

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X I I I ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires sociales

– Audition, ouverte à la presse, de M. Philippe Séguin,
Premier président de la Cour des comptes, sur la
certification des comptes du régime général de sécurité
sociale (exercice 2008)..... 2

Mercredi
15 juillet 2009
Séance de 11 heures

Compte rendu n° 07

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2008-2009

**Présidence de
M. Pierre Méhaignerie,
Président
puis de
M. Jean-Pierre Door,
*Secrétaire***



COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Mercredi 15 juillet 2009

La séance est ouverte à onze heures.

*(Présidence de M. Pierre Méhaignerie, président de la Commission,
puis de M. Jean-Pierre Door, secrétaire de la Commission)*

*La Commission des affaires sociales entend **M. Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes, Mme Rolande Ruellan, présidente de la sixième chambre, et M. Jean-Philippe Vachia, conseiller maître, sur la certification des comptes du régime général de sécurité sociale (exercice 2008).***

M. le président Pierre Méhaignerie. Monsieur le Premier président, vous allez nous entretenir d'un sujet brûlant qui nous conduira, au cours des six prochains mois, à débattre et à trancher, notamment lors des prochains débats sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale.

M. Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes. Je vous remercie de m'avoir invité, avec Mme Rolande Ruellan, présidente de la sixième chambre, et M. Jean-Philippe Vachia, conseiller maître et rapporteur général sur la certification des comptes du régime général de sécurité sociale, à vous présenter les opinions émises par la Cour dans son rapport sur la certification des comptes du régime général de sécurité sociale. Conformément à la loi organique de 2005, le rapport a été publié le 30 juin dernier, suivant ainsi de quelques semaines la publication de l'acte de certification des comptes de l'État.

Avant de vous présenter nos positions sur les comptes 2008, je crois utile de vous dire quelques mots sur le sens de l'exercice de certification. Je vous parlerai enfin des questions de trésorerie et de financement de la sécurité sociale.

La certification consiste à donner l'assurance raisonnable que les états financiers, en l'occurrence ceux du régime général, ne comportent pas d'anomalies significatives. Pour ce faire, la Cour a apprécié les risques et l'évaluation des dispositifs de contrôle mis en place pour s'assurer que l'information financière est régulière, que les comptes sont sincères et qu'ils donnent une image fidèle du patrimoine et de la situation financière des différentes branches du régime général.

En d'autres termes, la certification des comptes apporte une garantie sur la fiabilité de la situation financière et patrimoniale du régime général et une information sincère sur le montant du déficit, mais elle ne dit pas ce qu'il y a derrière les chiffres. Il ne faut donc pas en attendre plus qu'elle ne peut apporter – mais je suis convaincu de l'utilité de l'exercice.

Parce qu'elle nous conduit à analyser systématiquement les procédures de contrôle du régime général et à en évaluer l'efficacité, la certification a aussi pour intérêt d'amener les caisses de sécurité sociale à prendre conscience des risques que génère leur activité – risques d'erreurs de liquidation ou risques de fraudes aux prestations et aux cotisations par exemple. La dynamique créée par la certification a contribué à accélérer la mise en place de dispositifs de contrôle interne efficaces. Ainsi, c'est dans le cadre des contrôles liés à la certification que la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) a repéré, il y a quelques mois, une erreur systématique liée aux informations envoyées par l'Unédic sur les périodes de chômage assimilées à des trimestres de cotisations retraite et qui concerne des

millions de retraités. La certification peut donc être un moteur puissant de développement du contrôle interne et, par là même, d'une meilleure maîtrise des finances sociales et de la qualité du service rendu aux assurés.

C'est la troisième fois que nous procédons à la certification des comptes du régime général, et cette année achève donc pour nous un premier cycle triennal. Comme nous l'avons dit à l'occasion de notre rapport sur les comptes de 2006, nous avons, en effet, décidé d'adopter une approche pluriannuelle qui nous a conduit à déployer sur trois ans la révision des principaux processus et opérations conduisant à la production des comptes, ainsi que la réalisation d'un audit complet des systèmes d'information. L'achèvement de ce cycle nous permet d'avoir une vision globale des principaux dispositifs participant à l'établissement des comptes. Cela ne signifie pas, tant s'en faut, qu'il n'y ait plus rien à faire. D'une part, il nous faudra examiner les suites données à nos opinions quand elles ne sont pas sans réserves, ce qui est le cas. D'autre part, la sécurité sociale est un domaine mouvant et, étant donné les risques qu'elles comportent, les mesures nouvelles et les évolutions des systèmes d'information requièrent une attention soutenue.

Les comptes des autres régimes de sécurité sociale ont été soumis pour la première fois cette année à une certification par des commissaires aux comptes. Étant donné les relations financières complexes entre le régime général et les autres régimes, la Cour a défini avec leurs commissaires aux comptes un cadre contractuel d'échanges d'informations. La Cour a aussi pris en compte les opinions de ces commissaires aux comptes – et notamment le refus de certification des comptes de la Mutualité sociale agricole (MSA) –, dans l'élaboration de ses propres positions.

C'est ainsi que la Cour a arrêté ses positions pour 2008. Avant de les détailler, je voudrais apporter un éclaircissement sur nos critères d'appréciation.

La décision prise par la Cour – certifier avec des réserves ou sans réserves, ou ne pas certifier, soit par refus soit par impossibilité – est fondée sur un faisceau de critères qui vont bien au-delà du simple constat d'un pourcentage d'anomalies comparé à un plafond à ne pas dépasser, fixé *a priori*. Par ailleurs, il appartient au seul certificateur de fixer ce seuil car il doit se réserver la marge d'appréciation que requiert l'exercice de son jugement professionnel, élaboré, je l'ai dit, à partir d'un ensemble d'éléments dont certains sont quantifiés et d'autres ne le sont pas, soit parce qu'ils ne peuvent pas l'être, soit faute d'éléments suffisants.

Nos positions sont donc fondées, quand elles sont négatives, sur la conjonction de nombreux problèmes comptables et de contrôle interne.

J'en viens aux neuf opinions de la Cour relatives aux cinq branches – maladie, accidents du travail, famille, retraite, recouvrement – et aux quatre caisses nationales – Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) et Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

Cette année, la Cour a refusé de certifier les comptes de la branche famille – et, logiquement, ceux de la CNAF –, ainsi que les comptes de la branche vieillesse et ceux de la CNAVTS. Elle certifie avec réserves les autres comptes. Ces positions appellent de ma part quelques précisions.

Concernant la branche famille et la CNAF, la Cour n'avait pas été en mesure d'émettre une opinion sur les comptes 2006 et 2007 en raison de trop grandes incertitudes sur le contrôle interne. Cette année, en collaboration avec l'agence comptable de la caisse nationale, nous avons pu évaluer beaucoup plus précisément les défaillances du contrôle interne et cette analyse nous conduit à refuser de certifier les comptes. En effet, le dispositif de contrôle interne souffre, en lui-même, de graves insuffisances qui ne lui permettent pas de maîtriser les risques de fraudes ou d'erreurs de calcul. Ainsi, a-t-on pu constater que plus de 4 % des dossiers d'allocations familiales présentaient une anomalie financière, pour un montant en valeur absolue significatif. Par ailleurs, nous avons observé d'importantes sous-estimations des provisions et des charges à payer enregistrées au moment de l'inventaire ; à la suite de nos observations, des corrections ont été apportées mais elles restent insuffisantes. Enfin, comme l'an dernier, le suivi comptable des flux liés à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) n'est toujours pas fiable.

Tout, cependant, n'est pas négatif concernant la branche famille. Un fichier national des allocataires – le « répertoire national des bénéficiaires » – que nous appelions de nos vœux depuis plusieurs années est en cours de déploiement. Les caisses d'allocations familiales (CAF) ont par ailleurs une connaissance un peu plus sûre des ressources des allocataires, données qu'elles obtiennent désormais directement auprès de l'administration fiscale. Mais, cette réforme ne produira ses effets que sur les comptes de 2009. Enfin, la CNAF a prévu de revoir complètement son dispositif d'analyse des risques de contrôle interne en 2009. Ces progrès sont d'autant plus indispensables qu'avec l'entrée en vigueur du Revenu de solidarité active (RSA), la branche est confrontée à un défi de grande ampleur. Il existe donc un espoir de progrès mais, pour les comptes de 2008, la Cour ne pouvait pas ne pas prendre la position que j'ai dite.

Nous avons aussi refusé de certifier cette année les comptes de la branche retraite et de la CNAVTS. L'an dernier, la Cour avait certifié ces comptes avec réserves. Notre réserve principale portait sur le caractère potentiellement significatif des erreurs affectant le calcul des pensions de retraite. Les travaux d'audit que nous avons menés depuis lors, avec le concours de la CNAVTS, nous ont permis de constater que ces erreurs étaient effectivement significatives, et nous en avons relevé un très grand nombre dans les pensions de retraite, pour un montant cumulé trop élevé. D'une part, il existe des erreurs dans la liquidation des pensions par la branche : plus de 5,4 % des pensions de retraite calculées en 2008 présentaient une anomalie financière, ce qui représente des montants importants en valeur absolue. Ces erreurs sont liées à des lacunes du contrôle interne, qui doit être resserré.

D'autre part, à ces erreurs internes s'ajoutent des défaillances dans le flux d'informations provenant des employeurs et des organismes sociaux. Ce problème est à l'origine d'un taux d'erreurs important au détriment de la branche. En 2007, la Cour avait recommandé à la CNAVTS de formaliser dans une convention avec l'Unédic les modalités de calcul des données adressées par cet organisme, qui n'étaient fixées par aucun document. La caisse nationale a ainsi découvert, en novembre 2007, que le nombre de « périodes assimilées » notifié au titre du versement d'indemnités de chômage était majoré à tort, depuis 1992 au moins. Cette erreur systématique ne résulte pas d'un « bug » informatique, comme on l'a lu dans la presse, mais d'un manque d'attention porté à la nature et à la qualité des données adressées par les organismes sociaux. En 2008, ces anomalies se sont cumulées avec celles que l'on connaissait déjà et dont je viens de parler.

Nous avons également constaté qu'il n'est pas fait de rapprochement entre le montant des salaires déclarés par les employeurs – qui sert notamment à alimenter en

trimestres les comptes individuels des assurés – et le montant des salaires sur la base desquels ils versent leurs cotisations. Il en résulte que des cotisations payées peuvent ne pas ouvrir de droits à la retraite et que des droits peuvent être ouverts sans que les cotisations correspondantes aient été payées. Là encore, on peut espérer des progrès en 2009 puisque, grâce aux efforts conduits en matière de contrôle interne, la CNAVTS connaît mieux les risques encourus. Plusieurs mesures, dont nous attendons beaucoup, prendront effet cette année ; elles devraient lui permettre d'agir sur les causes de ces erreurs dans le montant des pensions.

J'en viens à l'ACOSS et au recouvrement. L'an dernier, nous avons refusé de certifier ses comptes en raison d'un désaccord sur un montant de 980 millions d'euros qui minorait d'autant le déficit affiché par le régime général. Le désaccord a été levé cette année. Tous les problèmes relevés par la Cour pour les comptes de 2007 ont fait l'objet d'un plan d'action de la part de l'agence. Des progrès sont néanmoins encore possibles et nous formulons plusieurs réserves qui concernent, comme pour la branche famille, les écritures d'inventaire et l'insuffisance des provisions pour contentieux notamment.

Par ailleurs, la mise en place de l'interlocuteur social unique a constitué un défi majeur pour le recouvrement en 2008. Comme vous le savez, depuis le 1^{er} janvier 2008, les Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) recouvrent toutes les cotisations des artisans et commerçants pour le compte du Régime social des indépendants (RSI). La montée en puissance de ce dispositif a entraîné des difficultés de gestion importantes. Les conséquences financières de certains dysfonctionnements ont pu être chiffrées et intégrées dans les comptes. La Cour a été amenée à formuler une réserve générale pour les autres, telles les pertes de recettes liées à l'absence de recouvrement forcé des cotisations ou aux difficultés de rapprochement des fichiers de cotisants.

Enfin, comme nous l'avons fait l'an dernier, nous certifions la CNAMTS, la branche maladie et la branche accidents du travail et maladies professionnelles avec réserves. Des progrès notables ont été réalisés depuis 2006 dans la performance du dispositif de contrôle interne des branches et de la caisse nationale, mais nous avons relevé des lacunes, qui concernent par exemple les provisions relatives aux paiements aux hôpitaux, les flux d'informations avec les mutuelles ou les règlements aux établissements sociaux et médico-sociaux.

Les opinions que nous émettons cette année pourront vous paraître traduire une exigence de plus en plus forte de la Cour. Cette exigence, justifiée par une connaissance plus complète des branches, est fondée sur notre capacité à chiffrer les conséquences des insuffisances des contrôles – en d'autres termes, nos incertitudes se sont muées en certitudes quantifiables. En outre, les engagements de progrès pris par les branches sont inégalement mis en œuvre, en raison de la lourdeur et de la complexité de leurs systèmes d'information.

Pour autant, nous avons constaté cette année de nombreux progrès, qui nous confortent dans la conviction que la certification a permis d'engager une démarche salutaire d'amélioration du contrôle interne comptable et financier et de rationalisation des processus. Nous souhaitons vivement que cette dynamique se poursuive et s'accélère.

Pour conclure, j'évoquerai le déficit et le besoin de financement qu'il engendre.

Notre rapport de certification confirme la fiabilité des chiffres pour 2008. Or, ces chiffres sont très préoccupants. A cet égard, les modalités retenues dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 pour la reprise par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) de 26,8 milliards de déficits cumulés – à savoir l'affectation d'une fraction de CSG retirée au Fonds de solidarité vieillesse (FSV) – n'étaient pas une bonne solution, puisqu'il était évident que le FSV allait lui-même se trouver en déficit dès 2009. Je rappelle que, depuis sa création en 1996, la CADES a repris 134,5 milliards de dettes, dont 37,5 milliards avaient été amortis à la fin 2008.

La question des déficits et de leur financement est abordée dans notre rapport du 22 juin dernier sur la situation et les perspectives des finances publiques, que j'ai eu l'occasion de commenter devant vous il y a peu. Nous y reviendrons dans notre rapport de septembre sur la sécurité sociale mais aussi dans la communication que nous allons vous envoyer pour répondre à la demande d'enquête sur la gestion de la trésorerie de la sécurité sociale que vous m'avez adressée, Monsieur le Président, conjointement avec M. Didier Migaud.

Ces dernières années, la Cour a constamment recommandé de réduire le déficit structurel, qui se maintenait aux alentours de 10 milliards d'euros alors que les recettes étaient plus dynamiques. Le choix affiché d'un retour, que je qualifierai de très progressif à l'équilibre des comptes du régime général, conduit à générer une dette de plus en plus lourde qu'il faut bien financer par un supplément de recettes affectées à la CADES. Certes, on limite ainsi à court terme l'augmentation des prélèvements obligatoires mais, ce faisant, on ne la rend que plus inévitable et importante à plus ou moins long terme. C'est un peu comme une boule de neige que l'on fait grossir en la poussant devant soi.

Le régime général aborde ainsi la crise avec un handicap certain. Le montant du déficit prévisionnel pour 2009 présenté à la commission des comptes de la sécurité sociale est de 20,1 milliards d'euros, hors FSV. En phase avec l'estimation de la Cour, il représente un doublement du déficit structurel de 10 milliards qui ressort en 2008, et un peu moins de 7 % des recettes. Son financement va poser un problème dès 2009, puisque le plafond d'avances de trésorerie fixé à 18,9 milliards pour l'ACOSS au-delà du premier trimestre sera dépassé dès cet automne. Le ministre du budget a annoncé que le Gouvernement relèverait le plafond pour 2009 par décret. En 2010, si aucune autre mesure n'est prise, ce plafond risque d'être très élevé.

Cette situation comporte deux risques, dont le premier est celui de la remontée des taux. L'ACOSS bénéficie actuellement de taux courts très bas, mais cette situation pourrait durer moins longtemps que le portage de déficits croissants. Ensuite, le risque de financement proprement dit n'est pas négligeable, la Caisse des dépôts et consignations ayant annoncé qu'elle limiterait ses concours en deçà du plafond, ce qui contraindra l'ACOSS à émettre des billets de trésorerie, dont le marché est relativement restreint.

Nous reviendrons sur les problèmes de financement dans le rapport sur la sécurité sociale de septembre mais je tenais à rappeler la gravité de la situation.

M. le président Pierre Méhaignerie. Je vous remercie, Monsieur le Premier président, de nous alerter sur l'enjeu que représentent les dépenses sociales et la juste mesure du déficit, ainsi que sur les risques que le poids du déficit peut faire courir à notre pays. Étant donné la situation décrite, la commission des affaires sociales doit être une force de proposition. Permettez-moi de reprendre les observations qui figurent dans deux rapports. Les

premières sont celles du Conseil de l'emploi, des revenus et de la cohésion sociale (CERC), que préside M. Jacques Delors, et selon lesquelles l'évolution des dépenses sociales, nettement supérieures en France à ce qu'elles sont chez nos voisins, s'est faite au détriment des salaires directs et des investissements d'avenir des entreprises. Les secondes sont le fait de M. Jérôme Vignon, directeur à la Commission européenne et par ailleurs président des Semaines sociales de France, qui rappelle que si la France est en tête de l'ancienne Europe des Quinze pour ce qui concerne les dépenses sociales, les résultats qu'elle obtient ne sont pas à la hauteur de la dépense consentie. La commission des affaires sociales doit donc être au cœur de la recherche de la performance sociale de la dépense publique. Un travail immense, que la Cour des comptes nous aidera à mener à bien, nous attend au cours des deux ans qui viennent ; s'il n'a pas lieu, les dérapages risquent d'être insurmontables.

M. Yves Bur, rapporteur du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour les recettes et l'équilibre général. On constate, année après année, que la certification des comptes de la sécurité sociale est source de progrès dans la gestion des branches ; c'est dire tout l'intérêt de cette innovation imposée par le Parlement. Je me félicite par ailleurs que le solde des comptes, et donc le montant des déficits, ne prête plus à contestation. J'observe, enfin, qu'une grande partie des réserves de la Cour porte sur la justification de dépenses, dont il n'est pas certain qu'elles bénéficient à qui elles devraient.

Plus spécifiquement, s'agissant de l'ACOSS, j'aimerais savoir comment a été réglée la question de la comptabilisation des acomptes de CSG sur les revenus de placement qui avait été à l'origine du refus de certification des comptes en 2007. On constate, d'autre part, que le refus de certification des comptes des branches famille et vieillesse est dû à la défaillance du contrôle interne. Comment ces deux branches peuvent-elles améliorer leurs procédures de contrôle ? Des moyens doivent-ils être mobilisés pour cela, ou la Cour considère-t-elle que, plutôt que d'un manque de moyens, il s'agit d'un manque d'attention ? On peut aussi s'interroger, comme vous l'avez fait, sur la complexité des règles, complexité qui entraîne des erreurs dont le montant cumulé est loin d'être anecdotique. Je ne suis pas sûr que le répertoire national des bénéficiaires suffira à mettre fin à ces errements.

Pour ce qui est particulièrement de la branche maladie, j'observe que la fiabilité des données émanant des mutuelles suscite une réserve de la Cour. Comment pourrait-on améliorer le contrôle de la CNAMTS sur les mutuelles ? Le temps n'est-il pas venu de s'interroger sur la pertinence du maintien de la très coûteuse délégation de gestion aux mutuelles, puisque les progrès informatiques permettraient à l'assurance maladie de gérer ces dossiers elle-même ? Enfin, je considère que le déficit prévisible de la branche vieillesse n'est pas de 20 milliards d'euros mais de 22 milliards étant donné le déficit prévisible du FSV qui devrait selon moi être ajouté au déficit de la branche. Comment procéder pour qu'il en soit ainsi ?

M. Philippe Séguin. Il est difficilement contestable que la certification des comptes des organismes de sécurité sociale est source de progrès et je suis reconnaissant à M. Yves Bur de nous en donner acte. Je me réjouis, comme lui, que le solde des comptes ne prête plus à contestation. J'insiste enfin sur le fait que le troisième exercice de certification auquel nous avons procédé s'est déroulé dans des conditions satisfaisantes.

Mme Rolande Ruellan, présidente de la sixième chambre de la Cour des comptes. Les comptes de l'activité de recouvrement pour l'année 2007 n'avaient pu être certifiés, notamment en raison du rattachement à cet exercice d'acomptes de CSG sur les revenus de placement versés en 2007 mais se rattachant à 2008, car versés d'avance. Depuis

lors, un travail de grande ampleur a été réalisé, sous l'égide du Haut conseil interministériel de la comptabilité des organismes de sécurité sociale, pour identifier le montant des contributions sociales dues au titre de l'exercice 2008, mais portées aux comptes des épargnants en janvier 2009. Toutefois, le partage initialement opéré n'a pas été jugé satisfaisant par la Cour, qui a fait procéder à des corrections. La rigueur s'impose et la vigilance est nécessaire mais, déjà, un travail de fond a été réalisé.

Pour ce qui concerne le contrôle interne au sein des branches famille et vieillesse, une longue prise de conscience a été nécessaire, car l'analyse des risques était insuffisante. Nous l'avons constaté lors des tests de reliquidation : ils ont montré que la moitié des erreurs était détectée hors d'un système de contrôle, qui avait tout d'une passoire. L'analyse des risques devait donc être revue ; les branches s'y livrent avec une grande bonne volonté, en ayant recours à l'aide d'une société spécialisée. Le contrôle interne de la branche vieillesse montrait de graves insuffisances, dont les responsables ont été prévenus il y a deux ans ; mais la prise de conscience a été lente et toute l'ampleur du problème n'a été révélée que cette année pour la prise en compte des « périodes assimilées » au titre de l'Unédic ou au titre des périodes de maladie. Cette situation s'explique par le fait qu'aucun texte réglementaire n'organise les transferts de données des organismes sociaux à la CNAVTS. La branche commence à prévoir des notifications de date à date et non plus un nombre de trimestres validés.

La complexité des règles est réelle, la Cour le souligne. Les caisses sont en effet soumises à des réformes extrêmement fréquentes, ce qui rend difficile la validation des modifications de leur système d'information. Cela peut expliquer un certain manque de recul dans la définition des contrôles nécessaires ; en réalité, les caisses courent après les événements.

Pour ce qui concerne la fiabilité des données transmises par les mutuelles, des progrès sont déjà constatés avec les principales d'entre elles, mais des zones d'ombre subsistent pour les plus petits organismes. Cela étant, toutes les mutuelles ont des commissaires aux comptes. Le problème de fond a été traité dans un précédent rapport de la Cour consacré à la sécurité sociale, dans lequel nous avons mis en doute la pertinence du maintien de la gestion déléguée aux mutuelles, soixante années après qu'elle a été instituée.

Pour modifier le périmètre du FSV, il n'est pas besoin d'une loi organique ; un texte réglementaire suffirait pour intégrer le fonds dans le périmètre de la branche vieillesse mais le Gouvernement s'y oppose.

M. Jean-Philippe Vachia, conseiller maître, rapporteur général sur la certification des comptes des organismes de la sécurité sociale. Je reviens un instant sur l'imputation des acomptes de CSG sur les revenus de placement pour dire que la question de principe est réglée, les normes comptables étant désormais respectées, ce qui est satisfaisant. Quelques problèmes d'exécution demeurent.

Pour ce qui concerne le FSV, notre observation vise à faire état du déficit et de la situation nette de cet établissement public, qui doit être réintégré dans la branche vieillesse si l'on veut une image exacte de la situation. J'observe que dans le rapport sur les comptes de la sécurité sociale, il y a une ligne « FSV » ; l'information comptable doit correspondre à l'information économique.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Force est de constater que le rapport de la Cour, avec ses multiples réserves et refus de certification, est quelque peu négatif. Vous avez évoqué la performance du contrôle ; à cet égard, est-il utile de maintenir un réseau pléthorique de caisses primaires et régionales d'assurance maladie ? Une évolution de ce dispositif ne serait-elle pas de nature à faciliter la gestion et donc le contrôle ?

L'instauration de la tarification à l'activité (T2A) à l'hôpital devait s'accompagner d'une convergence intersectorielle à une date que l'on semble, une nouvelle fois, vouloir reporter. Ces reports successifs signifient-ils un abandon de fait ?

M. Denis Jacquat, rapporteur du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'assurance vieillesse. Il est étonnant que les erreurs pointées par la Cour puissent avoir persisté depuis 1992. Il faut dire que si j'ai entendu bien des fois des plaintes au sujet de pensions qui seraient inférieures de 10 à 12 euros à ce qu'elles devraient être, jamais personne n'est venu me rapporter l'existence d'un trop-perçu ! Les erreurs constatées sont-elles seulement humaines, ou y a-t-il aussi des erreurs techniques ?

Mme Marisol Touraine. Nous pensons tous que la certification des comptes des organismes de sécurité sociale est une procédure utile qui porte des fruits, et nous nous en réjouissons. Nous considérons aussi que la performance sociale des dépenses doit être améliorée ; mais cette affirmation ne permet pas de dire quel type de dépense devrait être supprimé, ni quelle dépense devrait être diminuée.

Vous avez regretté, Monsieur le Premier président, une gestion trop progressive du déficit des organismes de sécurité sociale, et vous avez indiqué que cette situation aurait pour résultat une hausse plus rude des prélèvements obligatoires. Signifiez-vous ainsi que la hausse des prélèvements obligatoires serait inéluctable, quelles que soient les politiques menées ? Si tel est le cas, quelle branche sera, selon vous, concernée ? Considérez-vous que cela se traduira, pour la branche vieillesse par l'allongement de la durée des cotisations ?

La création des agences régionales de santé est-elle de nature à modifier votre analyse de la situation financière de la branche maladie ?

La complexité des règles a été évoquée plusieurs fois. Pour ce qui concerne la branche vieillesse, pensez-vous que modifier le mode de calcul des pensions en passant à un système à points, comme en Suède, permettrait de réduire les erreurs comptables ? Je précise que je ne porte ainsi aucun jugement sur l'utilité du passage à un tel système.

Enfin, des charges hospitalières sont indûment imputées à l'assurance maladie au lieu de l'être à la branche accidents du travail et maladies professionnelles. On s'est efforcé à une ventilation plus correcte lors de l'examen de la dernière loi de financement de la sécurité sociale, mais le groupe socialiste considère que la répartition n'est toujours pas satisfaisante. Quelle est l'ampleur des dépenses indues qui majorent les charges de l'assurance maladie et quels obstacles s'opposent à une plus grande transparence ?

M. Michel Liebgott. Le régime local d'Alsace-Moselle, que l'on considère souvent comme satisfaisant et équilibré, fait-il l'objet d'une certification ? Quelle est l'appréciation de la Cour des comptes sur ce régime ?

M. Dominique Dord. On est toujours sidéré par les conséquences du défaut de contrôle interne, en particulier dans les branches famille et vieillesse. Que ne dirait-on pas s'il s'agissait des collectivités territoriales ou de certaines associations ! Le recul aidant, la Cour arrive-t-elle à évaluer plus précisément l'ampleur d'éventuelles fraudes ? Certains considèrent que la fraude est marginale et que l'amélioration de la répression ne changerait rien, d'autres pensent, au contraire, qu'il existe là d'importants gisements d'économies.

M. Guy Malherbe. Une fois dépassé le plafond annoncé – 18 milliards d'euros –, il existe un risque quant au financement de l'ACOSS. Qui finance aujourd'hui le déficit de trésorerie, selon quelles modalités et à quel taux ? Qui est susceptible de souscrire des billets de trésorerie ? Une telle souscription pénaliserait-elle l'ACOSS ?

M. Philippe Séguin. Je ne voudrais pas que M. Jean-Pierre Door reste sur le sentiment négatif que lui a inspiré notre rapport, car bon nombre de nos observations donnent des raisons d'espérer. Elles doivent être ressenties, non comme des remontrances, mais comme des incitations à s'engager plus rapidement dans la voie souhaitée.

S'agissant de la performance du dispositif de contrôle, il convient bien entendu de réfléchir à l'organisation du réseau, à son implantation sur le territoire, aux mutuelles, sachant que nous sommes ici à la frontière entre le politique et le culturel. Le problème est moins de principe que de rythme dans la mise en œuvre. La branche du recouvrement se resserre, même si l'effort est encore modeste : nous en sommes à 98 URSSAF. La branche maladie commence elle aussi un effort. La branche famille envisage une caisse par département. Ces évolutions vont dans le sens que vous souhaitez, mais je doute que leur rythme soit conforme à vos attentes !

Mme Rolande Ruellan. Le rapport que nous remettrons en septembre comportera un bilan à mi-parcours de la mise en place de la T2A. Il ne nous appartient pas de contester le principe de la convergence intersectorielle, même si la Cour avait émis quelques doutes à ce sujet. La nouvelle classification, avec aujourd'hui 2 500 groupes homogènes de séjour (GHS) contre 250 précédemment, permet de mieux différencier la difficulté des actes selon les types d'établissement. Elle peut donc constituer un élément favorable dans l'hypothèse de la mise en œuvre d'une convergence intersectorielle. Cela dit, nous n'avons aucune appréciation à porter sur le report décidé par la ministre : il existe certainement des obstacles importants et les problèmes liés à la rémunération des professionnels de santé ne sont toujours pas résolus.

Quoi qu'il en soit, la convergence intersectorielle ne se traduira jamais par des tarifs identiques des deux côtés. Il convient avant tout de clarifier ce dont on charge chaque secteur et les dotations globales qui continueront d'être affectées aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

M. Philippe Séguin. M. Denis Jacquat a relevé à juste titre que la procédure de certification a permis de déceler des erreurs qui se reproduisaient depuis 17 ans et d'y mettre un terme. Les bénéficiaires de trop-perçus montrent peu d'empressement à déclarer leur situation aux services concernés, certes, mais ce n'est pas caractéristique des seuls assurés sociaux !

Mme Rolande Ruellan. Pour ce qui est des erreurs, il faut remonter aux années 1990 et à l'informatisation des transferts d'informations entre les Assédic et l'Unédic d'un côté, la CNAVTS de l'autre : nous n'avons pas trouvé trace d'une quelconque convention qui aurait arrêté les normes et les conditions de ces transmissions électroniques. Ce qui est

étonnant, c'est que personne ne se soit posé de questions depuis cette date alors que la CNAVTS est la première caisse nationale à s'être dotée de procédures d'audit interne, à la fin des années 1980. S'agit-il d'erreurs humaines ou d'erreurs techniques ? En tout cas, il n'y a pas eu de prise de conscience de la part de l'institution.

M. Philippe Séguin. À quel niveau de dépenses, demande Mme Marisol Touraine, peut-on envisager de trouver des solutions ? C'est une question qui relève clairement du débat politique. Il y a 27 ou 28 ans, un ministre chargé des affaires sociales avait fait scandale en déclarant abruptement qu'il n'y avait pas d'autre limite à la dépense sociale que la volonté du peuple. C'est tout à fait exact ! Le rôle de la Cour des comptes est simplement de rappeler que, face aux dépenses, il doit y avoir des recettes, si possible à niveau équivalent ou supérieur, et de signaler les conséquences fâcheuses qui peuvent résulter de l'absence de ces recettes. La Cour doit également aider à trouver le meilleur rapport coût-efficacité car, comme l'a dit le président Méhaignerie, le système français est probablement le plus coûteux, mais pas le plus efficace.

Par ailleurs, la Cour considère qu'il est difficile d'envisager qu'il n'y ait pas, au moins dans le domaine social, un recours accru aux prélèvements obligatoires. Certains imaginent que l'on pourra trouver des moyens pour la branche maladie ; en matière de retraites, c'est beaucoup plus douteux et, quand bien même on trouverait ces moyens, ils ne produiraient d'effet que de manière très progressive.

Pour ce qui est de la mise en place des futures agences régionales de santé, la Cour ne peut être que dans l'expectative. Nous jugerons sur les résultats.

En matière de retraites, le système par points pratiqué en Suède est incontestablement plus simple et permet de limiter le risque de fraude. Cela étant, le choix en la matière est plus politique que technique.

M. Jean-Philippe Vachia. La Cour considère que la charge hospitalière imputée à la branche accidents du travail et maladies professionnelles est sous-évaluée. Certes, la loi de financement de la sécurité sociale prévoit que cette branche verse une dotation de compensation à la branche maladie, mais il nous semble que les hôpitaux prennent peu en compte, dans leurs systèmes d'information, l'origine de l'affection traitée, cette préoccupation étant pour eux secondaire. Le montant en jeu, 100 millions d'euros, est faible au regard des masses du régime général, mais il est significatif pour la branche accidents du travail.

Quant aux caisses de sécurité sociale d'Alsace-Moselle, elles relèvent du système global de validation des comptes que nous décrivons au début du rapport. Leurs comptes sont validés pas les agents comptables nationaux. Il n'y a pas eu de refus de validation.

(M. Jean-Pierre Door, secrétaire, remplace M. Pierre Méhaignerie à la présidence.)

M. Philippe Séguin. La Cour des comptes et le Conseil des prélèvements obligatoires ont déjà abordé les problèmes de fraude évoqués par M. Dominique Dord. Je me demande, toutefois, si l'on réussira à mobiliser l'opinion en prenant le risque de lui donner à croire que, s'il n'y avait pas de fraude et pas d'« excès », les régimes sociaux ne connaîtraient plus de problème d'équilibre. Ce serait s'exonérer du constat de la réalité : notre système a été conçu pour l'essentiel il y a plusieurs décennies, dans un contexte radicalement différent, et une remise à plat s'impose. Quand bien même on réglerait le problème de la fraude, on resterait confronté à des déséquilibres structurels qu'il faut traiter comme tels.

Mme Rolande Ruellan. Nous avons mené un travail sur la fraude aux prestations sociales et nous vous en rendrons compte, si la matière est suffisamment riche, dans un prochain rapport public. Il s'agissait pour nous de mesurer les efforts consentis par les organismes sociaux après les préconisations du Gouvernement. Ces organismes sont longtemps partis du principe qu'un assuré social n'était pas un fraudeur. Ils sont donc peu enclins à rechercher la fraude, contrairement aux URSSAF qui s'en préoccupent depuis longtemps. La difficulté vient aussi de ce que les populations bénéficiant des prestations sont souvent fragiles. Dans la branche maladie néanmoins, la découverte de fraudes industrielles a provoqué une réelle mobilisation. Il semble que les organismes ont maintenant pris conscience du problème.

M. Philippe Séguin. M. Guy Malherbe a soulevé la question du financement des découverts des régimes de sécurité sociale. D'ores et déjà, trois conclusions paraissent se dégager.

Premièrement, le financement pas la Caisse des dépôts et consignations se révèle moins coûteux que le financement bancaire auquel le Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA) a dû avoir recours.

Deuxièmement, l'ACOSS se finance à court terme principalement en faisant appel à la Caisse et accessoirement en émettant des billets de trésorerie, ce qui ne nous semble pas adapté à un portage de dette sur une période excédant l'année. D'une part, la Caisse des dépôts doit se refinancer sur le marché et estime perdre de l'argent au-delà d'un certain montant, si bien qu'elle a fixé des limites à ses concours. D'autre part, le marché des billets de trésorerie est étroit et l'ACOSS y est déjà l'opérateur le plus important.

Troisièmement, la CADES, est par nature mieux adaptée à un financement à long terme, mais la reprise des déficits accumulés se heurte à l'obligation d'apporter des ressources supplémentaires. En outre, comme elle n'est pas autorisée à anticiper les reprises de déficit – elle n'en connaît d'ailleurs pas la date avant le vote du Parlement –, elle est conduite à financer pendant un temps plus ou moins long une partie de la dette reprise avec des ressources à court terme. Le faible niveau des taux courts est aujourd'hui un avantage, mais expose tant l'ACOSS que la CADES au risque d'une remontée des taux, qui se produira tôt ou tard.

Mme Catherine Lemorton. On a parlé des dépenses qui se retrouvent dans l'enveloppe hospitalière alors qu'elles relèvent de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, mais a-t-on évalué les dépenses que l'hôpital doit assumer alors qu'elles devraient être prises en charge par les assurances privées au titre des accidents de la vie ?

Je m'interroge aussi sur les effets des franchises médicales. La Cour évoque une baisse de la consommation des biens médicaux dans les trois domaines cibles du dispositif. Les chiffres dont je dispose font état d'une baisse de 1,4 % de la consommation de médicaments, sans que l'on sache si c'est là un effet des franchises. En revanche, celles-ci n'ont quasiment pas d'incidence sur les actes paramédicaux. Le seul effet sensible concerne les transports sanitaires. Je remarque également qu'après la décision du Conseil d'État du 6 mai 2009, les caisses d'assurance maladie ne peuvent plus récupérer les franchises sur les prestations sociales versées aux assurés, notamment ceux qui sont en précarité. Compte tenu de ces éléments, la Cour estime-t-elle qu'il est pertinent de maintenir les franchises ?

M. Philippe Séguin. Pour ce qui est des assurances privées, il existe dans les comptes une ligne « Recours contre tiers ». Par ailleurs, les chiffres et observations que vous évoquez concernent l'année 2009. La Cour ne pourra se prononcer que sur des chiffres qui seront arrêtés au 31 décembre. Pour ce qui est de la pertinence des franchises, la réponse ne peut être que politique. La Cour constate seulement qu'elles ont généré une économie de 800 millions d'euros.

M. Jean-Philippe Vachia. Nous avons demandé une clarification des comptes de la branche accidents du travail précisément en ce que concerne la récupération de fonds auprès de tiers, assurances privées ou employeurs. Ces sommes, jusqu'à présent, étaient noyées dans la masse.

Mme Catherine Lemorton. Je parlais des accidents de la vie courante.

M. Jean-Philippe Vachia. Il existe aussi une importante ligne « Recours contre tiers » dans les comptes de l'assurance maladie. Il est possible de faire un point précis des recouvrements effectués chaque année : je vous invite à vous reporter à l'annexe du rapport. La Cour avait relevé, la première année, une certaine faiblesse dans le contrôle interne de l'assurance maladie et avait regretté le délai entre le constat de contentieux éventuel et l'inscription dans les comptes. Le processus est en voie de clarification.

M. Jean-Pierre Door, président. Merci pour cette présentation et pour ces réponses. Rendez-vous est pris pour le mois de septembre.

La séance est levée à douze heures quinze.