homogènes, ce qui implique que soient préalablement éliminés les facteurs de disparités existant entre les deux secteurs : il faut prendre en compte par exemple le fait que l'hôpital public doit supporter des charges de service public liées à la permanence des soins ou à la prise en charge des publics les plus démunis, charges que ne supportent pas les établissements privés. Cela suppose notamment un consensus sur le constat de ces disparités entre secteurs public et privé, consensus qui est loin d'exister actuellement et qui nécessite des études approfondies qui n'ont été lancées que cette année.

Dans son rapport de juillet 2006, la MECSS a pris parti sur ce sujet en estimant, ce qui était tout à fait cohérent, que le calendrier actuel arrêté par le législateur devait être maintenu. Il n'appartient pas à la Cour d'apprécier cette prise de position, mais la présentation de ce rapport conduit à souligner de nouveau que la mise en œuvre à marche forcée de la convergence intersectorielle n'a aucun sens aussi longtemps que les trois conditions préalables ne sont pas remplies. Or, on sait que deux d'entre elles exigent des réformes considérables qui peuvent difficilement tenir dans des délais aussi brefs. Il est donc du devoir de la Cour d'attirer l'attention de la commission sur les dangers d'une mise en œuvre de la T2A qui cumulerait, dans un contexte budgétaire très contraint, à la fois les inévitables incertitudes du démarrage et des objectifs de convergence excessivement ambitieux, voire irréalistes. Cela risquerait à la longue de démobiliser une partie des acteurs et irait à l'encontre d'une politique désormais acceptée par tous.

Un deuxième thème retenu dans la partie du rapport consacrée à l'analyse de la gestion des risques sociaux concerne l'action sociale des caisses de sécurité sociale. L'action sociale intervient en principe de manière facultative et subsidiaire par rapport au versement des prestations légales, et qu'elle vise donc à prendre en compte les cas individuels et à corriger les inégalités pouvant résulter de l'application des règles générales. C'est le cas de la branche maladie, qui n'appelle pas de commentaire particulier sur ce point. C'est aussi le cas de la branche retraite, dont l'action sociale doit cependant être mieux articulée avec celle, massive dans ce secteur, des collectivités territoriales (si tel n'était pas le cas, c'est la légitimité même d'une action autonome des caisses de retraite qui pourrait être remise en cause).

À l'inverse, la Cour porte un jugement plus sévère sur l'action sociale de la branche famille. Cette action sociale s'inscrit dans un dispositif de prestations familiales servies soit sans conditions de ressources (c'est le cas des 12 milliards d'euros d'allocations familiales), soit avec des conditions peu discriminantes (c'est le cas des 9 milliards d'euros de prestations spécifiques à la petite enfance, qui, compte tenu des diverses mesures prises récemment, sont accordées à plus de 90 % des familles). Ainsi, on aurait pu s'attendre à ce que les sommes importantes accordées à l'action sociale (3,4 milliards d'euros) soient consacrées aux enfants et aux familles placées dans des situations difficiles afin de contrebalancer le faible ciblage des prestations légales.

Or, tel n'est pas le cas. Les crédits alloués à l'action sociale ne sont consacrés qu'à hauteur de 11 % aux dotations sociales libres d'emploi, celles qui permettent de répondre aux situations individuelles difficiles. Les 89 % restants sont utilisés principalement pour financer des structures gérées par les communes (crèches, haltes-garderies, centres de loisirs) par le biais de contributions financières et de prestations contractuelles. L'utilisation de ces crédits, qui représentent donc l'essentiel de l'action sociale, est de plus marquée par un fort défaut de pilotage et de sélectivité, ce qui aboutit à de grandes inégalités entre les bénéficiaires des prestations. Les chiffres sont sur ce point significatifs. Pour les contrats enfance, ces contrats passés entre les CAF et les communes pour cofinancer l'offre d'accueil, les dépenses par enfant, par an et par CAF varient de moins de 30 euros à plus de 330 euros. Pour la CAF de Seine-Saint-Denis, la dépense est de 62 euros par enfant et par an, alors qu'elle est de 149 euros pour celle des Yvelines. Parmi les communes consacrant, grâce à ces contrats, plus de 1 000 euros par an et par enfant, on trouve dix communes résidentielles des Yvelines et seulement deux communes de Seine-Saint-Denis.

Certes, des dispositions viennent d'être prises à la fois pour maîtriser ces dérives financières et réorienter l'action sociale vers les publics qui en ont le plus besoin, mais cette prise de conscience s'est faite dans l'urgence et sous la contrainte de l'impasse financière, plutôt que sur la base d'une réflexion aboutie. Si, prise isolément, chacune des actions conduites a sa légitimité, on se trouve globalement confronté à des problèmes de principe qu'on ne peut éluder. L'action sociale doit, tout en répondant aux besoins, corriger ou, à tout le moins atténuer les inégalités, non les accompagner, ni *a fortiori* les aggraver.

Les régimes spéciaux de retraite, comme chacun sait, n'ont pas été concernés par l'importante réforme des retraites de 2003. Les « droits spécifiques » de ces régimes spéciaux sont désormais bien connus et identifiés. Sans les détailler, il faut rappeler que les déficits futurs de ces régimes seront financés soit par le budget de l'Etat (pour la RATP et la SNCF), soit par une taxe sur la consommation pesant sur les usagers (pour les industries électriques et gazières). Il n'est pas besoin de rappeler davantage que la réforme de 2003 n'a pas permis, loin de là, de régler le problème de financement de l'ensemble des retraites. Les dernières estimations du conseil d'orientation des retraites (COR) montrent que l'impasse financière est bien plus grave que celle estimée en 2003. Dans ces conditions, l'accroissement de la durée de cotisation prévue (le passage de 40 à 41 annuités d'ici 2012) pour bénéficier d'une retraite à taux plein ne suffira pas, et de nouvelles mesures de sauvegarde des régimes de retraite seront inévitables. Un tel contexte pourra paraître rendre difficilement envisageable le maintien du *statu quo* pour les 360 000 cotisants actifs des régimes spéciaux examinés par la Cour dans le cadre du rapport. La Cour des comptes, qui a procédé à cette étude à la demande d'une commission de l'Assemblée nationale et la présente aujourd'hui, dans le cadre d'un rendez-vous annuel déterminé bien à l'avance, n'a rien à voir avec des déclarations récentes faites par certains sur ce sujet.

La Cour a également abordé dans son rapport plusieurs autres aspects de la gestion du risque, dont deux doivent être mentionnés ici.

Tout d'abord, la Cour a examiné la gestion des prestations d'assurance maladie obligatoire par les mutuelles et les sociétés d'assurance. C'est un système ancien, hérité de l'après-guerre, et qui concerne plus de 11 millions de personnes (en particulier près de cinq millions de fonctionnaires ou ayants droit et près de 1,6 million d'étudiants). Pour exercer la gestion du régime obligatoire, ces organismes perçoivent chaque année de la part de l'assurance maladie une rémunération des frais de gestion de 550 millions d'euros, dont le montant unitaire varie fortement selon les organismes concernés, et ce sans justification

rationnelle. L'importance des moyens humains mobilisés, d'une part par les mutuelles (7 000 agents gérant la part obligatoire), d'autre part par l'assurance maladie (36 000), oblige à s'interroger sur l'opportunité de cette dispersion de la gestion entre de multiples structures, ce qui prive le système de gains de productivité potentiels importants, gains rendus possibles notamment par la généralisation des feuilles de soin électroniques. La lecture de l'éditorial de juillet 2006 du président d'une importante mutuelle de fonctionnaire est édifiante et se passe de tout commentaire : *« D'importants gains de productivité en effet ont pu être réalisés au cours de dix dernières années grâce à l'informatique. Jusqu'alors la mutuelle n'en avait que partiellement tiré parti en limitant les réductions de postes et le non-renouvellement des départs en retraite et en conservant par conséquent un volant de personnels en sureffectif. C'est aujourd'hui un luxe qu'elle ne peut plus se permettre »*. Sur ce sujet sensible, la Cour s'interroge quant au mode d'organisation optimale à faire prévaloir à l'avenir, tout en recommandant de rationaliser dès maintenant les dispositifs de rémunération des organismes délégués.

Enfin, la Cour s'est penchée sur le fonctionnement de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) qui bénéficie gratuitement à 4,8 millions de personnes dont les ressources sont inférieures à un certain seuil. On ne peut qu'être frappé par la complexité des mécanismes retenus pour cette prestation, et notamment par la dispersion de la gestion du dispositif entre les caisses primaires d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance. Dans les faits, les organismes complémentaires ont peu utilisé cette possibilité et leur part de marché qui a toujours été inférieure à 15 % régresse actuellement. Cette complexité concerne aussi les mécanismes mis en place pour atténuer les effets du plafond de ressources (contrats de sortie, crédit d'impôt) qui sont incompréhensibles pour ceux qui pourraient en bénéficier. Cette machinerie administrative pourrait être très fortement simplifiée au bénéfice des assurés, notamment en confiant aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) la gestion exclusive de la CMUC. Parallèlement à cette remise en ordre administrative, la Cour recommande de renforcer le contrôle du dénombrement des bénéficiaires de la CMUC, mais aussi de mettre fin aux abus réels en matière de refus de soins par les professionnels de santé.

S'agissant enfin de l'avancement des travaux nécessaires à la certification des comptes du régime général conformément à la loi organique du 2 août 2005, le compte rendu des vérifications de la Cour sur les comptes de l'exercice 2006 et les opinions qui en résulteront doivent faire l'objet avant le 30 juin 2007 d'un rapport spécifique. C'est donc une préfiguration de ce rapport qui est aujourd'hui remise à la Commission.

Il convient d'insister principalement sur deux points. Le premier a trait à la mise en œuvre de la certification dans les organismes de sécurité sociale. En 2005, la loi a confié aux organismes nationaux un pouvoir de validation des comptes des organismes de base afin de leur permettre d'élaborer des comptes combinés de branche satisfaisant à des exigences de régularité, de sincérité et d'image fidèle. Il s'agit là d'une disposition très importante puisque les organismes locaux n'ont pas de commissaires aux comptes. Compte tenu des échéances inscrites dans la loi organique du 2 août 2005, les organismes nationaux doivent mettre en place dans les meilleurs délais ce dispositif de validation en définissant d'abord un référentiel commun aux branches, en le déclinant ensuite sur l'ensemble du réseau et, enfin, et surtout en le faisant pleinement et effectivement fonctionner. Il s'agit là d'un travail considérable, puisqu'il conduit à ce que l'agent comptable national, qui se voit reconnaître des attributions proches de celles d'un commissaire aux comptes, soit en mesure de présenter à la Cour des comptes certifiables. La Cour a pu noter, dans chacune des branches, l'importance et la qualité

du travail mené en 2005 et au premier semestre 2006, tant par la direction de la sécurité sociale (DSS) et la mission comptable permanente (MCP) que par les caisses nationales elles-mêmes. Néanmoins, il apparaît fort improbable que ce dispositif soit pleinement opérationnel avant 2007.

Le second point sur lequel la Cour souhaite attirer l'attention de la Commission a trait à la qualité des états financiers qui seront présentés par les caisses nationales, et en particulier de l'annexe aux comptes qui est le complément indispensable pour éclairer les chiffres fournis par le bilan et le compte de résultat. Or, les annexes figurant dans les états financiers que la Cour a examinés cette année présentent de fortes lacunes. Par exemple, dans la branche maladie, les très importantes conséquences comptables de la T2A, avec notamment une augmentation substantielle des provisions pour charges, ne sont guère explicitées. Il en va de même dans la branche retraite, avec l'adossement d'une partie des prestations du régime des IEG.

La Cour attend des progrès importants sur ces points pour les comptes 2006. En tout état de cause, elle se situe dans une démarche pluriannuelle : il faudra plusieurs années en effet pour atteindre l'objectif souhaitable d'une opinion sans réserve sur un ensemble de comptes et pour acquérir la conviction qu'ils reposent sur des systèmes et des processus de contrôle fiables.

Le président Jean-Michel Dubernard a remercié le premier président de la Cour des comptes pour son exposé, riche de propositions audacieuses, telle la suppression du FFIPSA et du FSV, ou encore celle de la rétrocession hospitalière – et encore a-t-il été relativement peu question des régimes spéciaux de retraite... Le propos est cohérent avec celui tenu l'an dernier, à savoir que les compromis réformistes sont inopérants et qu'une révolution est nécessaire pour sauver la sécurité sociale.

Les développements du rapport de la Cour relatifs à la productivité des établissements hospitaliers sont très éclairants : ainsi, le nombre moyen annuel d'opérations sous anesthésie par salle d'intervention est de 559 à l'Assistance publique - Hôpitaux publics, 638 dans les hôpitaux publics hors Assistance publique – Hôpitaux publics et de 1 039 dans les cliniques privées, et sans doute les écarts sont-ils encore supérieurs d'un établissement à l'autre. Les personnels des salles d'opérations, tant médicaux qu'administratifs, ont le désir de faire évoluer le système et les structures, mais ils n'y arrivent pas. Comment les y aider ?

Le bilan de l'aide à la souscription d'une assurance complémentaire santé, instituée par la loi du 13 août 2004, apparaît mitigé : sur 2 millions de bénéficiaires potentiels, seuls 200 000 y ont recouru. Quelles conclusions peut-on en tirer ?

Quel est, enfin, le programme d'investigations de la Cour pour les années 2006 à 2008 ?

M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour l'équilibre général et les recettes, a posé les questions suivantes :

– Si la suppression du FFIPSA et du FSV constituerait une simplification, que changerait-elle au problème financier ?

– La Cour des comptes a livré à la commission des finances de l'Assemblée un rapport sur l'effet des exonérations de cotisations sociales sur l'emploi peu qualifié ; quelles en sont les conclusions ?

– Est-on certain, par ailleurs, que la création de la CNSA a conduit à un recul à due concurrence des dépenses à la charge de l'assurance maladie ?

– Quel est l'avis de la Cour sur le contenu de la convention d'objectifs et de moyens (COG) conclue par l'Etat avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), notamment sur les gains de productivité qu'elle comporte ?

– Enfin, dans la perspective de la certification des comptes de la sécurité sociale, on ne pourra plus éluder longtemps la question du devenir de la créance de la sécurité sociale sur l'Etat.

M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes, convenant que la suppression du FFIPSA et du FSV ne réglerait pas le problème financier, a souligné qu'elle aurait au moins le mérite de le mettre en évidence au lieu de le masquer : on ne pourrait plus faire comme s'il n'existait pas. On est actuellement dans une situation où tout le monde fait semblant de croire que l'Etat va prendre en charge les déficits, alors que l'Etat ne donne aucune indication claire en la matière.

L'effet des exonérations de charges sociales est un sujet important. La loi organique relative aux lois de finances et la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale ont institué de nouvelles relations entre les commissions parlementaires, et leurs organes de contrôles, avec la Cour des comptes. Or, il est des domaines où, non sans raison, les commissions chargées des finances et celles chargées des affaires sociales s'estiment également compétentes. S'agissant des exonérations de charges sociales, c'est le cas ; en l'occurrence, c'est la commission des finances de l'Assemblée qui a demandé un rapport à la Cour, et qui en est donc destinataire en la personne de son président car l'adresser à tous ses membres reviendrait à le rendre public. Cela dit, à défaut d'être « rendu public », et consultable sur l'Internet, le rapport en question est accessible au public, et quiconque en fait la demande peut l'obtenir. Un problème se poserait cependant au cas où l'organisme destinataire d'un rapport n'en ferait aucun usage : cela signifierait-il que la Cour doit s'interdire de révoquer le sujet ? Et si oui, dans quels délais après la remise du rapport ? Il faudrait établir des règles définitives en la matière, applicables aux relations de la Cour avec les deux commissions.

Le président Jean-Michel Dubernard a précisé qu'il avait envoyé une lettre au président de la commission des finances de l'Assemblée nationale demandant communication d'une copie du rapport.

M. Jean-Marie Le Guen a observé qu'un durcissement juridique des conditions d'attribution des exonérations avait été envisagé, avec un dispositif de remboursement. La Cour a-t-elle étudié cet aspect particulier ?

M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes, a répondu que tel n'était pas le cas, mais que la Cour continuait à travailler sur la question, dans la perspective d'autres rendez-vous, tel le rapport public général.

S'agissant du programme d'investigation de la Cour, les travaux de la sixième chambre relatifs à la gestion des risques sociaux seront centrés sur l'hôpital, en collaboration avec les chambres régionales des comptes, les problèmes complexes de répartition des compétences entre la Cour et les chambres régionales ayant pu être surmontés. Les quatre prochains rapports seront principalement centrés sur l'hôpital.

M. Michel Braunstein, rapporteur général, a apporté les précisions suivantes :

– La sixième chambre traitera notamment dans les prochaines années de l'organisation des soins à l'hôpital, prenant à bras-le-corps la question de la productivité chère au président de la commission. Les éléments qui figurent dans le présent rapport, et qui viennent principalement de la DREES et de la mission d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH), montrent que des esquisses de solutions ont pu être apportées là où les personnels se sont saisis du problème ;

– S'agissant de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), le danger principal est surtout que l'assurance maladie soit davantage mise à contribution, puisque c'est elle, *in fine*, qui paie ;

– La convention d'objectifs et de gestion (COG) de l'assurance maladie a été signée dans le courant de l'été. Il est donc encore trop tôt pour l'évaluer, mais il semble qu'elle tienne compte d'une des recommandations faites par le rapport 2005 de la Cour relative à la gestion des effectifs, puisque les départs à la retraite ne seront compensés qu'à 60 %. On verra ce qu'il en sera dans trois ans.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie, est intervenu sur les points suivants :

– Il faut approfondir la question de l'aide à la souscription d'assurance complémentaire santé ;

– Concernant la T2A, la Cour a précisé les conditions qui lui semblaient nécessaires pour que soit réalisée la convergence intersectorielle. La MECSS, pour sa part, a dit qu'elle souhaitait mener celle-ci à bien dans les délais prévus, sous réserve de la résorption des écarts résiduels et de la convergence des tarifs. La divergence principale n'est-elle pas, en fin de compte, celle qui oppose les optimistes aux pessimistes ? La Cour peut-elle préciser, par ailleurs, ce qu'elle entend lorsqu'elle parle de clarifier les compétences de l'agence technique pour l'informatisation hospitalière (ATIH) ?

– Enfin, plutôt que de supprimer la rétrocession des médicaments, ne vaudrait-il pas mieux agir sur les marges bénéficiaires relatives à ces médicaments ?

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a posé les questions suivantes :

– En quoi la suppression du FSV résoudrait-elle le problème financier du régime général ? Elle reporterait le déficit sur les caisses et le budget de l'Etat, lesquels sont déjà en fort déficit. Certes, le système actuel n'est pas conforme au droit et sa suppression simplifierait les circuits financiers, mais l'existence du FSV permet d'avoir un début de comptabilité analytique des charges de retraite et de faire ressortir la responsabilité du Parlement et du Gouvernement pour le financement de certaines prestations.

– Concernant les régimes spéciaux de retraite, la Cour préconise-t-elle l'intégration des retraites des agents de la SNCF au régime général, plutôt qu'un adossement qui maintiendrait les règles spécifiques, comme cela a été fait pour la RATP et les industries électriques et gazières (IEG) ? Recommande-t-elle un système comparable à celui appliqué à France Télécom, maintenant les droits acquis pour les fonctionnaires en place, mais alignant les futurs employés sur le droit commun des retraites ? À quelle échéance le risque que fait peser sur les comptes et les coûts de production de la RATP et des IEG le maintien des règles de constitution et de liquidation des droits à pension deviendra-t-il substantiel ?

– La Cour a-t-elle étudié, enfin, la situation de la Poste et de ses fonctionnaires ? Celle-ci peut-elle être traitée sans que soit abordée la question du financement des pensions des fonctionnaires civils et militaires de l'Etat ? En effet, lorsque le fonctionnaire cotise pour un euro pour sa pension, l'Etat cotise pour six euros...

M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes, a précisé que la Cour s'était contentée de signaler les problèmes posés par les régimes spéciaux, tant du point de vue de l'équité que de celui du financement. Quant à savoir si son traitement doit être ou non précédé d'une large ou étroite concertation, s'il doit être progressif ou brutal, immédiat ou différé, s'il convient de maintenir, dans quelles proportions et avec quels effets de seuil, les droits acquis des personnels en place, ce sont des choix politiques, à propos desquels la Cour n'a pas à exprimer de préférence – mais dont elle se réserve d'étudier les conséquences quelques années après qu'ils auront été faits...

M. Michel Cretin, président de la sixième chambre, a estimé qu'il n'y avait pas de divergence de fond, sur la T2A, entre la MECSS et la Cour des comptes : celle-ci dit simplement qu'à vouloir aller trop vite en besogne, on risquerait un échec lourd de conséquences pour tout le monde. Tant que les honoraires des médecins ne seront pas intégrés aux tarifs, la convergence intersectorielle n'aura pas grand sens. Celle-ci est indispensable, mais fixer des échéances irréalistes, comme 50 % de convergence en 2008, serait contre-productif.

L'Agence technique et d'information sur l'hospitalisation (ATIH) doit être, aux yeux de la Cour, recentrée sur son rôle technique et être dotée de moyens accrus afin de pouvoir mener ses travaux dans de bons délais. Leur qualité technique n'est pas en cause, bien au contraire : lorsque la Cour a voulu réaliser l'échelle nationale des coûts commune aux deux secteurs de l'hospitalisation, c'est à elle qu'elle a recouru après avoir constaté que le résultat du travail confié à un cabinet privé ne la satisfaisait pas.

La rétrocession des médicaments a longtemps fonctionné en marge de la légalité : il a fallu attendre douze ans, c'est-à-dire le décret de 2004, pour qu'elle reçoive une base juridique. Et encore constate-t-on aujourd'hui que beaucoup de rétrocessions continuent de se faire hors liste. Le système, en outre, est inflationniste, puisque les hôpitaux conservent une petite marge au passage, et que les médicaments sont remboursés à 100 % par l'assurance maladie. Rien, enfin, du point de vue médical, ne justifie cette pratique, qui n'existe d'ailleurs qu'en France : s'il s'agit de médicaments disponibles en pharmacie, il n'y a pas de raison qu'ils suivent un circuit particulier et s'ils doivent être réservés aux pharmacies hospitalières, ils n'ont pas lieu d'être rétrocédés.

M. Michel Braunstein, rapporteur général, a souligné que la suppression du FSV permettrait d'afficher le vrai déficit de la branche vieillesse, à défaut de le réduire. Dans l'hypothèse où l'équilibre serait atteint en 2009, il resterait encore, dans les années suivantes,

à financer les 8 milliards d'euros de déficit cumulé à cette date et qui génèrent des frais financiers considérables.

La Cour ne préconise nullement l'intégration au régime général des trois régimes spéciaux mentionnés dans son rapport. Contrairement à l'adossment, la solution qui avait été retenue pour France Télécom ne peut trouver à s'appliquer aux entreprises en question, puisque celles-ci n'emploient pas de fonctionnaires. Quant au cas de la Poste, la Cour ne l'a pas encore étudié ; elle le fera.

M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes, a considéré que le régime de la Poste, n'étant ni un régime spécial ni un régime particulier, pouvait être qualifié d'« original »...

M. Jean-Luc Prével a rappelé que le retour à l'équilibre avait été annoncé pour 2007 ; or, on en est loin. Quels facteurs peuvent expliquer le retard pris ? Sans doute, s'agissant de la vieillesse, l'un d'eux est la sous-estimation – volontaire ? – de l'impact des départs anticipés des salariés ayant commencé à travailler très jeunes... A quelle échéance peut-on espérer le retour effectif à l'équilibre ?

Quant au régime agricole, il est largement déficitaire depuis la transformation du budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA) en FFIPSA et la suppression de la subvention d'équilibre. Quel est son avenir ? Faut-il vraiment le supprimer ? Et, si oui, qui assurera la compensation démographique ? Le régime général ? L'Etat ?

La réforme de 2003 était censément fondée sur l'équité, mais elle a laissé de côté les régimes spéciaux. L'UDF avait proposé, à l'époque, de les mettre en extinction. La Cour envisage-t-elle leur disparition à terme ? Que pense-t-elle du principe d'un adossment assorti du versement de soultes ? S'agissant de ces soultes, est-il juste de faire payer l'assuré du régime général ou le consommateur ?

Un récent rapport de la Cour des comptes évoque également les statuts des personnels hospitaliers. Comment aller, compte tenu de leur multiplicité, vers la simplification ?

Enfin, puisqu'il semble que le rapport adressé par la Cour à la commission des finances de l'Assemblée sur les exonérations de charges en faveur des bas salaires est accessible, est-il possible de savoir quelle part de ces exonérations n'est pas compensée par l'Etat ?

Soulignant le caractère synthétique des travaux de la Cour, **M. Jean-Marie Le Guen** a jugé préoccupante la situation que présente le rapport de la Cour. Sur la période 2002-2009, si les prévisions sont justes, le besoin de financement cumulé devrait atteindre en 2009 quelque 44 milliards d'euros, auxquels il faut ajouter les 35 milliards d'euros de dettes transférées à la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) par la loi de 2004, soit un total de près de 80 milliards d'euros pour la législature. Ce rappel est utile à la veille des échéances du printemps 2007, et les parlementaires sauront relayer auprès de l'opinion publique le message contenu dans le rapport de la Cour.

La recommandation de supprimer le FSV et le FFIPSA peut se comprendre, car ces fonds servent surtout à masquer la situation comptable et l'absence de choix politique sur le sujet. La question du financement reste entière et, à défaut de la résoudre dès cette année, il

faudra décider, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale, à qui il incombe de payer ces dettes.

S'agissant de la T2A, la position de la Cour est plus raisonnable que celle que la majorité a exprimée au travers du rapport de la MECSS. Il y a un vrai dérapage de la problématique de la tarification à l'activité. Vu les difficultés techniques relevées par la Cour, pousser les feux serait prendre le risque d'un dérapage très coûteux pour les finances publiques, sans compter les raisons de fond qui s'opposent à la convergence tarifaire entre le public et le privé. Le travail que va engager la Cour sur l'hôpital public sera très utile et éclairant, non seulement sur la question des moyens, mais aussi sur celle des résultats, car les marges de progression sont importantes.

Il y a longtemps que la Cour pose la question de la légitimité de la gestion de l'assurance maladie obligatoire par les sections locales des organismes mutualistes et qu'elle souligne les bienfaits d'une recentralisation sur le régime général. Cette question est dépassée.

On peut certes rêver et imaginer que les sections locales se voient demander autant d'efforts de productivité que ceux demandés au régime général dans la liquidation des dossiers de soins. Un rapport de la MECSS sur ce sujet, n'a malheureusement pas assez insisté sur la nécessaire amélioration de la gestion informatique du régime général. Cependant, une partie des gains réalisés en termes de dépenses de personnel devra inévitablement être redéployée au plus près des populations couvertes, vers les fonctions d'accueil, de conseil et d'écoute des assurés.

M. Bernard Debré a posé les questions suivantes :

– La Cour a-t-elle évalué l'état d'avancement du dossier médical personnel (DMP), présenté il y a deux ans comme facteur d'économies substantielles et dont la mise en place se révèle plus compliquée que prévue ? Les économies seront-elles au rendez-vous ? Quel rôle a joué le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) ?

– La Cour s'est-elle penchée sur la question de savoir si l'institution du médecin traitant a bien eu pour effet de réduire le nomadisme médical, ainsi qu'on peut en avoir, intuitivement, l'impression ?

– S'agissant du prix des médicaments et des médicaments génériques, les laboratoires, les médecins généralistes et, surtout, les hôpitaux ont-ils joué le jeu ? Les laboratoires ont-ils aligné les prix de leurs médicaments sur ceux des génériques ? Ont-ils lancé des *me too*, produits identiques mais plus chers ?

– La Cour paraît dubitative quant au bien-fondé des missions d'intérêt général et des aides à la contractualisation (MIGAC), mais n'est-il pas légitime de permettre aux hôpitaux publics et particulièrement aux centres hospitaliers universitaires (CHU) de jouer le rôle qui leur est propre, en matière d'accueil des populations défavorisées, d'enseignement et de recherche ? *Quid*, par ailleurs, de l'application de la T2A en psychiatrie, qui paraît extrêmement difficile, voire impossible ?

– Enfin, la Cour s'est-elle penchée sur l'utilité de certains hôpitaux de proximité, dont les plateaux techniques sont obsolètes et les équipes insuffisamment nombreuses, offrant aux patients l'illusion dangereuse qu'ils peuvent avoir accès à n'importe quel type de soins en bas de chez eux ?

M. Jean Le Garrec a estimé que, sur les retraites, la Cour confirme le diagnostic et le rapport d'étape du Conseil d'orientation des retraites (COR). Même en retenant des hypothèses de croissance et d'emploi très optimistes, et en laissant de côté le fait que le Fonds de réserve des retraites (FRR) ne soit plus abondé, le déficit potentiel en 2020 reste considérable. Il s'agit, il faut insister, d'un diagnostic partagé, dont tous les professionnels et les représentants des partenaires sociaux sont parfaitement conscients, y compris s'agissant des régimes spéciaux. Aucun ne peut éluder ces problèmes et tous sont attentifs au constat et aux propositions de la Cour.

Un calendrier avait été défini, qu'il convient de respecter. Le gouvernement issu des élections de 2007, quel qu'il soit, devra ouvrir des négociations avant le 1^{er} janvier 2008 sur l'ensemble des problèmes. L'un d'entre eux est la décote, qui aggrave terriblement les inégalités, notamment pour les femmes et les salariés ayant des carrières discontinues. Lancer un brûlot sur les régimes spéciaux sans prendre en compte l'ensemble des données serait extrêmement dangereux et ne pas contribuer à la recherche de solutions.

M. Gérard Bapt s'est interrogé sur le décalage record de plus de 5 milliards d'euros qui existe, s'agissant des déficits 2005, entre les chiffres de la Commission des comptes de la sécurité sociale et ceux de l'ACOSS.

M. Gérard Bapt a relevé qu'il a lui-même constaté, en tant que rapporteur spécial et chargé d'une mission d'information sur l'application du Plan Cancer, l'emballlement des dépenses liées aux médicaments rétrocédés, mais il s'agit davantage d'une question de maîtrise médicalisée que d'un problème budgétaire. Ces dépenses, bien que ne figurant pas aux budgets des établissements, sont incluses dans l'ONDAM hospitalier. Elles sont sans doute compensées par des économies à l'extérieur.

S'agissant enfin de la T2A, la majorité de l'Assemblée serait bien inspirée de tenir compte, lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, de l'alarme lancée devant la MECSS et qu'elle réitère dans son rapport.

M. Paul-Henri Cugnenc a rappelé que le principe même de la T2A suppose la possibilité d'une convergence. Jusqu'à présent, tout le monde semblait d'accord là-dessus, mais il apparaît depuis peu que derrière cet affichage les positions sont en fait divergentes, voire antinomiques. Il y a, d'un côté, ceux qui veulent profiter de la dynamique enclenchée pour affiner les indicateurs et progresser le plus vite possible, et de l'autre ceux qui, dans leur for intérieur ou plus ouvertement comme M. Jean-Marie Le Guen, cherchent à freiner des quatre fers, sous prétexte que l'entreprise serait trop difficile. Lorsque la majorité s'est mobilisée pour voter, l'an dernier, un amendement affirmant que la convergence tarifaire serait réalisée à 50 % dès 2008, c'était non seulement en espérant que ce résultat sera atteint, mais c'était aussi pour afficher une volonté, créer une dynamique et demander quelques précisions. Sans doute, l'objectif de 2008 sera difficile à tenir pour des raisons de bon sens. Cependant, il faut veiller à ce que le rapport de la Cour des comptes ne donne pas le signal d'un recul en apportant de l'eau au moulin de ceux qui ne veulent pas de la convergence. Un retard d'un ou deux ans est admissible, non un report à 2050 !

M. Pierre Morange a félicité les membres de la Cour des comptes et son premier président pour l'excellence du rapport présenté, et les a remerciés, au nom de la MECSS dont il est, avec Mme Paulette Guinchard qui a succédé à M. Jean-Marie Le Guen, le coprésident, pour la fructueuse collaboration des magistrats de la Cour aux travaux de cette instance. Grâce

à cette coopération, les travaux de la MECSS, d'une grande qualité, ont trouvé une application concrète.

Sur les différents sujets abordés par la MECSS depuis sa création, plusieurs préconisations importantes ont pu être suivies d'effet. C'est ainsi que les progrès accomplis dans la télétransmission des feuilles de soins vont permettre, conformément aux recommandations du rapport de la MECSS sur les coûts de gestion des caisses, de ne remplacer qu'un départ à la retraite sur deux. S'agissant du financement des établissements médico-sociaux, bon nombre de suggestions concrètes visant à gérer le mieux possible l'argent public tout en réduisant le « reste à charge » des patients et de leurs familles ont été reprises par le gouvernement. Sur la T2A, enfin, la MECSS a fait, sans revenir sur l'agenda de convergence, un certain nombre de recommandations allant au-delà de la tarification proprement dite, portant par exemple sur la productivité des hôpitaux – des expériences de terrain, comme celle réalisée à l'hôpital Beaujon, ont montré qu'il était possible, en quelques mois, de réduire d'un tiers le temps d'attente, sans personnel supplémentaire. D'ailleurs, comment s'articuleront en la matière l'action de la Cour et celle des chambres régionales des comptes ?

En réponse aux intervenants, **M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes**, a apporté les précisions suivantes :

– Le montant des exonérations non compensées sera communiqué à M. Jean-Luc Prével. Pour répondre à sa question sur les prévisions, les erreurs de prévision existent bien et prendre le risque de cacher délibérément des données est trop grand. À la question de savoir quand les déficits seront résorbés, il en est des plans de redressement financier comme des cures d'amaigrissement : le plus difficile n'est pas de perdre des kilos, mais de ne pas les reprendre en retombant, après deux ans de vertu, dans les errements passés, car les mêmes causes produisent les mêmes effets.

– Le principe des MIGAC n'est pas en cause, mais certaines modalités de son application ne semblaient pas conformes à l'esprit qui a présidé à leur définition. S'agissant de la convergence intersectorielle, la crainte de M. Paul-Henri Cugnenc est compréhensible, mais forcer l'allure serait la façon la plus sûre de tuer la T2A elle-même. La prudence doit aller de pair avec la détermination, afin de progresser vers un objectif qui fait l'unanimité.

– S'agissant du FSV et du FFIPSA, on peut attendre d'une évolution comptable qu'elle permette enfin de clarifier le sujet. Il est aujourd'hui possible, en effet, de dissimuler des déficits considérables en toute constitutionnalité. Cependant, l'an prochain, la Cour devra apprécier le bilan de l'Etat. Si les déficits de ces fonds ne sont pas provisionnés à due concurrence, cela signifiera peut-être que l'Etat s'en lave les mains ; si l'Etat déclare ne pas s'en laver les mains, il devra en tirer les conséquences et l'inscrire alors en provision.

– L'adossement ne signifie pas que le régime général prend en charge les cotisations des régimes spéciaux de la RATP, de la SNCF et des IEG. La vertu de cette technique est de permettre d'identifier, sans contestation possible, les dépenses spécifiques. Pour financer ces dépenses spécifiques, s'il s'agissait de faire payer non seulement le contribuable et l'utilisateur, mais aussi l'assuré du régime général, ce ne serait pas admissible sur le plan de l'équité.

– Que M. Jean-Marie Le Guen soit rassuré : la Cour a pris note de sa volonté de généraliser les gains de productivité. Il faut souhaiter cependant que l'existence des sections locales des organismes mutualistes ne handicape pas leur recherche.

M. Michel Cretin, président de la sixième chambre, a souligné que la Cour ne préconise en aucun cas la suppression de la compensation démographique au bénéfice du régime agricole. Le FFIPSA est alimenté par des ressources fiscales et par une subvention de l'Etat ; si ces fonds allaient directement à la Caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA), cela ne changerait rien. Ce que la Cour souhaite, c'est que l'on simplifie et clarifie les circuits, au lieu de cantonner les déficits dans des petites boîtes où ils demeurent invisibles. Elle doit au demeurant adresser à la commission des affaires sociales du Sénat, au début de 2007, un rapport particulier sur le régime agricole.

Les statuts des personnels hospitaliers, notamment médicaux, sont trop nombreux. Il n'appartient pas à la Cour de dire comment les simplifier, mais la voie de la négociation s'impose à l'évidence. Il subsiste, étrangement, beaucoup d'inconnues en matière de rémunération et de temps de travail de ces personnels : le sujet est naturellement complexe, mais il arrive assez fréquemment que les tableaux de service ne soient pas remplis, ou que les consultations privées soient réglées de la main à la main sans passer par l'agent comptable de l'hôpital... Ces lacunes renvoient à la question du gouvernement de l'hôpital.

Le coût global des exonérations de cotisations sociales sur les bas salaires est de 20 milliards d'euros environ. La part non remboursée par l'Etat peut être calculée, et sera communiquée aux membres de la commission.

La part des prescriptions de génériques progresse, certes moins vite qu'il serait souhaitable, mais l'augmentation des dépenses de médicaments s'est ralentie en 2005, et semble même accuser une légère baisse sur les premiers mois de 2006. C'est un effort de longue haleine, auquel la CNAMTS contribue notamment en adressant aux praticiens ses propres visiteurs médicaux pour contrer l'influence de ceux dépêchés par les laboratoires, et en écrivant à ceux qui prescrivent nettement plus que la moyenne. Les résultats devraient être encore plus visibles en 2006.

Le principe même des MIGAC ne souffre aucune objection : tout ne peut être tarifé, en particulier les activités d'enseignement et de recherche. En revanche, d'autres activités, comme les urgences, pourraient légitimement l'être. De plus, la partie « AC », c'est-à-dire l'« aide à la contractualisation », apparaît quelque peu obscure, et détournée de son objet : il s'agit en fait, dans une large mesure, de compenser l'application trop brutale de la T2A. L'enjeu n'est pas mince, car plus la part des MIGAC dans les budgets hospitaliers est importante, plus celle de la tarification est réduite.

Enfin, l'écart entre les chiffres de l'ACOSS et ceux de la Commission des comptes de la sécurité sociale correspond, *grosso modo*, à la différence entre la trésorerie et les comptes. Les dépenses effectuées au cours de l'année ont bien dépassé les recettes de 16 milliards d'euros, mais en fin d'année une partie de ce montant a été transféré à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), et ne figure donc plus dans le déficit comptable, qui est de 11,6 milliards. Les deux chiffres sont exacts l'un et l'autre, mais recouvrent deux notions différentes.

M. Michel Braunstein, rapporteur général, a indiqué que le dossier médical personnel est encore dans les limbes, et que l'institution du médecin traitant était encore trop récente pour que la Cour en évalue les effets. Elle se penchera bientôt, en revanche, sur la question des petits hôpitaux, car il n'y a pas de raison pour qu'elle se focalise sur les seuls grands établissements.

Le président Jean-Michel Dubernard a remercié les magistrats de la Cour des comptes.