

A S S E M B L É E   N A T I O N A L E

X I I I <sup>e</sup>   L É G I S L A T U R E

# Compte rendu

## Commission des affaires sociales

- Examen du rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'information sur les missions et l'action de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (Mme Bérengère Poletti, rapporteure)..... 2
- Examen du rapport d'information préalable au débat d'orientation des finances publiques pour 2011 (M. Yves Bur, rapporteur)..... 20
- Informations relatives à la commission ..... 30
- Présences en réunion ..... 31

Mercredi  
30 juin 2010  
Séance de 9 heures 30

Compte rendu n° 66

SESSION ORDINAIRE DE 2009-2010

**Présidence de  
M. Pierre Méhaignerie,  
Président**



## COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

**Mercredi 30 juin 2010**

*La séance est ouverte à neuf heures trente.*

*(Présidence de M. Pierre Méhaignerie, président de la commission)*

*La Commission des affaires sociales examine le rapport d'information de Mme Bérengère Poletti, en conclusion des travaux de la mission d'information sur les missions et l'action de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.*

**M. le président Pierre Méhaignerie.** Nous allons étudier ce matin deux rapports dont celui sur les missions et l'action de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Ce rapport rend bien compte de la complexité des circuits financiers du secteur médicosocial dédiés aux personnes âgées et aux personnes handicapées laquelle constitue pour notre commission une source de préoccupation. Or, si la CNSA est une institution originale qui a été créée pour essayer de clarifier et de sécuriser ces financements, diverses interrogations demeurent posées, dont celle relative au reversement par la CNSA à la caisse nationale d'assurance maladie d'une somme de 150 millions d'euros l'an dernier.

**Mme Bérengère Poletti.** Le déroulement des travaux de la mission qui viennent de s'achever a été beaucoup plus long qu'initialement prévu puisque, dans un premier temps, nous avons espéré, de façon très optimiste, les conclure au mois d'avril, puis au mois de mai. Mais, outre les périodes de suspension des travaux de l'Assemblée nationale, ce retard s'explique par la complexité des politiques que nous analysons et la nécessité de prendre le temps de bien les comprendre et pour cela d'organiser un grand nombre d'auditions. Je voudrais remercier Laurence Dumont, présidente de la mission, avec laquelle nous avons travaillé en bonne intelligence, et Valérie Rosso-Debord, présidente-rapporteuse de la mission d'information sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes, qui a remis son rapport la semaine dernière en parfaite cohérence avec le nôtre. Cette quasi-simultanéité de la présentation des conclusions de nos travaux m'apparaît finalement comme une bonne chose.

Les travaux de la mission d'information sur les missions et l'action de la CNSA ont poursuivi deux objectifs.

En premier lieu, il s'est agi de faire toute la lumière sur les excédents de la caisse qui ont suscité un certain nombre d'interrogations légitimes et qui ont notamment conduit, ainsi que vient de le rappeler le président Pierre Méhaignerie, à la restitution de 150 millions d'euros à l'Assurance maladie en 2009, à travers un « débasage » de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social. Pour être plus compréhensible, j'ai comparé la semaine dernière ce débasage à une décision modificative qui se serait produite l'année dernière, en fin d'exercice budgétaire, sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social. En avril 2009, le Gouvernement avait d'ailleurs saisi les inspections générales des affaires sociales et des finances afin d'analyser les causes déterminantes de la sous-consommation des crédits destinés aux établissements et services médico-sociaux.

En second lieu et de manière plus générale, la mission a voulu faire le point sur le fonctionnement la CNSA, organisme assez récent, en vue d'identifier les voies de son amélioration, dans la perspective notamment du débat à venir sur la dépendance.

Des travaux de la mission, il ressort tout d'abord que la création de la CNSA a marqué un progrès et a été accompagnée de la mobilisation de moyens accrus en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. L'apport de la caisse a en effet été considérable depuis cinq ans, et ce aux titres de ses trois fonctions de caisse, d'agence et d'espace public.

Concernant tout d'abord ses fonctions de caisse, la CNSA a été créée dans l'objectif de « sanctuariser » les ressources issues de la journée de solidarité – et cela a été le cas – et permet de retracer une part essentielle des ressources publiques nationales consacrées à l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées. Conformément à la loi, le budget de la caisse permet de suivre l'affectation de ses ressources. Il convient de noter que les excédents de l'ONDAM médico-social existaient avant la création de la caisse, mais n'étaient pas visibles parce qu'ils restaient intégrés dans les comptes de la sécurité sociale. Cette absence de clarté des comptes a pris fin lorsque les crédits ont été gérés par la CNSA et qu'ont pu apparaître de ce fait, leur répartition et les excédents en résultant, en miroir des besoins exprimés.

Constituant une première avancée en termes de transparence et de lisibilité de la dépense, la caisse a également marqué un progrès en termes de répartition des ressources, en vue de promouvoir l'équité territoriale. La mise en place de la CNSA s'est par ailleurs accompagnée d'une forte augmentation des moyens destinés au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux, avec en particulier, pour le secteur des personnes âgées, une hausse de 3 à près de 8 milliards d'euros entre 2003 et 2010. Ces moyens importants ont permis de mettre en œuvre les mesures prévues par les plans, particulièrement ambitieux, qui ont été engagés par le Gouvernement en vue de permettre la création de places et le renforcement de la médicalisation des établissements.

En outre, la CNSA joue un rôle important d'agence d'expertise, d'animation et d'appui aux opérateurs. Elle assure en effet une fonction d'accompagnement visant à concilier équité de traitement et proximité de gestion. En particulier, la caisse a apporté un appui au développement et à l'animation du réseau des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), qui a été salué par de nombreuses personnes entendues par la mission. Le rôle d'appui et d'animation de la CNSA est toutefois plus limité en ce qui concerne le champ des personnes âgées.

Enfin, son mode de gouvernance original a permis d'associer l'ensemble des acteurs concernés à la mise en œuvre des politiques publiques d'aide à l'autonomie.

La sous-consommation persistante des crédits de la CNSA apparaît toutefois préoccupante au regard des besoins de financement du secteur mais aussi incompréhensible pour les acteurs de terrain. En effet, les excédents affichés d'un côté et les besoins territoriaux que vous tous connaissez, de l'autre, font naître une véritable incompréhension, raison pour laquelle la création de cette mission a été souhaitée par le groupe socialiste, radical et citoyen. Mais le Gouvernement a souhaité aussi connaître les raisons de la sous-consommation en confiant une mission sur ce sujet aux inspections générales des affaires sociales (IGAS) et des finances (IGF).

La caisse a en effet dégagé d'importants excédents depuis sa création. La sous-consommation des crédits destinés aux établissements et services médico-sociaux a en effet représenté, en cumulé, plus de 1,8 milliard d'euros entre 2004 et 2009. Ces excédents, qui sont concentrés sur les établissements et services pour personnes âgées, ont été rendus visibles

par la création de la CNSA. Certes, ce phénomène, en légère diminution, peut apparaître justifié dans une certaine proportion, notamment parce que la caisse est chargée d'équilibrer financièrement sa propre gestion et aussi pour financer les plans d'aide à l'investissement des établissements, sur lesquels je reviendrai.

Il convient néanmoins de souligner que les excédents ont été réutilisés au bénéfice du secteur médico-social. Ils ont en effet permis de soutenir la modernisation et l'investissement des établissements et services médico-sociaux et de majorer l'apport financier de la CNSA à l'objectif global de dépenses. Le soutien à l'investissement des établissements apparaît essentiel – il a d'ailleurs été salué par de nombreuses personnes entendues par la mission – notamment pour limiter l'augmentation du reste à charge pour les résidents. Par exemple, un établissement d'Eure-et-Loir, après sa rénovation, a vu son tarif journalier hébergement augmenter de 13 euros, au lieu de 19 euros, grâce aux plans d'aide à l'investissement de la CNSA. Or, ces plans ne bénéficient pas actuellement d'une ressource pérenne, ce qui apparaît pour le moins problématique. En effet, au départ, il n'a pas été prévu que la CNSA puisse apporter une aide en ce domaine et c'est cette dernière qui l'a proposée en constatant l'existence de crédits non consommés. Par conséquent, au fur et à mesure de l'amélioration de la consommation de ces crédits et, surtout, au regard des propositions qui sont faites par le rapport, il conviendrait de concevoir une ressource pérenne pour aider ces investissements.

Par ailleurs, le « débasage » intervenu à l'automne dernier a soulevé plusieurs questions. Il convient toutefois de rappeler que la restitution de 150 millions d'euros à l'Assurance maladie s'inscrit dans un contexte de dégradation des comptes sociaux et de l'existence de crédits non consommés. En outre, ce débasage n'a pas eu pour effet de diminuer les budgets de fonctionnement des établissements, ni de remettre en cause les plans de création de places en établissements et services pour personnes âgées ou handicapées.

Par ailleurs, le débasage doit être replacé dans le contexte d'une progression particulièrement volontariste des dépenses d'assurance maladie destinées au secteur médico-social depuis plusieurs années : je rappelle à cet égard que l'ONDAM pour les personnes âgées a presque doublé en cinq ans, passant de 3,6 milliards d'euros en 2004 à 6,4 milliards d'euros en 2009.

La sous-consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses s'explique par de multiples raisons.

Nous avons tous pu mesurer la très grande complexité de ces questions et je crois que celle-ci doit nous inviter à faire œuvre de pédagogie – comme nous allons le faire aujourd'hui – afin notamment d'éviter des raccourcis trompeurs. Cette complexité doit également nous interpeller en tant que responsables politiques : une simplification des procédures, des circuits de financement et de décision serait en effet de nature à faciliter les démarches des acteurs de terrain, mais aussi à améliorer le contrôle de ce dispositif par la Représentation nationale.

Concernant tout d'abord les conditions d'élaboration de l'objectif global de dépenses, la procédure de budgétisation, complexe, génératrice de délais et parfois source de confusion, apparaît essentiellement descendante et ne s'appuie pas sur un suivi fin de la consommation des crédits. Ceci s'explique notamment par les faiblesses des systèmes d'information – particulièrement pointées par le rapport de l'inspection générale des affaires sociales – qui ne permettent pas à la caisse de suivre précisément les dépenses effectives et les

engagements pris au niveau local. Sous l'impulsion de la caisse, des progrès ont toutefois été réalisés en matière de programmation.

Au niveau de l'exécution des crédits soumis à l'objectif global de dépenses, les délais de mise en œuvre des mesures nouvelles, liés notamment à la complexité des procédures d'autorisation et de financement des structures médico-sociales, constituent une cause majeure de sous-consommation des crédits. En effet, les retards pris dans le processus de médicalisation des établissements pour personnes âgées dépendantes ainsi que les délais d'ouverture des établissements et services médico-sociaux entraînent un décalage important dans le temps entre la notification des crédits par la caisse et leur consommation. Le rapport identifie plusieurs de ces freins qui produisent un « effet report » des mesures nouvelles jusqu'au paiement effectif, lors de l'installation des places autorisées.

La gestion et les conditions d'exécution des crédits destinés aux établissements et services médico-sociaux relèvent essentiellement des directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales, mais aussi des caisses primaires d'assurance maladie – et désormais des agences régionales de santé –, des promoteurs et des établissements et de l'administration centrale, les départements disposant par ailleurs de compétences dans le champ médico-social, en matière notamment de planification. La CNSA a toutefois engagé plusieurs actions afin de remédier à ces difficultés rencontrées dans la consommation des crédits. En particulier, la caisse a proposé un mécanisme d'enveloppes anticipées, qui s'est déployé et commence à produire ses effets, et s'est engagée dans l'accompagnement du processus de médicalisation par l'organisation d'actions de formation.

Cela étant, le pilotage et la gouvernance de la CNSA présentent certaines faiblesses, liées à la dispersion des responsabilités et au positionnement ambigu de la caisse. Les auditions de la mission ont en effet permis de dresser le constat d'une répartition peu claire des compétences entre l'État et la CNSA, d'un dialogue de gestion limité de la caisse avec les services déconcentrés de l'État, qui disposent d'une importante autonomie de gestion, d'une coopération insuffisante avec l'Assurance maladie et d'une articulation à améliorer entre les services de l'État et les conseils généraux concernant la planification et la programmation.

Les propositions de la mission ont été guidées par plusieurs principes : tout d'abord, pas de révolution, de « grand soir », ni de « big bang » de la CNSA, mais corriger ce qui peut apparaître comme des « défauts de jeunesse », adapter et consolider un système encore récent, d'autant que le secteur est d'ores et déjà engagé dans une profonde mutation à la suite de l'adoption de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires qui réforme considérablement les conditions de mise en œuvre des politiques sur le terrain. Il convient par ailleurs de rester au plus proche des préoccupations locales ainsi que des besoins de la personne, dans l'esprit des lois de 2004 et 2005, et de simplifier les dispositifs et clarifier les responsabilités des différents acteurs.

Dans ce sens, plusieurs axes de réforme pourraient être engagés et, si nous ne partageons pas tous la même analyse sur certaines évolutions ou décisions prises concernant la CNSA, nous avons pu nous retrouver sur plusieurs de ces propositions, qui visent à renforcer son action et à améliorer la gestion des crédits médico-sociaux.

Le premier axe de réforme consiste à améliorer la procédure budgétaire et le suivi des dépenses.

Au préalable, concernant la question de l'utilisation des excédents de la caisse, nous n'avons pas souhaité retenir la proposition des inspections générales des affaires sociales et des finances visant à prévoir la restitution automatique de 90 % des excédents de la caisse à l'Assurance maladie. Le rapport des inspections montre en effet que l'Assurance maladie contribue à hauteur de 90 % à l'objectif global de dépenses, les 10 % restants étant financés par les recettes de la caisse liées à la journée de solidarité ; l'application d'un principe de « sanctuarisation » de la journée de solidarité conduirait donc à restituer 90 % des crédits excédentaires à l'assurance maladie. Outre le fait que ce critère de répartition est excessivement rigide et qu'il conduirait à remettre en cause les dispositions prévues par la loi concernant le report automatique des crédits de la caisse à la clôture de l'exercice, il me semble que la priorité doit être de mettre en œuvre une série de mesures précises afin de prévenir la constitution de ces excédents.

Par ailleurs, la mission préconise d'éviter à l'avenir tout nouveau « débasage » de l'ONDAM médico-social. Il s'agit de la première proposition, qui a été adoptée à l'unanimité, de même que les autres propositions.

Nous proposons par ailleurs de simplifier et d'améliorer la procédure de budgétisation, en supprimant l'agrégat des « dépenses encadrées ». Les mécanismes en cause étant complexes, je vous renvoie au texte du rapport pour plus de précisions sur ce sujet.

Il convient, par ailleurs, d'améliorer la procédure de construction de l'objectif global de dépenses, en prenant davantage en compte les données sur les dépenses effectives et prévisionnelles des établissements. Le système actuel est de type « descendant », la caisse répartissant les crédits en s'appuyant notamment sur des critères démographiques régionaux. Il conviendrait au contraire d'adopter une approche plus « ascendante » fondée sur une analyse des dépenses et des besoins sur le terrain.

Dans ce sens, il est essentiel de développer un système d'information intégré à la disposition de la CNSA et des agences régionales de santé et d'homogénéiser les outils de gestion de campagne budgétaire servant à la tarification, en vue de permettre la remontée des données par établissement à la caisse.

Dans la préparation de l'objectif global de dépenses, une enveloppe de financement de crédits dits « non reconductibles » pourrait être par ailleurs prévue, en encadrant plus strictement leur objet.

Enfin, pour garantir un financement pérenne de l'aide à l'investissement, il est nécessaire de prévoir une enveloppe qui y serait dédiée.

Le deuxième axe de réforme consiste à adapter les modalités d'autorisation et de conventionnement des établissements et services médico-sociaux.

Afin d'améliorer les conditions de création de places, il conviendrait de publier rapidement les décrets d'application prévus par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Concernant la médicalisation des établissements pour personnes âgées, le décret tarifaire, qui doit être publié dans les semaines qui viennent, sera applicable lors de la prochaine campagne budgétaire et prévoit un assouplissement, à titre expérimental, des conditions de prise en charge des postes d'aides soignants. La formation sur les référentiels et

les modalités de « pathossification » – terme bien laid qui désigne la médicalisation des établissements prenant en compte les besoins de soins des résidents et donnant lieu à l’attribution de moyens supplémentaires – doit être renforcée. La CNSA pourrait se voir confier à cet égard une mission de coordination et de suivi des actions engagées. Aujourd’hui, à peine 50 % des établissements sont « pathossifiés », selon une grille d’une telle complexité qu’elle nécessite une formation spécifique des médecins référents. Enfin, une réflexion pourrait être engagée sur la simplification de la procédure de médicalisation ainsi que sur l’évolution de la tarification des établissements pour personnes handicapées. Il importe, en outre, de veiller aux conditions de transfert des médecins conseils dans les agences régionales de santé.

Le troisième axe de réforme est celui de la définition d’une gouvernance renouvelée pour un pilotage plus efficient des politiques médico-sociales.

Dans ce sens, il apparaît nécessaire de clarifier les missions et les compétences respectives de la caisse et de ses autorités de tutelle (en particulier la direction générale de la cohésion sociale) dans la prochaine convention d’objectifs et de gestion et de promouvoir notamment des circulaires cosignées par la caisse et la direction générale. En effet, jusqu’à il y a un an environ, les directions départementales des affaires sanitaires et sociales recevaient des circulaires distinctes de ces deux organismes ; elles étaient même parfois contradictoires. Un effort a depuis été consenti pour aboutir à des cosignatures, qu’il convient de poursuivre.

La loi pourrait également être modifiée pour préciser que, sans préjudice des dispositions relatives au Conseil national de pilotage des agences régionales de santé, la caisse participe à l’animation du réseau des agences concernant le champ médico-social. Il conviendra également d’organiser les conditions d’un dialogue de gestion resserré entre la caisse et chaque agence, selon des modalités à définir dans la prochaine convention d’objectifs et de gestion.

Il apparaît par ailleurs nécessaire d’approfondir la coopération entre la caisse et l’Assurance maladie. Cette dernière délègue des crédits médico-sociaux – il s’agit en fait d’un transfert « virtuel » de crédits » à la caisse qui procède à leur répartition ; mais les systèmes d’information de l’Assurance maladie sont pour l’heure mal exploités par la CNSA, d’autant plus que celle-ci ne dispose pas d’un système d’information adapté. Il convient donc de prévoir une coopération plus opérationnelle dans la convention conclue entre la CNSA et la Caisse nationale d’assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Il est également nécessaire de prévoir une communication mensuelle, par type de dépenses, des paiements effectués par les caisses primaires d’assurance maladie à la CNSA et aux agences régionales de santé, et de procéder autant que possible au rapprochement des fichiers entre les caisses et les agences.

Il conviendrait également de prévoir la représentation explicite des régimes d’assurance maladie – représentant de la Caisse nationale d’assurance maladie des travailleurs salariés ou de l’Union nationale des caisses d’assurance maladie – au sein du conseil de la CNSA et d’accorder une vice-présidence aux représentants des conseils généraux, membres du conseil de la caisse – il s’agirait donc de créer une vice-présidence supplémentaire, qui s’ajouterait à celles aujourd’hui dévolues aux associations.

Enfin, une meilleure information et une meilleure articulation doivent être recherchées avec les conseils généraux, en assurant notamment le fonctionnement effectif des commissions de coordination. Dans le secteur des personnes handicapées, la caisse est en effet

bien connue des conseils généraux dont elle constitue un interlocuteur important, grâce notamment à la mise en place des maisons départementales des personnes handicapées ; en revanche, tel n'est pas le cas pour le secteur des personnes âgées – concernant lequel les échanges ont lieu entre les services déconcentrés de l'État et les conseils généraux – ce qui est dommage car l'on se prive ainsi de conseils précieux et de l'appui d'une agence qui pourrait intervenir avec qualité sur ces problématiques.

Un quatrième axe de réforme consiste à renforcer l'évaluation et le contrôle, en prévoyant la certification des comptes de la caisse par la Cour des comptes et en améliorant l'information du Parlement, par des annexes au projet de loi de financement de la sécurité sociale plus lisibles et détaillées ainsi que par la présentation de la convention d'objectifs et de gestion conclue entre l'État et la caisse et de son bilan devant les commissions chargées des affaires sociales.

Concernant le fonctionnement de la caisse, il convient par ailleurs de veiller à ce qu'elle dispose de ressources adaptées à l'exercice de ses missions, aussi bien techniques que matérielles ou en personnels, afin de faire remonter les résultats d'enquêtes de satisfaction ou les besoins constatés sur le terrain et permettre l'exploitation des systèmes d'information.

Concernant les aides à la personne, quelques aménagements pourraient être apportés au fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées, notamment en centralisant au sein de la caisse tous les moyens financiers dévolus au fonctionnement de ces maisons, en envisageant la possibilité que les commissions exécutives des maisons comportent un représentant des agences régionales de santé, en maintenant le caractère obligatoire du plan personnalisé de compensation du handicap – plan d'ailleurs remis en cause lors de l'examen d'une proposition de loi de simplification et d'amélioration de la qualité du droit, dont notre commission n'avait malheureusement pas été saisie et qui est aujourd'hui en instance d'examen au Sénat –, et en étudiant la possibilité de développer la mutualisation de moyens par une centralisation nationale. Il importe par ailleurs d'assurer une bonne remontée d'informations vers la caisse et d'évaluer les expérimentations en cours des maisons départementales de l'autonomie. Je rappelle que la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées prévoyait une convergence du traitement des problématiques des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées ; dans ce sens, les maisons départementales des personnes handicapées pourraient évoluer vers des maisons départementales de l'autonomie. Quelques départements « avant-gardistes » ont mené une telle expérimentation et il convient aujourd'hui de l'évaluer.

Concernant les prestations liées à la perte d'autonomie, et tout d'abord l'allocation personnalisée d'autonomie dite « extraréglementaire », il convient de veiller à une imputation correcte des dépenses et d'isoler sur une ligne budgétaire propre les dépenses relevant de choix du conseil général. Le récent rapport de l'inspection générale des affaires sociales sur cette allocation a en effet mis en lumière le fait que certains départements l'attribuaient largement à des personnes, notamment celles relevant du groupe iso-ressources de niveau 4, sans respecter strictement les critères d'éligibilité prévus par les textes.

Surtout, il serait opportun de renforcer le rôle d'appui de la caisse dans le secteur des personnes âgées, qui est celui qui pose le plus problème. Ainsi, la caisse pourrait se voir confier par la loi une mission d'appui méthodologique aux départements dans l'élaboration des schémas relatifs aux personnes en perte d'autonomie, dans la mutualisation des bonnes pratiques et l'appui à la qualité de service, ainsi qu'une mission de coordination des outils documentaires et informatiques en matière d'allocation personnalisée d'autonomie.

Concernant les aides à la personne, il est par ailleurs nécessaire de poursuivre la réflexion en cours concernant le secteur de l'aide à domicile et les finances départementales, en concertation avec les acteurs concernés.

Enfin, il convient de conforter les missions de la CNSA d'opérateur national des politiques d'accompagnement de la perte d'autonomie et de lui confier un rôle important dans la perspective de la mise en œuvre d'un cinquième risque.

En tout état de cause, la technicité parfois aiguë de certains dispositifs médico-sociaux ne doit pas conduire à occulter l'importance capitale, d'un point de vue sanitaire, économique et social, des politiques publiques d'aide à l'autonomie. Probablement, d'abord, parce que l'unité d'un peuple, sinon l'état d'avancement d'une civilisation, se construit sur la solidarité entre les générations ainsi que sur la volonté et les moyens qu'il se donne pour protéger les plus fragiles.

Pour résumer mon propos, qui portait, comme chacun l'a constaté, sur une question très complexe, je dirai que la journée de solidarité a certes permis d'accroître les moyens dévolus aux politiques menées en faveur des personnes âgées depuis l'épisode de la canicule, mais que parallèlement, les moyens prévus au sein de l'ONDAM médico-social ont eux aussi considérablement augmenté, même si on peut regretter la reprise, l'année dernière, de 150 millions d'euros au titre du « débasage » de l'ONDAM. Le rapport de la mission a eu pour objectif de présenter des propositions afin d'éviter que nous rencontrions des difficultés de même type à l'avenir et pour mieux répartir et utiliser les moyens de la CNSA dans nos territoires, qui en ont tellement besoin.

**M. le président Pierre Méhaignerie.** Je tiens à féliciter la rapporteure pour ce travail très complet qui alimente la réflexion de notre commission, et je donne maintenant la parole à Laurence Dumont, présidente de la mission d'information.

**Mme Laurence Dumont.** Je félicite la rapporteure Bérengère Poletti ainsi que l'ensemble des membres de la mission pour l'excellent travail accompli, qui facilitera la compréhension du fonctionnement et du financement du secteur médico-social.

Cette mission a été créée à la demande des députés socialistes. Cinq ans après la mise en place effective de la CNSA, nous nous devons de faire toute la lumière sur la nature et l'utilisation des excédents budgétaires de la caisse, dont le montant s'élève à près de 2 milliards d'euros depuis sa création. Nous devons aussi éclairer la Représentation nationale sur le débasage opéré par le Gouvernement, à savoir le reversement d'une partie des excédents budgétaires de la CNSA à l'Assurance maladie, qui contrevient au principe de sanctuarisation des crédits de la caisse inscrit dans la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

Ces excédents budgétaires résultent essentiellement de la sous-consommation des dotations destinées aux établissements et services pour personnes âgées. Les députés du groupe socialiste, radical et citoyen ainsi que les professionnels et les associations du secteur avaient dénoncé à plusieurs reprises ce phénomène, qui est incompréhensible lorsque l'on connaît l'importance des besoins de financement non satisfaits sur le terrain.

Le rapport d'information présente de façon claire et précise le fonctionnement et le financement, pourtant très complexes, du secteur médico-social et de la CNSA. Les constats dressés par la mission révèlent des dysfonctionnements en matière de gouvernance, d'absence

de suivi réel des engagements, de rigidité comptable et de complexité extrême des circuits de financement. Je n'oublierai jamais l'audition d'un responsable éminent, qui a expliqué doctement que la CNSA avait pour mission de distribuer 18 milliards d'euros, mais pas de suivre et contrôler leur destination exacte. Cette situation est intolérable lorsque l'on se soucie de l'utilisation des fonds publics et il convient dès lors d'avancer des propositions pour remédier à cette situation, comme cela a été excellemment fait dans ce rapport.

Il faut cependant reconnaître qu'en l'espace de cinq ans, la CNSA est devenue un acteur incontournable dans le domaine de la dépendance ; il y a un constat unanime sur ce point. Pour ne pas entretenir inutilement le suspense, je précise de suite que les députés du groupe socialiste, radical et citoyen, membres de la mission, ont voté en faveur de ce rapport dans la mesure où, à leur demande, sa première proposition exige la fin du débasage et le respect de la loi du 30 juin 2004. Le groupe SRC avait déjà défendu cette position lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010.

Je souhaite rappeler le contexte de la création de la CNSA. En juin 2004, le Gouvernement de M. Jean-Pierre Raffarin avait affirmé que le rôle principal de la CNSA serait de garantir l'affectation des ressources issues de la journée de solidarité, une journée de travail supplémentaire non rémunérée imposée aux seuls salariés, sans concertation et contre l'avis de beaucoup à l'époque dont les députés socialistes. La loi du 30 juin 2004 a cependant été votée en urgence suite à la canicule de l'été 2003 dont le bilan – il faut le rappeler – a été de 15 000 victimes.

Certaines personnalités évoquent pourtant aujourd'hui l'idée d'instaurer une deuxième journée de solidarité. Je pense par exemple à M. Philippe Bas, qui a publié un article en ce sens dans *Le Monde* en août dernier, ou à Hervé Mariton, qui a mentionné cette idée lors de l'audition de M. Didier Migaud, Premier président de la Cour des comptes, la semaine dernière. Plutôt que d'instituer une seconde journée de solidarité, il me semble clairement plus urgent de s'inquiéter de la réelle sanctuarisation des fonds de la caisse : par précaution, les députés socialistes tiennent donc à affirmer leur totale opposition à la création d'une deuxième journée de solidarité. Il ne saurait être question de faire de nouveau appel à la seule solidarité des salariés. En revanche, il convient de prendre rapidement les mesures d'urgence correctrices qui ont été parfaitement identifiées par cette mission, et de réaffirmer la sanctuarisation des fonds.

Plusieurs rapports établis depuis la mise en place de la CNSA ont identifié les causes de la sous-consommation de ses crédits. Le dernier en date, celui des inspections générales des affaires sociales et des finances sur la consommation des crédits de la caisse, a été publié en mars 2010, alors que nous l'avions réclamé dès le mois de janvier. Les travaux des deux inspections ont d'ailleurs servi de fondement au débasage décidé par le Gouvernement l'année dernière.

Le rapport de la mission d'information intervient à un moment charnière. Premièrement, la convention d'objectifs et de gestion entre la CNSA et l'État est en cours de renégociation. Deuxièmement, les agences régionales de santé, chargées de coordonner la politique sanitaire et médico-sociale, ont été créées le 1<sup>er</sup> avril dernier. Or, chaque agence n'a pas intégré de la même manière le secteur médico-social, ce qui soulève des inquiétudes. Troisièmement, un projet de loi sur la mise en place d'un cinquième risque – dans lequel la CNSA devrait jouer un rôle majeur – a été annoncé pour la fin de l'année. Malheureusement, il semble qu'il soit désormais envisagé de fonder la couverture de ce risque essentiellement sur un système d'assurance privée et je m'interroge sur la part dévolue au débat parlementaire

lorsque l'on constate que les arbitrages essentiels sur la création de ce risque semblent déjà avoir été pris. Quatrièmement, la crise économique et sociale que traverse notre pays a un impact direct sur les ressources de la CNSA qui a enregistré cette année un résultat déficitaire. Enfin, la préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a commencé et il serait très utile que les propositions de la mission d'information soient prises en compte. Dans ce contexte, les préconisations du rapport peuvent et doivent être rapidement mises en œuvre.

Je souhaite revenir sur le reversement des excédents budgétaires de la CNSA vers l'Assurance maladie, une pratique qui doit être bannie à l'avenir. L'année dernière, en effet, une partie des excédents budgétaires de la CNSA a été reversée à l'Assurance maladie, ce qui a d'ailleurs entraîné une situation de crise au sein de son conseil et démontré la nécessité de faire le point sur la journée de solidarité et la CNSA, six ans après leur création.

Je tiens à préciser que je n'ai jamais parlé de « détournement » – terme qui suppose une intention frauduleuse – concernant ces excédents. Toutefois, si la lettre de la loi a peut-être été respectée, son esprit a été violé : les textes imposent en effet le report des excédents budgétaires de la CNSA sur le budget de l'année suivante. La rectification en cours d'année de l'ONDAM médico-social, pour diminuer le montant de la contribution de l'Assurance maladie au budget de la CNSA, a sérieusement écorné le principe de sanctuarisation des crédits. En effet, il ne reste simplement plus d'excédents budgétaires à reporter en fin de l'année, puisqu'ils ont été déjà reversés.

Les causes de la sous-consommation identifiées par la mission ne font pas état d'une enveloppe trop importante, mais de dysfonctionnements de nature à en empêcher la consommation. En d'autres termes, il n'y a pas trop d'argent mais des problèmes de gestion, de suivi et de gouvernance. En tout état de cause, ces crédits doivent demeurer dans le budget de la CNSA.

Les propositions de la mission d'information doivent être mises en œuvre dès le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale. Nous nous félicitons que le principe de la sanctuarisation des crédits de la CNSA ait été adopté, à notre initiative, comme recommandation centrale parmi les conclusions de la mission. C'était la condition posée à notre soutien au rapport. Néanmoins, je regrette qu'il n'ait pas été préconisé une interdiction de tout débasage, et qu'ait été retenue une formulation molle : « Éviter à l'avenir tout débasage ».

Une fois réaffirmé ce principe essentiel, la refonte de l'approche budgétaire et la mise en œuvre d'un système d'information sont les deux éléments majeurs à mettre en œuvre pour éviter la sous-consommation des crédits.

Nous souscrivons aussi à la proposition de centraliser tous les moyens financiers dévolus aux maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) auprès de la CNSA et de maintenir le caractère obligatoire du plan personnalisé de compensation du handicap, qui avait été remis en question lors de l'examen de la proposition de loi de simplification et d'amélioration du droit déposée par M. Jean-Luc Warsmann.

Encore une fois, nous approuvons vivement la réaffirmation du principe de sanctuarisation des fonds. La mission d'information a accompli un grand travail. Il nous faut maintenant être vigilants pour que les propositions du rapport soient prises en compte dans le

prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale et que le Gouvernement s'engage à respecter la première préconisation.

**M. Bernard Perrut.** Je tiens à féliciter la rapporteure et la présidente pour leur excellent travail qui ouvre des pistes intéressantes de réforme de la CNSA. Mise en place par notre majorité, cette institution constitue une avancée majeure même si elle présente aujourd'hui quelques faiblesses, des « défauts de jeunesse » selon les termes de la rapporteure, en particulier une sous-consommation persistante des crédits qui lui sont affectés, ainsi qu'une gestion et une gouvernance susceptibles d'être améliorées.

J'aimerais savoir si vous avez pu établir une approche territoriale de la répartition des crédits de la CNSA : connaissez-vous la destination exacte, sur l'ensemble du territoire national, de ces crédits ? À quels établissements ont-ils été affectés et comment ?

Le rapport décrit la complexité des circuits de décision et de financement concernant les personnes âgées dépendantes, illustrée notamment par le schéma présenté page 36 du rapport. Je m'interroge sur l'impact de la création des agences régionales de santé dans l'organisation de ces circuits. Contribuera-t-elle à une amélioration de la gouvernance ?

Enfin, le rapport évoque les difficultés du secteur de l'aide à domicile. Ne pourrait-on pas imaginer reverser à ses structures une partie des crédits non utilisés de la CNSA ?

**M. Claude Leteurre.** Je félicite également la rapporteure et la présidente pour leur excellent travail et leur ténacité, sinon leur opiniâtreté, à saisir et éclairer le fonctionnement et le financement du secteur médico-social, qui sont d'une extraordinaire complexité ! La mise en place de la CNSA illustre cette complexité. Partant d'une bonne intention, notre majorité a créé un nouvel organisme compétent en matière de prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées. Il s'est cependant vite transformé en monstre administratif. Il n'existe pas, par exemple, de coordination entre la caisse et les services ministériels. Quel est le coût de fonctionnement actuel de la CNSA ?

La CNSA est devenue aujourd'hui l'organisme central en matière de dépendance. Certes les conseils généraux ont identifié cette structure, mais nous n'avons pas anticipé la complexification et l'éloignement progressifs de la prise de décision. Les problèmes de gouvernance interne de la CNSA vont-ils être résolus ? La création d'un vice-président pour les représentants des conseils généraux a été évoquée, mais comment se fait-il que l'on puisse encore discuter de la place du département, qui constitue l'un des principaux financeurs du secteur médico-social et est identifié comme le pilote des politiques dans ce domaine ?

Comment peut-on concrètement coordonner cette nouvelle institution avec l'ensemble des acteurs ? La réforme de la gouvernance de la CNSA, celle du fonctionnement des ministères et la mise en place des agences régionales de santé vont-elles permettre d'améliorer le système, comme cela est souhaitable ? Au niveau des agences, comme cela a été dit précédemment, les réponses sont variables et dépendent de la bonne volonté des directeurs et l'on retrouve de la complexité dans l'organisation des agences. Cette situation est inquiétante.

La CNSA ne semble pas avoir rempli tous ses objectifs, notamment en matière de convergence dans la prise en charge des personnes handicapées et des personnes âgées : en effet, c'était la mission de la caisse de prendre des initiatives et de formuler des propositions sur ce point. Dernière question : la redéfinition du rôle de la CNSA doit-elle passer par la loi ou le règlement ?

**Mme Martine Carillon-Couvreur.** Je remercie la présidente et la rapporteure de la mission d'information pour l'éclairage important fourni sur un sujet extrêmement compliqué : l'évolution de la CNSA. Les difficultés évoquées par Claude Leteurtre et la question du positionnement de la caisse – concernant, par exemple, ses liens avec l'Assurance maladie – avaient déjà été largement évoquées en 2004 lors de l'examen du projet de loi relatif à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées qui a institué la CNSA. Il faut souhaiter que les propositions formulées dans le rapport permettent de clarifier et d'améliorer les relations entre la CNSA et les autres intervenants en matière de prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées. La CNSA doit être confortée dans son rôle d'acteur principal dans ce domaine.

En ce qui concerne la sous-consommation des crédits, il y a lieu de souligner que celle-ci est particulièrement marquée dans le secteur des personnes âgées, notamment en raison de la succession rapide de réformes qui ont concerné ce secteur. On n'observe pas le même phénomène s'agissant de celui des personnes handicapées, qui est plus structuré.

En tout état de cause, il convient de veiller à sanctuariser les crédits de la CNSA – la création de la caisse a d'ailleurs permis de faire la transparence sur leur utilisation et de mettre en lumière le phénomène de sous-consommation –, et de rester vigilant sur ce point, lors de l'examen des prochains projets de loi de financement de la sécurité sociale. Je soutiens également la proposition du rapport visant à centraliser à la caisse les moyens financiers dévolus aux maisons départementales des personnes handicapées ainsi que la proposition visant à maintenir les dispositions en vigueur concernant le plan personnalisé de compensation du handicap, alors qu'une récente proposition de loi de simplification du droit vise à remettre en cause leur caractère obligatoire. Il conviendra également de rester vigilant sur les moyens dont disposera la CNSA pour la mise en œuvre des politiques en direction des personnes âgées et des personnes handicapées : on ne peut pas reprocher à la caisse de ne pas avoir pu le faire si elle n'en a jamais eu les moyens. En outre, la caisse doit partir de l'évaluation des besoins locaux et des données concernant les établissements et services, plutôt que de gérer et répartir les enveloppes de financement de manière descendante, comme l'a souligné un rapport récent des inspections générales des affaires sociales et des finances. Il faut en effet inverser un peu la logique actuelle. Plus globalement, il convient de conforter les moyens d'une politique ambitieuse pour la perte d'autonomie.

**Mme Catherine Génisson.** Je souligne la qualité du rapport de la mission d'information et souhaite insister sur la nécessité de sanctuariser les financements affectés à la prise en charge de la perte d'autonomie afin de mieux répondre aux besoins des personnes concernées. Dans le Nord Pas-de-Calais, en moyenne, les jeunes en situation de handicap doivent attendre une dizaine d'années avant de trouver une place en centre d'aide par le travail. Concernant la médicalisation des maisons de retraite et la « pathossification », il est vrai que le système actuel fonctionne mal, la permanence des soins dans les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes étant mal assurée. Très souvent, les personnes âgées accueillies en établissement, qui rencontrent un problème de santé en cas d'urgence, sont trop systématiquement transportées à l'hôpital, ce qui entraîne des effets délétères. Les médecins coordonnateurs devraient pouvoir assumer, et non assurer, la permanence des soins. Cela présenterait de nombreux avantages sanitaires, économiques et sociaux.

**M. Élie Aboud.** Je félicite la présidente et la rapporteure pour la qualité du rapport d'information, qui souligne notamment l'amélioration de la lisibilité et de la traçabilité des financements. Concernant la gouvernance et l'équité territoriale des politiques de prise en

charge des personnes âgées et des personnes handicapées, il serait souhaitable de mieux expliciter les disparités territoriales observées. Sont-elles liées à des différences démographiques, de nombres de places disponibles, de nombres de professionnels de santé ?

**M. Paul Jeanneteau.** Je salue également la qualité du rapport d'information, qui souligne le progrès constitué par la création de la CNSA : des moyens accrus – de trois à huit milliards d'euros – ont été dégagés pour la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées, et la caisse a permis de sanctuariser les financements qui lui sont affectés et de constituer une première avancée en termes de transparence, comme de suivi de leur utilisation et de leur répartition. Cependant, la sous-consommation de certains crédits est préoccupante, dans la mesure où elle semble en décalage avec les besoins qui s'expriment sur le terrain. Pour mieux répondre à ces besoins, la meilleure mobilisation des moyens de la CNSA suffit-elle ou convient-il d'envisager éventuellement de les augmenter et de trouver de nouvelles ressources ? Cette réflexion doit d'ailleurs s'inscrire dans la perspective de la création d'une cinquième branche et, s'il faut augmenter les ressources de la CNSA, quels moyens pourraient être envisagés ? Faudrait-il prévoir une seconde journée de solidarité, proposition évoquée à titre personnel par M. Philippe Bas, une augmentation de la cotisation sociale généralisée ou d'autres pistes ?

**M. Jean-François Chossy.** Je félicite également la présidente et la rapporteure pour la qualité du rapport. J'avoue avoir eu quelques difficultés à comprendre le schéma relatif aux circuits de décision et de financement figurant à sa page 36. Étant observé qu'il ne faut pas confondre excédents et détournements de crédits, il faut rappeler que la CNSA, mise en place à la suite des lois du 30 juin 2004 et du 11 février 2005, avait pour objectif de collecter des ressources de la journée de solidarité, de se projeter vers la gestion du cinquième risque, et de veiller à l'équité de traitement des personnes concernées. Son action vise également à améliorer la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées, afin de mieux répondre à leurs besoins, à leurs attentes et d'assurer la reconnaissance de leurs droits. La mise en œuvre de la convention d'objectifs et de gestion entre la caisse et l'État doit, par ailleurs, être évaluée.

J'aurais par ailleurs plusieurs questions. Tout d'abord, est-il exact que le phénomène de sous-consommation représente 2,8 % des crédits soumis à l'objectif global de dépenses en 2009 ? Par ailleurs, combien de places ont été créées en France grâce à la mobilisation des fonds de la CNSA, dans le cadre de la mise en œuvre des plans pluriannuels gouvernementaux, comme le plan Autisme ou le plan Alzheimer ? Concernant les maisons départementales des personnes handicapées, quelle part de financement peut leur être accordée concernant la prestation de compensation du handicap, suite à l'expression du « projet de vie » de la personne ? La CNSA doit-elle financer davantage de projets ? Il faut, à cet égard, souligner que la solidarité représente un coût qui ne peut qu'augmenter. Il nous faut donc trouver des moyens d'assurer la prise en charge des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées et réfléchir à l'éventuelle instauration d'une seconde journée de solidarité.

**M. Guy Malherbe.** La question du débasage des crédits ne doit pas être envisagée de manière théorique. Chaque année, dans toutes les collectivités territoriales, la répartition des moyens affectés aux différentes missions est réexaminée, ce qui relève d'une bonne gestion des fonds publics. Il convient, chaque année, de se pencher à nouveau non seulement sur les niches fiscales mais également sur les niches budgétaires. Il apparaît donc préférable de ne pas s'interdire un éventuel débasage, et de rester vigilant sur la réinscription des crédits les années suivantes. La sous-consommation de certains crédits peut s'expliquer par les

procédures longues, complexes et difficiles pour la création des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Par exemple, un délai de huit ans a été nécessaire entre un projet de création et l'ouverture de l'établissement dans mon département !

**M. Rémi Delatte.** Les excédents ont pu être redéployés et soutenir la modernisation et les investissements des établissements et cela a permis de faire émerger un besoin, mais la question se pose désormais de savoir comment cette aide pourra être pérennisée, au regard notamment de ses effets sur le niveau d'équipement des territoires mais aussi sur le reste à charge des familles.

Il convient également de souligner la complexité du montage des dossiers et les délais très longs de réalisation des projets. À cet égard, des difficultés particulières se posent lorsque les établissements sont construits par des bailleurs sociaux, qui bénéficient de financements à un moment donné et peuvent se trouver en complet décalage avec les autorisations données dans le cadre de la procédure faisant intervenir les comités régionaux d'organisation sociale et médico-sociale et les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie. Cela ne permet pas toujours de faire aboutir les projets. La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires vise à simplifier le dispositif en prévoyant une procédure d'appel à projets mais, dans certains cas, les bailleurs sociaux risquent d'être tout de même confrontés à des difficultés, car la construction d'établissements pourrait avoir déjà commencé avant l'appel à projets. Il serait aussi souhaitable de simplifier la gouvernance de l'ensemble du dispositif de prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées, dans le cadre notamment de la mise en place des agences régionales de santé.

**M. Jean-Luc Prével.** Je salue le travail remarquable, et pourtant difficile, qui a été effectué avec conviction par Mme la rapporteure.

J'avoue avoir été très intéressé par le joli mot de « pathossification » qui vient désormais enrichir la langue française ! Plus sérieusement, je ne reviendrai pas sur l'intérêt qu'il y avait à créer la CNSA, mais je m'attarderai sur la journée de solidarité, dont je regrette qu'elle soit devenue en pratique une simple cotisation, ce qui l'éloigne de l'objectif de solidarité visible, qu'avaient bien compris nos voisins allemands il y a quelques années par exemple.

Il était par ailleurs important de se pencher sur les raisons de la non-utilisation des crédits de la caisse alors que des projets concernant des personnes âgées ou handicapées ne sont pas financés ; ce constat mérite d'être diffusé. J'approuve plus généralement l'ensemble des propositions émises, dont j'imagine qu'elles seront probablement prises en compte, comme celles de tous les rapports...

J'en viens maintenant aux « crédits fléchés » et à un sujet qui me tient à cœur. Les agences régionales de santé ont été créées pour mettre un terme à la coupure absurde qui existait entre médecine de ville, secteur hospitalier, prévention, soins et secteur médico-social ; je plaide depuis longtemps pour la mise en place d'un « ONDAM régional » qui permettrait de prendre en compte les besoins locaux. Qu'en pensez-vous, madame la rapporteure ? Comment pourrait-on à la fois sanctuariser les dépenses consacrées à la perte d'autonomie et procéder à des arbitrages dans la répartition des crédits, en fonction des besoins locaux ?

**M. Fernand Siré.** J'avoue que le sujet évoqué est très complexe, mais j'ai néanmoins bien compris une chose : c'est qu'après l'adoption d'une loi marquant notre engagement aux côtés des personnes âgées, a été créé, comme c'est souvent le cas en France, un véritable « mille-feuilles » administratif aboutissant à un « tricotage » en quelque sorte – avec les maisons départementales des personnes handicapées, les observatoires régionaux de la santé, par exemple. Il faudra à l'avenir, lorsque nous légiférerons, par exemple sur le cinquième risque, prévoir également la simplification de l'organisation mise en place et des regroupements : limitons-nous à un organisme national, des structures régionales et des orientations vers des maisons départementales des personnes handicapées.

Indiscutablement, le système créé ne fonctionne pas de manière satisfaisante. Grâce au travail de « détricotage » effectué par la rapporteure, il nous faut donc désormais le simplifier, et surtout veiller à ce que tous les crédits puissent être utilisés et non pas bloqués.

**M. Michel Issindou.** Nous constatons dans nos circonscriptions respectives qu'il existe encore des besoins énormes, par exemple concernant l'accueil et l'hébergement de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Je comprends donc mal que soient prélevés 150 millions d'euros auprès de la CNSA au profit de l'Assurance maladie ; c'est tout à fait regrettable alors que le montant ne représente qu'une goutte d'eau dans l'océan des déficits. Il eût été à cet égard préférable de dire qu'il faudrait « interdire » à l'avenir de telles pratiques et pas seulement les « éviter ». Nombreux sont les acteurs de terrain qui sollicitent la caisse, par exemple pour créer des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, et qui ne comprennent pas cette situation.

J'ai par ailleurs été très étonné par l'amateurisme constaté dans la gestion de la caisse ; on ne sait apparemment pas « reconstituer » les crédits répartis ! Je suis donc tout à fait en accord avec le rapport de la mission qui propose de professionnaliser cette gestion. Les besoins à satisfaire sont encore très importants ; je tiens donc à féliciter la rapporteure pour son effort de simplification du dispositif mis en place.

**M. Christophe Sirugue.** Je me réjouis moi aussi du travail accompli, qui permet d'accroître la transparence dans le domaine traité. Je m'étonne que les excédents cumulés s'élèvent à 1,8 milliard d'euros sur un budget total de 18,7 milliards d'euros, soit environ 10 %. Cela méritait d'être souligné.

Par ailleurs, vous avez, madame la rapporteure, évoqué une intervention de la caisse en Eure-et-Loir permettant de réduire l'augmentation du reste à charge pour le résident de 19 à 13 euros. Pouvez-vous nous éclairer sur le mécanisme mis en œuvre ? Quelle est l'articulation entre les enveloppes régionales relevant des agences régionales de santé et l'enveloppe nationale relevant du ministère ? Un tel dispositif est-il conforme à l'esprit qui avait inspiré la mise en place de la CNSA ?

**Mme Martine Pinville.** Je tiens moi aussi à remercier la rapporteure et la présidente de la mission pour le travail effectué. J'ai été frappée par la difficulté, pour la caisse, à trouver sa place entre l'Assurance maladie et l'État. Je considère qu'elle doit désormais être reconnue comme une caisse pivot par ces acteurs ainsi que par les agences régionales de santé.

**Mme Valérie Rosso-Debord.** Permettez-moi de saluer à mon tour le travail accompli et son caractère inédit – il n'est en effet pas fréquent que nous adoptions un rapport à l'unanimité. Je me réjouis également de l'intelligence avec laquelle la rapporteure et la

présidente ont su mener à bien un débat profondément technique, qui nous permet aujourd'hui de présenter un front uni dans nos propositions au Gouvernement.

Concernant la question essentielle de la gestion du risque de dépendance, je considère que la CNSA devra en être l'acteur principal : c'est en effet elle qui pourra assurer, au niveau national, la péréquation et l'équité territoriale du futur dispositif en liaison avec l'État et les agences régionales de santé.

On peut constater par ailleurs que la CNSA présente un réel intérêt : certes ses modalités de financement sont complexes, mais le rapport permet d'en expliquer les raisons et propose des pistes d'amélioration. Je note que, s'il n'existait pas de consensus politique quant à l'utilité de la caisse lors de sa création, aujourd'hui, chacun s'accorde à reconnaître sa pertinence.

**M. Jacques Domergue.** J'appelle votre attention sur la page 36 du rapport qui détaille le circuit de financement de la caisse concernant les personnes âgées dépendantes : les cotisations sociales, la contribution sociale généralisée et la fiscalité nationale sont trois sources de financement auxquelles il est difficile d'apporter des modifications, sauf à mettre en péril la compétitivité des entreprises ou à peser sur le pouvoir d'achat des ménages. Reste la journée de solidarité. Le choix du lundi de Pentecôte, lors des premiers beaux jours de l'année, a conduit à un fiasco. Il aurait sans doute été plus judicieux de choisir, pour cette journée de solidarité, un samedi du mois de novembre ou de décembre par exemple. L'actuel « système à la carte » qui a remplacé le lundi de Pentecôte est dépourvu de toute portée symbolique : il faut que ce soit la même journée pour tout le monde.

Par ailleurs, s'agissant des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes, je déplore que le choix des lieux où ceux-ci sont établis obéisse à des considérations trop souvent politiques et aux pressions des collectivités locales ; j'espère que les agences régionales de santé sauront faire prévaloir des critères objectifs en la matière.

**M. Dominique Tian.** Je remercie la rapporteure et la présidente de la mission de la qualité du rapport qui nous est présenté. De nombreux orateurs, avant moi, ont soulevé le problème de la complexité du dispositif de la prise en charge du secteur médico-social. Or, qui dit complexité dit surcoûts. Évoqués notamment à la page 73 du rapport, cette complexité des procédures et les retards qu'elles occasionnent ont été dénoncés par la Cour des comptes. Et nos débats sur les besoins de financement du secteur doivent en tenir compte au lieu de dériver sur d'autres sujets tels que l'institution d'une nouvelle journée de solidarité.

Je voudrais préconiser une orientation totalement différente : sur les centaines de milliards d'euros que comprend la sphère sociale, je ne comprends absolument pas comment il ne serait pas possible d'en économiser 1 % ou 2 %. Il me semble qu'il serait plus utile que les uns et les autres nous tentions d'améliorer la gestion de notre secteur sanitaire et social – dans lequel il existe des sources, voire des gisements importants d'économies – plutôt que de demander aux Français de financer la dépendance par l'octroi d'un, deux, trois ou quatre jours de travail, certains parlant de dix jours ! Il est temps pour nous de prendre nos responsabilités et de mettre en fin aux nombreux gaspillages actuels dont une partie résulte de la complexité du système – ce dernier imposant de fait aux décideurs de recourir à divers bricolages inacceptables – et à un manque de règles élémentaires s'appliquant à tous, alors que dans la situation actuelle, les financements sont le plus souvent obtenus en fonction de la force de persuasion de tel ou tel petit baron local auprès de sociétés d'habitations à loyer modéré, de

fondations ou de caisses diverses et variées. Il faut un plus grand professionnalisme dans la gestion de ce secteur social.

**Mme Véronique Besse.** Je tiens à saluer, à mon tour, le très beau travail réalisé par la mission. Ma question sera courte : que pensez-vous de la mise en place de maisons de l'autonomie ?

**M. le président Pierre Méhaignerie.** J'ajouterai que l'examen du schéma de la CNSA et des relations qu'elle entretient avec les principaux intervenants du secteur médico-social, présenté dans le rapport, fait apparaître toutes les traditions d'un pays qui multiplie les commissions, empile les structures et complexifie massivement les textes. Comme je le dirai à l'occasion de notre débat sur le projet de loi de modernisation de l'agriculture, je ne suis pas sûr que nous n'ajoutions pas ici aussi des textes aux textes, illustrant ainsi le reproche que nous adressent nombre de nos voisins européens au sujet des excès de notre réglementation.

**Mme la rapporteure.** Sur les questions relatives au nombre de places autorisées et à leur répartition géographique, je ne peux pas répondre précisément et je me permettrai de renvoyer nos collègues au rapport et aux informations publiées sur le site de la CNSA, lequel détaille le nombre des places créées chaque année pour chacun des secteurs « personnes âgées » et « personnes handicapées ». Je dois toutefois souligner que la mise en place de la CNSA a effectivement entraîné la création d'un plus grand nombre de places dans la mesure où des moyens plus nombreux lui étaient attribués.

Il est exact que les agences régionales de santé vont modifier notre approche politique du sujet. La gestion des appels à projets par les agences régionales de santé permettra une remontée des besoins exprimés de la base et d'y répondre au mieux. À ce propos, je voudrais vous faire part de situations qui nous ont été présentées par les représentants des directions départementales des affaires sanitaires et sociales des Ardennes et du Calvados : dans certaines régions, une fois reçues les délégations des crédits permettant des ouvertures de places, les fonds ont été répartis entre les départements au prorata de leur nombre d'habitants, entraînant une dispersion des financements et un décalage entre les places autorisées et les demandes exprimées. Cela a conduit à repousser à l'année suivante des projets qui n'obtenaient pas les financements adéquats et, par voie de conséquence, il a dû être procédé à une remontée des crédits qui n'avaient pu être utilisés. Au contraire, dans d'autres régions, des préfets ont souhaité effectuer des choix prioritaires sur certains projets et la consommation des crédits a été bien meilleure. La mise en place des agences régionales de santé devrait permettre d'étendre ce type de décisions régionales sur la base des appels à projet et de simplifier la procédure. Toutefois, je dois vous indiquer que le projet de décret d'application relatif à la procédure des appels à projet n'est toujours pas paru : il est actuellement soumis pour avis au Conseil d'État.

Je regrette qu'un certain nombre de nos collègues, qu'ils appartiennent à la majorité ou à l'opposition aient évoqué la question de l'opportunité de la création d'une seconde journée de solidarité ; en effet ce sujet n'a, à aucun moment, été évoqué au sein de la mission, ni même d'ailleurs au sein de la mission d'information sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes présidée par Valérie Rosso-Debord. Cette proposition émane de certains responsables politiques dont la parole est libre, mais dont les propos n'engagent en aucune façon le Gouvernement, ni les membres de la mission. Je rappelle que divers nouveaux leviers de financement de la dépendance ont été proposés par la mission d'information sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes et je vous renvoie à la lecture de son rapport qui a été examiné par notre commission la semaine dernière.

Quant à l'équité territoriale, je rappelle que la CNSA a été mise en place en vue notamment de mieux répondre à cet enjeu. Elle est en effet chargée de veiller à une bonne répartition territoriale des crédits sur le territoire, mais il est vrai que dans certains départements, les crédits n'ayant pas été dépensés sont revenus à la caisse. Néanmoins, il faut savoir que le financement des investissements par la CNSA a été décidé après la création de cette dernière en raison de la non-consommation des crédits de fonctionnement destinés à des créations de places. La CNSA a ainsi rebasculé ces crédits de fonctionnement inutilisés sur des aides à l'investissement. Je note que 90 % des enveloppes destinées aux aides à l'investissement ont été régionalisées et que seuls 10 % des crédits sont restés à la disposition du ministère pour répondre à des problèmes qui pourraient apparaître après la répartition des crédits.

J'en viens aux procédures de « pathossification » des établissements. Une délégation aux médecins coordonnateurs n'est pas encore envisagée et il est vrai qu'à l'heure actuelle, ils ne jouent aucun rôle de soins au sein des établissements. Toutefois, il semble ressortir de l'audition de Mme Nora Berra, secrétaire d'État chargée des aînés, qu'un conventionnement entre le médecin coordonnateur et les médecins libéraux intervenant au sein des établissements pourrait être institué, ce qui devrait entraîner des réponses mieux adaptées aux cas d'urgence.

Au sujet de la question relative aux bailleurs sociaux, j'indique que la mission n'a jamais eu connaissance de constructions commencées, alors que leurs projets n'avaient pas encore été acceptés par les directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales. En l'état actuel de la procédure, les créations de places doivent faire l'objet d'une autorisation préalablement à leur construction. Dès lors, je ne comprends pas bien la question posée par Rémi Delatte et il sera sans doute nécessaire que nous en reparlions ensemble.

Je note qu'une expérience de mise en place de maisons de l'autonomie est menée dans au moins cinq départements. De fait, si la mise en place de la convergence en matière de prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées a été reportée pour des raisons budgétaires, car elle est très coûteuse, les maisons de l'autonomie permettent d'avancer dans la bonne direction, et le rapport de la mission d'information demande que soit réalisée une évaluation des expérimentations.

Vous pourrez constater, au vu des divers tableaux et schémas figurant dans le rapport, la complexité du sujet traité. Nous avons eu pour objectif de ne pas confondre l'approche administrative et technique avec celle du politique qui se doit d'avoir une vision claire des besoins des territoires. J'espère que les travaux de cette mission d'information seront utiles lors de l'examen du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale.

**M. le président Pierre Méhaignerie.** Merci madame la rapporteure. Je vous adresse les félicitations unanimes de notre commission. Je transmettrai le rapport aux ministres compétents afin que ses conclusions soient prises en compte dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale.

*La commission autorise, en application de l'article 145 du Règlement, le dépôt du rapport d'information en vue de sa publication.*

*Puis la Commission des affaires sociales examine le rapport d'information de M. Yves Bur préalable au débat d'orientation des finances publiques pour 2011.*

**M. Yves Bur, rapporteur.** Le débat d'orientation des finances publiques revêt cette année une solennité particulière : d'une part, il se conclura par un vote, en vertu du nouvel article 50-1 de la Constitution ; d'autre part, il intervient alors que nos finances publiques et sociales, traversent une grave crise – nous avons tous à l'esprit le rapport de la Cour des comptes sur la situation et les perspectives des finances publiques que le Premier président de la Cour nous a présenté mercredi dernier.

Deux semaines plus tôt, la Commission des comptes de la sécurité sociale avait annoncé que les déficits constatés en 2009 et attendus pour 2010 étaient moins élevés que ce que ce qui avait été prévu dans la loi de financement de sécurité sociale pour 2010, en raison principalement d'une évolution plus favorable que prévu de la masse salariale. Ces déficits n'en atteignent pas moins des ordres de grandeur inconnus jusqu'alors : sur dix euros de prestations versés en 2010, près d'un euro sera financé ultérieurement : il nous appartient de dire s'il le sera par nous-mêmes, par nos enfants ou par nos petits-enfants. Le secrétaire général de la Commission des comptes a raison de dire qu'on ne peut plus parler de déficits conjoncturels : quand un niveau de 30 milliards d'euros par an se maintient durant plusieurs exercices, le phénomène devient structurel. Or, malgré la crise, les dépenses semblent progresser comme si de rien n'était : en dépit de la quasi-stagnation des recettes, le volume des prestations du régime général devrait connaître encore une hausse globale de 3,2 % en 2010. Les comptes sociaux subissent donc l'évolution en ciseaux des recettes et des dépenses.

Conséquence inévitable, le besoin de financement de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), qui atteignait 24 milliards d'euros en 2009, avoisinerait 55 milliards d'euros en 2010. S'y ajoute la dette non encore remboursée par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), qui s'élevait à 96,5 milliards d'euros fin 2009. En outre, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 évalue le déficit cumulé de l'ensemble des régimes de sécurité sociale pour la période 2011-2013 à plus de 100 milliards d'euros. Autrement dit, l'ensemble de la dette sociale pourrait dépasser 250 milliards d'euros fin 2013.

Combien de temps allons-nous continuer à financer des dépenses courantes par la dette ? La question se pose avec d'autant plus d'acuité qu'il faut tenir compte de deux éléments, sur lesquels nous n'avons pas pris.

D'une part, nous bénéficions actuellement de taux d'intérêt exceptionnellement bas : le jour où les taux repartiront à la hausse, l'effet s'en fera durement sentir, étant donné les volumes de dette à financer. Souvenons-nous qu'avant la dernière reprise de dette par la CADES, les frais financiers annuels de l'ACOSS dépassaient 1 milliard d'euros, alors qu'ils ont été réduits à environ 100 millions d'euros en 2009 et 200 millions d'euros en 2010.

D'autre part, ainsi que le fait observer la Cour des comptes, la divergence avec nos partenaires, particulièrement l'Allemagne mais aussi l'Italie, se creuse dangereusement depuis 2006 en matière de déficits publics. Cette situation aura inéluctablement pour conséquence une croissance des différentiels de taux d'intérêt, traduisant la moindre confiance de nos créanciers. De fait, alors que le *spread* entre la France et l'Allemagne était très réduit jusqu'à l'année dernière encore, où il avoisinait vingt points de base, il s'est accru très rapidement au cours des derniers mois, atteignant cinquante points de base au début du mois sur les emprunts à dix ans. Cela nous conduit à payer environ cinq milliards d'euros de plus en intérêts.

Il n'est donc plus temps de dire « Encore une minute, monsieur le bourreau ». Plus la décision tarde, plus son coût devient élevé. La Cour des comptes donne un exemple édifiant à cet égard : même en usant de solutions radicales, limitées dans le temps mais à effet rapide, à savoir la limitation à 2 % de la progression annuelle de l'ONDAM et le gel des prestations vieillesse et famille, le déficit dépasserait 26 milliards d'euros en 2011 et avoisinerait encore 17 milliards d'euros en 2013. L'heure n'est donc plus aux demi-mesures, mais à la mobilisation générale contre les déficits, si nous voulons conserver notre crédibilité par rapport à nos partenaires.

Dans quel contexte économique allons-nous devoir procéder à ce redressement ?

L'hypothèse de croissance retenue par le Gouvernement pour 2010, à savoir 1,4 %, se situe dans la fourchette des principaux instituts de conjoncture français et étrangers. En revanche, les prévisions de croissance de ces instituts pour 2011 sont entre 0,4 et 1,3 point en dessous des 2,5 % escomptés par le Gouvernement.

Plus encore que la croissance, l'élément-clé du financement des régimes sociaux est l'évolution de la masse salariale. En 2009, pour la première fois depuis la Seconde Guerre mondiale, elle avait reculé – de 1,3 %. Pour 2010, le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale retient l'hypothèse d'une progression de 0,3 %, tandis que l'ACOSS, dans ses dernières publications, table sur une augmentation de 0,5 %. Ces 1,6 à 1,8 point de masse salariale supplémentaire par rapport à 2009 entraînent mécaniquement des recettes supplémentaires comprises entre 3,2 et 3,6 milliards d'euros. Mais, si la progression de la masse salariale s'était maintenue en 2009 et en 2010 au niveau de 2008, le régime général aurait encaissé respectivement 10 milliards et 7 milliards d'euros supplémentaires.

Il est encore trop tôt pour faire des prévisions précises pour 2011. Cependant, on peut d'ores et déjà relever que l'OCDE ne prévoit qu'un léger recul du chômage, qui resterait à un niveau supérieur à celui de 2009. Il est en outre peu probable, dans un contexte de sortie de crise, que les salaires augmentent rapidement. Si l'on table sur une progression de 1,5 à 1,7 % de la masse salariale, on arrive à près de 6 milliards d'euros de recettes supplémentaires par rapport au creux de 2009, mais à un manque à gagner de plus de 4 milliards d'euros par rapport à la tendance de 2008.

Il n'est pas possible de se contenter de ce lent retour à la normale. Si la France veut respecter son programme de stabilité et assainir ses finances sociales, elle doit revenir à un déficit de 3 % à l'horizon 2013 : cela signifie que les régimes sociaux doivent passer de 30 à 10 milliards de déficit, soit un effort 20 milliards d'euros. Il faudra donc à la fois trouver de nouvelles recettes et aller plus loin dans la maîtrise des dépenses.

La première piste consiste à revoir les exonérations de cotisations sociales.

S'agissant des allègements généraux, le Gouvernement a annoncé, dans le cadre de la réforme des retraites, l'annualisation du calcul, actuellement générateur d'effets d'aubaine, voire d'abus. Mesure d'équité, l'annualisation permet en outre de réduire de 2 milliards d'euros le coût de ces allègements – qui est d'environ 27 milliards d'euros cette année. C'était l'une des propositions de la mission d'information commune présidée par notre collègue Gérard Bapt et dont j'étais le rapporteur.

Il est possible d'aller encore plus loin, en forfaitisant le plafond de ces allègements – autre proposition de cette mission –, l'idée étant que si le plafond était exprimé en euros, les allègements seraient progressivement érodés par l'inflation. Il faut être conscient, en effet, que

l'évolution du SMIC pèse de manière très significative sur le coût des allègements généraux : à barème constant, une augmentation de 1 % du SMIC accroît mécaniquement leur coût d'environ 600 millions d'euros. Avec une inflation évaluée par l'OCDE à 1,7 % en 2010, le gain engrangé dès 2011, si le plafond de sortie des allègements généraux demeurerait inchangé en euros, serait donc de l'ordre de 1 milliard d'euros.

Quant aux exonérations ciblées bénéficiant à certains secteurs économiques ou à certains territoires, elles doivent, comme les niches fiscales, faire l'objet d'un « raboutage » de 10 %, qui rapporterait donc environ 300 millions d'euros. La remise en question de ces mesures, entamée par la loi de financement pour 2008, avec la modification du régime des organismes d'intérêt général en zones de revitalisation rurale (ZRR), doit être activement poursuivie. Dans le cadre de la loi de programmation des finances publiques, le Gouvernement s'était engagé à évaluer l'ensemble de ces dispositifs avant juin 2011. J'attends avec un grand intérêt les résultats de ce travail, que j'espère voir aboutir avant cette échéance un peu lointaine.

En ce qui concerne les niches sociales, la réforme des retraites présentée par le Gouvernement comporte des mesures visant à davantage faire contribuer les stock-options et les retraites chapeaux. Mais là aussi, il est possible d'aller plus loin.

Ainsi, il ne fait pas de doute qu'un réexamen des taux réduits de cotisations, des cotisations forfaitaires, des assiettes forfaitaires, des assiettes *ad hoc*, des déductions forfaitaires spécifiques pour frais professionnels et autres prélèvements dérogatoires bénéficiant à diverses professions ou catégories de revenus ferait apparaître d'importants gisements de ressources – le retour au droit commun des cotisations et prélèvements pouvant être, à chaque fois, étalé sur une période de trois ans. La loi de financement pour 2010 a d'ailleurs marqué le début d'un aménagement de ces dispositions, tant à l'initiative du Gouvernement qu'à celle du Parlement : je pense notamment à la suppression du seuil annuel de cession de valeurs mobilières et droits sociaux pour la soumission des plus-values aux prélèvements sociaux.

Le taux du forfait social a été porté de 2 à 4 % cette année, mais des montants importants demeurent exclus de son assiette. C'est notamment le cas des contributions au financement de prestations complémentaires de prévoyance, soit une assiette évaluée à 13,5 milliards d'euros pour 2010 : leur assujettissement au forfait social de 4 % rapporterait 540 millions d'euros. C'est également le cas des indemnités de licenciement, dont certaines atteignent des montants qui justifieraient leur inclusion dans le forfait social, ou même leur assujettissement pur et simple aux cotisations et contributions sociales de droit commun, par la voie d'une remise en cause des plafonds d'exonération, actuellement très élevés. Il n'est pas juste que ces sommes échappent à toute participation au financement de la sécurité sociale. Les montants versés aux salariés licenciés sont très disparates : environ 90 % des indemnités de licenciement sont inférieures au plafond annuel de la sécurité sociale, mais 0,6 % des salariés touchent des indemnités supérieures à six fois ce plafond. On pourrait envisager un assujettissement aux prélèvements sociaux de droit commun pour les indemnités supérieures à une certaine somme, par exemple 50 000 euros, tandis que celles supérieures à 25 000 euros seraient soumises au forfait social de 4 % ; les indemnités de licenciement les plus faibles seraient donc, bien sûr, exonérées. Il serait, en outre, souhaitable de distinguer, au sein des indemnités de licenciement, celles qui sont versées dans le cadre de la procédure de rupture conventionnelle – dont l'utilisation progresse très rapidement –, qui pourraient être soumises au droit commun des cotisations et contributions.

Dans la partie de son rapport de 2007 consacrée à l'assiette des prélèvements sociaux, la Cour des comptes avait également mis en lumière le fait que les cotisations des employeurs publics dérogent au droit commun du régime général. Au moment où nous nous engageons, dans le cadre de la réforme des retraites, dans la voie d'un juste alignement des cotisations salariales des secteurs public et privé à la branche vieillesse, il serait cohérent d'emprunter cette même voie pour la branche maladie. La Cour évalue à 2,5 points l'insuffisance du taux de cotisation maladie à la charge des employeurs publics. Quant à l'assiette, elle est minorée par l'absence de prise en compte des primes, qui représentent en moyenne 20 % environ des rémunérations soumises à cotisations. Les recettes supplémentaires possibles pour l'assurance maladie peuvent être estimées à 3 milliards d'euros au titre de l'alignement des taux et à 600 millions d'euros au titre de l'harmonisation de l'assiette.

Parallèlement à la recherche de nouvelles ressources, une action sur les dépenses est indispensable. Ne voulant pas anticiper ici sur nos débats sur la réforme des retraites, je me concentrerai sur les branches maladie et famille.

En ce qui concerne la branche maladie, je me félicite que le Gouvernement semble ne plus admettre que le respect de l'ONDAM, en exécution, intègre la marge constatée par le comité d'alerte. Ainsi cette année, alors que le comité d'alerte avait estimé le dépassement prévisible de l'ONDAM à 600 millions d'euros, ce qui ne contraignait pas les pouvoirs publics à intervenir, le Gouvernement a néanmoins annoncé immédiatement des mesures de redressement des comptes.

Je pense qu'il faut mettre en place un plan pluriannuel de trois à cinq ans, visant à les redresser à hauteur de 4 milliards d'euros par an et à parvenir à l'équilibre en fin de période. Plusieurs mesures pourraient y contribuer.

Dans le secteur de la médecine de ville, il faut aller plus loin dans la voie ouverte avec succès par le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) : l'étape suivante pourrait consister à lier l'évolution des honoraires des médecins au niveau et à la qualité des prescriptions.

S'agissant des établissements de santé, il est essentiel d'avancer dans la maîtrise des coûts. Je m'interroge notamment, m'appuyant sur les excellents travaux de la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS), sur l'étendue du patrimoine immobilier de ces établissements.

**M. Pierre Morange.** Permettez-moi, en tant que co-président de la MECSS, de vous interrompre à ce sujet. Le patrimoine hospitalier avoisinerait 30 milliards d'euros : c'est dire l'importance de ce gisement, susceptible notamment, dans le contexte de crise économique que nous connaissons, de contribuer fort utilement au financement du plan Hôpital 2012. Je rappelle que les conclusions formulées par Jean Mallot dans son rapport sur le fonctionnement de l'hôpital ont été votées à l'unanimité par les membres de la MECSS. Les services de l'État ont-ils évalué le rendement qui pourrait être tiré de ce patrimoine des hôpitaux, comme cela a été fait pour le patrimoine de l'État ?

**M. le rapporteur.** Je dois dire que sur cette question, nous sommes dans l'opacité la plus totale. Les 30 milliards d'euros que vous évoquez correspondent à une évaluation « historique » qui n'a rien à voir avec la valeur réelle des biens. Par ailleurs, il faudrait distinguer, à l'intérieur de ce patrimoine, ce qui doit rester à l'activité sanitaire, ce qui pourrait

être libéré par les restructurations hospitalières et mis sur le marché, et les biens, parfois issus de legs très anciens, qui n'ont rien à voir avec l'exercice de la mission sanitaire. Une solution serait de demander à l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) de procéder à une évaluation réelle de ce patrimoine. Lorsqu'il s'agira ensuite de le mobiliser, il faudra certainement que l'État s'implique davantage – car les communes ont des intérêts contradictoires : elles défendent l'hôpital qui se trouve sur leur territoire, mais si un terrain est libéré en centre-ville, elles se portent acquéreur au prix le plus bas possible. On le voit aujourd'hui à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) : on me dit qu'on peut mobiliser assez facilement 400 à 500 millions d'euros sur son patrimoine, mais si des emprises hospitalières se libèrent, la ville de Paris s'emploie à en limiter le prix. Il en va de même dans d'autres villes.

**M. Pierre Morange.** Je ne suis pas convaincu que l'ANAP soit la structure la plus adaptée pour évaluer et gérer le patrimoine hospitalier, même si une centralisation est nécessaire pour permettre à l'État d'en connaître la réalité. Il me semblerait logique de faire appel aux agences régionales de santé, plus propres à assurer la rationalisation de ce patrimoine.

**M. le rapporteur.** C'est la MECSS qui a, me semble-t-il, proposé de confier cette mission à l'ANAP.

Toujours en ce qui concerne l'action sur les dépenses, la politique du médicament doit être, elle aussi, entièrement reconsidérée. Des clauses de non-remboursement devraient s'appliquer si l'efficacité d'un médicament n'est pas avérée. Par ailleurs, le Comité économique des produits de santé devrait étendre à un plus grand nombre de spécialités le recours aux tarifs forfaitaires de responsabilité (TFR), calculés à partir du prix des génériques, ce qui générerait automatiquement des économies substantielles.

Enfin, la Cour des comptes, dans son rapport de 2006, estime à plus de 550 millions d'euros la rémunération des organismes auxquels est déléguée la gestion de l'assurance obligatoire, dont 425 millions d'euros pour les fonctionnaires, les salariés et les étudiants. La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), quant à elle, avait évalué à 250 millions d'euros le bénéfice net d'une reprise par les caisses primaires d'assurance maladie en gestion directe de l'ensemble des assurés. Sans doute y a-t-il de nombreuses résistances, mais les difficultés actuelles ne nous permettent pas de négliger ce type d'économies.

La « boîte à outils » que je vous présente comporte aussi des propositions relatives à la branche famille. À l'issue de la mission sur l'évolution du financement de la politique familiale que m'avait confiée le Premier ministre, j'avais fait apparaître plusieurs solutions possibles, permettant selon les cas de dégager entre 1,5 milliard et 2,5 milliards d'euros d'économies ; l'une d'elles serait de donner le choix entre le bénéfice des allocations familiales et le bénéfice du quotient familial. Dans la période actuelle, aucune piste n'est à négliger.

Il est évidemment vital de s'attaquer aussi au problème de la dette. Il ne fait pas de doute que la gestion du stock de dette actuel et futur imposera de jouer sur deux types de leviers : l'allongement de la durée de remboursement et l'affectation de ressources nouvelles à la CADES.

D'ores et déjà, le Gouvernement souhaite, dans le cadre de la réforme des retraites, affecter à la CADES le prélèvement de 2 % sur les revenus du capital qui constitue la

principale recette du Fonds de réserve pour les retraites (FRR). Ce milliard et demi d'euros de recettes supplémentaires permettrait de reprendre le montant des déficits attendus de la branche vieillesse entre 2011 et 2018, année prévue du retour à l'équilibre.

Mais, le problème des autres branches demeure posé, particulièrement celui de la branche maladie. J'ai demandé à la CADES de me communiquer plusieurs simulations : elles permettent de mesurer l'effort qui, ici aussi, devra être consenti.

Dans le cadre des dispositions organiques en vigueur, pour reprendre 10 milliards d'euros de dette début 2011, il faut augmenter la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) de 0,085 point. Pour couvrir les 55 milliards d'euros qui se seront accumulés à fin 2010, il faudrait donc porter le taux de la CRDS de 0,5 à 0,9675 %, soit un quasi-doublement. Si l'on s'affranchissait des dispositions organiques actuellement en vigueur, la CADES pourrait amortir entre 60 et 65 milliards d'euros de dette supplémentaire à l'horizon de 2030 sans augmentation de la CRDS. En combinant les deux critères – durée de remboursement et taux – pour reprendre 150 milliards d'euros début 2011 et en se fixant pour objectif de rembourser la totalité du stock vers 2030, il faudrait augmenter la CRDS d'environ 0,4 point, soit la porter à 0,90 %.

Même dans le cas où les futures recettes supplémentaires de la CADES ne proviendraient pas d'une augmentation de la CRDS, l'évolution théorique de la CRDS, malgré un allongement de l'échéance de remboursement, fournit une indication très parlante de l'importance des efforts à accomplir.

Bref, mon analyse n'est guère optimiste, mais avant tout réaliste. La réalité à laquelle nous sommes confrontés est difficile. On peut toujours accuser « les marchés », mais que recouvrent-ils, sinon le fait que tous les épargnants cherchent légitimement à tirer le meilleur revenu de leurs placements ? Nous sommes aujourd'hui au pied du mur : les efforts que nous avons souvent refusé de faire sont devenus incontournables, et ils doivent être massifs dès 2011, si l'on veut atteindre l'objectif de 3 % de déficits publics à l'horizon 2013.

**M. le président Pierre Méhaignerie.** Comme on n'entreprend rien sans optimisme, nous pouvons relativiser nos difficultés en les comparant à celles de nos voisins !

**M. Jean Leonetti.** On peut, en effet, relativiser : par exemple, les millions d'euros de déficit de nos hôpitaux ne représentent jamais qu'un dépassement de 1,5 point de leur budget... La situation reste maîtrisable.

Parmi les nombreuses pistes que vous avez ouvertes, monsieur le rapporteur, celle du CAPI me paraît particulièrement intéressante. À une logique comptable, qui heurte la communauté des personnels soignants et se révèle inefficace, nous devons préférer la voie de la maîtrise médicalisée par le contrôle de la pertinence et de la qualité des actes. La disparité des pratiques médicales selon les établissements et les territoires prouve l'inutilité de certains actes. Il vaudrait mieux inciter la Haute Autorité de santé (HAS) et la CNAM à traquer ces actes inutiles, plutôt que d'opter pour la méthode du « raboutage » systématique. Pourquoi continue-t-on à effectuer un million de radios du crâne, alors que chacun sait qu'elles ne servent plus à rien ? Pourquoi pose-t-on cinq fois plus de stents coronariens dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur que dans le Nord ? Il est temps d'entrer dans une logique de contrôle, non pas seulement de la qualité de l'acte, mais aussi de sa pertinence – car un acte peut être très bien exécuté, mais néanmoins non pertinent. La réalisation de certains actes résulte d'ailleurs souvent moins de la recherche de gains financiers que des pratiques

médicales enseignées. Mieux vaut exercer ce contrôle que choisir la voie d'une réduction drastique en volume ; tout le monde y gagnera, aussi bien les médecins que les patients. Actuellement, tout pousse à l'augmentation du nombre des actes ; repenser la solidarité sous l'angle de la pertinence et de la qualité des actes permettrait de réaliser des économies substantielles.

**M. Michel Issindou.** Devant l'ampleur des déficits, que vous avez rappelée à juste titre, monsieur le rapporteur, on ne peut qu'être inquiet pour l'avenir de notre protection sociale, tant enviée et à laquelle nous sommes tous, du moins je l'espère, très attachés. Les perspectives de croissance n'incitent pas davantage à l'optimisme ; elles risquent de nous priver durablement de ressources.

Du côté des recettes comme du côté des dépenses, les pistes que vous avez indiquées ne sont pas nouvelles... C'est sur notre capacité à faire aboutir ces propositions que nous serons jugés.

S'agissant de la recherche de recettes supplémentaires, de nombreux groupes de pression feront entendre leur opposition. Je suis évidemment favorable à ce qu'on explore les solutions qui ont été évoquées. Je me réjouis que 2 milliards puissent être tirés de l'annualisation de l'allègement des charges. Il faudra aussi revoir le cas de l'intéressement et de la participation, le forfait de 4 % nous paraissant encore insuffisant sur ce que nous considérons comme des salaires déguisés. Quant au « rabetage » des exonérations ciblées et à la mise à contribution des stock-options et des retraites chapeaux, il reste à voir ce qu'il en adviendra à l'automne, au moment de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale : les années précédentes, nous avons été un peu déçus...

En ce qui concerne les fonctionnaires, pour lesquels on veut déjà aligner le taux de cotisation retraite sur celui des salariés du privé, je constate qu'on envisage maintenant d'augmenter la cotisation à l'assurance maladie.

**M. le rapporteur.** Il s'agit de la cotisation employeur.

**M. Michel Issindou.** Du côté des dépenses, j'approuve l'intervention de Jean Leonetti, mais là encore le débat s'annonce difficile. Vos propositions relatives au patrimoine des hôpitaux, à la politique du médicament, à la politique familiale ou à l'augmentation de la CRDS sont à approfondir, mais on verra en octobre si les intentions courageuses affichées par la majorité au début du mois de juillet auront résisté à la coalition des groupes de pression. Personnellement, l'expérience des projets de loi de financement passés m'incline à la prudence.

**M. Jean-Luc Prével.** Il est important d'avoir un débat sur les dépenses sociales dès le mois de juin. Je félicite le rapporteur d'avoir, encore une fois, fait preuve de la rigueur, du volontarisme et de l'absence de démagogie qui le caractérisent.

Le déficit auquel nous sommes confrontés est essentiellement dû à la diminution des recettes consécutive à la crise économique et à la diminution de la masse salariale. S'ajoute le problème du financement de la dette.

En ce qui concerne la branche vieillesse, le Gouvernement nous propose une réforme supposée permettre d'arriver à l'équilibre en 2018, le déficit devant être d'ici là financé par le Fonds de réserve pour les retraites. N'étant pas certains que l'équilibre puisse être assuré de

cette façon, nous proposerons quelques recettes supplémentaires, également destinées à assurer la nécessaire équité entre le public et le privé.

S'agissant de la branche maladie, certes les dépenses de santé augmentent, notamment en raison du vieillissement de la population et du développement de nouvelles technologies et de nouveaux médicaments – parfois très chers, sans que l'on ait toujours la preuve de leur efficacité –, mais il ne faut pas oublier qu'elles contribuent au PIB.

En ce qui concerne la médecine ambulatoire, je suis favorable au développement du CAPI, notamment pour la prévention et la qualité des soins. S'agissant des hôpitaux, vous avez fait état, monsieur le rapporteur, des observations de la MECSS sur leur patrimoine, mais je ne suis pas sûr qu'on puisse en tirer des ressources importantes. Il faudrait surtout s'interroger sur le réalisme de l'ONDAM : comme la MECSS l'a montré, l'objectif d'un retour à l'équilibre des comptes des établissements en 2012 ne sera atteint que si l'ONDAM est fixé à un niveau suffisant.

Vos propositions de réduction des niches sociales sont tout à fait intéressantes.

J'en viens à la dette 2009-2010-2011, qui approchera les 100 milliards. Depuis des années, tout le monde est d'accord pour dire que nous ne devons pas confier à nos enfants le financement de nos propres dépenses. C'est pourquoi vous avez proposé, monsieur le rapporteur, et je vous ai soutenu, qu'une loi organique interdise de transférer à la CADES un déficit supplémentaire sans disposer des recettes correspondantes. On a déjà prolongé la CADES, qui devait disparaître en 2007, jusqu'en 2021... Je plaide, pour ma part, en faveur d'une augmentation de 0,85 % de la CRDS, afin que chacun finance ses propres dépenses. Toute autre piste me paraîtrait tout à fait déraisonnable.

**M. Dominique Dord.** Merci à notre collègue Yves Bur pour cet excellent rapport.

L'alignement des cotisations acquittées par les employeurs publics sur celles des employeurs du privé, si elle est conforme à l'équité, ne me semble cependant pas une piste très féconde : il ne faudrait pas, comme le sapeur Camember, creuser un trou pour en combler un autre, en l'espèce creuser le déficit de l'État pour combler celui des comptes sociaux.

Ce que vous nous dites du patrimoine hospitalier est assez incroyable. Dans ma circonscription, je vois l'Agence des participations de l'État recenser le patrimoine de l'État susceptible d'être vendu ; elle le fait très bien et très vite. Pourquoi ne pas faire appel à elle ?

Moi qui n'appartiens pas au monde médical, je suis également choqué d'apprendre par notre collègue Jean Leonetti qu'on réalise des actes médicaux inutiles. Comment est-ce possible ? Si c'est le cas, c'est évidemment là le premier gisement d'économies à exploiter.

La gestion du système lui-même a aussi quelque chose de scandaleux : à un moment où on cherche partout les moyens de faire des économies, il est insupportable d'apprendre que la Cour des comptes n'a pas certifié les comptes de la branche vieillesse.

Enfin, la réforme des retraites qui se prépare sera le navire amiral de la recherche d'économies et de la réduction des déficits. C'est pour ma part le rendez-vous que je donne à Michel Issindou et à l'ensemble de nos collègues de l'opposition : j'ai hâte de savoir jusqu'où ils auront le courage de nous suivre dans cette voie.

**M. Guy Malherbe.** Je m'associe aux félicitations qui ont été adressées au rapporteur pour l'importance de son travail.

Ne faudrait-il pas que nous tentions d'évaluer l'incidence qu'ont eue sur les comptes sociaux l'abaissement de l'âge de la retraite de 65 à 60 ans – il semble qu'il y aurait aujourd'hui des excédents si cette mesure n'avait pas été votée – et les 35 heures ? Lors de son audition, le Premier président de la Cour des comptes n'a pas pu me répondre.

Par ailleurs, dans le prolongement de ce qu'a dit Jean Leonetti sur la pertinence et la qualité des actes, il faudrait prévoir dans le projet de loi de financement les mesures nécessaires à l'application de la loi réformant l'hôpital (dite HPST) dans l'ensemble du parcours de soins, notamment en ce qui concerne les pharmaciens. Il y a là aussi un gisement d'économies.

**M. Jacques Domergue.** Nous marchons sur des œufs : d'un côté, des mesures trop drastiques risquent de casser la croissance, mais de l'autre, on ne peut pas éternellement creuser la dette. Est-il imaginable, dans le contexte actuel, de fixer l'ONDAM à 2,9 %, comme cela a été annoncé ?

**M. Dominique Tian.** Cela fait des années qu'on connaît les gaspillages évoqués à l'instant par Jean Leonetti. La sécurité sociale souffre d'un grave problème de gouvernance et d'un manque consternant de réactivité. Il existe environ 200 000 cartes Vitale dont on ne connaît pas réellement le propriétaire, le projet de carte Vitale sécurisée n'avance pas, chacun sait où en est le dossier médical personnel... Cela ne peut plus durer !

Ce qui me gêne dans vos propositions, monsieur le rapporteur, c'est que les classes moyennes vont, à nouveau, en faire les frais. Il serait particulièrement maladroit de soumettre à prélèvement les indemnités de licenciement dès 50 000 euros. Ce sont aussi les classes moyennes qui seront mises à contribution par des mesures sans aucune originalité relatives aux accords salariaux, aux tickets-restaurants, bref à tout ce qui renforce le pouvoir d'achat des salariés quand l'entreprise se porte bien... Année après année, vous proposez toujours les mêmes mesures, en vous contentant de les alourdir. C'est une spirale infernale, et je crains que tout cela finisse mal !

**M. le président Pierre Méhaignerie.** Il reste que, pour éviter d'autres drames, il faut trouver 4 milliards...

**M. Jean Bardet.** Je voudrais faire trois remarques.

Tout d'abord, il ne faut pas croire que le patrimoine des hôpitaux constitue une valeur immédiatement exploitable : ainsi les legs sont souvent assortis de conditions.

Ensuite, pour limiter le nombre d'actes inutiles, justement dénoncés par Jean Leonetti, la procédure de l'entente préalable était une bonne formule ; il faudrait reprendre ce système, sur la base du classement des actes établi par les conférences de consensus.

Enfin, les hôpitaux publics devraient mettre en place, comme c'est le cas de la plupart des établissements privés, des procédures administratives pour optimiser la T2A.

**M. Christian Hutin.** Je voudrais d'abord remercier Yves Bur pour le sérieux et le courage de son rapport. Il est certain qu'un projet de loi de financement plus volontariste nous permettrait de faire un grand pas dans la réduction d'un déficit dont notre collègue Jean Leonetti relevait à juste titre que, s'il était important en volume, il n'apparaissait pas aussi vertigineux quand on l'appréciait en pourcentage.

Instruit par l'examen des trois derniers projets de loi de financement de la sécurité sociale, je crains hélas que les feuilles de ce rapport ne tombent à l'automne. Je ne néglige pas l'importance de l'économie de la santé pour notre pays : elle crée de l'emploi et contribue à la production de richesses. Je déplore simplement que cette économie ait généré des groupes de pression corporatistes et parfois excessivement puissants, qui se coalisent à l'automne pour ruiner, morceau par morceau, toutes nos propositions.

J'approuve tout particulièrement votre proposition de faire contribuer les indemnités de licenciement à la réduction du déficit. Nous savons tous que certains contrats de travail comportent des clauses scandaleuses, qui permettent à certains de partir un ou deux ans plus tard en empochant des sommes colossales – qui sont en fait des retraites chapeaux déguisées. Il faut cependant veiller à ne pas imposer une double peine aux salariés qui ont obtenu de haute lutte des indemnités de licenciement destinées à leur permettre de survivre pendant deux ou trois ans.

Quant aux prélèvements sur les retraites chapeaux et les stock-options, c'est le moment ou jamais de les décider : surtout, n'hésitons pas et frappons fort ! C'est dans l'air du temps et les Français nous en féliciteront.

**M. le président Pierre Méhaignerie.** N'oublions quand même pas le risque de voir les sièges sociaux et les capitaux partir chez nos voisins.

**M. Christian Hutin.** Le développement du CAPI suppose de faire preuve de pédagogie, si on veut surmonter les réticences des médecins de ma génération. S'agissant du patrimoine des hôpitaux, je ne peux qu'approuver votre proposition : nous ne sommes pas suffisamment riches pour accepter d'ignorer l'étendue de notre patrimoine !

Enfin je voudrais ouvrir une petite piste toute personnelle. Il y a quelques années, dans le cadre d'un ensemble de mesures visant à éviter les conflits d'intérêt, on a décidé d'empêcher la consommation personnelle, par les médecins et leurs familles, d'échantillons distribués par les laboratoires. C'était une fausse bonne idée, d'autant plus que les médecins faisaient aussi de cette façon de la médecine sociale et humanitaire. Je serais curieux de savoir combien coûtent à l'assurance maladie les médicaments que désormais ils sont obligés de prescrire à leur famille ! Et personne ne me fera croire qu'on peut acheter des médecins avec des médicaments...

**M. Pierre Morange.** Je voudrais préciser que la MECSS n'a jamais préconisé que la gestion du patrimoine hospitalier soit confiée à l'ANAP. Il est simplement prévu qu'elle fasse une étude sur le sujet. Notre préconisation est de confier la gestion à un office national.

Par ailleurs, monsieur Bardet, il est évidemment hors de question de vendre la moitié ou le quart du patrimoine des hôpitaux. On peut en revanche imaginer qu'une exploitation rationnelle de 5 à 10 % de ce patrimoine nous permettrait de dégager des marges de manœuvre en termes d'investissement.

*La Commission autorise, en application de l'article 145 du règlement, le dépôt du rapport d'information en vue de sa publication.*

*La séance est levée à douze heures vingt-cinq.*

### Informations relatives à la Commission

La commission a désigné les rapporteurs sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 :

<i>Rapport</i>	<i>Rapporteurs</i>
Recettes et équilibre général	M. Yves Bur (UMP)
Assurance maladie et accidents du travail	M. Jean-Pierre Door (UMP)
Assurance vieillesse	M. Denis Jacquat (UMP)
Secteur médico-social	Mme Bérengère Poletti (UMP)
Famille	Mme Marie-Françoise Clergeau (SRC)

La commission a désigné les rapporteurs pour avis sur le projet de loi de finances pour 2011 :

<i>Avis</i>	<i>Rapporteurs</i>
Prévention et sécurité sanitaire	Mme Jacqueline Fraysse (GDR)
Santé et systèmes de soins	M. Rémi Delatte (UMP)
Emploi	M. Bernard Perrut (UMP)
Travail	M. Francis Vercamer (NC)
Solidarité	M. Christohe Sirugue (SRC)
Handicap et dépendance	M. Paul Jeanneteau (UMP)
Prévention de l'exclusion et insertion des personnes vulnérables	M. Étienne Pinte (UMP)

## Présences en réunion

### Réunion du mercredi 30 juin à 9 heures 30

*Présents.* - M. Élie Aboud, Mme Edwige Antier, M. Jean Bardet, Mme Véronique Besse, Mme Gisèle Biémouret, Mme Valérie Boyer, M. Yves Bur, Mme Martine Carrillon-Couvreur, M. Gérard Cherpion, M. Jean-François Chossy, Mme Marie-Françoise Clergeau, Mme Marie-Christine Dalloz, M. Rémi Delatte, Mme Michèle Delaunay, M. Jacques Domergue, M. Dominique Dord, Mme Laurence Dumont, Mme Cécile Dumoulin, Mme Jacqueline Fraysse, Mme Catherine Génisson, M. Jean-Patrick Gille, Mme Anne Grommerch, M. Michel Heinrich, M. Christian Hutin, Mme Monique Iborra, M. Michel Issindou, M. Denis Jacquat, M. Paul Jeanneteau, M. Yves Jégo, M. Guy Lefrand, Mme Catherine Lemorton, M. Jean Leonetti, M. Jean-Claude Leroy, M. Claude Leteurtre, M. Céleste Lett, M. Guy Malherbe, M. Pierre Méhaignerie, M. Pierre Morange, M. Christian Paul, M. Bernard Perrut, M. Étienne Pinte, Mme Martine Pinville, Mme Bérengère Poletti, M. Jean-Luc Préel, M. Arnaud Richard, M. Arnaud Robinet, Mme Valérie Rosso-Debord, M. Fernand Siré, M. Christophe Sirugue, M. Dominique Tian, Mme Marisol Touraine, M. Jean Ueberschlag, M. Francis Vercamer

*Excusés.* - M. Georges Colombier, M. Vincent Descoeur, M. Maxime Gremetz, Mme Danièle Hoffman-Rispal, M. Simon Renucci, M. Jean-Marie Rolland